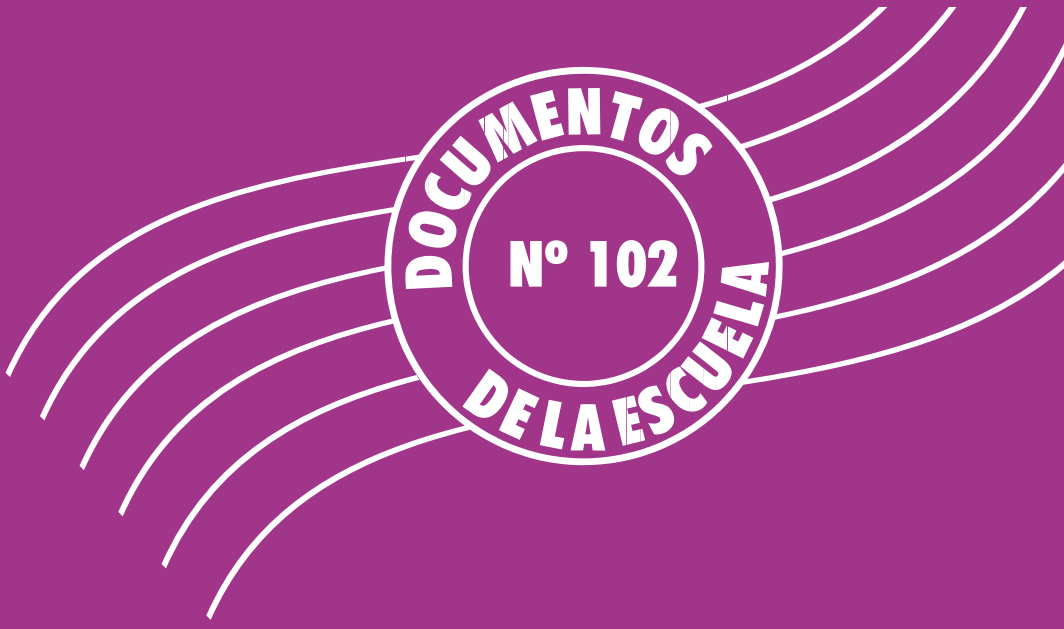


Natalia García Guzmán

Caracterización sectorial y estudio de caso sobre condiciones laborales y sindicales en Saludcoop

EDICIONES
ens ESCUELA NACIONAL SINDICAL

Natalia García Guzmán

Caracterización sectorial y estudio de caso sobre condiciones laborales y sindicales en Saludcoop

EDICIONES
ens ESCUELA NACIONAL SINDICAL

ESCUELA NACIONAL SINDICAL

Escuela Nacional Sindical, 2015
Calle 51 Nº 55-78
Tel.: 513 31 00 - Fax: 512 23 30
E-mail: fondoeditorial@ens.org.co
www.ens.org.co
Apartado Aéreo 12 175
Medellín, Colombia

Caracterización sectorial y estudio de caso sobre condiciones laborales y sindicales en Saludcoop

Natalia García Guzmán

ISSN: 1794-9270

Este documento se ha realizado con el apoyo de

La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de la Escuela Nacional Sindical y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea.

CONTENIDO

Presentación 5

1. Contexto histórico de la salud en colombia 9
Modelos orientadores de la prestación de servicios de salud 11

2. FUNCIONAMIENTO Y ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS) . . . 15
Los actores del SGSSS 21

3. El sistema de salud colombiano: avances y retos de la Ley 100 de 1993 27
3.1 Sobre la cobertura del aseguramiento y las barreras de acceso a los servicios de salud. 27
3.2 Sobre la competencia y la libre elección: calidad y eficiencia de los servicios de salud 32
3.3 Sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud 33
3.3 Sobre la evolución de los gastos de salud en Colombia 35

4. La reforma a la salud: ley estatutaria y ordinaria. 39
La ley estatutaria 40
La ley ordinaria 48

5. Principales empresas del sector 51

5.1 Las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) 51
Intermediación de las EPS: innecesaria y dañina 57
5.2 Las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) 62
5.3 Las empresas de la industria farmacéutica 67
5.4 Las empresas de medicina prepagada 71

6. El talento humano en el sector salud 75
Caracterización del Ingreso Base de Cotización 83

7. Organización sindical en el sector salud 87

8. DINÁMICA DEL CONTRATO SINDICAL EN EL SECTOR SALUD 91

9. Estudio de caso: Saludcoop. Historia, composición empresarial y condiciones laborales y sindicales 97
9.1 Reseña histórica de Saludcoop y surgimiento del grupo empresarial 97
9.2 Cronología de intervención de Saludcoop 101
9.3 Estructura empresarial del grupo Saludcoop. 110
9.4 Encuesta sobre condiciones laborales y sindicales en Saludcoop 131

10. CARACTERIZACIÓN DE SINTRASALUDCOL 167

BIBLIOGRAFIA 173

ANEXOS 177
Anexo 1. Tratados internacionales y regionales vinculados a la salud como derecho humano 178
Anexo 2: Modelos de salud y situación de reformas en salud en América Latina, 2003-2005 179
Anexo 3: Determinantes de la salud. (OMS) 183
Anexo 4: Ranking de empresas farmacéuticas con estado de resultados, 2012 183
Anexo 5. Indicadores financieros, Empresas de medicina prepagada a septiembre 2013. Supersalud (Cifras en miles de $) 184
Anexo 6: Trabajo de campo: listado de entrevistas y talleres 186
Anexo 7. Ranking EPS 2013. Estados financieros de las eps (a corte de septiembre de 2012). (cifras en miles de $) 187

PRESENTACIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (2006: 8) define el sector salud como "el conjunto de valores, normas, instituciones y actores que desarrollan actividades de producción, distribución y consumo de bienes y servicios, cuyos objetivos principales o exclusivos son proteger y promover la salud de individuos y grupo de población (…) se refiere al sector de atención a las personas, a los grupos sociales o a la salud pública y no incluye el sector de atención al ambiente." Partir de esta definición implica reconocer la salud como un sector amplio y diverso en que confluyen varios actores e industrias, por lo que es necesario delimitar los campos de análisis del presente estudio.

Desde la Organización Panamerica de la Salud (2006: 59) se plantean cinco grandes grupos de actividades que constituyen el «complejo médico-industrial» de la salud, los cuales se complementan e influencian y pueden desarrollarse de forma diversa de acuerdo a la especificidad del país:

- Las industrias de base química y biotecnológica, como las de fármacos, vacunas, derivados de sangre e insumos para diagnóstico, y las empresas importadoras de esos productos.
- Las industrias de base física, mecánica y electrónica, como las de

equipos e instrumentos médico-quirúrgicos, prótesis y materiales de consumo en general, y las empresas importadoras de esos materiales.
- Las industrias de producción de servicios hospitalarios, ambulatorios, de diagnóstico y de tratamiento complementario, considerando incluso su papel como propulsoras de los demás grupos.
- El sector bancario y financiero, especialmente en su componente de seguros.
- El sistema de educación y de investigación, en lo relativo a la formación de personal de salud y al desarrollo científico y tecnológico.

De acuerdo a lo anterior, y delimitando el presente estudio, se centra el análisis exclusivamente en la industria de producción de servicios de la salud pero exclusivamente en el sector privado, núcleo principal de interés y se abordan ligeramente dos secciones sobre la industria farmaceútica y la medicina prepagada.

Como parte de la estrategia de investigación para la organización sindical de la Escuela Nacional Sindical, este estudio permite configurar un panorama general sobre el cual pensar no solo estrategias de acción desde los trabajadores frente a la defensa de sus derechos y la ampliación de las posibilidades de organización desde el conocimiento de las características propias del sector, sino también frente a la promulgación de propuestas para alcanzar un sistema de salud óptimo, igualitario y de calidad.

En una primera parte, y conjugando elementos teóricos, descriptivos y analíticos, se ofrece un contexto histórico y político del sistema nacional de salud, se explica la dinámica general del sector, sus actores y organización, avances y retos, se abordan datos estadísticos, principales cambios y reformas en materia de salud. Posteriormente, se avanza en la identificación de las principales empresas del sector (EPS, IPS, empresas farmacéuticas y medicina prepagada), un acercamiento al talento humano y las condiciones laborales sectoriales, la organización sindical y reflexiones frente a la dinámica del contrato sindical en el sector salud.

Posteriormente, y a modo de estudio de caso, se realiza un acápite sobre Saludcoop, Entidad Promotora de Salud (EPS) del régimen contributivo más representativa en términos de afiliados y trabajadores, y en la que Sintrasaludcol como sindicato nuevo ha logrado un crecimiento y fortalecimiento significativo. Allí, se perfila la historia de la empresa, sus características de expansión, composición y particularidades del grupo empresarial, con las implicaciones que este tipo de organización tiene sobre lo laboral y sindical; también se dedica un apartado a Sintrasaludcol en el que se muestran los obstáculos, logros y estrategias que como sindicato han tenido durante su historia.

Rastreos documentales, 17 entrevistas, 245 encuestas en 19 ciudades y 3 talleres en Cartagena, Sogamoso y Pereira, fueron las técnicas utilizadas para recabar la información que permite tener una caracterización del sector salud, de Saludcoop y de las condicionales laborales y sindicales al interior de las 72 Empresas relacionadas que conforman el grupo empresarial.

Lo que es claro es que el tema laboral no es, ni ha sido, un punto clave a la hora de pensar la actual crisis del sistema de salud ni los procesos de reforma; fragmentación e inexistencia de indicadores y estadísticas sobre el personal operativo, administrativo y asistencial que componen el sector y el vacío de propuestas concretas para solucionar las múltiples y difíciles problemáticas laborales y sindicales que atraviesan los trabajadores de la salud en Colombia ratifican que el interés siempre centrado en lo financiero ha dejado de lado este asunto que resulta estructural y prioritario, no solo por la creciente precarización laboral existente, sino también por las implicaciones que esto tiene en la calidad de la prestación de los servicios de salud para toda la población colombiana y en la eficacia misma del modelo. Ya es tiempo de empezar a pensar soluciones estructurales de los problemas de salud, y aquí lo laboral juega un papel prioritario.

1. CONTEXTO HISTÓRICO DE LA SALUD EN COLOMBIA

El derecho a la salud está consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos (Art. 22) ratificada en diciembre de 1948, en otros tratados internacionales y regionales[1] y en las constituciones de países de todo el mundo; pero además de un derecho, la salud refleja el nivel de bienestar y desarrollo individual y colectivo de un país, es un condicionante del crecimiento social y un indicador de la calidad del crecimiento económico. De aquí, que hablar sobre salud no solo implique debates en torno a lo biológico, sino también abordar cuestiones sociales, políticas y económicas que dan estructura a los sistemas y servicios de salud con determinadas orientaciones.

En los años noventa, en casi todos los países de América Latina[2],

1. Ver anexo 1: Tratados internacionales y regionales vinculados a la salud como derecho humano.
2. Ver anexo 2: Cuadro: Modelos de salud y situación de reformas en salud en América Latina, 2003-2005. "A comienzos del decenio de los años ochenta sólo Cuba y Chile tenían reformas (de orientación opuesta) y la primera estaba casi completa mientras que la segunda recién empezaba; a mediados del decenio de los años 80 México inició parte de sus reformas de salud, interrumpida en 1988; al inicio del decenio de los años noventa, Brasil comenzó su reforma. En 1993 el Banco Mundial publicó su informe

se adelantaron una serie de reformas de los sistemas de salud, teniendo como meta y argumento la ampliación de la cobertura en salud para las poblaciones, la extensión de la atención primaria mediante un paquete básico de prestación de servicios y la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud.

Tanto la reforma colombiana como la de otros países latinoamericanos, alentados por orientaciones del Banco Mundial (BM), se centraron en tres premisas: 1. Descentralizar los servicios de salud; 2. Reducir la actuación estatal en este sector mediante la privatización y el outsourcing; 3. La creación de paquetes mínimos de servicios de salud para la población en condiciones de vulnerabilidad social y económica sin costo alguno (Andia y González, 2012: 209).

Dichas reformas no fueron ajenas al impacto de las políticas macroeconómicas del continente, a momentos históricos específicos de aperturas comerciales y financieras, de privatizaciones y cambios en las funciones del Estado, todos bajo el rubro del paquete político-económico, reconocido como el Consenso de Washington[3]. Aquellos elementos han influido no solo en la concepción y definición de la salud, sino en los valores, orientación, calidad y oportunidad de la prestación de los

---

Invirtiendo en la Salud proponiendo reformas, un documento que tuvo fuerte influencia en la región, como ocurrió también con su informe sobre pensiones. Entre 1993 y 1999, diez países comenzaron las reformas y México retomó la suya; sólo tres países entre 2000 y 2001. A fines del decenio de los años 90 la mayoría de los países latinoamericanos estaba en la etapa de diseño o en la primera fase de implementación de la reforma, en una minoría de países la implementación estaba avanzada y en unos pocos ya se estaba discutiendo o se había implantado una "segunda" generación de reformas. (Infante, Mata y López-Acuña 2000; OPS 2002a). En 2003-2005, Chile entró en la tercera generación de reformas, Haití retomó la reforma interrumpida por la guerra civil y las crisis político-económicas, Panamá estaba estudiando una reforma para integrar su sistema de salud y Paraguay una propuesta de cambios, mientras que Venezuela estaba debatiendo en la Asamblea Nacional un proyecto de ley de salud a mediados de 2005". Cepal, 2005:31.

3. Para una mirada a la concepción teórica de dicho paquete político-económico, véase: Williamson, John. 1994. The Political Economy of Reform. Washington D.C: Institute for International Economics.

servicios de salud para las poblaciones, al igual que en la organización y el comportamiento sectorial.

En Colombia el proceso no ha sido diferente. Las reformas al modelo nacional de salud han respondido a políticas de ajuste neoliberal encaminadas al crecimiento y fortalecimiento del mercado dentro del sector. Con una evolución reciente, iniciada a mediados del siglo XX y una crisis que se profundiza cada vez más, el modelo de salud actual colombiano continua con deudas en la materialización de la salud como derecho fundamental, persistiendo la tensión estructural entre el cumplimiento del rol de un Estado Social de Derecho y el libre desarrollo del mercado.

Como se verá más adelante, la incorporación de nuevos actores que redefinen los roles entre lo privado y lo público, unido a la creciente desregulación, han derivado en la orientación de modelos de atención, gestión y financiamiento de la salud que no han logrado respetar, proteger y garantizar el derecho a la salud como bien universal y fundamental, ligado a la dignidad humana y a la ciudadanía social.

Modelos orientadores de la prestación de servicios de salud

Para hablar sobre los modelos orientadores de la prestación de los servicios de salud en la historia colombiana, se pueden ubicar tres momentos (Meza Carvajalino, 2005:4):

1. MODELO HIGINIESTA (1886-1950): Inició con la promulgación de la Constitución de 1886 donde la enfermedad era pensada como consecuencia de la exposición a condiciones ambientales inadecuadas que podían ser corregidas por medidas higiénicas, primando acciones de salubridad pública y aspectos de carácter sanitario, la atención preventiva y curativa en salud eran financiadas por los usuarios y por instituciones de caridad.
2. SUBSIDIOS A LA OFERTA (1970-1989): Se desarrolla bajo la creación del Sistema Nacional de Salud y el Instituto de Seguros Sociales (ISS), incorporando una red pública de servicios de salud pero también múltiples fundaciones y entidades de beneficencia de

origen privado y religioso que se movían con gran autonomía. En esta etapa, los recursos del gobierno central para salud eran transferidos directamente a la red de hospitales públicos del país; bajo la política de descentralización territorial en la década de los ochenta, los subsidios se canalizaban hacia los proveedores, financiando así la oferta o provisión de servicios.

Bajo la perspectiva de la denominada solidaridad Bismarckiana[4], se implementa un régimen contributivo con esquema tripartito de financiación (Estado - empleadores - empleados), con cobertura limitada al trabajador formal - dejando desprotegida a la familia y el otro amplio sector de la sociedad no vinculado al mercado laboral formal. En el caso colombiano, tal sistema, seguía sin proporcionar una atención integral en salud a la población de escasos recursos económicas o desempleada, y la proliferación de mecanismos y o regímenes era tal que para inicios de la década de los noventa existían un gran número de cajas o fondos de previsión, además, los mecanismos de protección de la salud inefectivos, inequitativos e ineficientes.

3. SUBSIDIOS A LA DEMANDA O COMPETENCIA REGULADA (1990 en adelante): Esta etapa se enmarca en la promulgación de la actual Constitución Política de Colombia de 1991 en la que se declara la existencia de un Estado Social de Derecho, el cual tenía el deber de consagrar la vida como un derecho fundamental e inviolable, del cual es garante, y eleva a la Seguridad Social como "un servicio público de carácter obligatorio" (Art.48). Con la Ley 100 de 1993 se crea al Sistema General de Seguridad Social en Salud

4. El modelo bismarckiano, que hace alusión al primer canciller de una Alemania unificada, Otto Van Bismarck, se remonta a la segunda mitad del siglo XIX; es un modelo contributivo que se instauró inicialmente en Prusia pero que su expansión y fortalecimiento institucional se da en el contexto de la Segunda Guerra Mundial donde los gobiernos empiezan a asumir políticas frente al tema de la salud y ampliación de cobertura. En este modelo los aportes de los participantes financian los beneficios de los mismos, excluyendo a los demás.

(SGSSS), sentando las bases para que, bajo la supervisión y regulación del Estado, la prestación de los servicios de salud se hiciera a través de una red de instituciones y empresas privadas y públicas que compiten por el aseguramiento de la población bajo una "competencia regulada" que provee de un seguro de salud a toda la población, de forma tal que les garantice la atención que demandan, incluyendo, la atención obligatoria al grupo familiar del cotizante y a la población sin capacidad de pago, mediante la creación de un régimen subsidiado, conocido popularmente como el Sisben.

Ha sido este modelo de subsidio a la demanda o competencia regulada el que ha orientado el diseño e implementación del actual Sistema de Salud en Colombia; caracterizado por vincular activamente a los agentes privados para la provisión de un servicio público e incorporar un esquema de solidaridad en la financiación del aseguramiento para los más pobres; se reconocen sus virtudes frente a la capacidad de ampliar significativamente la cobertura en sus primeros años de vigencia, pero también son fuertes las críticas por desdibujar la salud como derecho, tener una deficiente regulación estatal y suponer el libre funcionamiento de las fuerzas del mercado sin garantizar un servicio de salud óptimo, igualitario y de calidad.

2. FUNCIONAMIENTO Y ACTORES DEL SISTEMA GENERAL DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS)

Antes de la reforma de 1993, y financiados de forma diferente, el sistema estaba constituido por tres pilares fundamentales:

"(i) el sistema de seguridad social, (ii) el sector público, y (iii) el sistema privado (Gaviria et al., 2006). En particular, el sistema de seguridad social estaba compuesto por las Cajas de Previsión Social (CPS), el Instituto de Seguros Sociales (ISS), que atendía a los empleados del sector privado, y la Caja Nacional de Previsión Social (Cajanal) que, junto con otras cajas, prestaba el servicio a los empleados públicos. Las Cajas de Compensación Familiar (CCF) (…). Por otro lado, el sector público estaba conformado por los hospitales y centros de salud encargados de suministrar los servicios a las personas que no pertenecían al sistema de seguridad social o cuyos ingresos eran insuficientes para acceder al sistema privado (...) Esto es lo que se conoce como los subsidios a la oferta. Por último, el sistema privado atendía a la población con ingresos altos y estaba conformado por una red de prestadores y aseguradores, también privados, entre los que se destacan los hospitales, la naciente medicina prepagada y los Seguros de Indemnización en Salud." (Santamaria, 2009:21).

Con la ley 100 el funcionamiento, los actores, las regulaciones y dinámicas del sistema de salud colombiano cambiaron radicalmente. Se creó entonces el Sistema de Seguridad Social Integral que tuvo por objeto "garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana (…); comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios" (Ley 100, Art.1). Éste sistema introduce como principios fundamentales en la prestación de los servicios de salud, la eficiencia, la universalidad, la solidaridad, la integralidad, la unidad y la participación (Ley 100. Art. 2).

Para lograr sus metas y objetivos, la Ley estableció una estructura que consta de cuatro componentes: el Sistema General de Pensiones (SGP), el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema General de Riesgos Profesionales (SGRP)[5] y los Servicios Sociales complementarios. De acuerdo al enfoque del presente estudio, y por la naturaleza de su búsqueda se retoma exclusivamente lo concerniente al SGSSS.

Con retos importantes en términos de cubrimiento en salud para la población, la Ley 100 incorpora un esquema de solidaridad en la financiación del aseguramiento para los más pobres, quedando dividido el sistema en 3 regímenes: el subsidiado (RS), el contributivo (RC) y el especial (RE) que se describen a continuación:

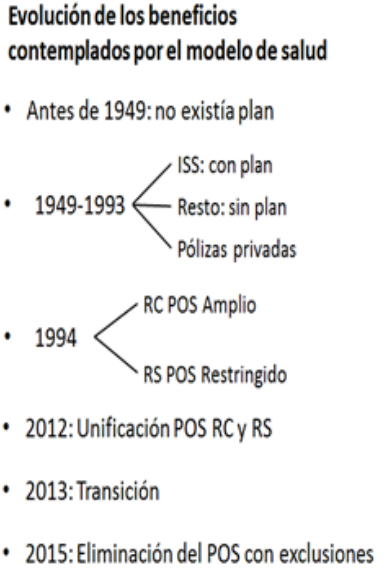
5. Denominación modificada por la Ley 1562 de 2012 a "Sistema General de Riesgos Laborales"

REGIMEN	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	ESPECIAL
CARACTE-RÍSTICAS	Afilia a los trabajadores con contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados, jubilados y los trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo legal. Su familia es beneficiaria. La responsabilidad de la afiliación es del empleador, y del pensionado es del Fondo de Pensiones.	Afilia a las personas sin empleo, sin contrato de trabajo o de bajos ingresos económicos a través de un subsidio total o parcial que ofrece el Estado. La identificación de esta población es competencia municipal y se lleva a cabo mediante la aplicación de la encuesta del SISBEN. El régimen es administrado por los entes territoriales, encargados de la operación adecuada de sus procesos frente a identificación y afiliación de la población, así como sobre la inversión, contratación, seguimiento y vigilancia de la ejecución de los recursos que financian el régimen.	Afilia a trabajadores de las fuerzas militares, Policía Nacional, ECOPETROL, el Magisterio y las universidades públicas. Tienen sus propios regímenes de seguridad social en salud y pensiones y solo participan en el Sistema General mediante aportes de recursos a la subcuenta de solidaridad del Fosyga. La prestación de los servicios médico-asistenciales se realiza a través de la contratación con entidades de salud.
FINANCIACIÓN	El 12,5% del salario es la base de cotización, porcentaje que asume en su totalidad los trabajadores independientes, y en caso de los empleados, éste asume el 4% y el empleador el 8,5%. También se financia con cuotas moderadoras y copagos por los servicios prestados.	Recursos de trasferencias de la nación a los departamentos y municipios por concepto de salud y el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), que a su vez se nutre con una contribución de 1.5% de la cotización de los regímenes contributivo y especial.	Financiado con las contribuciones de sus afiliados. Magisterio: Ley 91/89 crea el Fondo de Prestaciones Sociales del Magisterio como cuenta de la Nación para administrar los recursos de seguridad social. (Fondo administrado por entidad fiduciaria)

REGIMEN	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	ESPECIAL
BENEFICIOS	Tienen derecho a los beneficios del Plan Obligatorio de Salud (POS) y un subsidio en dinero en caso de incapacidad por enfermedad y/o licencia de maternidad.	Tienen derecho a los beneficios del Plan Obligatorio de Salud (POS). Solo hasta el 1 de julio del 2012 se da la unificación de los servicios cubiertos por el POS del RC y RS , cuestión que, en términos de equidad, era una deuda pendiente.	Magisterio: No hay copagos ni cuotas moderadoras para la atención o tratamiento de los docentes afiliados o sus beneficiarios. Atención y tratamiento de todo tipo de patologías sin restricción y sin periodos mínimos de cotización y libre elección de los prestadores y traslado por insatisfacción en el servicio.

Y para operacionalizar los regímenes y funcionamiento del SGSSS, la Ley 100 crea dos instrumentos: Plan Obligatorio de Salud (POS) y la Unidad de pago por capitación (UPC):

El POS se entiende como el conjunto de servicios de atención en salud a que tiene derecho los afiliados (atención, exámenes, medicamentos, etc); su finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar y está complementado con el reconocimiento de prestaciones económicas en caso de licencia de maternidad e incapacidad por enfermedad general.



Y la UPC es el valor anual que se reconoce a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) por cada uno de los afiliados al SGSSS para cubrir las prestaciones del POS en los regímenes contributivo y subsidiado. La UPC-Subsidiada (UPC-S) para el 2013 se ubicó en $ 508.993,20 y para Régimen Contributivo (UPC-C) en $ 568.944,00.[6]

Sin embargo, aunque la reorganización estructural del sistema ayuda a avanzar significativamente en la cobertura en salud, hay que decir

6. A partir del Acuerdo 19 de 2010 se incorporan dos UPSC más. La UPC adicional, que es un valor aplicable a 15 departamentos que tienen menor densidad poblacional y dispersión geográfica, aspectos que representa un mayor gasto por los sobrecostos de atención en salud derivados, entre otros, del transporte de pacientes. Y la UPC-S diferencial aplicable para zonas geográficas que presenten mayor siniestralidad respecto del resto de municipios del país.

que esta división de regímenes es flanco de críticas por parte de aquellos que defienden la salud como derecho universal, pues se plantea que la seguridad social debe estar íntimamente ligada a la ciudadanía social y no exclusivamente al contrato laboral, es decir, que la cobertura y acceso a los servicios de salud debe darse por igual a cualquier ciudadano de un país y no variar de acuerdo al tipo de contratación laboral y/o la capacidad de pago.

Dicha diferenciación en un contexto de la creciente deslaboralización[7] y flexibilidad laboral en Colombia[8], promueve y profundiza la inequidad del país y hace que exista un sistema de salud para el sector formal de la economía y otro para los más pobres (subsidiado), con paquetes de beneficios diferenciados y con variantes niveles de calidad y oportunidad en el servicio, desconociendo, entre otras cosas, los condicionantes sociales (alimentación, educación, salubridad…) de la salud de la población menos favorecida que determinan que aunque puedan enfermarse más, siempre recibirán una atención precaria e insuficiente.

Aquí aparecen tres conceptos claves que proyectan este debate incluso más allá del tema de la salud y lo ubica en el campo de la protección social y las políticas públicas: asistencia, aseguramiento y universalidad.[9] La asistencia consiste en el direccionamiento y focalización de políticas hacia las poblaciones económicamente desfavorecidas desde orientaciones más de índole caritativo. El aseguramiento por su parte, está dirigido a la población trabajadora que tiene la obligación de afiliarse y cotizar a un sistema de seguridad social y que por disponer de un salario son excluidos del modelo asistencial. Por último, la universalidad, como concepto alternativo que gana importancia en

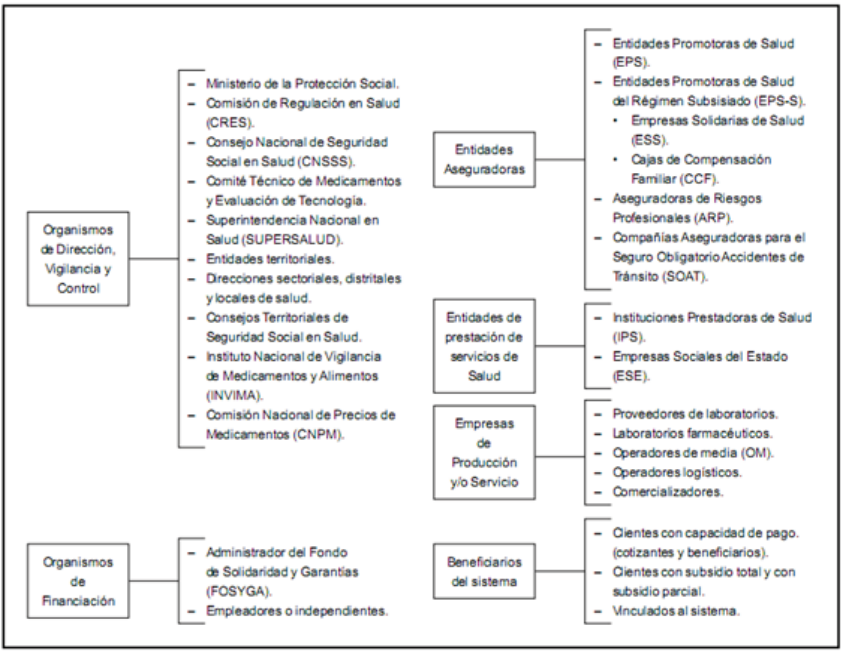
7. Aquí se entiende la deslaboralización como una estrategia empresarial para convertir una relación laboral "real" en una relación comercial y/o civil, mediante la utilización de un contrato de prestación de servicios.
8. La flexibilización laboral está enmarcada en la Ley 50 de 1990 y la Ley 789 de 2002.
9. Ver texto: Salcedo, Diana Paola (2013) "Protección social en Colombia ¿Dónde se rompe la cadena de efectos virtuosos de las políticas sociales?" FESCOL.

América Latina – y ha empezado a implementarse en Brasil-, supone la responsabilidad del Estado para con sus ciudadanos en la garantía de los derechos sociales, de los cuales es garante fáctico; esto es, que la protección social no estaría ligada, como en el caso colombiano, a la condición de trabajador, sino de ciudadano, y su cubrimiento sería universal y equitativo. Pero esta discusión en Colombia, de cara a los actuales debates públicos sobre la reforma a la salud, no parece tener impacto pues la lupa de la liquidez financiera del sistema y su viabilidad económica prima sobre los posibles debates políticos.

Los actores del SGSSS

Para garantizar la puesta en marcha del nuevo sistema de seguridad social en salud, cambian los actores y funciones, configurándose la siguiente cadena de abastecimiento del sector salud:

Componentes de la cadena de abastecimiento del sector salud



Tomado de: GARCÍA, 2009:245.

Se ve entonces, como al interior del SGSSS, interactúan mercados y entidades públicas y privadas de diverso orden, cada una cumpliendo un rol, funciones y responsabilidades específicas.

Según la Superintendencia de Salud, (2012:8) y siguiendo el modelo de competencia regulada, se encuentra que el Estado y sus entidades cumplen un rol de regulación, vigilancia y control. Se ubican en este nivel entidades como el Ministerio de Salud y Protección Social, la Comisión en Regulación en Salud (CRES),[10] la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) y el INVIMA.

Le sigue en el otro nivel las entidades de aseguramiento; aquí entran las Entidades Promotoras de salud (EPS) y las Empresas Sociales del Estado (ESE); quienes coordinan directamente con los Concejos territoriales de seguridad social en salud, las direcciones seccionales, distritales y locales de salud y el Fosyga.

En el nivel de prestación de servicios de salud, están los órganos de administración, prestación de servicios y financiación del sistema; se ubican aquí las Instituciones Prestadoras de Servicio (IPS): clínicas, hospitales laboratorios, centros de urgencias, de especialistas, de diagnósticos, etc.

Otro nivel, sobre los cual no se profundizará en este estudio, es el de contratación de bienes y producción de servicios en salud, conformado por los mercados de profesionales independientes de la salud, de medicamentos, de insumos y dispositivos y el de tecnología médica.

El último de los actores, y no por ello menos importante, son los usuarios del sistema de salud, es decir, los empleadores, los trabajadores, las personas sin capacidad de pago, y sus familias, o sea, toda la ciudadanía colombiana y residentes en el país, razón de ser del mismo sistema.

A continuación, una breve descripción de los principales actores y su función dentro del SGSSS:

10. La CRES fue liquidada mediante el Decreto 2560 de diciembre de 2012, y todas sus funciones y competencias fueron trasladadas al Ministerio de Salud y Protección Social el cual fue modificado en su estructura para tal efecto.

Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS): Es la máxima autoridad de rectoría y regulación, dirige el sistema de protección social en salud a través de políticas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y el aseguramiento, así como la coordinación intersectorial para el desarrollo de políticas sobre los determinantes en salud[11].

Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud): Definidas por la Ley 1122 de 2007, esa entidad asume funciones de inspección (seguimiento, monitoreo y evaluación), vigilancia y control sobre la situación jurídica, financiera, técnica-científica, administrativa y económica de las entidades involucradas en el SGSSS. Su rol se centra en autorizar el ingreso de los nuevos aseguradores al mercado regulado, supervisar su desempeño y servir de instancia de quejas, control y sanción y conciliación entre actores.

Entidad Promotora de Salud (EPS): De naturaleza privada, pública o mixta, las EPS son entidades que desarrollan funciones administrativas y comerciales, más no médicas, y se clasifican según regímenes (subsidiado y contributivo)[12]. Con su entrada en vigencia se descentraliza el poder que tenían instituciones estatales[13], diversificando los actores privados implicados.

Dentro del SGSS, las EPS tienen funciones delegadas por el Estado y otras propias de su papel de asegurador:

1. Por delegación del Estado: Recaudar cotizaciones; pagar las licen-

11. Creado a partir de la Ley 790 de 2002 bajo la presidencia de Uribe, se fusionó el Ministerio del Trabajo y Seguridad Social con el Ministerio de Salud (Art. 5). En el 2011, bajo un contexto de crisis del empleo y la salud en el país, además para poder cumplir con los requisitos del Plan de Acción Laboral, firmado por Presidente Obama y Santos, el 7 de abril de ése año, se decide separar ministerios, creándose nuevamente el Ministerio de Trabajo y quedando MinSalud encargado del tema de la salud en el país.
12. Antes de entrar en vigencia la Ley 1122 de 2007 las entidades que cumplían esta función en el régimen subsidiado se denominaban Administradoras del Régimen Subsidiado- ARS.
13. Tales como: Instituto de los Seguros Sociales, ISS, Caja Nacional de Previsión, Cajanal y Caja de Previsión de Comunicaciones, Caprecom.

cias de maternidad; pagar contenidos No POS (vía tutelas y CTC)

2. Propias (funciones de aseguramiento): Administrar la afiliación; cubrir las incapacidades por enfermedad general; cubrir el POS de sus afiliados, para lo cual: administran el riesgo de salud, organizan la red de servicios y gestionan el costo de salud.

Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS): De carácter público o privado, son los proveedores de la atención, es decir, los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, bien sea de urgencia o de consulta.

Empresa Social del Estado (ESE): Entidad pública descentralizada, con patrimonio propio y autonomía administrativa, cuyo objeto es la prestación de servicios de salud. En su mayoría, eran hospitales públicos que se tuvieron que adaptar a la venta y facturación de servicios (subsidio a la demanda).

FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía): Creado con la Ley 100, es una cuenta adscrita al Ministerio de la Salud y Protección Social, sin personería jurídica ni planta de personal propia, a través de la cual se manejan los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Su objetivo es garantizar la compensación entre las personas de diferentes ingresos para el acceso al derecho a la salud.

Resumiendo, el SGSSS se basa en un modelo de aseguramiento individual o familiar de competencia regulada con subsidio a la demanda; la lógica básica de la organización de este sistema corresponde al denominado "pluralismo estructurado", que siguiendo a Londoño (1997:16) "busca un punto medio entre el monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado, evitando los extremos de los procedimientos autoritarios del gobierno y la ausencia anárquica de reglas del juego transparentes para evitar o compensar las fallas del mercado".

GRÁFICO 2.

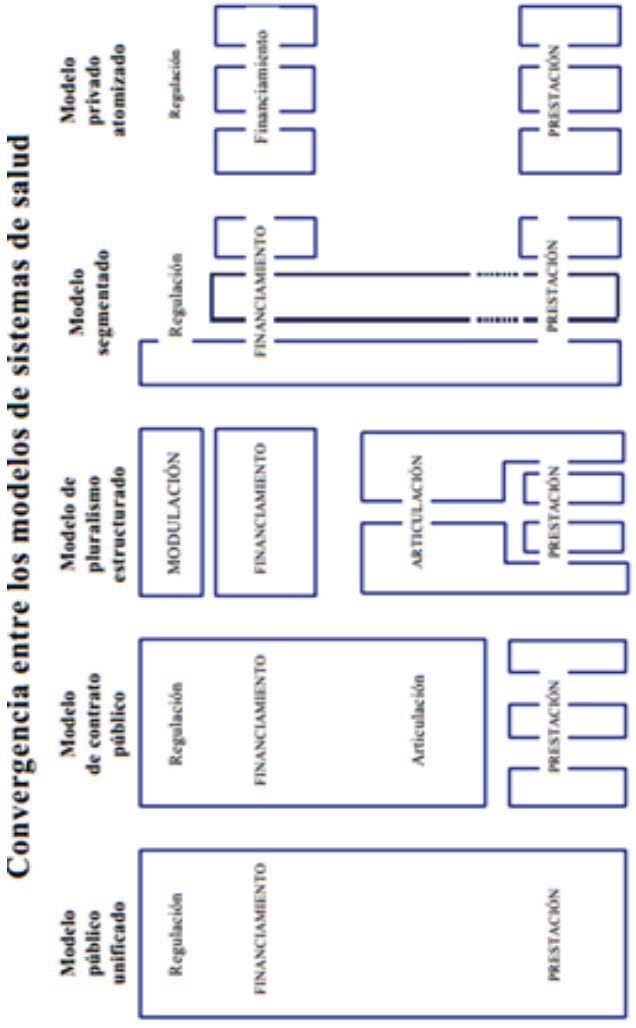


Gráfico tomado de: (LONDOÑO, 1997:23)

Sin embargo, esta definición del sistema y su organización, veinte años después de ponerse en marcha, y en medio de una situación como la que atraviesa actualmente el país en materia de salud, se presentan como orientaciones teóricas que no lograron desarrollarse a cabalidad. Una competencia que se da en condiciones de desigualdad -entre lo público y lo privado, con mercados concentrados en EPS que ocupan posiciones de dominio-; y una regulación del Estado que es cuestionada por su incapacidad para hacer inspección, vigilancia y control a las entidades y recursos del sistema, ponen en cuestión la lógica del libre funcionamiento de las fuerzas del mercado en este sector, como garantía de un nivel de prestación de servicios óptima y eficiencia distributiva.

3. EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO: AVANCES Y RETOS DE LA LEY 100 DE 1993

El libro "Luces y Sombras de la reforma en salud en Colombia" (Yepes y Ramírez, 2010) fue resultado de un proyecto investigativo de la Asociación Colombiana de la Salud y la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario. Su importancia reside en la capacidad de reunir y analizar más de 459 referencias de literatura científica producida entre los años 2000-2008 sobre el tema de la reforma a la salud; su reflexión ayuda a comprender de manera más integral las características, impactos y resultados de uno de los modelos de salud más ambiciosos y cuestionados de la historia del país.

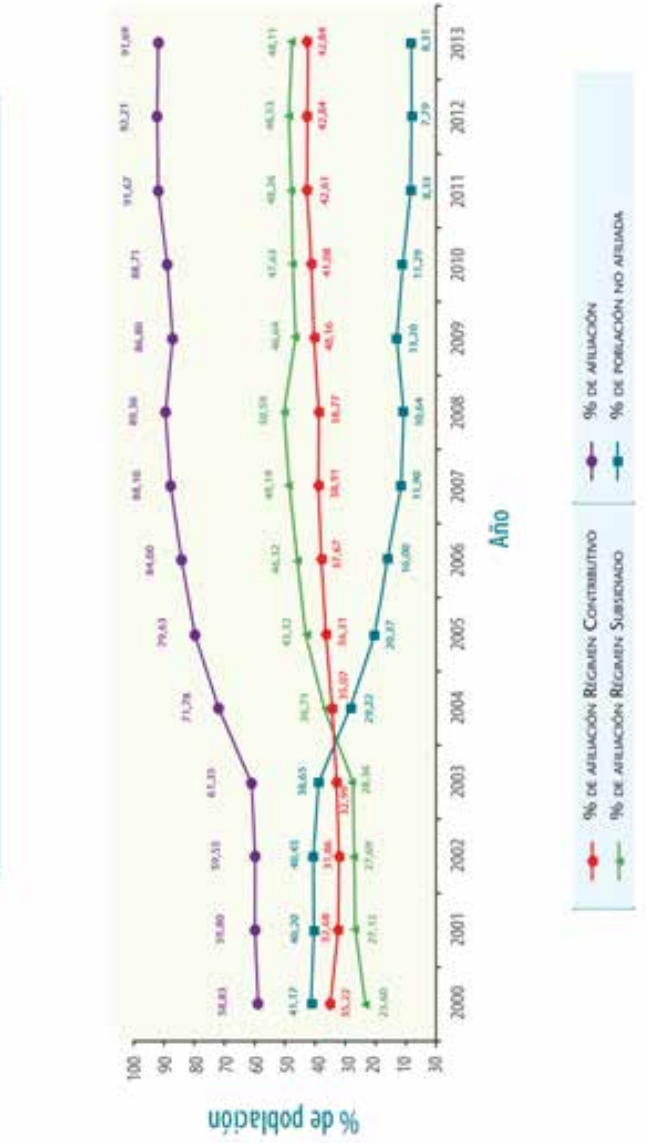
Recogiendo de forma muy breve y superficial el balance que hace el libro y nutriéndolo con cifras e información actualizada (2012), sin dejar de reconocer la dificultad para acceder a datos y estadísticas que actúen como líneas bases, se resaltan los siguientes elementos acerca del balance de la Ley 100 y el estado actual de la salud colombiana:

3.1 Sobre la cobertura del aseguramiento y las barreras de acceso a los servicios de salud.

Tomando como base la población afiliada al Instituto de Seguros Sociales y las diferentes Cajas, las personas con seguros privados de

hospitalización y cirugía o medicina prepaga hasta 1993, se reporta una máxima cobertura en salud de 23% - fundamentalmente población urbana y con relación laboral formal-. "Esto significó, entre otros retos, aumentar el aseguramiento en el régimen contributivo mediante la formalización del empleo, y por otro lado, garantizar la financiación del régimen subsidiado con el aumento de los recursos públicos para este propósito" (Yepes y Ramirez, 2010:28).

Si bien el aseguramiento contributivo aumentó en una fase inicial (década de los 90), luego crece de manera lenta, caso inversamente contrario del aseguramiento subsidiado; lo que sí es claro es que disminuyen las brechas entre lo urbano y lo rural.



Fuente: Informe anual 2013. Perspectiva del Sistema de Salud Colombiano. Programa Así Vamos en Salud. Se entregan cifras a 2013 pues son las disponibles en la versión histórica de los archivos del Ministerio de Salud.

En materia de cobertura, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) con corte a diciembre de 2014, reporta un aumento en la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud llegando al 96,2% de la población, es decir, 45,5 millones de personas[14]. De este total, solo el 47.9% están cubiertos por el régimen contributivo y el 52% son del subsidiado, lo que habla de un problema estructural de generación de trabajos decentes en el país, y añade un punto a la discusión y es que en estos términos el sistema de salud no se puede fundar en extender el componente contributivo basado en el aseguramiento mientras no haga una profunda reestructuración del mercado laboral, promoviendo de manera mucha más eficaz, la generación de empleos formales, medidos por la cobertura que ofrezcan a sus empleados a los sistemas de salud y pensiones contributivos.

Retomando, si se tiene entonces que la cobertura universal como promesa bandera de la Ley 100 es sin duda uno de los indicadores positivos de la reforma, pasando de un 23% en 1993 a un 96.2% en el 2014, aquí el punto de quiebre para el optimismo es el tema del acceso a los servicios de salud, pues a pesar de estar asegurada casi la totalidad de la población bajo alguno de los regímenes, las barreras y dificultades para acceder a dichos servicios son múltiples y preocupantes, al igual que los niveles de calidad en la atención son altamente discutibles.

> "Estas barreras son de dos tipos: estructurales y oportunistas o de racionamiento. Las primeras están constituidas por las limitaciones en cobertura de servicios del Paquete Obligatorio de Servicios, POS subsidiado y las aún mayores restricciones de los POS parciales. (…) También consideramos barreras estructurales, las económicas determinadas por el cobro de las cuotas moderadoras y los copagos (…). Las segundas, son aquellas que los aseguradores establecen con miras a disminuir

14. Ministerio de salud (2014). Boletín de seguridad social, I semestre de 2014. Disponible en: http://www.minhacienda.gov.co/portal/page/portal/HomeMinhacienda/SeguridadSocial/boletines/07102015-boletin-seguridad-social.pdf

> costos y reducir el uso de servicios por parte de los afiliados. Consisten generalmente en una combinación de medidas que le dificultan el uso de los servicios a los afiliados obligándolos a desplazarse a diferentes sitios para realizar trámites de autorizaciones, para hacerse exámenes diagnósticos y para obtener medicamentos." (Yepes y Ramirez, 2010:34).

Son estas barreras de acceso al servicio las que han hecho que sea la acción de tutela el mecanismo por excelencia para poder acceder al derecho a la salud, adjudicando con esta situación al poder judicial la interpretación de decisiones que deberían ser resueltas exclusivamente por personal médico, es decir, la rama judicial está coadministrando la salud, y los jueces, a través de las tutelas, son quienes resuelven los problemas de salud de la gente. Tanta es la dimensión del problema que en solo 5 años, el número de acciones de tutela que reclaman derechos relacionados con los servicios de salud en Colombia se incrementó en 25,2% según la Defensoría del Pueblo; en su informe preliminar advierte un incremento sostenido que para 2014 alcanzó un total de 118.281 tutelas, lo que representa el 23,7% del total de este tipo de acciones jurídicas interpuestas por los colombianos[15].

Las cifras hablan por sí solas sobre la necesidad de mantener la acción de tutela sin modificaciones ni límites, pues resulta ser el último mecanismo, efectivo y expedito, para defender el derecho a la salud. No en vano que haya sido uno de los puntos álgidos en el debate sobre la reforma a la salud con la Ley Estatutaria en el 2013, que se detallará más adelante. Sin embargo, si persiste la pésima atención en salud, el sistema judicial deberá tomar medidas para salir del colapso en el que se le ha puesto por la marea de tutelas que reciben a diario.

---

15. Boletín informativo, Defensoría del Pueblo, Abril 7 de 2015. "Sigue creciendo el número de tutelas en salud" Disponible en: http://www.defensoria.gov.co/es/nube/noticias/3414/Sigue-creciendo-el-n%C3%BAmero-de-tutelas-en-salud-Tutelas-salud-D%C3%ADa-Mundial-de-la-salud-justicia-Plan-Obligatorio-de-Salud-Fallos-de-tutela-Derechos-Humanos-EPS.htm

3.2 Sobre la competencia y la libre elección: calidad y eficiencia de los servicios de salud

Con el esquema de la ley 100 se promulgó la competencia, tanto entre aseguradores como entre prestadores de servicio, como el criterio que ayudaría a encontrar calidad y eficiencia en los servicios de salud y pondría un abanico de posibilidades a los usuarios para que pudieran elegir libremente las entidades que velan por su salud; pero la realidad muestra que los mercados de aseguramientos a nivel departamental se encuentran altamente concentrados y que ciertas EPS ostentan posiciones de dominio, lo cual no es cuestionable a la luz de las normas, pero si resulta objeto de vigilancia permanente dado su impacto social y financiero que representa para el país. Se denuncia por ejemplo, que las EPS-C agremiadas en ACEMI y jugando con las leyes del libre mercado, incurrieron en lo que se conoce como competencia desleal, según reporta la Superintendencia de Industria y Comercio en un informe del superintendente delegado Pablo Márquez, quien encontró "diversas pruebas que señalan que las EPS-C agremiadas en Acemi realizaron un acuerdo anticompetitivo para intentar ocultar o falsear la información remitida a los entes reguladores, afectando la debida transparencia en el mercado de aseguramiento en salud"[16].

Otro elemento que hace dudar de la eficiencia del modelo son los altos costos de transacción del sistema en su cadena productiva, que dificultan el funcionamiento y hacen imposible la competencia perfecta. Como lo plantean Yepes y Ramirez (2010: 38): "La renovación periódica de contratos entre entes territoriales y aseguradoras, y entre éstas y los proveedores, la movilidad de la población entre un régimen y el otro debido a la inestabilidad laboral, la necesidad de actualizar periódicamente el SISBEN y las demoras en los flujos de fondos (costos financieros), generan posibles costos de transacción que se podrían evitar o disminuir".

16. LEÓN, Juanita. "El 'Consenso de Acemi': el acuerdo de las EPS para negar servicios de salud" En: La silla vacía. 1 de Mayo del 2011.

Adicionalmente, ineficiencias relacionadas con la corrupción en el manejo de recursos del sistema, asimetrías de información, evasión y elusión de aportes, los recobros múltiples, la cuestionada calidad en la prestación de los servicios y la destrucción de la red pública de atención, la precarización paulatina de las condiciones laborales de los trabajadores de la salud, la existencia de incentivos positivos y negativos para el personal médico como estrategia para controlar costos – en detrimento de sus principio éticos profesionales-, el abandono de la salud pública, etc, son expresiones que dan cuenta de vacíos en la implementación y eficiencia del modelo, y una subordinación de los lineamientos establecidos por la Constitución a las leyes del mercado en las que la rentabilidad económica individual y las prácticas clientelistas priman sobre el interés colectivo.

Se concluye al respecto que, "en apariencia, el modelo logra resolver las ineficiencias del Estado y las fallas del mercado. En realidad, ha dinamizado el mercado de dimensiones globales que circula en el sector de los servicios de salud, propiciando su encarecimiento y con resultados en salud que dejan mucho qué desear". (Yepes y Ramírez, 2010:40).

3.3 Sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud

Entendida la inequidad como aquellos elementos diferenciales injustos existentes entre distintos grupos humanos (clases sociales, étnicas, raciales, por género, etc.,) y que son prevenibles mediante políticas públicas, el modelo de la Ley 100 no avanza mucho al respecto. Como se mencionaba anteriormente, la separación entre regímenes (contributivo y subsidiado) con su respectiva diferenciación en el cubrimiento de procedimientos y medicamentos en el POS, hablan de una inequidad estructural que obedece a una racionalidad económica fundamentada en el argumento de la insuficiencia de recursos[17], aún, cuando este tipo

17. "En el sistema hay una segmentación importante, al dividir la población en tres grupos para la demanda de servicios de salud. Esta división no responde

de organización genere una serie de costos de transacción adicionales (comprobación condición de pobreza y movilidad entre regímenes por alta estabilidad en el empleo).

> "El gobierno y algunos investigadores se han centrado alrededor de los logros en cobertura del aseguramiento y en los avances en equidad del aseguramiento, pero hay una tendencia preocupante a soslayar una serie de signos de alarma que han ido apareciendo en relación con el acceso a los servicios (equidad en el acceso), con la calidad de los mismos y con los resultados en salud". (YEPES Y RAMIREZ, 2010:15)

Aquí también entra el debate sobre los determinantes sociales de la salud (ver anexo 3: Determinantes de la salud), es decir, todos aquellos factores económicos, ambientales, genéticos, sociales, familiares que influyen en la salud de una persona, los cuales son susceptibles a ser intervenidos desde políticas públicas para mitigar niveles de desigualdad y discriminación. Si bien, el aseguramiento y los óptimos servicios de salud influyen decisivamente en la salud en los colombianos, es imperante ampliar la concepción sobre la salud individual a la salud pública, de modo que dichos determinantes sociales se incorporen en el diseño y acción de las políticas públicas. Pero la ley 100 se centra en la atención individual de la enfermedad desde el aseguramiento y el papel de la prevención y promoción de la salud pública resultan marginales,

---

a la creación de valor diferencial para los tres grupos poblacionales, sino a criterios de reducción del gasto en salud, ya que la UPC del régimen subsidiado es menor, y por razones políticas es necesario mantener el subsidio a la oferta que reciben los hospitales públicos. En términos de aseguramiento, el tener diversos circuitos de flujo de los recursos de aseguramiento hace que, además de disminuirse la posibilidad de tener poblaciones aseguradas más grandes, se aumenten los costos de transacción para el manejo de tres sistemas diferenciados. Esto es tender tres sistemas de tuberías en paralelo con los respectivos aumentos de pérdidas friccionales y, así, se generan mayores costos de transacción y, por lo tanto, mayor ineficiencia en el funcionamiento del sistema" (García Cáceres: 2009)

como se verá en más adelante en la asignación presupuestal.

Igualmente, estudios e investigaciones muestran como persisten las diferencias en el nivel de salud entre grupos poblacionales por nivel educativo, nivel de ingreso, por región del país y por régimen de aseguramiento. "La mortalidad infantil es 25% mayor en la zona rural, 42% mayor en la región Pacífica que en la Oriental y 220% mayor en los más pobres que en los más ricos. Aunque los diferenciales socioeconómicos y regionales se disminuyeron entre 1990 y 2005, los urbanos rurales se aumentaron" (Yepes y Ramírez, 2010: 51)

Lo que es claro, es que éstas y otras críticas al modelo más que instaurar una concepción pesimista y desalentadora, aunque lo sea, sirven de insumo para reconocer los retos que se tienen de cara a la implementación de nuevas reformas; es así, que concluyendo el balance sobre la Ley 100, y resaltando como positivos los resultados frente a la "disminución del gasto de bolsillo de los colombianos, el aumento en la cobertura del aseguramiento total, contributivo y subsidiado, y la mayor equidad en el aseguramiento mediante la disminución de los diferenciales urbano-rurales, por edad y nivel educativo, la mejor focalización de los subsidios, el mayor acceso a los servicios de salud por la población asegurada y el aumento en la consulta de sano (por prevención y promoción) entre 1997 y 2003" (Yepes y Ramírez, 2010: 53), se llama la atención sobre la necesidad de un modelo que no se centre solo en el aseguramiento y volqué su mirada hacia un enfoque integral de la salud desde una perspectiva universal, multifactorial y multisectorial tendiente a reducir las inequidades en términos de salud.

3.3 Sobre la evolución de los gastos de salud en Colombia

Siguiendo a Barón (2007) quien hace un análisis sobre los cambios más significativos en el tamaño, composición, evolución y tendencias del gasto total nacional en salud, como efectos de las reformas adoptadas en el sistema colombiano de salud, mediante las Leyes 60 y 100 de 1993, se concluye que:

> "Los resultados confirman un cumplimiento de los supuestos de la reforma en términos del monto significativo de recursos canalizados al sector, sustitución importante en el financiamiento del gasto privado por gasto de aseguramiento, mayor dinamismo e importancia de los fondos públicos en el financiamiento del gasto total y manejo de un segmento importante de recursos, por parte de algunos de los nuevos agentes, creados con la reforma. Lo cual contrasta con la poca importancia del gasto en promoción y prevención y en los programas de salud pública y los programas de atención básica" (Barón, 2007: 167)

Aquí se pueden resaltar dos elementos, uno, la poca importancia que tiene el componente de promoción y prevención del modelo, lo cual habla de un enfoque centrado en la enfermedad y no en la salud; y dos, el incremento paulatino del gasto total en salud que inicia en 1993 con una participación del 6.2% del PIB nacional y alcanza entre 1997 y 1999 su punto más alto con un porcentaje superior al 9%; a partir de entonces inicia un decrecimiento que para el 2003 se sitúa en 7.8% del PIB y para el 2011 cae al 6.1%. Fuente: Datos Banco Mundial. Construcción propia.[18]

18. Gasto total: Es la suma del gasto público y privado en salud. Abarca la prestación de servicios de salud (preventivos y curativos), las actividades de planificación familiar, las actividades de nutrición y la asistencia de emergencia designadas para la salud, pero no incluye el suministro de agua y servicios sanitarios.
Gasto público: Gasto recurrente y de capital, proveniente de los presupuestos públicos (central y locales), el endeudamiento externo y las donaciones (incluidas las donaciones de los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales) y los fondos de seguro de salud sociales (u obligatorios.

Para el 2012, Colombia destinó aproximadamente 40 billones de pesos en salud, es decir, el 6,5% del PIB, calificando como uno de los países de Latinoamérica en donde la salud tiene mayor participación en la distribución de su PIB. De aquí la afirmación recurrente que no hace falta destinar más recursos en salud, pues son suficientes, pero si poner fin a los malos manejos y corrupciones frecuentes en todos los eslabones del sistema.

Gasto privado: Incluye el gasto directo de los hogares (gastos desembolsados por el paciente), los seguros privados, las donaciones de caridad y los pagos de servicios directos por parte de corporaciones privadas.

4. LA REFORMA A LA SALUD: LEY ESTATUTARIA Y ORDINARIA

Saúl Franco[19], plantea una serie de situaciones que agravan el estado de emergencia decretado para la salud colombiana en los últimos años. Por un lado, el "gasto billonario en el sector, pero apropiación privada de los dineros públicos de la salud, desviación de recursos, integración vertical entre empresas, recobros al Fosyga, altos copagos, sobreprecios sobre medicamentos y tratamientos, corrupción y consiguiente iliquidez y deudas con los prestadores de servicio. Por el otro, evidencias cotidianas del colapso estructural del sistema: saldos negativos en violación de derechos, crisis de los servicios de urgencias, grave deterioro de la salud pública, tramitología inútil, enfermedades y muertes indignas y evitables. Esto unido a la creciente insatisfacción e indignación de los "usuarios", avances organizativos y de movilización en diferentes sectores sociales y regiones del país por el derecho a la salud"[20] dan suficientes argumentos para hacer de la reforma algo

19. Vocero de la Comisión de Seguimiento y Reforma Estructural del Sistema de Salud–CSR- y Miembro de la Alianza por un Nuevo Modelo de Salud en Colombia.
20. Ponencia en Seminario Salud y Muerte en el Trabajo organizado por la ENS. Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia (UdeA). Abril 29 de 2013.

impostergable. Pero, ¿Se mantiene el modelo del sistema actual? ¿Se reajusta? ¿Se cambia por otro?

La ley estatutaria

Las anteriores preguntas representan, en el fondo, los enfoques e intereses de diferentes grupos que lideraron propuestas para reformar la salud en Colombia en los dos últimos años. El primer debate superado, no sin tensiones, fue el carácter estatutario que debía tener la reforma, esto implicaba no solo el trámite por diferentes comisiones e instancias, sino, la posibilidad de definir y elevar la salud como derecho fundamental del cual el Estado debía ser garante sin que medien restricciones. Como ley de superior jerarquía frente a otras, establece los términos y condiciones para el ejercicio de un derecho.

Hay que decir que esta Ley Estatutaria se convertiría en la primera de su naturaleza expedida en 22 años de vigencia de la Constitución de 1991, regulando como derecho fundamental uno de carácter social y económico; hasta el momento el derecho a la salud había sido entendido como subsidiario a la "inviolabilidad al derecho a la vida", y los servicios de salud y seguridad social, los determinaba como "servicios públicos a cargo del Estado"[21].

Desde años atrás se habían puesto en marcha dos leyes y varias acciones que hablaban de una "reforma a pedazos"; se adelantó por ejemplo la ley 1122 de 2007[22], la Ley 1438 de 2011[23], la Ley 1562

---

21. Ya en el 2008, la Corte Constitucional mediante sentencia T-760 había interpretado el derecho a la salud como un **derecho fundamental**, debido a la creciente presión de las acciones de tutela, a los fallos de los jueces, y la innegable disputa entre hospitales y EPS para prestar servicios de salud; sin embargo, este logro debía formalizarse bajo la figura de ley estatutaria para adquirir el peso necesario.
22. La Ley 1122 de 2007 modifica e incluye elementos frente a la dirección, regulación y financiamiento del sistema, regulación del aseguramiento, integración vertical, regulación en la prestación de servicios de salud, salud pública, etc.
23. La Ley 1438 de 2011 regula cuestiones frente a la Atención Primaria en Salud; incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios

de 2012[24] y en el 2012 se liquidó la Comisión de Regulación en Salud (CRES) mediante el Decreto 2560[25]. Es por esto que la presión social y política por una reforma más integral, llevó a la formulación de 5 proyectos de ley[26], cada uno con actores, enfoques y alcances diferentes, y en el fondo, los siguientes puntos centrales de confrontación, identificados por Saúl Franco:[27]

- Carácter y alcances de la salud: ¿Derecho o mercancía?
- Garante del derecho: ¿El Estado o el Mercado?
- Criterios para la organización del sistema: ¿Atención integral de la salud o paquetes diferenciados de beneficios?
- Recursos de la salud: ¿Públicos o privados?

---

para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera.

24. La Ley 1562 de 2012 modifica el Sistema General de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional.
25. Pensada como ente regulador por excelencia del sistema, la CRES tenía entre sus funciones la definición y modificación de los planes de salud (POS) y la actualización anual del valor de la UPC, definía criterios para establecer las cuotas moderadoras y sistemas tarifarios para regular el mercado, además de presentar informes a las comisiones séptimas de Senado y Cámara sobre la evolución del sistema de salud.
26. Proyectos de ley estatutaria radicados:
    PLES 048 de 2012, radicado por un bloque parlamentario presidido por los senadores Jorge Ballesteros y Roy Barreras.
    PLES 059 de 2012, Cámara, radicada por el Presidente de la Comisión Séptima de la Cámara de Representantes, Rafael Romero.
    PLES 105 de 2012, originado en la CSR, respaldado por la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud, y radicado por un bloque de 19 parlamentarios de siete organizaciones políticas diferentes.
    PLES 112 de 2012, radicado por un bloque parlamentario presidido por el senador Luis Carlos Avellaneda.
    PLES 209 de 2013, originado en la Junta Médica Nacional y radicado por el Presidente de la República.
27. Ponencia en Seminario Salud y Muerte en el Trabajo organizado por la ENS. Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia (UdeA). Abril 29 de 2013.

- ¿Ánimo de lucro, intermediación financiera y existencia o no de EPS?
- ¿Tipo, niveles y condiciones de participación del sector privado en la prestación de los servicios y en la administración de los recursos?
- ¿Sometimiento del derecho a la sostenibilidad fiscal?
- Frente a la Tutela: ¿Respaldar o limitar el derecho?

Entendiendo la complejidad de este proceso de reforma y las especificidades de cada uno de los proyectos, los pactos y alianzas entre actores establecidas y modificadas, se podrían identificar dos posturas diferenciadas:

De un lado, el Proyecto de Ley Estatuaria 209 radicado ante la Comisión Primera del Senado por el Presidente y el Ministro de Salud, del brazo de la Gran Junta Médica, que contemplaba 14 puntos y tenía evidentemente una preocupación por la sostenibilidad financiera del sistema, proponiendo medidas para fijar límites en el gasto en salud.

Del otro, los proyectos de ley de origen ciudadano (105 y 112) con una pretensión de ampliar el derecho a la salud, presentados por La Comisión de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud – ANSA –, organizaciones de la sociedad civil, ONG, organizaciones médicas, de pacientes, y académicas e igualmente diferentes parlamentarios que apoyaron.

Finalmente, el 20 de junio de 2013, luego de muchas tensiones y juegos de poder, la plenaria del Senado por mayoría calificada (54 votos a favor y 8 en contra), aprueba el informe de la Comisión de Conciliación del Proyecto de Ley Estatutaria, "que regula el derecho fundamental a la salud de los colombianos y se dictan otras disposiciones, con base en la iniciativa 209 del 2013 Senado y 267 del 2013 Cámara, el cual avanzará en la nueva estructura normativa y funcional del acceso al sistema de salud de todos y cada uno de los colombianos[28]"

Luego de pasar por revisión en la Corte Constitucional – requisito

28. Disponible en: http://www.senado.gov.co/images/stories/pdfs/2013/TEXTO_DE_LA_SALUD.pdf consultado octubre de 2013.

por ser estatutaria- , tendrá seis meses para empezar a ser implementada, tiempo en el que deberán discutirse los proyectos de ley ordinaria que la operacionalicen; es aquí donde realmente se medirá la capacidad de la reforma para proponer nuevos enfoques o simplemente continuar con los anteriores, ahora nombrados de diferente manera.

¿Qué contiene la ley estatutaria? La Ley Estatutaria de Salud aprobada en 2013 contiene 26 artículos divididos en cuatro capítulos que sientan las bases para la arquitectura de lo que será la Ley Ordinaria (en trámite) que redefinirá el sistema de salud en Colombia.

1) Objeto, Elementos Esenciales, Principios, Derechos y Deberes;
2) Garantía y Mecanismos de Protección del Derecho Fundamental a la Salud;
3) Profesionales y trabajadores de la salud, y
4) Otras disposiciones;

Propone una fórmula básica con cuatro componentes los cuales se exponen a continuación acompañados de las críticas o comentarios que han desatado en los diferentes actores y fuerzas:

Fuente: Minsalud

COMPONENTE DE LA REFORMA [1]	COMENTARIOS / CRÍTICAS
Salud-Mía: Una entidad pública que afilia al Sistema, recauda y distribuye los recursos. Tendrá autonomía administrativa y presupuestal y patrimonio independiente. Estará bajo la vigilancia y control de la Superintendencia Financiera de Colombia. Con Salud Mía se simplificarán los procesos de recaudo, se mejorará el flujo de los recursos, habrá un control directo y se reducirán ostensiblemente los costos de operación del sistema. Se encargará de confirmar que los gestores cumplan con su misión y tengan buenos resultados en salud para girarles los recursos, y pagará directamente a los prestadores de servicios de salud, acabando con la intermediación financiera de las EPS.	Rev. Semana*: (Lo bueno) "Con Salud Mía, el Estado recupera el control de los fondos de la salud. (…) (lo malo) El Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), que será reemplazado por Salud Mía, está acosado por los recobros desmesurados de algunas EPS, lo cual conllevará a su liquidación" Jaime Arias (ACEMI)*: "si Salud Mía es una tesorería que maneja bases de datos, no es grave. Pero si es la que afilia a 45 millones de personas, recauda y administra los fondos, paga a los prestadores y revisa millones de facturas médicas, se va a reventar" Carolina Corcho (ANIR)*: Con la reforma se crea un gran fondo que se va a llamar Salud Mía. El gobierno dice "nosotros acabamos con la intermediación financiera porque le quitamos la plata a la EPS" pero lo que va a pasar es que la EPS se vuelve gestora, la gestora contrata con la red, que puede ser su propia red, sus propias clínicas y hospitales, hace las auditorias, las facturas y le dice a Salud Mía "páguele a este, a este otro". Se van a pagar a sí mismas porque como van a tener integración vertical por ahí se va a fugar la plata"
Mi-Plan: Ampliará el potencial de medicamentos a los que los ciudadanos pueden acceder (…) definirá una lista de exclusiones, es decir que el nuevo listado definirá solamente servicios, procedimiento y medicamentos que no están incluidos[2]. Para que los recursos de la salud alcancen para financiar Mi-Plan, el Ministerio de Salud y Protección Social hará un control estricto sobre los precios de los medicamentos, aplicando la Política Nacional Farmacéutica y herramientas.	Rev. Semana*: Lo bueno: "Se acaba el Plan Obligatorio de Salud (POS) para ser remplazado por un plan único de beneficios más amplio basado en exclusiones específicas, como lo cosmético, suntuario, experimental y no probado" Fedesarollo*: "Meter todos los servicios en el POS cuesta 3.5 billones de pesos y hasta ahí nadie ha hablado de las deudas que tienen las EPS con las IPS que ascienden a 6.65 billones de pesos. Además, cada peso que se genere en un hospital local deberá ir a Salud Mía y cada peso que se necesite deberá ser enviado desde Salud Mía, para mí esto será un gran Fosyga"

COMPONENTE DE LA REFORMA [1]	COMENTARIOS / CRÍTICAS
Gestores de Servicios de Salud (GES): acompañarán a las personas en su paso por el sistema de salud y no manejarán dinero. Los Gestores tendrán que responder por la salud de sus afiliados, de manera que se concentrarán en que las personas a su cargo se enfermen menos y recuperan de forma oportuna su estado de salud. Su remuneración dependerá de los resultados en salud que tengan. Cada Gestor estará adscrito a un área de gestión sanitaria con un número mínimo de afiliados que garantice su sostenibilidad. Los Gestores de Servicios de Salud conformarán redes de Prestadores de Servicios de Salud que garanticen la atención oportuna en las Áreas de Gestión. No podrán hacer integración vertical, es decir, que los gestores no podrán ser dueños de puntos de prestación de servicios de salud. Podrán operar ambos regímenes (contributivo y subsidiado) y podrán ser públicos, privados o mixtos, cumpliendo los requisitos fijados por el Gobierno. Los privados serán sociedades anónimas para que haya mayor transparencia. Las Entidades Territoriales podrán ser gestores siempre que cumplan con los requisitos. Las EPS que estén al día en sus obligaciones con los hospitales y que cumplan con estrictos requisitos exigidos (habilitación), podrán transformarse en Gestores de Servicios de Salud. La Superintendencia Nacional de Salud se encargará de hacer la vigilancia y el control de los GES, para lo cual se entregan más y mejores herramientas de control.	Asosalud*: "la reforma pone a las EPS como Entidades Gestoras de Salud dándoles todo el poder y la rectoría de la política pública del sector, esas entidades particulares deberían desaparecer y ser el Estado quien tome el control. Aunque el proyecto insista en la eliminación de las EPS, Asosalud aclara que solo se les están cambiando el nombre a EGS (…) Avellaneda: las EPS sólo cambiarán de nombre y esta reforma las deja con "grandes beneficios… ya que, además de aseguradores, vía que les permite no prestar servicios y quedarse con una plata de la salud…, van a quedar con recursos de administración, incentivos, una cuota per cápita por riesgo y de redistribución del riesgo, copagos, cuotas moderadoras y los rendimientos financieros…. Mientras menos servicios se presten, más tasa de rentabilidad les queda", y añade que este modelo responde a una "mercantilización de la salud" Fedesarrollo*: "no se ha especificado el papel que jugarán las EPS –que se llamarán gestores de salud en el nuevo sistema- en torno a las decisiones en la prestación de los servicios y si los médicos pasarán a ser empleados del Estado" Rev. Semana*: (lo malo) "Los dineros de la salud son públicos hasta cuando se transfieren a los agentes del sistema. Incluso la Contraloría General de la República ha manifestado inquietudes al respecto. El proyecto asegura que la ley "redefine" en lugar de reformar estructuralmente el sistema".

COMPONENTE DE LA REFORMA [1]	COMENTARIOS / CRÍTICAS
La prestación de servicios: "Las acciones de salud pública estarán a cargo de las Entidades Territoriales (Gobernaciones y Alcaldías). Las acciones individuales estarán a cargo de los Gestores de Servicios de Salud GES y son aquellas contempladas en Mi-Plan. El Modelo de Salud propuesto tiene un énfasis territorial, porque contempla Áreas de Gestión Sanitaria en las cuales operarán los Gestores de Servicios de Salud y sus redes de prestadores de servicios garantizando que se puedan prestar todos los servicios y tecnologías incluidos en Mi-Plan. Solamente para procedimientos de alta complejidad, que no existen en todas las regiones, los pacientes deberán trasladarse a otras áreas para que se les preste el servicio".	Rev. Semana*: "Con la creación de redes integradas de servicios, se planea ofrecer atención integral a las personas. La vigilancia se fortalece junto a las funciones de la Supersalud, cualidades que podrán descentralizarse. (…) El presidente de la República podría definir las condiciones laborales de los trabajadores del sector. El país se divide en unidades regionales para compensar asimetrías en salud. La ley estatutaria unifica la información y el registro en salud. Se busca que la tutela sea un mecanismo excepcional y se castigará a quienes abusen de ella por ejercicio, como a las entidades que no presten los servicios". Defensor del pueblo*: "el articulado, tal como salió de la plenaria del Senado, también revivió la polémica figura de la integración vertical limitada al nivel básico. Es decir las nuevas Gestoras, no solo organizarán su propia red, la contratarán, sino que podrán formar parte de ella con sus propias IPS". Carolina Corcho (ANIR): "La integración vertical es que yo soy la EPS y al mismo tiempo soy la dueña de hospitales y también de las ambulancias y de los laboratorios. Las EPS tienen todas las cadenas del negocio entonces ellas se giran dinero a sí mismas, se contratan a sí mismas y concentran toda la plata. Lo que quieren hacer es legalizar eso y lo que dice la reforma es "se prohíbe la integración vertical exceptuando los servicios primarios de atención", lo que pasa es que esos servicios son el 70%, no se está prohibiendo sino que se está legalizando en el 70% que las EPS que tengan control sobre los prestadores de servicio". Rev. Semana*: "El nombramiento y la remoción de gerentes o directores de las Empresas Sociales del Estado (ESE, hospitales públicos) quedaría en manos de los entes departamentales, lo que, según algunos analistas, expone los cargos a la politiquería".

* Fuentes:[29], [30]

29. Tomado de MinSalud: http://www.minsalud.gov.co/Paginas/cuatro-formulas-salud.aspx Septiembre 3 de 2013
30. Los medicamentos, tratamientos y servicios de salud que queden en la lista de exclusiones serán los que no se encuentren aprobados para su uso en el país: aquellos cuya función principal es cosmética o suntuaria, tratamientos complementarios cuya finalidad no es el diagnóstico o curación de una

- Revista Semana: Reforma de la salud, lo bueno y lo malo. 17 octubre de 2013. http://www.semana.com/nacion/articulo/reforma-de-la-salud-lo-bueno-lo-malo/361336-3
- Jaime Arias (ACEMI): http://www.portafolio.co/economia/reforma-al-sistema-salud
- Fedesarrollo: Fedesarrollo hace fuertes críticas a reforma a la salud. Caracol. Junio 6 de 2013. http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad/fedesarrollo-hace-fuertes-criticas-a-reforma-a-la-salud/20130606/nota/1911601.aspx
- Asosalud: Más críticas para la reforma a la salud. La Patria. http://www.lapatria.com/nacional/mas-criticas-para-la-reforma-la-salud-31444
- Defensor del pueblo: Defensoría del Pueblo tiene fuertes reparos sobre reforma a la salud. El espectador, 13 de noviembre de 2013. http://www.elespectador.com/noticias/salud/defensoria-tiene-fuertes-reparos-sobre-reforma-salud-articulo-458087
- Carolina Corcho: "No vamos a guardar más silencio"- Movimiento Nacional por una Salud Digna. 5 de noviembre de 2013 http://colombiaencontexto.wordpress.com/2013/11/05/no-vamos-a-guardar-mas-silencio-movimiento-nacional-por-una-salud-digna/

De esta manera, el gobierno celebra la aprobación de una ley que según su parecer dará solución a las infinitas fallas y problemáticas del sistema de salud; y como es de esperar, del otro lado se encuentran las voces de descontento que se preguntan si esto realmente es una reforma o una continuidad del sistema pues no ven cambios estructurales en el modelo sino "lo mismo con otro nombre", afirmado que sus lineamientos corresponden a la política de aseguramiento del Banco Mundial y su objetivo es profundizar el negocio del capital financiero. El Fosyga será remplazado por Salud Mía, las EPS por las Gestoras de Servicios de Salud (GSS), El POS por Mi Plan. No se tiene claridad sobre las implicaciones y funcionamiento de las áreas de gestión sanitaria ni las

---

enfermedad, que no están catalogados por una autoridad competente como servicios o tecnologías en salud o que no existe evidencia técnica o científica sobre su seguridad y eficacia o pertinencia clínica.

redes de prestación de servicios. Será en el debate de la ley ordinaria, la que operacionaliza estos asuntos del sistema, en donde se dará la batalla final.

La ley ordinaria

Las leyes estatutarias y ordinarias no se diferencian solo en el rango de importancia, sino también en la ruta de trámite y los órganos de control. Las leyes ordinarias, como segundo escalafón en la jerarquía jurídica, se encarga de reglamentar la aplicación de las estatutarias, estableciendo términos y condiciones para el ejercicio de un derecho, en este caso, el derecho a la salud.

En el segundo semestre del 2013 el gobierno presentó al Congreso de la República el Proyecto de Ley 210 de 2013 -Ley ordinaria de salud- y logró que fuera aprobado en los primeros debates del Senado; fue en el trámite en la Cámara de Representantes que estalla el descontento general.

Movilizaciones nacionales hace mucho no vistas en el sector, por su magnitud, articulación y fuerza, empezaron a tomarse el país. A través de las redes sociales se crea el Movimiento Nacional por una salud digna, y junto a organizaciones estudiantiles, asociaciones médicas y de especialistas, sociedades científicas, centrales sindicales, personal de la salud y población en general el mes de octubre y noviembre de 2013 estuvo marcado por marchas, plantones y otras formas de protesta ciudadana. Su objetivo: el retiro del proyecto de ley ordinaria y la realización de mesas de análisis y diálogos de concertación que recogieran las propuestas que desde la academia, los sectores gremiales y sindicales y de usuarios se plantean para lograr una reforma real al sistema de salud colombiano.

Fueron muchas las maniobras del gobierno para intentar pasar el proyecto de ley antes de terminar el periodo legislativo en curso. Y en el ojo del huracán varios temas neurálgicos: la formación y titulación de especialistas, la creación de la figura "servidores de la salud" para trabajadores públicos, la limitación a la tutela, la autonomía médica,

control de precios a medicamentos, continuidad de la integración vertical, entre otros.

Desde la sociedad civil se presentaron contrapropuestas y exigencias al gobierno, como la de la Alianza Nacional por un Nuevo Modelo de Salud (ANSA)[31], que con la adhesión de la Federación Médica Nacional, ASMEDAS Antioquia y la Asociación Nacional de Residentes e Internos –ANIR- propusieron un documento con cuatro capítulos, uno de ellos referente al tema laboral. Y allí, el llamado a proteger el trabajo decente y formal, garantizar el vínculo laboral para el sector público y privado, velar por la estabilidad y demás garantías de negociación y contratación colectiva y libertades sindicales, entre otras exigencias. Pero la última palabra sobre el tema queda en manos del legislativo y la presidencia de la república.

Lo que es claro es que el tema laboral no es, ni ha sido, un punto clave en el debate de la reforma[32], un constante vaivén de artículos han pretendido reformar el régimen laboral y prestacional de los trabajadores de las ESE, han propuesto recategorizar a los empleados de la salud como servidores públicos, pero de fondo, no existe ninguna propuesta que de salida a las múltiples dificultades laborales que enfrenta el sector y que sin duda se ven reflejadas en la calidad de la atención y la eficacia del modelo.

Finalmente, queda en el debate una búsqueda por una reforma real, con un modelo de salud sostenible, sin ataduras a la capacidad de pago de los ciudadanos, con planes de beneficios unificados, con componentes preventivos, sin restricciones en procedimientos, medicamentos y tratamientos, con control sobre los abusos de las empresas farmacéuti-

31. "ANSA propone conformar mesa nacional con los actores de la salud destacado". Marcela Peña A. y Diana Balaguera P. Opinión y salud. Miércoles, 21 Agosto 2013 http://www.opinionysalud.com/destacados/item/7147-ansa-propone-conformar-mesa-nacional-con-los-actores-de-la-salud
32. Ver: nota de la Agencia de Información Laboral: Los vaivenes de lo laboral en la reforma a la salud. 20 de noviembre de 2013. Escuela Nacional Sindical. Disponible en: http://www.ens.org.co/index.shtml?apc=Na--;1;-;-;&x=20168183 Consultado: diciembre de 2013.

cas, sin intermediaciones financieras que hagan extracciones de renta al sistema para el lucro de entes privados en detrimento de lo público, con modelos laborales que respeten los derechos de los trabajadores; y para hacerlo posible, a modo de ver de un amplio sector, el Estado debe recuperar su papel central en la toma de decisiones, vigilancia, control del sistema (recaudo, administración, recursos, afiliación) y orientación de las políticas del sector salud, procurando un nuevo balance entre lo público-privado.

5. PRINCIPALES EMPRESAS DEL SECTOR

5.1 Las Empresas Prestadoras de Salud (EPS)

A 2013, existen en Colombia 72 EPS, 48 del régimen subsidiado y 24 del contributivo (6 de ellas prestan sus servicios en ambos regímenes). De las 72 EPS y ubicadas en el régimen subsidiado, 6 de ellas tienen una naturaleza indígena[33].

En Colombia, según datos de la Superintendencia de Salud (2011), el aseguramiento de la atención en salud está en manos de EPS privadas y con los años así se vino perfilando. Para 1998 se contaban con 19 EPS privadas y 8 públicas; para el 2004, 20 eran privadas y se baja a 4 públicas; a 2006 solo subsisten 2 públicas y a la fecha, de la totalidad de EPS sólo CAPRECOM es de naturaleza pública y Nueva EPS de naturaleza mixta.

Y en la desaparición y fracaso de estas entidades públicas, incluido el Instituto del Seguro Social (ISS) estaba el argumento de la ineficiencia que generaba la tramitología pública, el manejo burocrático y

33. Son EPS que velan por la salud de las comunidades indígenas del país, quienes por su cosmogonía y características sociales, económicas y culturales reciben un trato diferenciado.

politiquero regional que permeaba la administración, y la desviación de recursos que acabó por hacerlas inviables.

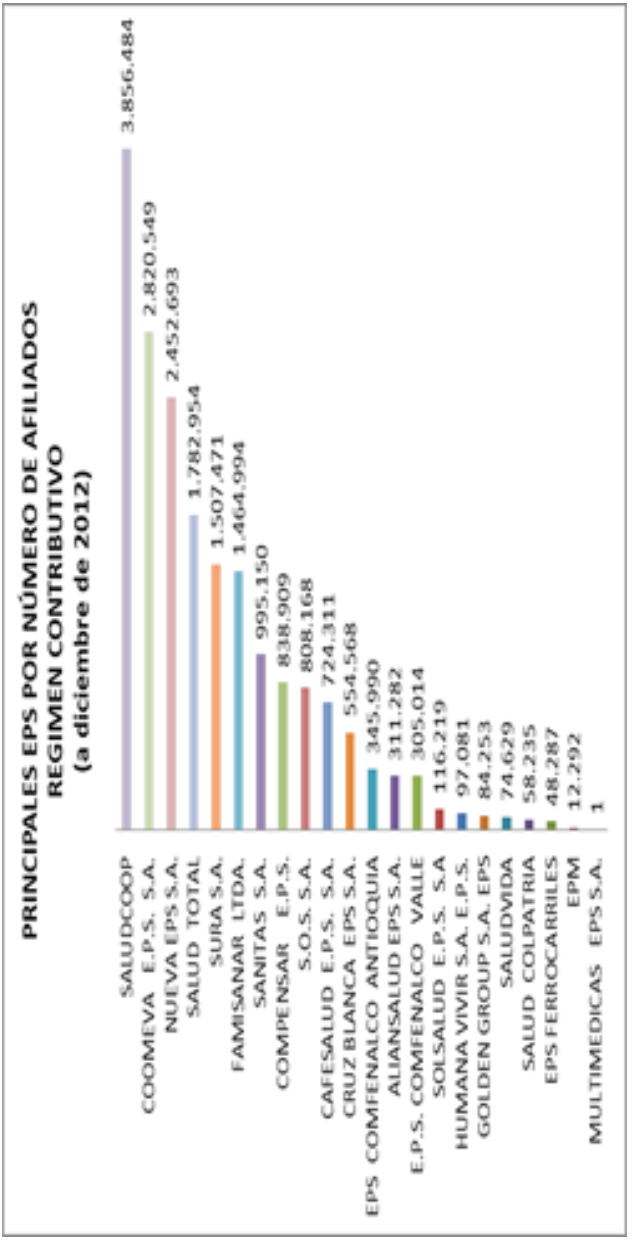
Uno de los argumentos centrales en la década del 90 para la reforma al sistema de seguridad social fue que el sector público, que lo manejaba en gran parte, era corrupto, politiquero, ineficiente y burocrático. Sin embargo, 20 años después que el sector privado toma las riendas y controla el negocio se siguen elevando las desviaciones de recursos, se requieren tramitologías excesivas y la ineficiencia es tremenda, con el agravante que continúa profundizando las inequidades en salud.

Son varios criterios los utilizados para clasificar las EPS del país: por número de afiliados, por resultados operativos o por ranking de calidad en la prestación del servicio:

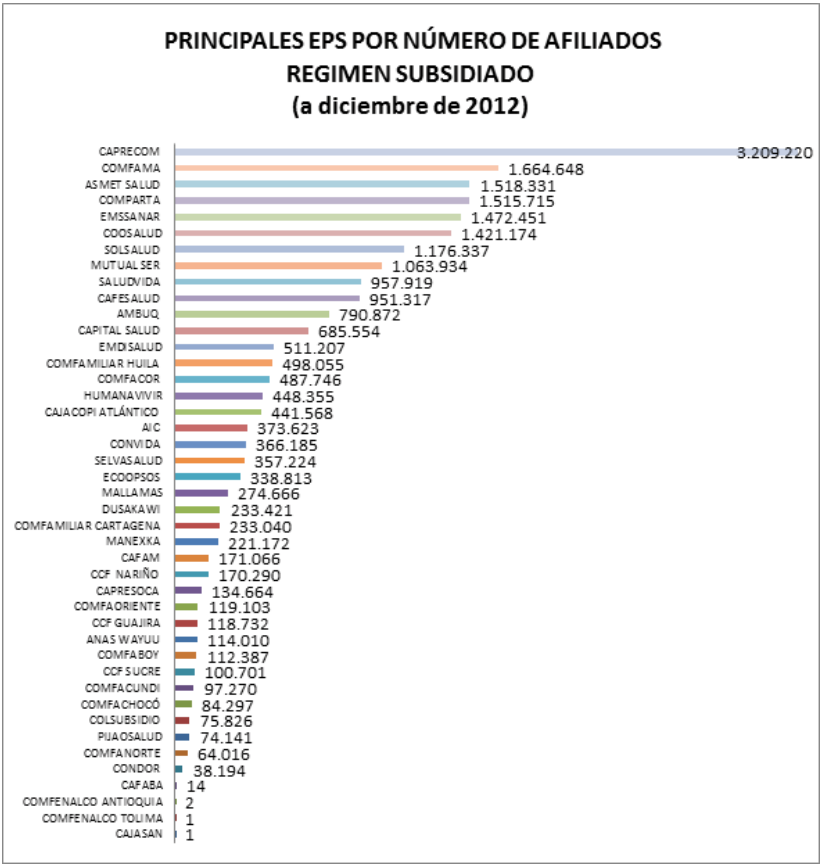
a. Por número de afiliados:

Como se ve en la gráfica, por número de afiliados en el régimen contributivo sobresale Saludcoop afiliando al 20% de la población, Coomeva el 14.6%, Nueva EPS 12.7%, Salud total el 9.2% y Sura el

7.8%. En el régimen subsidiado Caprecón 14.1%, Comfama 7.3%, Asmed Salud y Comparta 6.6% cada una.



Fuente: SUPERSALUD, construcción propia. Faltan datos de Saludcolombia EPS, S.A y Redsalud EPS. Disponible en: http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=Z0G%2b48zhGKk%3d&tabid=443&mid=1544



Fuente: SUPERSALUD, construcción propia. Datos disponibles en:http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=j5eyx5PHVtk%3d&tabid=450&mid=1614

Por la dificultad para acceder a datos precisos sobre la contratación de personal en cada una de las EPS se podría suponer que el nivel de generación de empleos es proporcional al número de afiliados que tiene cada una, en la medida que deben tener personal suficiente para atender

las demandas y necesidades de sus afiliados. Como dato base, se estima que Saludcoop, la principal EPS del régimen contributivo emplea unas 30.000 personas.

b. Por rentabilidad:

Anualmente la Revista Semana[34] saca un informe que mide las 100 empresas más grandes de Colombia; para el 2012, por estados financieros, en el sector salud sobresalen, en orden de importancia, la Nueva EPS, Saludcoop, Coomeva EPS, Sura EPS, Salud Total EPS, Sanitas EPS y Famisanar, ocupando los puestos 24, 25, 31, 63, 77, 82 y 83 respectivamente. Todas las anteriores pertenecientes al régimen contributivo. Del subsidiado solo entra ASMET SALUD en el puesto 143 de 1.000 lo que puede hablar de una solvencia mayor en la operación del régimen contributivo.

Haciendo el cálculo de la utilidad operacional sobre las ventas se evidencia que el margen de ganancia es bajo, en el caso de Saludcoop que mueve en el año más de 2.7 billones de pesos, por ejemplo, de cada 100 pesos vendidos, la utilidad no supera el 0.08%. Sin embargo, como se verá más adelante, su patrimonio creció desorbitadamente, pues la lógica del sistema de salud y los pocos controles realizados, le permitió hacer uso de esa cuantiosa suma de recursos públicos destinados a la salud (parafiscales), en inversiones y otros negocios ayudando a aumentar 504 veces más su patrimonio en tan solo 15 años[35], motivo de investigación actual por parte de la Superintendencia de Vigilancia.

34. Revista Semana, edición 1619, mayo de 2013.
35. Ver: "Saludcoop aumentó su presupuesto 504 veces con recursos de la salud: Robledo". http://www.caracol.com.co/noticias/actualidad/saludcoop-aumento-su-presupuesto-504-veces-con-recursos-de-la-salud-robledo/20110503/nota/1465427.aspx

Puesto sector salud	Nombre entidad	Ventas		Utilidad operacional		Utilidad neta		Puesto 2012*
		Dic. 2012	Var. (%)	Dic. 2012	Var. (%)	Dic. 2012	Var. (%)	
1	Nueva Eps	28897222	-0,8	22628	83,1	17974	15,6	24
2	Saludcoop	2765711	n.d.	7784	n.d.	-11792	n.d.	25
3	Coomeva Eps	2224662	9	-18882	-913,2	-17879	-655,2	31
4	Sura Eps	1191600	14,6	-17271	-260	3494	-44,8	63
5	Salud Total	1082850	7,1	-6743	-845,4	5565	-53,7	77
6	Sanitas Eps	1018040	7,7	-37292	37,6	-29569	-56,8	82
7	Famisanar	944856	7,9	2507	29,8	314	-26,1	88
8	Asmet Salud Reg. Sub.	628812	n.d.	n.d.	n.d.	-49726	n.d.	143

* Revista Semana, edición 1619, mayo de 2013.

Cruzando la anterior información, principales empresas por afiliación y por ventas, con el resultado del ranking de la Defensoría del Pueblo que mide la calidad en la prestación del servicio que le ofrecen las EPS a los colombianos con un enfoque de derechos, se encuentra que:

- Nueva EPS es la tercera en número de afiliados, pero la primera en ventas, seguida por Saludcoop
- Sura EPS es la mejor evaluada por los usuarios

Cuadro: Clasificación de EPS por ventas, por afiliados, por ranking de respeto a los derechos y evaluación de los usuarios. 2012.

EPS	Por ventas	Por afiliados	Por ranking respeto a los derechos	Por ranking evaluación de los usuarios
Nueva EPS	1	3	Medio-alto	Mediobajo
Saludcoop	2	1	Alto	Medio-bajo
Coomeva EPS	3	2	Alto	Medio-bajo
Sura EPS	4	6	Medio-alto	Alto
Salud Total EPS	5	4	Bajo	Medio-alto
Sanitas EPS	6	8	Medio-alto	Medio-alto
Famisanar	7	7	Medio-alto	Bajo
Asmet Salud	8	5	Alto	Medioalto

Construcción propia en base de los resultados del ranking de la Defensoría del Pueblo.

Intermediación de las EPS: innecesaria y dañina

El país está enterado del lucro excesivo y desfalco al presupuesto nacional por parte de estas entidades y de la inutilidad e ineficacia de su intermediación en el sistema; recobros por más de $50 mil millones investigados por la Fiscalía[36], falsedad en las afiliaciones para acceder así a mayores recursos, no pago oportuno a las instituciones prestadoras de servicio y proveedores[37], encarecimiento de los servicios, negación de procedimientos, insumos y medicamentos del POS para evitar incurrir

36. Tomado de: http://www.eltiempo.com/justicia/recobros-en-desfalco-a-la-salud_13094344-4
37. "El sector de la salud se quebró". Así de categórico es el ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria Uribe, al responder la inquietud formulada sobre las deudas que por 14,4 billones de pesos tienen el sistema con 5.010 clínicas, hospitales y centros asistenciales del país". Las 5 EPS con más deudas: Nueva EPS ($1.440.964) Caprecom ($963.055), Saludcoop ($815.932), Coosalud ESS ($294.364) y Coomeva EPS ($641.574). Tomado de: http://www.federacionmedicacolombiana.com/index.php/prensa/noticias/606-cartera-de-ips-desnuda-la-crisis-financiera-de-la-salud

en gastos, fallas en el sistema de información, utilización de los dineros públicos para especulación financiera e inversiones no permitidas, son algunos de los cargos imputados.

"En el 2010 la Superintendencia Nacional de Salud abrió 326 investigaciones administrativas contra EPS en el país. La EPS con más investigaciones fueron Humana Vivir (49), seguida de Saludcoop (43), la Nueva EPS (32) y Solsalud (31)"[38]. Según los indicadores de seguimiento y permanencia de Supersalud, a corte de diciembre de 2012, de las 24 EPS del régimen contributivo, solo 14 se encuentran sin actuación administrativa y cumplen con los requerimientos de patrimonio mínimo y margen de solvencia; 5 EPS están en vigencia especial, 2 intervenidas para administrar, y 3 intervenidas para liquidar. Para el caso de las EPS del régimen subsidiado, de 48 EPS, solo 17 no tienen actuación administrativa, 6 se encuentran en retiro voluntario, 9 en trámite de actuación administrativa, 6 en vigencia especial, 2 intervenidas para administrar y 8 intervenidas para liquidar.

Ante este panorama, son muchas las voces que se levantan para exigir que se acabe y reoriente la intermediación de las EPS en el sistema; los argumentos y evidencias son certeras, siguiendo a Mauricio Torres (2012)[39]:

1. **Las EPS se queda con una parte de los recursos públicos de salud**: la sola figura de intermediación implica gastos de administración (…) las EPS se queda con el 30% de los recursos de la salud.
2. **Las EPS se apropian indebidamente de recursos públicos de salud**: adicionalmente a lo que se apropian legalmente, por un conjunto de estrategias de falseamiento de información el gremio las EPS hizo un gran desfalco a las finanzas de la salud calculado en 4.5 billones, que constituye más del 50% de los dineros del Fondo

38. Tomado de: http://www.eltiempo.com/justicia/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-9325524.html
39. Ver: Clamor general: ¡NO MÁS EPS! Mauricio Torres. Seminario Virtual Caja de Herramientas. Edición N° 00289 – Semana del 3 al 9 de Febrero de 2012.

de Solidaridad y Garantía (Fosyga).

3. **Las EPS usan los recursos para asuntos que no son de salud**: la Supersalud ha sancionado a EPS por encontrar que de los dineros para la atención en salud los han utilizado en otros asuntos como la construcción de sus propias clínicas e instituciones prestadoras de servicios de salud, o para construir sitios recreativos y campos de golf como en el caso de SaludCoop. Es decir, han fortalecido su propia red de prestación de atención y su capital constante, a partir de desatender las necesidades de salud de la gente.
4. **Las EPS se constituyen en una barrera de acceso a los servicios de atención a la salud**: la lógica administrativa en clave de lucro hace que las EPS coloquen un conjunto de barreras administrativas que impiden que los usuarios reciban los servicios a que tienen derecho (no autorización de ordenes ni medicamentos, no programación de cirugías, demoras en la atención, etc).
5. **Las EPS tienen como centro el lucro y no el cuidado y mantenimiento de la salud**: en tanto las EPS son asociaciones con ánimo de lucro, su centro es el negocio, la estabilidad económica y la ganancia y no la promoción y mantenimiento de la salud.
6. **Las EPS han deteriorado la red pública hospitalaria:** la integración vertical, entendida como la contratación que hacen las EPS con su propia red prestadora de salud, ha hecho que las EPS no contraten con la red pública prestadora de servicios de salud (ESE) lo que impide ingresos a estas instituciones. De otro lado, cuando contratan con las ESE el pago de los servicios se hace con desventaja, no se hace a tiempo y se glosan multitud de los servicios prestados, situaciones que hay llevado a un estado de iliquidez a las ESE y al cierre de muchas de ellas.
7. **Las EPS han deteriorado las condiciones laborales en el sector**: bajo la lógica de costo-beneficio las EPS ha presionado a formas de contratación flexibles para los profesionales del sector salud con un deteriorado de los salarios y de las condiciones en que se labora. Esto ha generado impactos muy negativos en la calidad de vida y

salud de los trabajadores y trabajadoras del sector salud.

8. **Las EPS han desaparecido la autonomía médica y de los profesionales de la salud**: igualmente con la lógica de costo-beneficio han entrado a controlar estrechamente la actividad médica recortando los tiempos de consulta e imponiendo que exámenes pueden solicitar, que interconsultas pueden pedir y que pueden recetar.

Sobre esta situación, treinta secretarios de salud, la mayoría del centro del país, pidieron al Gobierno nacional que se delegue a los entes territoriales la administración de la salud de los más pobres sin intermediarios; estos aseguraron estar en mejores condiciones que las EPS para manejar los recursos y garantizar la atención de la población subsidiada[40].

Y más allá de las implicaciones legales de estas medidas administrativas, se encuentra la afectación a la prestación de servicios de miles de usuarios, los despidos masivos de trabajadores[41] y/o el cambio de condiciones laborales y términos contractuales. Y es que son los trabajadores, los que finalmente se ven más afectados por la mala estructura y organización actual del sistema de salud; ellos tienen que soportar largos periodo sin remuneración por su labor, y sin perspectiva de pago, pues no hay flujo de recursos hacia las IPS.

Intervenciones y debates frente a las EPS: botines políticos y corrupción

Adicionalmente, y como lo denuncia Juan Esteban Lewin en un artículo de la Silla Vacia[42] (mayo, 2013), las intervenciones forzadas que

40. Ver noticia: "Secretarios de Salud piden eliminar EPS del subsidiado" El Tiempo, enero, 2013. Disponible en: http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12542894
41. Es el caso de Solsalud, EPS intervenida para liquidación en la que cerca del 80% de los trabajadores fueron despedidos. Ver: http://www.elespectador.com/noticias/salud/cerca-del-80-de-los-trabajadores-de-solsalud-fueron-des-articulo-438121
42. LEWIN, Juan Esteban. "La voracidad por las intervenciones en la salud" En:

hace Supersalud a estas entidades son muy atractivas para que políticos inescrupulosos aprovechen los recursos de la salud:

> "Cuando una empresa privada entra en intervención termina siendo administrada por una persona nombrada por el Estado por un período muy breve hasta que se solucionen los problemas que habrían llevado a la empresa a la quiebra o hasta que se decida liquidarla. Aunque por ley las interventorías duran solo dos meses, lo normal es que éstas se prolonguen por más tiempo, mientras se aclara la contabilidad y la realidad de la EPS. Durante este lapso de tiempo, los políticos aprovechan para lucrarse. Lo hacen de dos formas. Por un lado, a través de un interventor "puesto" por ellos, pueden direccionar la entrega de los contratos a proveedores, afines a sus intereses políticos o que les paguen una comisión por recibirlos, ya que si bien una EPS no tiene muchos puestos para repartir sí tiene un presupuesto jugoso. Y la otra forma en que se aprovechan de una intervención, es controlando los pagos que hace el interventor (…) si un político es amigo del interventor, puede ser una excelente palanca para que a un contratista o proveedor la EPS intervenida le pague antes una deuda. De eso hay varios ejemplos".

Y es que la vinculación entre las élites políticas y las empresas del sector salud ha salido a flote a propósito de la votación de la actual reforma, varios artículos de opinión lo han denunciado; por ejemplo, Cecilia López en artículo en las 2 orillas[43] plantea:

> "Para entender qué ha pasado es necesario aclarar que entre los actuales, 42 senadores se declararon impedidos por tener algún tipo de relación con las entidades de salud anotadas; esto equivale a nada menos que ¡el 40% del Honorable Senado de la

---

La Silla Vacía, Mayo de 2013

43. LÓPEZ MONTAÑO, Cecilia. "Con razón… pobre sistema de salud". En: Las 2 orillas, octubre 15 de 2013.

> República! …Conociendo la forma olímpica como se admiten o rechazan las inhabilidades, no sorprende que solo a 14 senadores se les aceptara el impedimento"

Identificada esta "bancada de la salud"[44] que financió sus campañas con aportes de las EPS el ministro de salud argumentó que "siempre y cuando los recursos 'entregados' a los parlamentarios sean recursos privados y no públicos, las empresas del sector salud pueden financiar –sin problema- campañas políticas".[45] Lo que es cierto, es que muy difícil hacer seguimiento y control a este tipo de entidades, y la claridad sobre el origen de los recursos aún no está dada.

5.2 Las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS)

Conforme a la Ley 100 de 1993, artículo 156, literal i) "Las Instituciones Prestadoras de Salud son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de los servicios de salud a los afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud". Por IPS se entiende los individuos, asociaciones, empresas e instituciones, tanto a nivel público como privado, que brindan servicios y bienes de salud a la población, incluyen hospitales, clínicas, consultorios, farmacias, laboratorios y otros servicios de apoyo médico. Constituyen el pilar básico en la medida en que son ellos los encargados de proveer los servicios a los usuarios.

Siguiendo el Decreto 2309 de 2002 en su art. 2, se diferencian varios tipos de prestadores de servicios de salud en:

- Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud: todo estableci-

44. Los 14 congresistas que han sido financiado políticamente por las EPS y otras entidades de la salud son: Gabriel Zapata Correa, Efraín Cepeda, Jorge Eduardo Géchem, Rodrigo Villalba, Camilo Sánchez, Juan Carlos Restrepo, Maritza Martínez, Roy Barreras, Martín Morales, Félix Valera, Jorge Ballesteros, Héctor Julio Alfonso López (hijo de la empresaria del chance Enilce López), Myriam Paredes y Roberto Gerlein.
45. 'Financiación de EPS a congresistas no necesariamente es ilícita'. En: El Espectador, octubre 10 de 2013.

miento organizado para la prestación de los servicios de salud.

- Los Profesionales Independientes de Salud: persona natural con título de educación superior en el área de la salud, registrado, que presta los servicios en forma directa a los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Los Servicios de Transporte Especial de Pacientes: que prestan los servicios de Transporte Asistencial de Pacientes vía terrestre, aérea, fluvial o marítima.

Se consideran también para los efectos del Decreto como Instituciones Prestadoras del Servicio de Salud a los Grupos de Práctica Profesional (muy comunes en Saludcoop) que cuentan con infraestructura, pero de estos se encuentra poca información disponible.

Las IPS se dividen en tres niveles de atención o complejidad de acuerdo a los servicios ofrecidos; estos deben ser autorizados por los entes territoriales y Ministerio de Salud según el artículo 185 de la ley 100. Los niveles son:

Baja complejidad: Se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.

Mediana complejidad: Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.

Alta complejidad: Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta complejidad

atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.

La prestación de servicios directamente por la nación o por entidades territoriales se hace a través de las Empresas Sociales del Estado – ESE, quienes constituyen una categoría especial de entidades públicas descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa pero que pueden ser contratadas por EPS para también prestar sus servicios al régimen contributivo (art 194 de la ley 100).

Es entonces necesario precisar la distinción entre las IPS públicas y las privadas y, dentro de éstas, aquellas que se encuentran integradas verticalmente con EPS y las que no lo están (el límite de integración vertical entre EPS e IPS es del 30% para evitar prácticas restrictivas a la competencia).

A nivel estadístico, existen 45.729 prestadores registrados y habilitados, de los cuales 32.888 (71%) son profesionales independientes; siguiendo la tendencia de las EPS, los prestadores de servicios de salud son en su mayoría de naturaleza privada, en el caso de las IPS sólo el 9.5% son públicas, 1.6% para el transporte especial y 10.8% para otros objetos sociales diferentes, lo cual indica el alto grado de privatización del sector, como se ve en el siguiente cuadro:

IPS		Transporte especial		Objeto social diferente		Profesionales independientes	Total prestadores de servicio de salud
Públicos	Privados	Públicos	Privados	Públicos	Privados		
1077	10181	7	418	126	1032	32888	45729

Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria - Ministerio de Salud y Protección Social. Fecha de corte: 4/28/2014.

Su ubicación geográfica se da principalmente en las regiones y ciudades principales del país, siendo Bogotá quien concentra el 27% de los prestadores de servicio, seguido por Antioquia (13%), Valle del Cauca (10%), Santander (4%), Barranquilla y Cundinamarca (3%). Los depar-

tamentos con menos presencia de prestadores son Vaupés, Guainía, Vichada, Amazonas y Guaviare con participaciones menores del 0,12.

Con el fin de caracterizar las IPS privadas para efectos de la evaluación financiera de las mismas, y retomando solo las 4.565 IPS que reportan información oportunamente a la Superintendencia Nacional de Salud al cierre de la vigencia 2012, se encuentra que el 84% de las IPS privadas son categorizadas como pequeña empresa y microempresa (activos inferiores a 5 SMLV) y sólo el 5% son grandes empresas (activos mayores a 610.000 UVT / Ley 905 de 2004) pero concentran la mayoría de los ingresos y activos, como se ve a continuación: (Supersalud, 2013:2)[46]

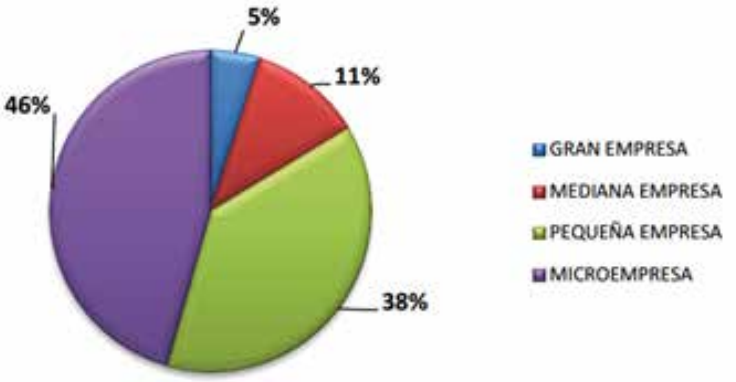
- "La categoría "Gran Empresa" concentra menor número de IPS (226, correspondientes al 5% del universo de IPS privadas) pero sus activos ascendieron a $14,8 billones, que representan el 74% del total de activos de IPS privadas; sus ingresos por ventas netas fueron por valor de $14,5 billones correspondiente al 67% del total de ingresos reportados.
- Las IPS privadas clasificadas como "mediana empresa" corresponden a 521 IPS que representan el 11% del universo total, con activos por valor de $3,3 billones equivalentes al 17% del activo consolidado de IPS privadas e ingresos por valor de $4,2 billones (20% de los ingresos totales).
- El 38%, es decir, 1.736 IPS son clasificadas como "pequeña empresa", cuyos activos ascendieron a $1,6 billones que representan el 8% del activo total e ingresos por venta de servicios de salud por valor de $2,3 billones equivalentes al 11% del total de ingresos

46. Datos tomados de SUPERSALUD (2013). IPS privadas, análisis financiero, vigencias 2010 – 2011 – 2012. Consultado nov de 2013. Disponible en: http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=wAT2bYq1vjQ%3D&tabid=804&mid=2347 Para ver listado completo de IPS privadas con balance general financiero 2012 de cada una ir a: http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=IdFNm9Cfn0Q%3d&tabid=804&mid=2347

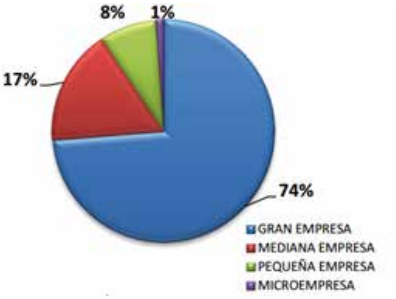
reportados por el universo de IPS privadas.

- El restante 46% de las IPS privadas que reportaron información al cierre de la vigencia 2012, 2.082 IPS fueron clasificadas como Microempresas, concentran el 1% de los activos totales por la suma de $225.698 millones y el 2% de los ingresos totales, por valor de $501.081 millones".

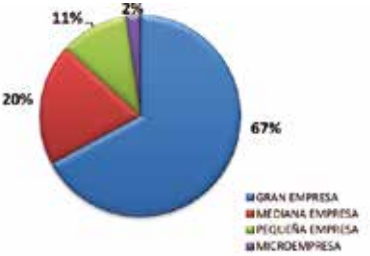
Participación de IPS privadas (2012) categorizadas por tamaño



Particpación Activos IPS Privadas (2012) por tamaño



Particpación Activos IPS Privadas (2012) por tamaño



Fuente: Supersalud, 2013. IPS privadas, análisis financiero, vigencias 2010 – 2011 – 2012.

Por la gran cantidad de IPS existentes y la dispersión de la información disponible, no se tiene, como en el caso de las EPS un ranking de clasificación de las mejores IPS por calidad de prestación del servicio; el Ministerio de la Protección Social en busca de brindar información oportuna para los usuarios hizo un primer intento[47] en el año 2006 pero no se consolidó una versión final. En noviembre del 2013, y por mandato de la Corte Constitucional, se ordena al Ministerio de salud crear dicha clasificación que permita tener una radiografía de estos actores del sistema a partir de las prácticas violatorias del derecho a la salud, de modo que los ciudadanos puedan tener criterios objetivos de elección de IPS. Procuraduría y a la Defensoría del Pueblo también tendrían que hacer un reporte consolidado sobre las quejas de los usuarios sobre el sistema de salud en Colombia.

5.3 Las empresas de la industria farmacéutica

La industria farmacéutica en Colombia es regulada por el Ministerio de Protección Social y el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA; "agrupa el conjunto de actividades y procesos que comprenden la elaboración de productos medicinales y farmacéuticos, además de vitaminas, productos biológicos, entre otros. El sector ha presentado un crecimiento considerable en los últimos años gracias a la expansión de los medicamentos OTC (Over The Counter o de venta libre; el crecimiento del subsector de productos naturales o alternativos, que ofrecen diversas formas de cuidado a la población; y la expansión en establecimientos dedicados a la actividad farmacéutica"[48]

Según estudio de la ANDI (2012) sobre determinantes del futuro de

47. Ver: "Ordenamiento (ranking) de instituciones prestadoras de servicios de salud IPS (primera versión – 2006) Disponible en: http://www.achc.org.co/documentos/libertadEscogencia/RankingIPSMinproteccion.pdf
48. Tomado del Estudio Sectorial Farmacéutico: https://www.sectorial.co/index.php?option=com_content&view=article&id=2911:el-crecimiento-del-sector-farmaceutico-ha-propiciado-la-dinamica-de-compra-y-venta-de-companias&catid=40:informes-especiales&Itemid=208

la industria farmacéutica, en Latinoamérica, esta industria ha crecido en un 7- 8% en unidades de venta por año en los últimos 5 años, y un 14% en valores en la evolución del mercado. En el caso colombiano, el crecimiento en valores para mayo de 2012 fue del 5% (USD$ 2.255 MM), siendo la venta de genéricos su fuente principal de evolución. Para 2010, la contribución por subsectores a la producción bruta de la industria manufacturera colombiana muestra que la farmacéutica representa el 2.5%, ocupando el sexto lugar entre trece subsectores. Igualmente, se reportan 217 establecimientos que ocupan a 23.768 personas y generan una producción bruta de $3.917.923. Frente a los tratados comerciales en esta industria se destacan los existentes con EE.UU, Costa Rica, Turquía, Panamá y Corea del Sur.

"El crecimiento del sector ha propiciado la dinámica de compra y venta de compañías, este fue el caso del grupo chileno CFR (Corporación Farmacéutica Recalcine) quién cerró la compra del laboratorio colombiano Lafrancol, en 562 millones de dólares, el pasado mes de agosto de 2012. Otro negocio importante realizado fue la venta de Genfar, el segundo laboratorio más grande de capital colombiano, a la francesa Sanofi Aventis"[49].

Afirma el presidente de AFIDRO, "el mercado farmacéutico colombiano total (Comercial + Institucional) corresponde a un 16,5 por ciento del gasto total en salud y ascendió en el 2011 a 7,1 billones de pesos; según IMS, en este mercado, compiten 377 laboratorios locales, multilatinos y multinacionales de copias genéricas, y de investigación, con más de 15.000 productos registrados ante Invima"[50]

Por otro lado, hacen parte de la organización industrial: (SENA, 2008: 22-34)

---

49. El Crecimiento del Sector Farmacéutico ha Propiciado la Dinámica de Compra y Venta de Compañías, en: www.sectorial.com consultado agosto 1 de 2013.
50. Mercado farmacéutico, descripción y cifras. Portafolio, agosto 9 de 2012. Consultado agosto 1 de 2013.

1. **Los establecimientos fabricantes**:
   a. Laboratorios farmacéuticos: Establecimientos dedicados a la fabricación de medicamentos destinados al uso humano, o a productos veterinarios administrados a animales de los que se obtienen alimentos, presentados en su forma farmacéutica definitiva o como materia prima destinada a usarse en dicha forma farmacéutica. Según INVIMA a 2008 eran 138 plantas en 9 departamentos.
   b. Laboratorios de productos cosméticos: Los productos cosméticos se definen como toda sustancia o formulación de aplicación local a ser usada en las diversas partes superficiales del cuerpo humano con diversos fines. Para 2008 el INVIMA tiene certificadas 264 plantas de producción ubicados en 13 departamentos.
   c. Laboratorios de productos Naturales: El INVIMA tiene certificados en estos momentos 54 laboratorios en 9 departamentos.

En todos los casos Cundinamarca, Antioquia y Valle son los departamentos con mayor nivel de concentración de los establecimientos.

2. **Los establecimientos distribuidores mayoristas:**
   a. Depósitos de drogas: Establecimientos comerciales dedicados exclusivamente a la venta al por mayor de drogas, alimentos con indicaciones terapéuticas, productos de tocador, sustancias químicas aplicadas en la industria, materiales de curación, jeringuillas y agujas.
   b. Agencia de especialidades farmacéuticas: Establecimiento dedicado al almacenamiento, promoción y venta de los productos fabricados por los laboratorios cuya representación o distribución hayan adquirido.

3. **Establecimientos distribuidores minoristas:**
   a. Farmacia-Droguería: establecimiento dedicado a la elaboración y despacho de fórmulas magistrales; a la venta de estupefacientes, alcaloides, barbitúricos, oxitócicos, corticoides y psi-

cofármacos. A la venta de drogas oficinales, drogas genéricas, sustancias químicas, especialidades farmacéuticas, higiénicas, alimenticias y dietéticas; preparados farmacéuticos de venta libre, etc. No se tiene información específica sobre este tipo de establecimientos pero estima que su número es muy bajo podrían estar entre 600 y 1000 en todo el territorio nacional.

b. Droguería: Es el establecimiento dedicado a la venta al detal de los elementos y drogas enunciadas en el numeral anterior a excepción de elaboración, despacho, almacenamiento y/o venta de fórmulas magistrales.
c. Farmacias homeopáticas: En el año 2005 en Colombia por medio del Decreto 173738 del 27 de mayo (16) se reglamentó el funcionamiento de los establecimientos dedicados a la dispensación de productos homeopáticos,

A nivel comercial es un sector compuesto en su mayoría por establecimientos expendedores al por menor de medicamentos, concentrados en las principales ciudades capitales. Con los años ha venido consolidándose como un sector relevante, dinámico e importante de la economía colombiana.

"La industria farmacéutica en Colombia es una de las más grandes de Latinoamérica, encontrándose en el puesto cuarto, después de Brasil, México y Argentina. El país agrupa aproximadamente 130 empresas manufactureras farmacéuticas, de las cuales el 75% del mercado lo manejan laboratorios filiales de multinacionales y el 25% por laboratorios nacionales"51. Entre las principales compañías se destacan, de mayor a menor valor en ingresos operacionales a 2012, Tecnoquímicas S.A., Bayer S.A., Audifarma S.A., Laboratorios Baxter S.A. Productos Roche S.A. (Ver anexo 4: Ranking de empresas farmacéuticas con estado de resultados, 2012).

Y en medio de un panorama de una industria en expansión, es un sector bajo lupa, al que además, se atribuye parte de la quiebra del

51. Op cit, www.sectorial.com

sistema nacional de salud, por la deficiente regulación de precios, por la gran cantidad de intermediarios presentes a lo largo de la cadena de valor y por los cobros abusivos de medicamentos52, "En el grupo de las 10 campeones en multas de la Superindustria, las farmacéuticas suman $25.331 millones, incluyendo los $3.080 millones de la multa contra Abbott Laboratories.

Para terminar, tienen presencia en la industria farmacéutica las siguientes asociaciones gremiales: Colegio Nacional de Químicos Farmacéuticos; Asociación de Estudiantes y Regentes de Farmacia ASERFAR, Asociación colombiana de droguistas detallistas ASOCOLDRO, Asociación de laboratorios farmacéuticos de investigación, AFIDRO, Asociación de industrias farmacéuticas colombianas, ASINFAR, ASOCIACION DE FARMACEUTICOS HOSPITALARIOS, Asociación Colombiana de Ciencia y Tecnología Cosmética ACCYTEC, ASONATURA, Cámara Farmacéutica de la Asociación Nacional de Industriales.

5.4 Las empresas de medicina prepagada

La Medicina Prepagada, regulada por el Decreto 806 de 1998, comprende un conjunto de planes y beneficios adicionales al sistema de salud, que son opcionales y voluntarios, y están financiados con recursos propios. Se estima que en Colombia, de los más de 47 millones habitantes, sólo el 2% pueden costear un plan de medicina prepagada, siendo un servicio generalmente restringido a las clases económicamente solventes pues no se basa en principios de solidaridad, cada quien recibe una determinada atención según la contribución que realice y los pactos previos sobre la atención a recibir, él y/o su familia.

Son las mismas compañías que atienden el plan obligatorio de salud

52. Es el caso de Abbott quien fue sancionada por vender el medicamento Kaletra (para tratar el VIH/Sida) entre 53% y 66% por encima del precio establecido por el Gobierno Nacional. Decisiones parecidas se han adoptado contra Audifarma, Outsourcing Farmacéutico Integral S.A.S y Medicamentos Pos Dempos S.A, en el 2013.

las que se sienten atraídas por esta modalidad de servicio, ofreciendo a sus afiliados entre otros beneficios adicionales en: servicios ambulatorios, consulta externa, laboratorios clínicos, hospitalización, cirugía, ayudas diagnósticas, acceso y libre elección de médicos y especialistas. El costo de afiliación, que puede ser individual o colectiva, varía de acuerdo a los programas elegidos y pueden ir desde $30.000 hasta $700.000 mensuales, por persona.

Hay diez Empresas de Medicina Prepagada (EMP) autorizadas por Supersalud a 2013: COLSANITAS, COOMEVA, COLMÉDICA, CAFESALUD, COLPATRIA, MEDISANITAS, SURA y SSI Servicio de Salud Inmediato, Empresa de Medicina Prepagada Comfenalco Valle y la Empresa de Medicina Prepagada VIVIR, todas de carácter privado.

"El total de afiliados reportado por estas empresas en el primer semestre de 2013 es de 960.483. Colsanitas reporta la mayor afiliación con 317.234 afiliados con el 33% del total, seguido de Coomeva con 253.704 afiliados y el 26.4% y Colmédica con 191.090 afiliados con una participación del 19.9%, las demás entidades registran afiliados inferior a 100.000.

La tendencia en la afiliación a las EMP ha venido creciendo, si se tiene en cuenta que a marzo de 2012 los afiliados reportados eran de 920.585 y en junio de 2013 los afiliados ascienden a 960.483, con un crecimiento del 5.2% correspondiente a 47.397 nuevos afiliados" (Supersalud, 2012:8).

Un dato importante para este subsector es que la Reforma Tributaria del 2012 benefició a las empresas de medicina prepagada bajando las tarifas del IVA a la mitad; de un 10% bajó a un gravamen del 5%, medida que busca incentivar el crecimiento sectorial.

Cuadro: Afiliados a las Empresas de Medicina Prepagada, 2012-2013/I Minsalud

EMP	2012				2013		
	MARZO	JUNIO	SEPTIEMBRE	DICIEMBRE	MARZO	JUNIO	%
COLSANITAS	294.914	300.418	305.632	309.152	311.688	317.234	33,0
COOMEVA	247.086	249.875	251.122	252.944	251.139	253.704	26,4
COLMEDICA	178.292	186.644	190.682	191.126	189.299	191.090	19,9
CAFESALUD	75.728	76.834	77.429	77.672	76.827	77.470	8,1
COLPATRIA	49.271	49.893	50.227	50.743	51.135	51.455	5,4
MEDISANITAS	37.691	38.582	39.155	39.866	41.031	42.144	4,4
SURA	24.476	19.375	18.993	23.122	22.797	20.277	2,1
S.S.I	5.628	5.569	5.678	5.658	3.957	7.109	0,7
TOTAL	**920.585**	**929.779**	**938.918**	**950.283**	**947.873**	**960.483**	**100,0**

Fuente: Circular Única

"El total de ingresos consolidados reportados por las Entidades de Medicina Prepagada al primer semestre de 2013, ascendió a $1.1 billones. Al comparar los ingresos del primer semestre de 2012 frente al primer semestre de 2013 se observa un incremento del 10.9%." (Ibid: 5) (Ver Anexo 5. Indicadores financieros, Empresas de medicina prepagada a septiembre 2013)

6. EL TALENTO HUMANO[53] EN EL SECTOR SALUD

En el sector salud confluyen diversos regímenes laborales y se superponen mecanismos de gestión del talento humano que son diferenciados entre lo público y lo privado. Sin embargo, en ambos, los mecanismos de vinculación tradicionales como el contrato laboral a término indefinido y el nombramiento en planta pierden vigencia y representatividad, popularizándose otras formas de vinculación del personal: contratos de prestación de servicios, contratos sindicales, cooperativas de trabajo asociado (CTA), empresas de empleo temporal, tercerización de servicios, entre otros., se convierten en formas desvirtuadas de vinculación cuando se desconoce los propósitos con los que fueron diseñadas, deteriorando con ello las condiciones laborales y sindicales de los trabajadores, afectando la adecuada prestación de los servicios de salud e impidiendo los procesos de formación académica continua de los profesionales, tan indispensables en este sector.

53. Término utilizado desde la Organización Mundial de la Salud y retomado por el Ministerio de Salud y protección social; incluso, en sus estructura existe el Observatorio del Talento Humano en salud, ente encargado de pensarse los asuntos laborales, la producción, análisis, construcción y difusión de información y conocimiento sobre el talento humano del sector salud.

Debe leerse entonces la metamorfosis en el mundo del trabajo y el impacto de este modelo flexibilizador de las políticas laborales en la producción de servicios de salud; y es que se reconoce que los recursos humanos son la condición indispensable para el funcionamiento de los sistemas de salud. Llámese personal, trabajadores, recursos humanos, talento humano en salud, se trata del actor esencial para el adecuado desempeño del sistema y para el mejoramiento de condiciones de salud de la población a la que sirve.

Por la amplia disposición de mano de obra que requiere el sector, y bajo el actual modelo de aseguramiento, se involucran una serie de intermediarios entre los profesionales y los pacientes: EPS, IPS, Entidades Administradoras de Regímenes Especiales y Administradoras de Riesgos Profesionales en esa búsqueda incesante de productividad y eficiencia, han generado una serie de situaciones que vulneran la autonomía profesional, recargan laboralmente a los trabajadores y tornan más complejo el ejercicio laboral: mayor número de consultas o pacientes atendidos por hora/profesional, restricción de exámenes y medicamentos, incentivos por la reducción de gastos para el asegurador, son algunas de ellas.

Adicionalmente, se han modificado sustancialmente las condiciones de desempeño y remuneración del trabajo en el conjunto de trabajadores de la salud: multi-empleo, jornadas laborales extensas, pacientes extras, inestabilidad laboral, intermediación, disminución del salario de base, contratación temporal y pérdida o disminución de las garantías laborales, son hechos que sin duda, afectan de manera negativa los procesos de organización de los trabajadores, dificultan la carrera formativa académico/científica.

Hay que decir, que servicios comunales, sociales y personales es la rama de la actividad económica donde se ubica el sector salud, la segunda más importante en la generación de empleo en Colombia; para el 2013 ésta rama empleó al 19.5% de la población ocupada -la primera fue comercio, hoteles y restaurantes (27.4%) y la tercera agricultura, pesca y ganadería (16.8%)-. Sin embargo, el DANE no discrimina cuá-

les de estos empleos generados corresponden al sector salud.

Luego de múltiples búsquedas y consultas con fuentes oficiales y gremiales, no existe una cifra que precise cuántos trabajadores hay en el sector salud en Colombia, teniendo en cuenta todas las ocupaciones operativas, administrativas y asistenciales que confluyen. La información sobre el Talento Humano del sector, es decir, el personal que interviene en la promoción, educación, información de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad de los colombianos, pero además aquellos cargos que tienen que ver con labores técnicas y operativas de apoyo a las instituciones y servicios de salud, se genera en diferentes organismos y niveles de la administración de entidades públicas y privadas, las cuales tienen registros dispersos y fragmentarios que dificultan pensarse una política laboral clara. La falta de inter-operatividad (interacción entre los diferentes sistemas de información) y la falta de estandarización de criterios, son algunas de las limitantes.

Y es que el tema del talento humano en salud ha estado ausente de las discusiones nacionales, a pesar de la existencia de estudios desde la década del 70; fue en el 2007, con la expedición de la Ley 1164 que se impulsa la creación del Observatorio del Talento Humano pero aún falta concretar una política laboral concreta a partir de la consolidación de información precisa sobre el sector. Este vacío se refleja incluso en la inexistencia de planteamientos y directrices en la reforma de la salud frente a las agudas problemáticas laborales que se profundizan cada vez en el sector pues si no se reconoce quiénes son y cuáles son sus características, difícilmente podrán tomarse medidas certeras y eficaces frente a la protección de los trabajadores frente a sus realidades de precarización continua.

Como datos para hacer una aproximación al total de trabajadores se tiene:

- El Ministerio de Salud y Protección Social en su informe de ac-

tividades 2012-2013 (pag 51)[54] dice que hay 466 mil registros de talento humano en salud autorizado para ejercer en el país (más no discrimina a qué tipo de trabajadores se refiere).

- Con base a la información sobre graduados de cada disciplina por año, y teniendo en cuenta las tasas de mortalidad, migración y jubilación, se calcula el stock de profesionales activos en 8 de las principales disciplina (medicina, enfermería, odontología, nutrición, terapias, bacteriología, optometría, química farmacéutica) es de 235.857 profesionales para el año 2011 (Minsalud, 2018:206)[55]

Proyecciones del stock de profesionales por disciplina (1974-2011)

Año	Medicina	Enfermería	Odontología	Nutrición y dietética	Terapias y	Bacteriología laboratorio clínico	Optometría	Química farmacéutica	Total
2000	49,406	19,690	27,359	4,531	16,251	13,474	2,335	2,621	135,668
2001	51,209	21,340	28,685	4,751	17,760	14,324	2,618	2,681	143,367
2002	53,551	22,926	30,039	4,914	19,241	15,086	2,744	2,948	151,449
2003	56,532	25,001	31,827	5,123	21,188	15,743	2,927	3,168	161,508
2004	59,673	26,920	33,053	5,337	23,016	16,444	3,132	3,385	170,959
2005	62,703	28,966	34,057	5,602	25,285	17,139	3,289	3,555	180,595
2006	65,150	31,228	34,950	5,750	27,737	17,783	3,389	3,638	189,624
2007	67,614	33,404	35,907	5,957	30,186	18,451	3,529	3,788	198,836
2008	70,079	35,627	36,865	6,160	32,634	19,119	3,670	3,937	208,091
2009	72,544	37,849	37,823	6,364	35,083	19,786	3,810	4,087	217,347
2010	75,008	40,072	38,781	6,568	37,531	20,454	3,951	4,237	226,602
2011	77,473	42,295	39,738	6,771	39,980	21,122	4,091	4,387	235,857

Tomado de: (Minsalud, 2018:206)

- Retomando información del sistema de información de Minsalud SIHO, con corte a 2013, hay 48.092 trabajadores de hospitales públicos, de los cuales 15.097 son de apoyo y 32.147 son personal operativo.

Partiendo de esta dificultad, y tomando como referencia el último de los estudios producidos por la Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud[56] (2012) se construirá este acápite retomando algunos

54. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/INFORME%20AL%20CONGRESO%202012-2013.pdf
55. Disponible en: http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/recursos_humanos_de_la_salud_en_colombia_cendex_3_edicion.pdf
56. *Caracterización Laboral del Talento Humano en Salud de Colombia: Aproximaciones desde el Ingreso Base de Cotización al Sistema General de

de sus hallazgos, los cuales se convierten en marco de referencia.

En total, el estudio analizó información de 161.763 registros (personas). Es preciso señalar, que el universo de Talento Humano en Salud para el país puede ser superior, y en ningún caso la información presentada, debe ser considerada como la oferta total de mano de obra.

Incluso muchas cargos u ocupaciones relacionadas con la prestación de servicios del nivel asistencial, operativo y administrativo no aparecen, como es el caso de los especialistas, orientadores, personal de primera línea (atención al cliente), asesores comerciales, personal de aseo, alimentación, reparación y mantenimiento, etc. "Además, existe un sub-registro importante de la información, pues en muchos departamentos el reporte se hace irregularmente, y en algunos casos, con información de médicos únicamente". (Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, 2012: 30)

Las fuentes utilizadas por el estudio son diversas, se cruzó información entre cinco bases de datos existentes: (i) Autorización para el ejercicio del Talento Humano en Salud a partir del reporte de las Direcciones Territoriales de Salud (BTHS), (ii) Egresados de programas de formación profesional en áreas de la salud del Observatorio Laboral para la Educación del Ministerio de Educación Nacional (BMEN), (iii) Registro Único de Afiliados al Sistema de la Protección Social (BRUAF), (iv) Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (BPILA) y,(v) Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (BREPS) arrojando la siguiente información:

Caracterización demográfica:

- Del total de la muestra del Talento Humano en Salud, 118.905 personas cuenta con formación profesional, esto es una representatividad del 74%, lo que habla de un sector altamente calificado en términos educativos; seguido por aquellos que poseen formación

auxiliar[57] (35.594 personas/ 22%) y en último lugar la formación técnica tecnológica (4%).

Distribución del Talento Humano en Salud, según el nivel de formación

Ítem	Mujeres	Hombres	Total	%
Educación para el trabajo y el desarrollo humano	30.820	4.774	35.594	22%
Técnico y tecnológico	5.138	2.126	7.264	4%
Profesional	85.779	33.126	118.905	74%
Total general	**121.737**	**40.026**	**161.763**	**100%**

- El análisis etario muestra que es un sector con población predominantemente joven: cerca del 61% (98.341) de la población analizada se encuentra entre los 26 y los 35 años, un 12% (19.839) tiene 25 años o menos y el restante 27% (43.583), se encuentra concentrado en la población con más de 35 años.
- El análisis de género por nivel académico muestra que:
  - Auxiliares en Salud: por cada hombre hay 6,45 mujeres.
  - Formación técnica y tecnológica: por cada hombre hay 2,41 mujeres, pero del total en este nivel de formación, el 70% son mujeres.
  - Formación profesional: por cada hombre hay 2,58 mujeres; igualmente se observa que para el total de este nivel de formación, el 72% son mujeres.
- El análisis de género por ocupación muestra que menos en el caso de medicina (donde la distribución tiende a ser equitativa: razón de 1 hombre: 0,89 mujeres) la tendencia es que hay más mujeres que hombres:
  - Enfermería: 7,6 mujeres por cada hombre.
  - Odontología: 2,42 mujeres por cada hombre.
  - Fisioterapia: 8,7 mujeres por cada Hombre

57. El término de Auxiliares en salud, es utilizado en reemplazo del término acuñado en Colombia para el nivel de Formación para el Trabajo y el Desarrollo Humano (FTDH).

- Bacteriología: 7,28 mujeres por cada hombre.
- Auxiliar de Enfermería: 7,5 mujeres por cada hombre (el 88% son mujeres)
- Auxiliares en Serv. Farmacéuticos: 1,79 mujeres por cada hombre

- El análisis por profesión u ocupación:
  - Auxiliares: se agrupan en 9 programas de formación, de los cuales tres de ellos concentran el 96% de las personas: Enfermería (76%), Salud Oral (12%) y Servicios Farmacéuticos (8%).
  - Técnicos y tecnólogos: se agrupan en 26 programas de formación. Con un 15%, la tecnología en regencia de farmacia es el de mayor participación, seguido por la tecnología en radiología e imágenes diagnósticas con un 14%.
  - Profesionales: Agrupados en 14 profesiones, se encuentran concentrados en cuatro programas de formación: Medicina (34%), Enfermería (20%), Odontología (12%) y Fisioterapia (10%).

Distribución según el programa de formación

Ítem	Mujeres	Hombres	Total
Auxiliar Administrativo en Salud	21	10	31
Auxiliar de Enfermería	23.782	3.169	26.951
Auxiliar en Laboratorio Clínico	802	44	846
Auxiliar en Radiología E Imágenes Diagnósticas	11	21	32
Auxiliar en Salud Oral	4.021	266	4.287
Auxiliar en Salud Publica	129	32	161
Auxiliar en Servicios Farmacéuticos	1.862	1.040	2.902
Auxiliar en Urgencias Médicas	114	156	270
Mecánico Dental	73	32	105
Total	**30.815**	**4.770**	**35.585**

Distribución por grupo etario del Talento Humano en Salud con formación profesional

Ítem	Mujeres	Hombres	Total
Médico	19370	21644	41014
Enfermero	20942	2751	23693
Odontólogo	10035	4146	14181
Fisioterapeuta	10247	1166	11413
Bacteriólogo	8118	1114	9232
Instrumentador Quirúrgico	4382	462	4844
psicólogo	2910	559	3469
Fonoaudiólogo	2666	179	2845
Nutricionista Dietista	2232	241	2473
Terapeuta Respiratorio	1894	160	2054
Optómetra	1400	436	1836
Terapista Ocupacional	1397	103	1500
Químico Farmacéutico	101	103	204
Radiología e imágenes diagnósticas	85	62	147
Total	**85779**	**33126**	**118905**

Distribución por programa de formación en el nivel técnico y tecnológico

Ítem	Mujeres	Hombre	Total
Tecnólogo en Regencia de Farmacia	785	291	1076
Tecnólogo en Radiología e Imágenes Diagnosticas	531	461	992
Técnico Profesional en Enfermería	695	91	786
Tecnólogo en Atención Prehospitalaria	444	320	764
Técnico Profesional en Salud Ocupacional	345	133	478
Técnico Profesional en Instrumentación Quirúrgica	340	55	395
Tecnólogo en Citohistología	329	36	365
Técnico profesional en Regencia De Farmacia	225	123	348
Tecnólogo en Mecánica Dental	251	91	342
Tecnólogo en Salud Ocupacional	208	96	304
Técnico Profesional en Salud Oral	215	15	230
Tecnólogo en Promoción de La Salud	139	52	191
Técnico Profesional en Mecánica Dental	143	41	184
Técnico Profesional en Laboratorio	89	92	181
Técnico Profesional en Radiología E Imag Diag	49	119	168
Tecnólogo en Instrumentación Quirúrgica	120	4	124
Técnico Profesional en Citohistologia	113	11	124
Técnico Profesional En Atención Prehospitalaria	42	74	116
Técnico Profesional en Terapia Ocupacional	46	3	49
Tecnólogo En Salud Comunitaria	13	1	14
Técnico Profesional en Fonoaudiología	11	2	13
Técnico Profesional en Saneamiento Ambiental		10	10
Técnico Profesional en Electromedicina	2	4	6
Tecnólogo en Terapia Respiratoria	2		2
Tecnólogo en Sanidad Naval		1	1
Total	**5137**	**2126**	**7263**

Caracterización del Ingreso Base de Cotización

- "Al revisar la mediana, se observa que el 50% de la población estudiada, refiere un ingreso igual o inferior a $901 mil pesos mensuales. Por su parte, al analizar la información por cada nivel de formación, vemos que para el Talento Humano en Salud con formación Auxiliar, cerca del 50% de la población tiene ingresos inferiores a $692 mil, mientras que aquellos con formación técnica o tecnológica, ésta misma proporción alcanza ingresos de $812 mil pesos o menos. Para el nivel profesional, el 50% de la población tiene

ingresos de $1.2 millones o menos." (Pág. 15)

- "Al revisar la distribución por sexo, en promedio el Talento Humano de sexo masculino recibe un 61% más de ingreso que el sexo femenino, situación que se mantiene a lo largo de los grupos etarios en diferentes proporciones. El mayor nivel de ingreso observado, se encuentra en la población que se encuentra entre los 56 y los 60 años de edad".(pág. 16)
- "En términos de salarios mínimos mensuales, tomando como parámetro el vigente para el año 2012, el 81% del Talento Humano refiere un ingreso inferior a los 4 salarios ($2.1 millones)".(pág. 16)
- Promedio de Ingreso Base de Cotización al SGSSS por nivel de formación:
  - Auxiliar: entre $633 mil y $786 mil pesos mensuales.
  - Técnica y tecnológica: cercano a $1 millón
  - Profesional: $1,7 millones,

    En todos los casos anteriores los promedios son superiores para las personas entre 56 y 60 años de edad.
- De las profesiones revisadas, el Talento Humano en Salud con formación en medicina es el que refiere el mayor ingreso mensual, con un promedio cercano a los $2,6 millones.
  - Un profesional en odontología recibe ingresos cercanos a $ 1 millón.
  - Un profesional en Fisioterapia refiere el ingreso promedio más bajo, alcanzando cerca de $952 mil.
  - Un profesional en Bacteriología: promedio de $1.2 millones mensuales.
- Aproximaciones al pluriempleo: Teniendo en cuenta el número de cotizaciones al Sistema general de Seguridad Social en Salud, se logra establecer una aproximación al número de fuentes de ingreso (pluriempleo) del Talento Humano en Salud en el país. De esta manera, cerca del 90% refiere, en promedio, una sola cotización al SGSSS, mientras que el 9% realiza dos cotizaciones en un mismo mes. Se observa una relación entre el porcentaje de talento humano

en salud con más de una cotización al SGSSS y el nivel de formación más avanzado.

Según Institución de donde proviene el ingreso base de cotización

A 2011, se estima que el número de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud vinculados directamente Instituciones Prestadoras de Servicios mediante contrato laboral o cargos de planta, solo llegan al 31% y la prestación de servicios se ubica en un 26.11% del total de la población analizada; un 2,85% lo hace de cuenta propia y se encuentra registrado como IPS en el territorio nacional. Cerca del 40% restante se encuentra vinculada a una Institución que no se encuentra registrado en el REPS por lo que no se puede determinar el tipo de contratación, posiblemente, muchos de ellos prestan sus servicios para instituciones que no ofrecen servicios de salud directamente.

Distribución proporcional del Talento Humano, según nivel de formación y naturaleza de la institución

Nivel de formación	Ejercicio independiente (1)	Prestación de servicios (2)	IPS				Empleador no registrado en REPS (3)	Total
			Mixta	Privada	Publica	Total		
Auxiliar de la Salud	0,02%	19,21%	0,33%	24,34%	0,48%	25,15%	55,63%	100,00%
Técnico Profesional	0,55%	14,20%	0,08%	31,25%	0,35%	31,68%	53,57%	100,00%
Tecnológico	0,26%	18,75%	0,16%	32,38%	1,66%	34,20%	46,79%	100,00%
Universitario	3,60%	28,12%	0,12%	28,20%	4,12%	32,44%	35,84%	100,00%
Total	2,85%	26,11%	0,16%	27,68%	3,36%	31,20%	39,84%	100,00%

1.- Profesionales y Auxiliares del Área de la Salud inscritos en el Registro especial de prestadores de servicios de salud REPS http://201.234.78.38/habilitacion/ y que realizaron aportes como trabajadores independientes (Planilla Integrada de Liquidación de Aportes -PILA)

2.- Profesionales y Auxiliares del Área de la Salud no inscritos en el Registro especial de prestadores de servicios de salud REPS y que realizaron aportes como trabajadores independientes (Planilla Integrada de Liquidación de Aportes -PILA).

3.- Profesionales y Auxiliares del Área de la Salud que el empleador no está inscrito en el Registro especial de prestadores de servicios de salud REPS)

7. ORGANIZACIÓN SINDICAL EN EL SECTOR SALUD

Tomando como referencia los datos proporcionados por el Sistema de Información Laboral- SISLAB de la Escuela Nacional Sindical, y aclarando que la información presentada no incluye los sindicatos creados entre 2011 y 2013[58] (los cuales se encuentran en proceso de ingreso y verificación de acuerdo a un cruce de información con el Ministerio de Trabajo), se encuentra que el mapa sindical del sector salud presenta las siguientes características:

Existen 190 sindicatos en la clasificación económica relacionada con la salud humana y afilian a 62.294 personas en todo el territorio nacional; la mitad de ellos, el 54% se encuentra afiliado a un sindicato de industria, el 27% a uno de gremio y el 19% a un sindicato de empresa.

58. Se estima que son 258 sindicatos nuevos por ingresar a la base de datos: 168 de gremio, 46 de industria, 37 de empresa y 7 de oficios varios. Haciendo cálculos aproximados, se estima que entre todos sumarían unos 13.000 afiliados, quedando el total de afiliados del sector salud en unos 75.294 trabajadores vinculados a un sindicato. Este incremento entre 2011 y 2013 se explica por la creación acelerada de sindicatos que promueven el contrato sindical, tipo de contratación tercerizada que gana terreno en el campo de la salud, especialmente de la esfera pública.

Como se muestra en la siguiente tabla, del total de afiliados en el sector, el 59.5% son mujeres y el 40.4% son hombres, lo cual concuerda con la tendencia del sector servicios de concentrar principalmente a mujeres como talento humano.

Afiliación sindical en el sector salud por tipo de sindicato, número de afiliados y diferenciación de género 2012

Clase de sindicato	# Sindicatos	%	# Afiliados	%	# Afiliados mujeres	%	# Afiliados hombres	%
Sindicato de Industria	48	25,26	33652	54,02	21541	58,06	12111	41,94
Sindicato de Gremio	37	19,47	16878	27,09	8180	22,05	8698	77,95
Sindicato de Empresa	105	55,26	11764	18,88	7378	19,89	4386	80,11
TOTAL	190	100	62294	100	37099	100	25195	100

Fuente: SISLAB, Subsistema Censo Sindical. Grupo Clasificación Económica: Actividades relacionadas con la salud humana. Escuela Nacional Sindical. Fecha de corte: octubre de 2010.

* No incluye información de sindicatos creados entre 2011 y 2013 (258 sindicatos más, aproximadamente).

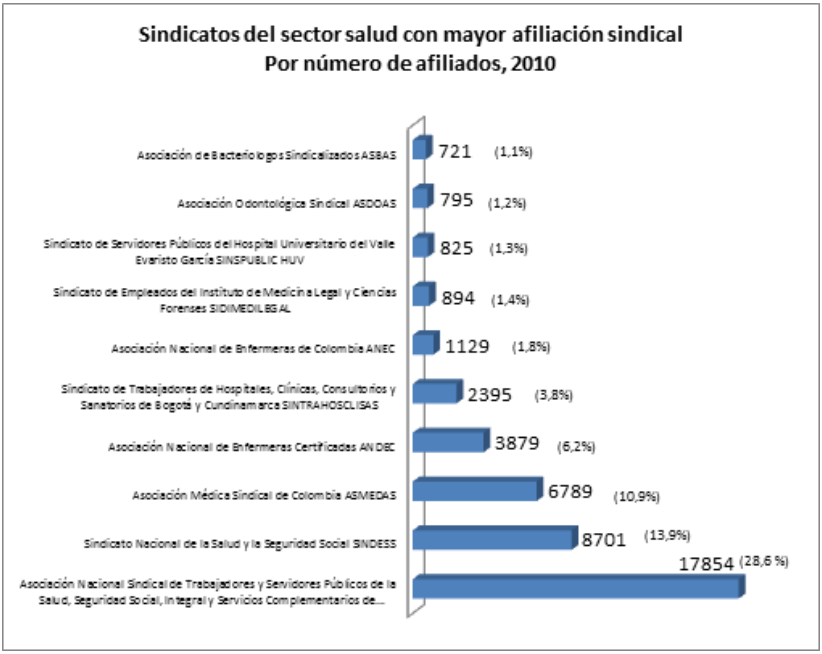
El análisis por naturaleza del sindicato muestra que los 114 sindicatos estatales / públicos concentran la afiliación en un 69% (43.436 afiliados) y los 76 privados el 31% (18.858 afiliados)

Naturaleza de los sindicatos del sector salud, 2010

Naturaleza sindicato	Nro. Sindicatos	%	Nro. Afiliados	%
Estatal	114	60	43436	69,73
Privado	76	40	18858	30,27
Total	190	100	62294	100

Fuente: SISLAB, Subsistema Censo Sindical. Grupo Clasificación Económica: Actividades relacionadas con la salud humana. Escuela Nacional Sindical. Fecha de corte: diciembre de 2010.

Según la concentración de afiliación, se destacan 10 sindicatos: el principal es ANTHOC con 17.854 trabajadores afiliados que representa el 28.6% del total del sector; lo sigue SINDESS con 8.701, ASMEDAS con 6.789 y ANDEC 3.879. Si se amplía la fecha de corte hasta 2012 seguramente se incluiría en el grupo a SINTRASALUDCOL con sus 9.000 afiliados aproximados.



Fuente: SISLAB, Subsistema Censo Sindical. Grupo Clasificación Económica: Actividades relacionadas con la salud humana. Escuela Nacional Sindical. Fecha de corte: diciembre de 2010.

Según la ubicación geográfica, se encuentra que los sindicatos del sector salud se localizan principalmente en Bogotá, son 45 sindicatos que concentran el 70.9% de los afiliados totales; le sigue Antioquia que en 17 sindicatos concentra el 11.6% de los afiliados y Valle que en 16 sindicatos concentra el 5.0% de los afiliados. Llama la atención la dispersión sindical el caso de Atlántico y Norte de Santander con 25 y

17 sindicatos respectivamente pero con una baja representación en la afiliación total.

Número de sindicatos y afiliados por departamento Sector salud, 2010

Departamento	# Sindicatos	%	# Afiliados	%
Bogota D.e.	49	25,79	44224,00	70,99
Atlantico	25	13,16	1473,00	2,36
Antioquia	17	8,95	7227,00	11,6
Norte De Santander	17	8,95	665,00	1,07
Valle	16	8,42	3139,00	5,04
Cauca	11	5,79	760,00	1,22
Narino	8	4,21	571,00	0,92
Magdalena	7	3,68	784,00	1,26
Risaralda	6	3,16	399,00	0,64
Santander	6	3,16	255,00	0,41
Caldas	4	2,11	157,00	0,25
Cundinamarca	4	2,11	140,00	0,22
Cesar	3	1,58	849,00	1,36
Boyaca	3	1,58	670,00	1,08
Choco	3	1,58	153,00	0,25
Meta	2	1,05	181,00	0,29
Bolivar	2	1,05	107,00	0,17
Huila	2	1,05	70,00	0,11
Caqueta	1	0,53	248,00	0,4
San Andres Y Providencia	1	0,53	117,00	0,19
Cordoba	1	0,53	35,00	0,06
Putumayo	1	0,53	35,00	0,06
Sucre	1	0,53	35,00	0,06
Total	190,00	100,00	62294,00	100,00

Fuente: SISLAB, Subsistema Censo Sindical. Grupo Clasificación Económica: Actividades relacionadas con la salud humana. Escuela Nacional Sindical. Fecha de corte: diciembre de 2010.

8. DINÁMICA DEL CONTRATO SINDICAL EN EL SECTOR SALUD

El contrato sindical - CS en Colombia es una vieja figura del derecho colectivo del trabajo con una antigüedad de casi un siglo, pero su popularidad y propagación se ha concentrado a partir de la expedición de la ley 1429 de 2010 de formalización laboral y del decreto 2025 de 2011, cuando muchas Cooperativas de Trabajo Asociado se convierten apresuradamente en sindicatos y los contratos sindicales se incrementan de manera escandalosa como una salida legal para continuar con la intermediación y la precarización laboral.

El artículo 482 del Código Sustantivo del Trabajo, reza: "se entiende por contrato sindical el que celebren uno o varios sindicatos de trabajadores con uno o varios patronos (empleadores) o sindicatos patronales para la prestación de servicios o la ejecución de una obra por medio de sus afiliados. Según el Decreto Reglamentario 1429 de 28 Abril de 2010, art. 1. –"El contrato sindical como un acuerdo de voluntades, es de naturaleza colectivo laboral (….)". De acuerdo con lo anterior, se podría inferir entonces que el trabajador sindicalizado y trabajando mediante contrato sindical, tendría derecho a los mínimos establecidos en el Código Sustantivo del Trabajo, pero al revisar más

detenidamente la totalidad de los artículos, se concluye que no es así, que por el contrario es una figura que deslaboriza y se convierte en otra forma más de subcontratación, que como las demás, acarrea una serie de riesgos para el trabajador.

Siguiendo a Julio Puig y otros (Informe RedLat, 2010)[59] quienes hacen un análisis de los riesgos que conducen los tipos de subcontratación, se tiene que en el caso de los contratos sindicales:

> "1. Opera la deslaboralización: porque al no haber un contrato laboral de por medio no se tiene derecho a los beneficios consagrados en las leyes laborales históricamente conocidos como las prestaciones sociales, y en general a las garantías procesales del CST.
> 2. Bajan los ingresos. Los trabajadores no reciben salarios ni prestaciones, sino una "compensación", definida por un reglamento. Y como la intermediación obedece a la lógica de la reducción de costos y en ocasiones hay más de un intermediario, en la mayoría de los casos las compensaciones no alcanzan a los mínimos laborales legales y justos y se cumplen jornadas extendidas sin el pago de horas extras.
> 3. Existe riesgo de discriminación laboral. Generalmente estos trabajadores están en peores condiciones que los cobijados por las leyes laborales o las convenciones colectivas, lo que constituye sin duda una discriminación en materia laboral y salarial.
> 4. Existe riesgo de insolvencia del contratista. En periodos de crisis las empresas grandes con musculo económico, son las que tienen mayores posibilidades de resistencia y responsabilidad frente al pago de su personal. Los sindicatos contratistas, de menos activos y financieramente más frágiles, corren el riesgo de entrar en insolvencia económica más rápido y no poder responder por las compensaciones.

59. Julio Puig Farras, Nathalia García Guzmán y Juan Diego González (2010) "Situación de la subcontratación en América Latina y perspectivas para su regulación" Informe RedLat.

5. Riesgo de desempleo recurrente. Por las mismas razones relacionadas con las crisis y por los altibajos en la producción o demanda de bienes y servicios, los empresarios van a demandar mano de obra solo en los periodos que la requieran, puesto que uno de los objetivos del outsourcing es la flexibilidad en la contratación; de tal manera que los trabajadores involucrados en la intermediación van a tener una alta rotación en los puestos de trabajo y van a tener periodos de desempleo con mayor recurrencia, lo que no se presenta con el sistema de contrato laboral directo e indefinido.

6. Pérdida de derechos colectivos. Aunque los contratos sindicales constituyen una forma de negociación colectiva, el contrato sindical es firmado a través de una oferta mercantil (Ver Sentencia de Dic. 13/94 CSJ), donde la negociación irá hasta el punto que le convenga al empresario. Allí los intereses de los trabajadores no podrán ser defendidos a través de la huelga, sino a través de tribunales de arbitramento regulados por el derecho comercial; ello puede generar un deterioro mayor de las posibilidades de la negociación colectiva, en la medida de que los empresarios promuevan la sustitución de convenciones colectivas por contratos sindicales. O que solo acepten la presencia de organizaciones sindicales en el evento en que estén dispuestas a suscribir un contrato sindical. En cualquiera de esta hipótesis resulta supremamente peligroso para el ejerció de las libertades sindicales.

7. Se pone en riesgo la existencia de los sindicatos. Como en esta modalidad, todas las obligaciones frente a los trabajadores las asume el sindicato, las demandas en general serian entonces contra estas organizaciones, posiblemente por valores que podría sobrepasar el valor de los contratos y por esta vía se podría llegar a la desaparición de las organizaciones firmantes de los contratos sindicales.

8. Se afecta la democracia de las organizaciones sindicales. Antes del Decreto de 2010, el contrato sindical era aprobado por la asamblea antes de su firma; con la nueva reglamentación la firma se da por la sola aprobación del representante de la

> organización sindical, sin participación de la asamblea o del fiscal del sindicato, generando riesgos y obligaciones que los trabajadores sindicalizados no han aceptado. En ese sentido el contrato sindical carece de democracia, con el agravante de que cualquier demanda contra el sindicato será asumida con los recursos de todos los miembros de la organización sindical, poniendo en riesgo la existencia misma del sindicato como ya se dijo. Al eliminar la participación de la asamblea en la aprobación del contrato sindical, se crea una nueva fuente de corrupción, puesto que por falta de control, estos contratos pueden ser susceptibles de todos los vicios que hoy se ven por ejemplo en la contratación oficial. Por esta vía se podrá llegar al enriquecimiento individual y a la situación propia de los contratos de protección patronal analizados en el caso Mexicano"

Como se mencionó anteriormente, este tipo de contratación ha ganado terreno en la actualidad colombiana, especialmente el sector salud, en donde el aumento ha sido acelerado; a 2009 existían 46 contratos sindicales en todos los sectores económicos, a 2011 suben a 164 y para el 2012 se dispara a 703 contratos sindicales firmados, lo que representa el 57.4% de la contratación colectiva, realidad inversamente contraria a la convención colectiva que pasa de representar el 59.2% en 2009 a 25% en 2012[60]. Si se bajan estos datos a los servicios sociales y sector salud los resultados son alarmantes pues a 2012 concentra el 97% del total de contratos sindicales.

En definitiva, este debe ser un asunto a vigilar que explique la aparición acelerada en los últimos años de "falsos sindicatos" que su objeto de creación más que la defensa de los derechos de los trabajadores, es la tercerización de mano de obra. Vale la pena insistir, en que es en el sector público de la salud donde se profundiza la situación, representando el 90% de los casos.

---

60. Escuela Nacional Sindical, Sistema De Información Sindical Y Laboral - SISLAB

Dinámica de la Contratación Colectiva. Contratos Sindicales en actividad económica: Servicios Sociales y de Salud 2009-2012

Sección Clasificación Económica Empresa	2009		2010		2011		2012	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD	26	56,52	34	68,00	150	91,46	687	97,72

Fuente: SISLAB, Subsistema Censo Sindical. Grupo Clasificación Económica: Actividades relacionadas con la salud humana. Escuela Nacional Sindical.

Resulta relevante también, mencionar que en el caso de la salud los departamentos que tiene mayor concentración del contrato sindical son: Cauca (29,11%), Valle (18,20%), Antioquia (18,05%), Quindío (8,88%), Atlántico (6,99%) y Cesar (5,09%). Y que entre los sindicatos que concentran mayor parte de los contratos sindicales están: SINTRASALUDCAUCA (63 contratos), Asociación de servicios integrales en salud del café (58), Servicios especializados de anestesia y reanimación "sedar" (46), Integrasalud (41), "FEDSALUD" (43). Ver tabla.

Sindicatos con contratos sindicales	# Contratos	% Del total
Sindicato de trabajadores de la salud del cauca - sintrasaludcauca	63	7,8
Asociacion de servicios integrales en salud del café	58	7,2
Servicios especializados de anestesia y reanimacion "sedar"	46	5,7
Sindicato colombiano de trabajadores integrados del sector salud - integrasalud	41	5,1
Federacion gremial de trabajadores de la salud "fedsalud"	34	4,2
Asociacion de profesionales anestesiologos permanentes	31	3,8
Asociacion sindical de profesionales de la salud - asocomef-	25	3,1
Asociacion gremial especializada en salud del occidente - agesoc -	23	2,8
Asociacion de servidores del sector salud - asss	21	2,6
Sintrasalud cauca	21	2,6

Sindicatos con contratos sindicales	# Contratos	% Del total
Union de trabajadores sindicalizados de la salutd “unisalut”	18	2,2
Sindicato de trabajadores oficiales empleados publicos y servidores de la salud – sintraoempuh	17	2,1

9. ESTUDIO DE CASO: SALUDCOOP. HISTORIA, COMPOSICIÓN EMPRESARIAL Y CONDICIONES LABORALES Y SINDICALES

9.1 Reseña histórica de Saludcoop y surgimiento del grupo empresarial

Con la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993, en un contexto de redefinición del modelo y enfoque del Sistema General de Salud en Colombia, de incursión y reacomodación de actores públicos y privados, Saludcoop EPS supo aprovechar esta coyuntura para consolidarse en el mercado. Combinando una estrategia de expansión y crecimiento que privilegió su presencia en municipios apartados y zonas rurales, la empresa llegó a lugares de difícil acceso y baja cobertura.

Su enfoque de afiliación y atención estuvo dirigido a personas de ingresos medios y bajos, a la población descontenta con el servicio del Instituto de seguros Sociales. Esto, acompañado de la construcción de clínicas de alta complejidad en las principales ciudades del país y la alianza con prestigiosas entidades del sector, fue una ruta que permitió con los años la consolidación de la empresa como una de las principales en la atención de usuarios, ejerciendo liderazgo en el mercado de régimen contributivo, como se verá más adelante.

Desde el año 2001 y bajo el esquema del cooperativismo que no

permite repartir sus excedentes, Saludcoop diversificó sus intereses y con estos recursos lideró la creación de empresas de origen cooperativo cuyas actividades de suministro de bienes y servicios "son conexas y complementarias con la prestación de servicios de salud, como confecciones hospitalarias, lavandería, seguridad, informática, comercialización, etc." garantizando así el suministro y autoabastecimiento de bienes y servicios. Aquí es el inicio de una integración vertical de la organización que años después será motivo de investigación y análisis por la Superintendencia de Sociedades pues esta situación permitió a la EPS ejercer una posición dominante tanto en usuarios como en control de precios.

"Para 2003, cuando ya estaba entre las EPS más grandes del país, Palacino, quien ya ejercía su influencia en el sector, enfocó a SaludCoop hacia las grandes ciudades. Gracias a su generosa chequera, adquirió la EPS chilena Cruz Blanca con sus 560.000 afiliados. Y, un año después, compró Cafesalud y sus 650.000 afiliados, lo que le permitió tener un patrimonio de 240.000 millones de pesos. Esas dos han sido las transacciones más grandes y costosas en el sector de la salud. En diez años, el pequeño grupo de cooperativas había multiplicado su capital casi por cien. A partir de 2005 SaludCoop empezó a destinar recursos para continuar con la adquisición de clínicas y hospitales, además del montaje de otras cooperativas para seguir cubriendo sus servicios. En muchas ciudades, centros médicos, clínicas y hospitales tuvieron que trabajar bajo el control y regulación de sus tarifas. Y, según denuncias que llegaron a la Supersociedades, llevó a muchas empresas al borde de la quiebra para comprarlas o para llevarlas al cierre. De hecho, las primeras alertas contra este grupo aparecieron en 2004, cuando la Superintendencia de Salud y la Dian, con el apoyo del vicepresidente Francisco Santos, hicieron una profunda auditoría que acusó a SaludCoop de evadir impuestos y de adquirir empresas en Colombia y en el extranjero con recursos de la salud. Tras un gigantesco pleito, el grupo se vio obligado a dejar sus activos en Ecuador, Panamá, República Dominicana, pero no sus prácticas comerciales. (…) Al cierre de 2006,

SaludCoop había aumentado su patrimonio a 362.000 millones de pesos y registraba ventas por 1,3 billones de pesos. Era ya la primera EPS del país. Las dudas sobre su crecimiento volvieron a aparecer en 2009, cuando la Supersalud descubrió que, entre 2004 y 2008, la EPS había destinado 318.250 millones de pesos para adquirir y construir clínicas, hospitales e infraestructura con recursos que eran de la salud y no, como alegaba el grupo, con utilidades de su operación)"[61].

En este contexto de vigilancia en octubre de 2009 SaludCoop EPS vendió 257 IPS entre ellas clínicas y puestos de salud, con sus respectivos equipos médicos y los inmuebles. Los compradores fueron tres organizaciones cooperativas -Cooperativa Odontológica de Antioquia (Coodan), Cooperativa Nacional de Odontólogos (Coodontólogos) y Corvesalud, al igual que la caja de compensación familiar de Camacol Antioquia[62] por una suma que supera los 10.000 millones de pesos.

Por las anteriores irregularidades y muchas otras, en el 2011 la Superintendencia, entidad de inspección y vigilancia, inicia investigación e intervención[63] encontrando que la información reportada por la EPS

61. http://actualidadcooperativa.blogspot.mx/2011/05/colombia-intervienen-saludcoop.html
62. Tomado de Portafolio, octubre de 2009, disponible en: http://www.portafolio.co/detalle_archivo/MAM-3669937
63. "Mediante Auto Nº 000714 del 4 de noviembre de 2011, firmado por el Superintendente Delegado para la Atención en Salud y por la Superintendente Delegada para la Generación y Gestión de los Recursos Económicos para la Salud, se ordena realizar una visita integral a la sede principal de SALUDCOOP Entidad Promotora de Salud, con el objeto de verificar el cumplimiento de las obligaciones frente al SGSSS por parte de SALUDCOOP EPS en cuanto a los procesos de organización, estructura y composición patrimonial de la sociedad, condiciones financieras y de solvencia, margen de solvencia y patrimonio técnico, flujo de recursos, pago a los prestadores, inversión de los recursos de UPC en la prestación de los servicios de salud, Aseguramiento, Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, organización de la prestación de los servicios de salud, gestión y coordinación de la oferta de servicios de salud, red de prestadores de servicios de salud, Sistema de referencia y contrarreferencia, y Plan de salud Territorial - Eje Programático de Salud Pública".

sobre sus estados contables, financieros y administrativos no coincidía con la realidad. "Unos ocho mil cheques girados y no pagados a proveedores, inconsistencias en el monto de inversiones en activos fijos, discrepancias en las cuentas por cobrar al Fosyga y giros no legalizados y destinados a actividades diferentes a su objeto social";[64] carteras vencidas, cheques sin fondos, recobros, multiafiliaciones,[65] inversiones con recursos públicos, fueron razones suficientes para intervenir Saludcoop y despedir a Carlos Gustavo Palacino Antía director general, considerado el zar de la salud, junto con otros funcionarios involucrados.

Para entonces, Saludcoop había logrado posicionar un modelo basado en la integración vertical de varias empresas, entre clínicas, cooperativas, laboratorios y compañías de salud que movían 2,5 billones de pesos al año y sobre las cuales ejercía una posición dominante tanto en usuarios como en control de precios.

Esta situación puso una alerta de riesgo inminente, no solo para los usuarios en la prestación de los servicios de salud, sino que puso en incertidumbre la estabilidad de los trabajadores de las empresas del grupo, la estabilidad financiera de la empresa y del sistema de salud en general, siendo uno de los escándalos públicos que intensificó el debate sobre la necesidad de un cambio sustancial en el modelo y gestión del Sistema de salud.

---

64. "SaludCoop: la caída de un imperio". Revista Semana. 14 mayo 2011. Consultado: Abril 28 de 2013. Disponible en: http://www.semana.com/nacion/articulo/saludcoop-caida-imperio/239794-3

65. "Para el periodo 2010, se presentaron 1357 casos de duplicidades por nombres apellidos y documento, y para el corte a junio de 2011 la cifra disminuyó a 1257 casos. De igual forma, la cifra de homónimos para el año 2010, fue de 59808 casos y para el 2011 de 64942, por lo que se establece que SALUDCOOP EPS, no está dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 49, del Decreto 806 de 1998, relacionado con el reporte de afiliación múltiple", pág. 67, informe interventoría.

9.2 Cronología de intervención de Saludcoop[66]

Saludcoop fue intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud en mayo de 2011 por posibles desvíos de recursos destinados a la salud; la confiscación de bienes, haberes y negocios, así como la intervención forzosa administrativa son los primeros pasos de un proceso que cambiará el rumbo de este grupo empresarial.

En noviembre del 2011 algunos altos directivos de Saludcoop (Luz Dary Muñoz, Claudia López y Jesús Hernán Rivera, gerentes regionales de Nariño, Cundinamarca y Llanos) interponen acción de tutela que buscó frenar el proceso de intervención pidiendo que se devolviera la empresa a sus dueños. El juez Hernando Moreno falla a su favor, pero luego de una investigación y la respectiva impugnación por parte del gobierno, Supersalud ratifica la intervención que para entonces estaba a cargo del agente especial de intervención Dr. Wilson Sánchez Hernández, quien a su vez había recibido la responsabilidad luego de salir Edgar Pavón.

Y es que el cambio de interventores y la extensión de los periodos estipulados para sanear la EPS han sido las constantes en este proceso y da cuenta no solo de la complejidad de las intervenciones, sino también de la magnitud de los problemas financieros y administrativos encontrados, de la maraña empresarial que se había conformado a través de entidades cooperativas y comerciales y de los riesgos inminentes que tienen estos procesos de convertirse en botines políticos.

Mauricio Castro Forero, otro interventor que estuvo al mando hasta abril de 2013, fue objeto de múltiples señalamientos por parte de empleados, medios de comunicación y la misma Corporación IPS Saludcoop por supuestos malos manejos administrativos y financieros. La renuncia del Dr. Castro se da algunos días después de la extensión de la intervención decretada por el Gobierno Nacional el 3 de mayo por medio de la resolución 128 de 2013.

---

66. Rastreo documental a partir del cubrimiento periodístico realizado al caso Saludcoop (2011- 2014)

Entre los hallazgos destacados para entonces se encontró que "la ganancia de más de $16.000 millones en 2010 consignada en los registros contables de Saludcoop no existió y que en realidad se presentó una pérdida de $80.000 millones. El interventor de la EPS, Mauricio Castro, reveló que las pérdidas que para mayo de 2010, según la contabilidad de la administración de entonces, ascendían a $9.000 millones realmente superaban los $42.000 millones, por lo cual el margen de solvencia real de la EPS era negativo"[67]. Además la comprobación de desvíos de recursos para la compra de autos lujosos, bonificaciones y excursiones al exterior de cargos directivos y sus familias, la construcción de condominios y financiación de equipos de futbol refuerzan los hallazgos.

Y es que la intervención no ha sido fácil; una estructura empresarial compleja construida a partir de los recursos públicos, movimientos estratégicos por parte de altos directivos camuflados bajo el esquema cooperativo, y la influencia y obediencia aún vigente de las cúpulas que permitieron tales desfalcos, se convierten en obstáculos a las investigaciones. Muestra de ello es lo sucedido con la Corporación IPS Saludcoop en el momento de la intervención de la EPS.

"La Corporación modificó los estatutos que la regían, de manera que las reglas del juego operaran a su favor. Es así como, a pesar de contar las EPS con el 95,67% de las acciones de capital de la institución, solo tienen 27 votos en la Asamblea de Asociados de la misma, lo que los coloca en desventaja a la hora de tomar decisiones y le confiere autonomía a la Corporación, que cuenta con 33 votos –representados por las personas naturales que son sus accionistas-. Lo anterior creó una pugna por el control de la Corporación que llevó a que desde el 2012 las EPS no contrate con la red de servicios de la primera, básicamente por desacuerdo en las tarifas. Sin embargo, y a pesar de no haber contratos, la Corporación continúa prestando servicios a las EPS del

67. La república, julio 11 de 2012. Disponible en: http://www.larepublica.co/economia/supersalud-prorroga-la-intervenci%C3%B3n-saludcoop-eps_15141

grupo".[68]

Luego de las investigaciones por parte de la Procuraduría, en marzo de 2013 se confirma la sanción a Palacino y a 11 directivos de la cúpula de Saludcoop, hallando responsable de dos faltas que constituyen delito: estafa e incremento injustificado de patrimonio.

"Palacino no logró justificar los cobros irregulares que se hicieron ante el Fosyga con ocho mil cheques girados a proveedores por servicios de salud que jamás fueron cobrados. En la contabilidad de Saludcoop, esos títulos figuraban por 270.000 millones de pesos. La Procuraduría también dijo que Palacino compró con dinero de los aportantes a la EPS clínicas y hospitales, hizo donaciones, préstamos e inversiones en proyectos urbanísticos y hasta patrocinó equipos de baloncesto. En la Contraloría, Carlos Gustavo Palacino está llamado a juicio fiscal por el presunto detrimento patrimonial de 1.3 billones de pesos en desviaciones de recursos parafiscales y sobrecostos de medicamentos. Saludcoop fue intervenida por malos manejos de dinero, que iniciaron desde 2009, según la Superintendencia de Salud"[69]

En mayo de 2013 y por disposición de la Superintendencia de Salud se da el reemplazo de Mauricio Castro quien estuvo 18 meses en el cargo, nombrando a Guillermo Grosso Sandoval como interventor encargado.[70]

Otro momento importante en este proceso de intervención se da en noviembre de 2013 cuando la Contraloría sanciona a Palacino y otros 14 directivos a devolver los 1,4 billones de pesos que habrían desviado

68. Opinión y Salud, mayo 2 de 2013. Saludcoop la joya de la Corona. Disponible en: http://www.opinionysalud.com/especiales-o-y-s/item/6757-saludcoop-la-joya-de-la-corona-de-la-salud-en-colombia?tmpl=component&print=1
69. El tiempo, 12 marzo de 2013. disponible en: http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12674506
70. Se trata de un médico cirujano, especialista en gerencia hospitalaria, fue vicepresidente de la EPS del Seguro Social durante 8 años, fue gerente médico nacional de Positiva compañía de seguros y desde hace 2 meses se desempeñaba como vicepresidente de Salud del grupo de SaludCoop.

de la salud entre 2002 y 2010[71] con la idea de recuperar ese dinero para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En marzo de 2014, y a portas de acabar el plazo para definir la situación de la EPS, se marca otro hito en la historia de este grupo empresarial; por orden de la Superintendecia de Salud se ordena la intervención por cinco meses de la Corporación IPS Saludcoop, una medida que se venía proponiendo por la Contraloría y otras voces desde el 2011 por considerar vital la intervención de todo el grupo empresarial[72] dadas las

71. Establece a las siguientes personas como su círculo cercano: "María Carolina Lamus, Alberto Castro Cantillo, Javier Mauricio Sabogal, Luis Albeiro Medina, Jaime Chávez y Claudia López Ochoa quienes crearon estrategias o usaron para "apropiarse de manera dolosa y gravemente culposa" de los recursos públicos, y que finalmente, según la Contraloría, contaron con la aprobación u omisión de directivos de la empresa como René Cavanzo, Eugenio Mejía, Gabriel Franco, Ana María Piñeros, José Enrique Corrales, José Tobías Correa, Rubi Hernández y Carlos Antonio Paz. Además, es claro que Palacino y su equipo tuvieron el soporte de toda una red de empleados, contadores, revisores fiscales, funcionarios públicos, políticos, congresistas, asesores y abogados (…) Hubo un momento en que el conglomerado empresarial y la familia Palacino se confundieron. Se volvió común encontrar en puestos directivos los nombres de Edgar y Gabriel Enrique Palacino (hermanos de Carlos Gustavo), de su esposa María Cristina Puerto Vallejo; de Laura Ospina Palacino, su sobrina, y de Mauricio Sabogal, a quien muchos consideraban un "hijo adoptivo" del presidente de la holding. Entre ellos decidieron algún día no contratar ningún de tipo de servicios con externos, sino con sus propias empresas. De esa idea surgieron, por ejemplo, Work & Fashion que se encargaba de confeccionar los uniformes de todo el personal hospitalario; la lavandería Impecable y hasta la firma encargada del reparto de los tintos: Health Food. De su incubadora empresarial surgieron también IAC Gestión Administrativa, encargada de los procesos contables; IAC Jurisalud, proveedora de Servicios Jurídicos y CTA Empresa de Seguridad. Esta última era dirigida por el mayor (r) Gilberto Espitia, responsable de la seguridad de Palacino." En revista Semana, disponible en: http://m.semana.com/nacion/articulo/desfalco-de-salucoop/365644-3

72. "Al parecer se trata de la intervención más ficticia de que se tenga conocimiento reciente. "¿Nadie sabe por qué diablos no se intervino toda la holding como se hizo con el Grupo Nule?, ¿por qué los proveedores siguen siendo los mismos?, ¿por qué no se abren licitaciones?, ¿por qué la interventoría no

relaciones económicas, comerciales y de beneficio mutuo existentes, especialmente esta Corporación que siempre se ha visto como "la joya de la corona", pues como se menciona anteriormente, fue a partir allí, que se reacomodaron los intereses de aquellos que hoy son juzgados por los malos manejos del recurso público.

Sin embargo, esta medida tres años después resulta inoportuna y muy cuestionada en voz de la Contralora Sandra Morelli; uno porque "era absurdo suponer que la situación de la matriz controlante no afectara a otras empresa del grupo y sobre todo en el caso de la IPS que tiene gran peso en la prestación de servicios de salud, siendo la principal proveedora de la EPS"[73] y dos, porque la medida de intervención "levanta los embargos que hay decretados como pendientes y que se suspendan los fallos ejecutivos, es decir, la contraloría no sigue ejecutando su fallo de 1.4 billones de pesos".[74] Esta última afirmación la desmiente el superintendente Gustavo Morales en otras entrevistas[75]

---

ha mejorado la estructura de costos? y ¿por qué altos directivos, en puestos clave, siguen ocupando los mismos cargos?...", señaló a Negocios y Movidas un investigador de la Contraloría. Tampoco tienen los estados financieros ni en línea ni actualizados, y la cartera morosa, que presenta en promedio mora de 300 días en promedio (la norma para liquidar es de 180 días) oscila entre 200.000 y 400.000 millones de pesos." Portafolio, 12 de febrero de 2012. Disponible en: http://m.portafolio.co/opinion/blogs/negocios-y-movidas/la-vergonzosa-%E2%80%98estrategia-del-caracol%E2%80%99-saludcoop

73. Tomado de: http://www.wradio.com.co/escucha/archivo_de_audio/la-w-radio-revela-los-tentaculos-de-palacino-en-saludcoop/20140312/oir/2123926.aspx
74. Ibíd
75. "¿Es cierto que la medida deja sin piso los embargos impuestos por la Contraloría? Para nada. La Contraloría tiene embargada a la EPS Saludcoop, cuyos activos están embargados también; la Corporación IPS Saludcoop es una entidad distinta y hasta ahora no tenemos noticia de que haya un indicio de juicio fiscal contra ella, ni siquiera una amenaza de embargo. Tal vez la Contralora no recuerda que la IPS Saludcoop es una entidad diferente a la EPS Saludcoop. Si encontramos que un embargo de la Contraloría recae sobre un activo de la Corporación, seremos los primeros en corregir la resolución para que éste siga en pie".

Igualmente la Contralora Morelli, quien se ha vuelto la piedra en el zapato en este tema para muchos, cuestiona la eficacia de la interventoría actual frente a la EPS y revela una serie relaciones del Interventor Grosso con las empresas del grupo y con el actual interventor designado para la Corporación IPS Saludcoop.[76]

Volviendo sobre el tema, la Corporación IPS Saludcoop coordina la red propia de IPS de Saludcoop EPS en los niveles 1, 2 y 3: clínicas, centrales de urgencias, centrales de especialistas, IPS de apoyo diagnóstico, que son el grueso de la operación de salud. Nace en el año 2006 con el nombre de Corporación IPS Cruz Blanca y como una institución sin ánimo de lucro a través de la cual ella se articuló todo el proceso de integración vertical del Grupo Saludcoop.

"La joya de la corona son las clínicas, porque facturan muchos millones de pesos, y la Corporación quiere el control de estas. La Corporación es administrada por personas distintas a la intervención, y que participaron de la administración anterior de la EPS. La verdadera

---

76. Cmtrevista con la Contralora en la W:
- Marta Grosso (hermana del interventor) tuvo relaciones con Palacino, trabajó con él en cargos directivos en las empresas de Saludcoop, fue gerente de Heon y autora intelectual del programa para administrar la EPS.
- Grosso mantiene contrato con Contac Service, empresa de la cual es dueña la sobrina de Palacino (Laura Ospina Palacino).
- Cesar Hernando Sánchez, cuñado de Grosso, es el director de contratación de la EPS.
- Fernando Avalar, otro cuñado de Grosso, es dueño de Avalar ingeniería, empresa que contrata las construcciones de las clínicas.
- Audisalud, otra empresa de Palacino, la maneja Gabriel Palacino, hermano. Grosso le mantiene el contrato, esa es la empresa que realizaba las auditorias de varios entes del grupo.
- Juan Carlos Uribe, interventor nombrado para la Corporación IPS, trabajaba con Grosso en Positiva a través de otra llamada Cuidarte.

  No había como contratar otro interventor que no tuviera tantos vasos comunicantes? Termina preguntando la Contralora.

  Tomado de: http://www.wradio.com.co/escucha/archivo_de_audio/la-w-radio-revela-los-tentaculos-de-palacino-en-saludcoop/20140312/oir/2123926.aspx

joya de la corona es la red de clínicas y hospitales sobre las cuales la corporación tiene un apetito inmenso".[77] De aquí se explica la tensión existente entre Corporación y la EPS, que incluso tiene demandas y denuncias de por medio de la primera hacia la segunda.

Algunos de los hallazgos de la Supersalud que motivaron la intervención de la Corporación IPS Saludcoop son:[78]

- Al 23 de enero del 2014 de las 160 sedes de la Corporación solo aparecen registradas 152.
- La Corporación tenía contratos con las EPS Saludcoop y Cruz Blanca EPS para el régimen contributivo y con Cafesalud para el régimen contributivo y subsidiado, los cuales vencieron el 31 de marzo del 2012.
- No mostró ningún documento que permitiera evidenciar la existencia de contratos de arrendamiento para la infraestructura física y los equipos biomédicos de las 160 sedes de la Corporación IPS.
- Con base en el informe presentado por el Representante Legal, con corte a diciembre de 2012, el total de pasivo asciende a $96.425.802, mientras que en el reporte de información financiera esta cifra es de $146.059.793, que muestra una diferencia de $49.633.991.

Lo cierto es que son muchas las visiones y versiones que se tienen sobre el caso Saludcoop, la mayoría de veces encontradas. Por un lado la Contraloría, por el otro Supersalud y en medio, un incertidumbre profunda sobre el futuro de esta EPS que maneja más de 7.000 afiliados y emplea más de 34.000 personas.

A continuación, dos de las posiciones sobre el futuro de la EPS:

Superintendencia de Salud: "La tesis del interventor de Saludcoop, que yo comparto (Morales, superintendente), es que en esa desviación de recursos la entidad no es culpable sino víctima. La EPS, como per-

77. Opinión y Salud, mayo 2 de 2013. Saludcoop la joya de la Corona. Disopnible en: http://www.opinionysalud.com/especiales-o-y-s/item/6757-saludcoop-la-joya-de-la-corona-de-la-salud-en-colombia?tmpl=component&print=1
78. El tiempo, 11 marzo de 2014. Disponible en: http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-13633616.html

sona jurídica, no decidió desviar los dineros, fueron sus administradores. Si se le obliga a pagarle esa plata al Estado no va a tener con qué pagarles a los prestadores", explicó Morales Cobo. Antes a la Contraloría se le pide revisar quiénes son los responsables del hecho para que la decisión del organismo de control se circunscriba a las personas naturales que tomaron las decisiones y no se perjudique a la EPS"[79]. Es decir, ordenar la salida de unos de sus antiguos dueños y que se queden los que le dan tranquilidad al Estado de que pueden administrar con transparencia.

Contraloría: No pide la liquidación, pero sí reconoce los causales para hacerlo; se opone a que sea con el dinero de la salud que se sanee esta entidad privada de origen cooperativo. Aclara que de ser liquidada, con los aportes recibidos por concepto de la UPC que son superiores a 30.000 millones mensuales, se podría atender a los 7.000 de afiliados lo cual no afectaría el servicio de salud. Plantea que sería ilógico regresar la administración a quienes son culpables del desfalco.

Por lo anterior, "la Contraloría le propone al ministro de Salud, Alejandro Gaviria, que Saludcoop, que es una cooperativa, traslade todos sus afiliados a una empresa comercial del grupo como Cafesalud o Cruz Blanca, que al ser comerciales permitirían que el Estado entrara a capitalizarlas obteniendo una mayoría accionaria que no puede conseguir con la legislación cooperativa. De esta manera quedaría con una especie de EPS mixta con lo que se garantizaría, según la Contraloría, la recuperación del $1,4 billones del Detrimento Patrimonial que está en juego, la prestación del servicio a los usuarios, pero además la protección de las deudas a los prestadores de salud y otros acreedores. La Superintedencia de Salud se opone a esa fórmula y considera que si se debe liquidar Saludcoop, deberá hacerse de forma ortodoxa y según el Estatuto Financiero, al igual que con las normas vigentes del Ministerio de Salud".[80]

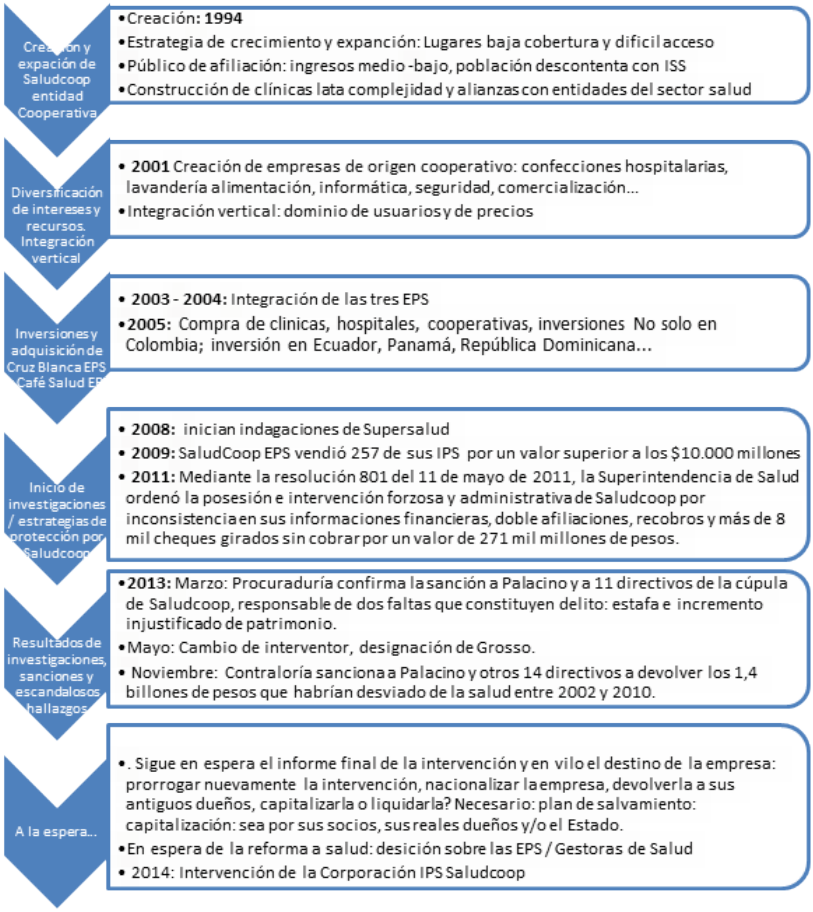
---

79. El Tiempo, 1 de enero de 2014. Disponible en http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-13328719.html
80. Caracol, febrero 14 de 2014. Disponible en: http://www.caracol.com.co/

Ahora, ¿qué le espera a Saludcoop? Son varios los caminos que se visualizan, y será el presidente de la república, quién a partir de las recomendaciones dadas por el interventor tomará la decisión en mayo: prorrogar nuevamente la intervención, nacionalizar la empresa, devolverla a sus antiguos dueños, capitalizarla o liquidarla, cada opción con implicaciones para unos u otros. Lo cierto es que la decisión tendrá que tener en cuenta el desenlace de la reforma a la salud en curso que pretende "eliminar" las EPS y convertirlas en "gestoras".

noticias/actualidad/8203contraloria-propone-a-minsalud-alternativa-de-liquidacion-de-saludcoop/20140214/nota/2081019.aspx

Resumen: Historia Grupo Empresarial Saludcoop



9.3 Estructura empresarial del grupo Saludcoop

Saludcoop en menos de 20 años dejó de ser una simple EPS para configurarse como un grupo empresarial posicionado en el país. Con corte a 2012, y según información suministrada por Sintrasaludcol,

hacen parte del grupo empresarial 72 empresas de diversa índole y función, entre clínicas, hospitales, corporaciones, ópticas, lavanderías, confecciones, empresas de servicios contables, comerciales y administrativos, Aseguradora de Riesgos Laborales, etc. las cuales, como se mencionó anteriormente, fueron capitalizadas en su mayoría con recursos públicos desviados de su destinación inicial que era la salud de los colombianos.

Son parte del grupo entidades cooperativas, corporaciones, empresas limitadas, Sociedades anónimas, Sociedades por acciones simplificadas (SAS), instituciones de apoyo al cooperativismo (IAC), grupos de prácticas profesionales (GPP), cooperativas de trabajo asociado (CTA), etc. lo que hace mucho más complejo entender el entramado empresarial que se ha formado alrededor de Saludcoop, mucho más cuando se ha negado a reconocer la totalidad de empresas que hacen parte del grupo.

Ya desde el 2011 Supersociedades solicitaba reconocer ante Cámara de Comercio y organismos de registro una serie de entidades de naturaleza no societaria sobre las que se ejercía una situación de control como grupo empresarial.[81] En el 2013, y ante la imposibilidad de esclarecer esta situación a pesar de los años de intervención, la Contraloría haciendo uso de una función de advertencia,[82] vuelve a instar a los organismos involucrados[83] para que ejerzan de manera contundente, articulada y coordinada, funciones de control, inspección y vigilancia sobre cada una de las instituciones (se habla de 120) que hacen parte del grupo empresarial, con el fin de verificar que, con ocasión de la integración

81. Ver: Portafolio, 25 de octubre de 2011: Saludcoop, a reconocer ocho firmas más. Disponible en: http://www.portafolio.co/detalle_archivo/MAM-4918389
82. Disponible en: http://www.contraloriagen.gov.co/documents/10136/79192176/FA_2013EE0119314-Inspeccion-Vigilancia-Grupo-Empresarial-Saludcoop-04102013.pdf/84112840-9a0b-4e29-9608-9825abb601fc
83. Ministerio de Salud y protección social, Superitendencia Nacional de Salud, Ministerio de industria, comercio y turismo, Superitendencia de sociedades y de economía solidaria.

vertical, no se esté haciendo uso inadecuado o apropiación indebida de recursos públicos. A la fecha, es un tema que no se esclarece, se espera el informe final de la interventoría pero como dato preliminar se tiene, según información del Dr. Grosso, interventor encargado, que el grupo estaría constituido solo por 34 empresas[84], mientras que el sindicato reconoce más de 72 como se expondrán más adelante.

Otro dato relevante tiene que ver con la totalidad de trabajadores que reportan; siguiendo con la información del Dr. Grosso, se dice que serían unos 400 trabajadores a los que se les haría plan de retiro en caso de liquidación de la EPS. Antes, en el informe de interventoría del 2011, hablaban de 874 empleados a nivel nacional, de los cuales 705 correspondían a los asesores comerciales, la fuerza de venta de la marca que eran contratados por Efectiva, la mayoría despedidos[85] o presionados a renunciar a partir de sobrecargas laborales, eliminación de comisiones, sustituciones patronales, etc. Lo cierto es que son 34.000 trabajadores los que se estiman como parte del grupo.

Por la dificultad para acceder a información concisa y fuentes oficiales sobre el tema, se presenta a continuación un acercamiento a la estructura empresarial de Saludcoop y una tabla descriptiva con las empresas su organización sindical, Sintrasaludcol, estima como parte del grupo, y se organizan datos obtenidos en trabajo de campo a través de

---

84. Comunicado 034 Sintrasaludcol, disponible en: https://www.facebook.com/photo.php?fbid=597480880344649&set=a.103290016430407.5267.100002482263228&type=3&theater

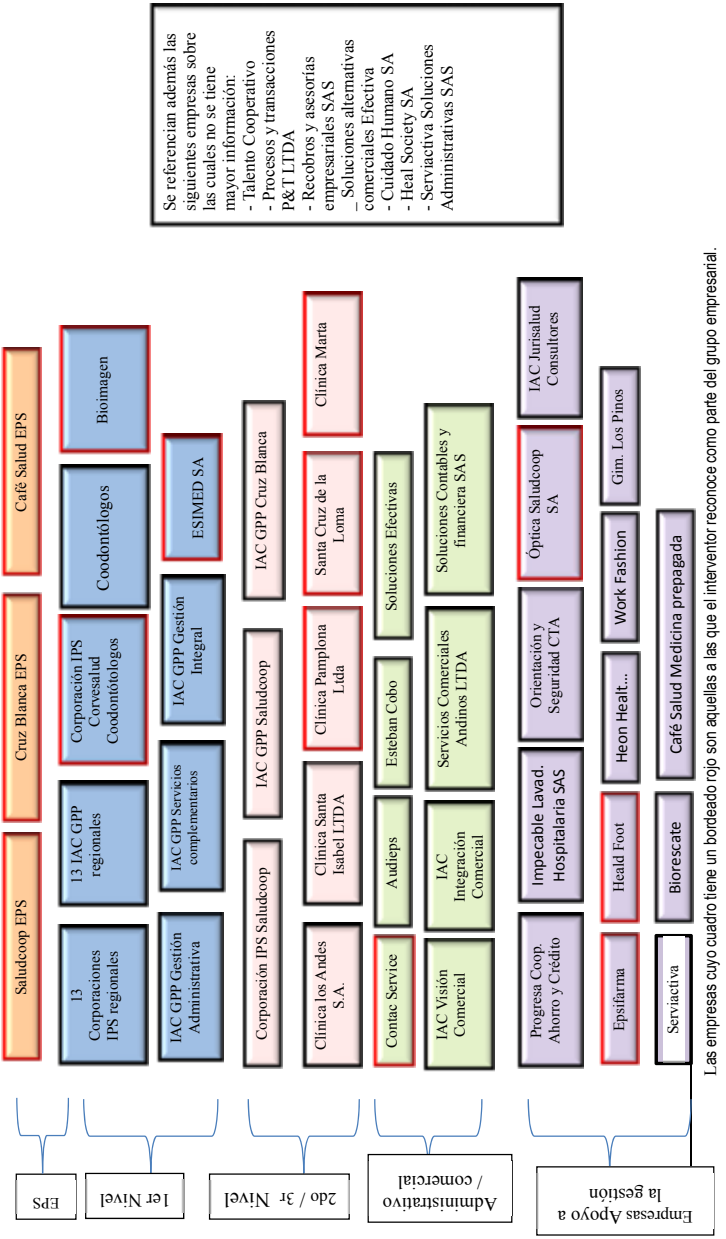
85. "Los empleados de la cooperativa Efectiva, que hacía los trabajos administrativos de SaludCoop, aseguran que se está prescindiendo de ellos; Efectiva está ahorrando ahora con sus empleados administrativos pero, Supersalud y la Contraloría la investigan por derrochar el dinero de la salud en donaciones a clubes deportivos y partidos políticos. Más de 100 trabajadores que operaban en la parte comercial de la intervenida EPS SaludCoop fueron despedidos. "Diciendo que era iliquidez de la empresa Efectiva, que por cuestiones económicas no podían contar más con mi puesto de trabajo". Noticias Uno, marzo 31 de 2012. Disponible en: http://noticiasunolaredindependiente.com/2012/03/31/noticias/efectiva-saludcoop-2/

entrevistas a trabajadores, dirigentes sindicales y notas periodísticas.

Si bien no es un ejercicio definitivo, se convierte en un insumo útil para entender el funcionamiento de Saludcoop, en el que se intenta desenmarañar esta compleja estructura de prestación de servicios, en donde muchas empresas son a la vez dueñas de otras, y comparten, además de la misma casa matriz, instalaciones, equipos, juntas directivas, contratos de exclusividad, etc, lo cual devela una serie de relaciones de subordinación y tercerización que no son fáciles de develar; además se acuden a una serie de estrategias que van desde la creación de múltiples empresas contratantes, cierre de empresas y/o cambios continuos de razones sociales, utilización de diversas figuras cooperativas y comerciales que en muchos casos desdibujan los objetos para los que fueron creadas.

Se adjunta además, y a modo de ejemplo, un gráfico donde se relacionan las IPS que tienen atención en la ciudad de Santa Marta, un aproximado de trabajadores y las empresas que realizan los procesos de contratación, en donde se puede evidenciar la anterior situación.

DIAGRAMA: ESTRUCTURA GRUPO EMPRESARIAL SALUDCOOP[86]



Cuadro Descriptivo Estructura Empresarial Saludcoop

Por la complejidad de la información y su escaso acceso en fuentes secundarias, el cuadro siguiente se construye principalmente a partir de entrevistas a trabajadores y líderes sindicales de Saludcoop; se nutre además con algunos datos de artículos periodísticos e informes de interventorías de la Superintendencia de Salud (2011). (Número aproximado de trabajadores del grupo: 34.000 trabajadores; afiliados a Sintrasaludcoop 2013: 10.000)

#	NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT	OBSERVACIONES
ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD - EPS En el 2002 Saludcoop EPS compra a Cruz Blanca EPS y un año después se formaliza la adquisición de Cafesalud EPS; la primera es de carácter cooperativo y la segunda y tercera son sociedades anónimas. Las tres, económica, operativa y administrativamente están integradas al Grupo empresarial SALUDCOOP, por lo que comparten dinámicas funcionales. Frente a las instalaciones en las que desarrollan su actividad, hay algunas clínicas de primer nivel que son estrictamente de Saludcoop, otras de Cruz Blanca y otras de Cafésalud; pero dependiendo el sector y/o la ciudad, puede ser que una misma IPS atienda a los usuarios de las tres EPS. Por ejemplo, en complejo Sur en Bogotá, los médicos atienen a los tres en una misma IPS, pero en el norte no pasa igual.			
1	Saludcoop EPS	800250119	En informes de interventoría reportan 800 trabajadores en todo el país, la mayoría asesores comerciales. Última indicación de interventoría habla solo de plan de retiro en caso de liquidación de la EPS para 400 trabajadores. Su fuerza comercial la contrataban antes de la intervención con Efectiva. SALUDCOOP EPS, ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO se conformó el 10 de octubre de 1994 por 38 entidades que participaron como asociados fundadores; la Superintendencia Nacional de Salud emitió la Resolución 0186 del 24 de marzo de 1995 por medio de la cual se autoriza su funcionamiento. Es una “persona jurídica de derecho privado, empresa asociativa sin ánimo de lucro, organismo cooperativo de segundo grado, de carácter económico, especializada en la afiliación y el registro de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y del recaudo de las cotizaciones, de responsabilidad limitada, regida por la Ley, los principios Universales y la doctrina del cooperativismo y el estatuto orgánico” Su objeto social es la “afiliación y registro al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el recaudo de sus cotizaciones por delegación del Fondo de Seguridad y Garantía, y a su turno organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados”

#	NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT	OBSERVACIONES
2	Cruz Blanca EPS	830009783-0	Actualmente, las áreas relacionadas con aseguramiento las presta como operador la empresa Gestión Administrativa IAC (Institución de Apoyo al Cooperativo). Los cargos relacionados con la promoción de las afiliaciones y los diversos componentes de comercialización eran contratados a través de CTA Efectiva, contando con un total de 165 trabajadores. (Informe preliminar de visita EPS Cruz Blanca S.A - Supersalud, 2011). Efectiva CTA luego de su dilución ahora pasa a Soluciones Efectiva S.A.S. El Objeto Social principal de la sociedad está constituido por la realización de las siguientes actividades: "La ejecución de todos los actos y contratos propios de las entidades promotoras de salud previstos en la ley y en desarrollo del mismo podrá ejecutar y celebrar todo acto directamente relacionado con el objeto principal del mismo. Como entidad promotora ejercerá los siguientes actos: A- Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia bien sea a través del Régimen Contributivo o del Régimen Subsidiado. B- Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles en enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención evitando, en todo caso, la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el sistema. C- Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato. D- Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud. E- Organizar la prestación del servicio de salud derivado del Sistema de Riesgos Profesionales, conforme con las disposiciones legales. F- Organizar facultativamente la prestación de Planes Complementarios al Plan Obligatorio de Salud, según lo prevea su propia naturaleza."

#	NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT	OBSERVACIONES
3	Cafésalud EPS	800140949-6	Tienen la línea de medicina prepagada del grupo empresarial. 93 personas ocupan los cargos de dirección y personal para aseguramiento a nivel nacional. (Visita de Supersalud, 2011) Nombre o razón social: CAFESALUD Entidad Promotora de Salud S.A – CAFESALUD EPS S.A. Objeto Social: "Es una EPS que trabaja de manera permanente por el bienestar de los usuarios y la sociedad a través de la prestación de servicios de excelente calidad, fomentando el desarrollo humano de todos sus colaboradores"
CORPORACIONES IPS: Son 13 corporaciones a nivel nacional y prestan servicio de primer nivel de atención en salud en sus respectivos departamentos. Surgen en el 2007-2008 a partir de la vigilancia y prohibición de la integración vertical de las EPS, cuando Saludcoop empieza a fraccionar la empresa y a cambiar las razones sociales para ejercer jurisdicciones específicas en el territorio nacional. Los trabajadores contratados por las Corporaciones son aquellos "nuevos" que han ingresado a Saludcoop desde hace 6 años, vale la pena anotar, bajo condiciones laborales más desfavorables que los "antiguos".			

#	NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT	OBSERVACIONES
4	Corporación IPS Costa Atlántica	802022145-3	Anteriormente las Corporaciones funcionaban en las mismas instalaciones de Saludcoop EPS, pero a raíz de la intervención el espacio físico se separa. Las juntas directivas, los dueños y accionistas de todas las Corporaciones son prácticamente los mismos, incluso para la negociación colectiva que se desarrolla actualmente con Sintrasaludcoop se trabaja en una sola mesa con 5 representantes de todas las Corporaciones. Luis Felipe Cano, allegado de Palacino y exauditor de la Clínica Corpas, en el 2012 pasó a ser el gerente general de la IPS SaludCoop (la empresa que dominaba el grupo). Según información de la Procuraduría Delegada para la Economía y la Hacienda Pública, en el pliego de Cargos hacia Carlos Gustavo Palacino(*), Saludcoop EPS giró aportes a cada una de las Corporaciones durante el 2004-2008 una suma de 270.000.000, para un valor total de $4.088.645.039. Sumando las demás inversiones realizas en este periodo, se encuentra que sobrepasan los excedentes producto de su ejercicio como EPS, lo que corrobora que Saludcoop EPS - OC destinó recursos de la salud en contravía de normas constitucionales, legales y decisiones jurisprudenciales. (*) Radicación: IUS 2010-62931 - IUC-D-2010-937-237967, marzo de 2013, pag 29. Disponible en: http://correoconfidencial.com/wp-content/uploads/2012/04/Pliego-de-cargos-SALUDCOOP.pdf
5	Corporación IPS Occidente	805028511-4	
6	Corporación IPS Boyacá	820004868-9	
7	Corporación IPS Eje cafetero	816007943-2	
8	Corporación IPS Tolima	809011703-1	
9	Corporación IPS Huila	813012546-0	
10	Corporación IPS Llanos Orientales	822006818	
11	Corporación IPS Norte de Santander	807008301-6	
12	Coorporación IPS Santander	804016036-1	
13	Corporación IPS Córdoba	812007528-4	
14	Corporación IPS Nariño		
15-16	Falta identificar 2 Corporaciones		

#	NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT	OBSERVACIONES
17	Corporación IPS Saludcoop	830106376	Coordina la red propia de IPS de Saludcoop en los niveles 1, 2 y 3: clínicas, centrales de urgencias, centrales de especialistas, y algunas IPS de apoyo diagnóstico. Es la empresa del grupo con mayor número de trabajadores contratados cuya antigüedad no supera el 2007. Actualmente tiene 14.000 trabajadores y empleados contratistas que atienden 7 millones de usuarios principalmente del grupo empresarial Saludcoop(*). Saludcoop EPS es propietaria de aprox. el 95% de la Corporación, pero a pesar de esto no tiene mayor peso por voto en la Asamblea gracias a modificación estratégica en los estatutos ante el proceso de intervención. Su vicepresidenta es Jacqueline Bustos quien antes era secretaria de Rubén Darío Lozano, ficha clave de Palacino. Corporación IPS la Joya de la Corona (**): "La Corporación IPS Saludcoop nace en el año 2006 con el nombre de Corporación IPS Cruz Blanca y como una institución sin ánimo de lucro. A través de ella se articuló todo el proceso de integración vertical del Grupo Saludcoop. (…) Al finalizar el 2012 contaba con 50 centrales de especialistas, 9 centrales de urgencias, 34 clínicas, 17 IPS de primer nivel y 54 IPS de apoyo diagnóstico y terapéutico, distribuidas a lo largo y ancho del país, 164 instituciones en total, que conforman un conglomerado generador de más de 12.000 empleos. En 2012 la Corporación reportó ingresos por más de $772.000 millones, pero, curiosamente, utilidades por solo $218 millones, lo que constituye materia de investigación por parte de los entes de control. En el momento de la intervención de las EPS del grupo, la Corporación modificó los estatutos que la regían, de manera que las reglas del juego operaran a su favor. Es así como, a pesar de contar las EPS con el 95,67% de las acciones de capital de la institución, solo tienen 27 votos en la Asamblea de Asociados de la misma, lo que los coloca en desventaja a la hora de tomar decisiones y le confiere autonomía a la Corporación, que cuenta con 33 votos –representados por las personas naturales que son sus accionistas-.

#	NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT	OBSERVACIONES
			Lo anterior creó una pugna por el control de la Corporación que llevó a que desde el 2012 las EPS no contrate con la red de servicios de la primera, básicamente por desacuerdo en las tarifas. Sin embargo, y a pesar de no haber contratos, la Corporación continúa prestando servicios a las EPS del grupo. Sin embargo, según Supersalud los datos sobre el total de sedes de la Corporación varía(***): cuenta con una sede nacional y más de 160 sedes regionales (registradas ante el REPS 152) que prestan servicios de salud de baja, mediana y alta complejidad, ubicadas en 20 departamentos y los cuatro distritos. La Corporación tenía contratos con las EPS Saludcoop y Cruz Blanca EPS para el régimen contributivo y con Cafesalud para el régimen contributivo y subsidiado, los cuales vencieron el 31 de marzo del 2012, sin embargo siguen prestando sus servicios. No tienen evidencias que permitan verificar la existencia de contratos de arrendamiento para la infraestructura física y los equipos biomédicos de las 160 sedes de la Corporación IPS. Con base en el informe presentado por el Representante Legal, con corte a diciembre de 2012, el total de pasivo asciende a $96.425.802, mientras que en el reporte de información financiera esta cifra es de $146.059.793, que muestra una diferencia de $49.633.991. (*) El Tiempo, infograma IPS en cifras. Marzo 2014. Disponible en: http://www.eltiempo.com/Multimedia/infografia/ipsencifras/ (**) Informes Salud y opinión: Saludcoop, “la joya de la corona”. http://www.opinionysalud.com/especiales-o-y-s/item/6757-saludcoop-la-joya-de-la-corona-de-la-salud-en-colombia (***) El Tiempo. 11 de marzo de 2014. “Supersalud interviene clínicas de Saludcoop” Disponible en: http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-13633616.html

#	NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT	OBSERVACIONES
18	Corporación IPS Corvesalud - Coodontologos	830128856-1	Es una empresa diferente a Coodontólogos (cooperativa), aunque según información del sindicato coinciden las mismas personas en juntas directivas; incluso antes de la intervención de Saludcoop EPS las reuniones de Juntas directivas las hacían en las mismas instalaciones. Ahora cada empresa tiene oficinas para sus administradores. Ingrid Mora Jiménez, médica general, es la representante legal de Corvesalud-Coodontólogos, que es la empresa que presta los servicios de medicina de primer nivel a 7 millones de afiliados, a SaludCoop, Cruz Blanca y Cafesalud. En Cundinamarca: tiene 1049 empleados que son a los que les pagan, pero incluyen empleados contratados por Servicios integrales y complementarios que trabajan en las mismas instalaciones de las IPS de Coodontologos. (sindicato)

IAC GPP
Aclaraciones sobre las IAC GPP por parte de Dr. Cristian Cortes (representante legal) en reunión con Sindicato:
1. Las siglas IAC GPP significan: Institución auxiliar del cooperativismo grupo de práctica profesional.
2. Son instituciones de carácter cooperativo.
3. Sus accionistas son: Servíactiva en un 70% y las Corporación de primer nivel de cada región en un 30%.
4. Su capital de trabajo es de 10 millones de pesos. (altísimo riesgo de iliquidez ante demandas de trabajadores)
5. Activos intangibles basados en cuentas de cobro por servicios a las Corporaciones respectivas. (quiere decir que como ellos prestan un servicios por el contrato que ellas tienen les responden y pagan mensualmente)
6. Su respaldo financiero se soporta en las cuentas por cobrar por los servicios prestados a las Corporaciones.
7. La nómina de los trabajadores la paga las Corporaciones de cada región según el caso. (Yo contrato como GPP servicios complementarios, que es mi patrón, pero quien paga la nómina, son las 13 Corporaciones y Corvesalud). Los trabajadores prestan el servicio en cada sede (IPS) de la Corporación según el caso, pero no son subordinados de las Corporaciones." Comunicado No. 0050 Sintrasaludcol, documento de reunión de inicio de negociación.
Los profesionales contratados con las GPP como son los más antiguos -hasta 14 años- a los que le hacen la sustitución patronal con la intervención de Saludcoop. Tienen mejores condiciones salariales, no tanto por antigüedad sino porque el nivel salarial era mejor en años atrás, además, tiene primas y algunas bonificaciones, que incluso no son reglamentadas ni son homogéneas para todos.

#	NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT	OBSERVACIONES
19	IAC GPP Servicios Integrales Barranquilla	830128715-1	Operan el primer nivel asistencial y contrataron en su época a los trabajadores antiguos del grupo empresarial cuando entra el proceso de restructuración (hace 6 años). Las condiciones salariales de los trabajadores son mejores en comparación con los contratados por las Corporaciones IPS y tienen una serie de bonificaciones adicionales que han querido ir desmontando en los últimos años. Contratan solo personal asistencial, un cajero en teoría no clasificaría aquí, pero si trabaja en primer nivel de IPS puede ser contratado con las IAC GPP. El sindicato está en proceso de negociación con sus representantes legales Dr. Cristian Cortés y Dr. Mauricio Trinidad. Expresan la incapacidad total por parte de la empresa para llegar a un arreglo directo sustentado en la situación financiera que atraviesa y la realidad actual que rodea al sector salud no solo económico sino en lo político y social. Las Corporaciones manejan las nóminas, pero son las IAC GPP quienes aparecen como empleadores. Los trabajadores anotan que la delimitación entre este tipo de empresas es desde lo formal pues desde lo real siguen funcionando regidos por los mismos derroteros: los recibos de pagos de ambas empresas son iguales, al igual que los reglamentos de higiene y documentos de COPASO, solo cambia el título y los logos.
20	IAC GPP Servicios Integrales Neiva	813012403-6	
21	IAC GPP Servicios Integrales Cali	830129811-3	
22	IAC GPP Servicios Integrales Pereira	816007936-0	
23	IAC GPP Servicios Integrales Villavicencio	822006797-0	
24	IAC GPP Servicios Integrales Cúcuta	830129879-3	
25	IAC GPP Servicios Integrales Bucaramanga	830129797-8	

#	NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT	OBSERVACIONES
26	IAC GPP Servicios Integrales Ibagué	809011579-4	
27	IAC GPP Servicios Integrales Medellín		
28	IAC GPP Servicios Integrales Pasto	830128690	
29	IAC GPP Servicios Integrales Montería	830129798	
30	IAC GPP Servicios Integrales Tuja	820004463-1	
31	IAC GPP servicios integrales Montería	830129798-5	
32	IAC Gestión Administrativa	900338993	Contratan el personal administrativo: atención al usuario, resolución de quejas, parte administrativa del primer nivel de atención. También el personal de aseguramiento de Café Salud.
33	IAC GPP Saludcoop	830129689	Operan el segundo nivel de atención, solo personal de asistencia que fueron trasladados de Saludcoop EPS, es decir, aquellos que tienen un contrato previo al 2007. Marcela Hoyos, médica general, Cercana a Palacino, pasó de ser coordinadora nacional de nómina de Saludcoop a representante de las empresas IAC GPP SaludCoop.
34	IAC GPP Cruz Blanca	900284942	Contratan los trabajadores asistenciales “antiguos” (contratos antes de 2007) de Cruz Blanca.

#	NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT	OBSERVACIONES
35	IAC GPP Gestión Integral	900338993-5	No se tiene información.
36	IAC GPP Servicios complementarios	830127352-5	Surge de una cooperativa que se fundó en 2003. Según acta de fue fundada por: Saludcoop EPS OC, Serviactiva y Cuidados profesionales, las tres entidades de carácter solidario. Según registro de cámara de comercio, en la actualidad los asociados de ésta cooperativa son: Corporación IPS Corvesalud- Coodontólogos y Serviactiva. Los trabajadores vinculados en la actualidad ingresaron al Grupo contratados por Saludcoop EPS quien realizó cesión de contrato a GPP CRUZ BLANCA. Hoy realizan actividades misionales en los locales de la entidad Corporación IPS Corvesalud- Coodontólogos, dedicada a la prestación de servicios de salud.
INSTITUCIONES AUXILIARES DEL COOPERATIVISMO – IAC Son personas jurídicas sin ánimo de lucro que se constituyan de conformidad con el artículo 94 de la Ley 79 de 1.988, con el objeto de incrementar y desarrollar el sector cooperativo, mediante el cumplimiento de actividades orientadas a proporcionar preferencialmente a los organismos componentes del sector cooperativo el apoyo y ayuda necesarios para facilitar el mejor logro de sus propósitos económicos y sociales. Las instituciones auxiliares limitarán su objeto social a una sola línea de actividad y sus áreas afines. Impartirán educación solidaria siempre y cuando dentro de las actividades económicas se contemple.			
37	IAC Visión Comercial	830121811	Operan la parte comercial de las 3 EPS, contratación de asesores comerciales principalmente.
38	IAC Integración comercial	830512496	Operan la parte comercial de las 3 EPS, contratación de asesores comerciales principalmente.
39	IAC Jurisalud consultores		Operan la parte jurídica, de asesoría legal del grupo.
		COOPERATIVAS	
	Cooperativa Epsifarma	900067659	Operan la parte de farmacia en todos los niveles en el territorio nacional.

#	NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT	OBSERVACIONES
40	Coodontólogos	860023987	Operan el servicio de odontología NO POS y algunas consultas. También contratan profesionales de odontología en primer nivel ubicados en las diferentes IPS de atención de Saludcoop. Nació hace 50 años como la Cooperativa Nacional de Odontólogos, a partir de la diversificación de sus servicios crean las clínicas odontológicas donde prestan los servicios a Saludcoop tanto en sedes propias como en las sedes de primer nivel de Corvesalud Coodontólogos. Como Cooperativa Nacional de Odontólogos también tienen sedes propias con atención a pacientes particulares y por fuera de Saludcoop. También tiene otras empresas como Maxilar que es de radiología y Vive Vital Spa que es de medicina estética. Luego pasa a Coodontólogos SAS y en los últimos meses ha cambiado de nombre a CMP-Cooperativa Multiactiva de profesionales de la salud, cambiaron la razón social, el nombre y ampliaron su espectro de negocio. Ya no se limitan al servicio de odontología y medicina general, sino que cualquier profesional del servicio de la salud puede afiliarse a esta cooperativa.
41	Orientación y seguridad CTA	830105349	Contratan el personal de seguridad y orientadores en todos los niveles de atención. En el momento de restructuración del grupo empresarial, muchos trabajadores que pertenecían a la CTA fueron trasladados a las Corporaciones. Ahora intentan nuevamente, presionar a trabajadores para volver a la cooperativa. Antes de la intervención solo prestaban servicio de seguridad a Saludcoop, ahora han diversificado empresas clientas.
42	Progresa Cooperativa de Ahorro		Cooperativa de ahorro y crédito para todos los trabajadores del grupo empresarial.
43	Cooperativa Talento Cooperativo		Encargados de selección de personal. No se sabe si existen aún.
CLINICAS			

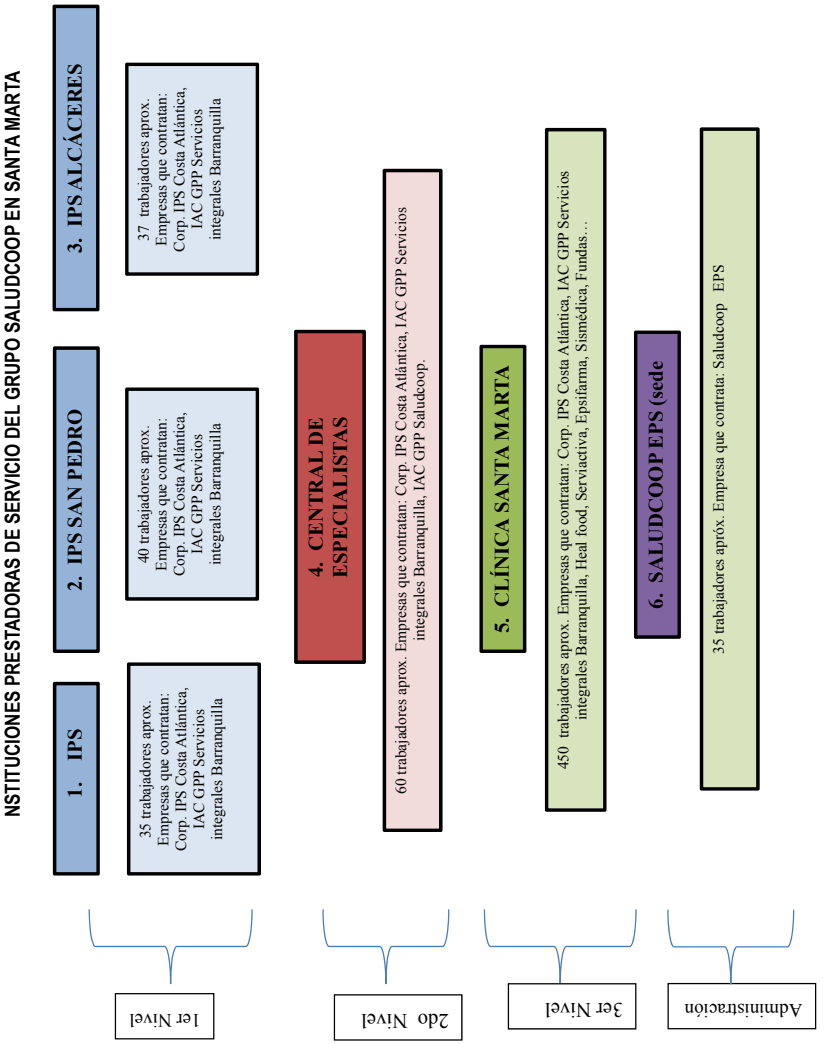
#	NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT	OBSERVACIONES
44	Saludcoop Clínica los Andes S.A.		Atienden pacientes de las 3 EPS. Al interior de las clínicas trabaja personal contratado por las Corporaciones y las GPP´s en la parte asistencial, y en la administrativas otras empresas del grupo. Se presentó pliego de petición por parte de Sintrasaludcol. Negativa a negociar, se espera querella.
45	Saludcoop Clínica Santa Isabel LTDA		
46	Sociedad Clínica Pamplona Ltda	807000280	
47	Clínica Santa Cruz de la Loma	800215758	
48	Clínica Marta	892001588	
Sociedad por Acciones Simplificada (SAS) Se crea mediante contrato o acto unilateral que constará en documento privado. Se constituyen por una o varias personas naturales o jurídicas, quienes sólo serán responsables hasta el monto de sus respectivos aportes. Una vez inscrita en el registro mercantil, formará una persona jurídica distinta de sus accionistas. Es una sociedad de capitales. Su naturaleza siempre será comercial, independientemente de las actividades previstas en su objeto social. Para efectos tributarios, se rige por las reglas aplicables a las sociedades anónimas que les representa ciertas ventajas a nivel de impuestos" (*). (*) Tomado de: http://www.ccc.org.co/servicios/registros-publicos/mercantil/tramites/constituciones-reformas-y-nombramientos/sociedad-por-acciones-simplificada-sas			
49	Serviactiva SAS	830073512	Operan la parte de aseo y servicios generales. Contrata personal de servicios generales, de aseo, orientadores, vigilancia; no contrata personal asistencial. Esta empresa tiene acciones del 70% en las IAC GPP regionales según información del sindicato. Según registro de cámara de comercio, en la actualidad Serviactiva es asociada de IAC GPP Servicios complementarios junto con Corporación IPS Corvesalud-Coodontólogos.
50	Esteban Cobo S.A.S		Contrata personal administrativo
51	Soluciones Efectivas S.A.S	900502954	Personal área comercial de las IPS. Casos de despidos masivos relacionados con Cruz Blanca, cambio de CTA a SAS.
SERVICIOS ADMINISTRATIVOS (EN LAS 3 EPS)			

#	NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT	OBSERVACIONES
52	Procesos y transacciones P&T LTDA		Sin información
53	Recobros y asesorías empresariales S.A.S.		Sin información
54	Soluciones y alternativas comerciales efectiva	830073736	Sin información
55	Audieps S.A.		Manejan las Auditorias. El personal contratado contacta a los usuarios que radicaron una solicitud y/o queja y valida la eficacia de la repuesta dada por la EPS.
56	Serviactiva soluciones administrativas S.A.S		Manejan las nóminas.
57	Soluciones contables y financieras S.A.S		Sin información
58	Contact service	830117012	Operan la atención al usuario de las 3 EPS (citas, quejas, reclamos) tanto en sedes de las IPS como en propias. La dueña es sobrina de Palacino (Laura Ospina Palacino).
59	Heon Healt on Line S.A.		Opera los sistemas de información de las 3 EPS. (Software, etc.)
60	Servicios comerciales Andinos Ltda	830108991	Contratan principalmente a asesores comerciales.
			ACTIVIDADES CONEXAS
61	Healtfood	830091382	Contrata el personal para atención de servicios de cafetería y alimentación en todos los niveles asistenciales a nivel nacional. Hace seis meses fueron retiradas sus cafeterías de las IPS de primer nivel pues no pagaban arrendamiento durante todo el tiempo que funcionaron en sus instalaciones.
62	Óptica Saludcoop S.A.	830090640	Operan todo lo relacionado con el servicio de ópticas a nivel nacional.
63	Bioimagen		Operan las ayudas diagnósticas y laboratorios del primer nivel de atención.

#	NOMBRE DE LA EMPRESA	NIT	OBSERVACIONES
64	Impecable Lavandería Hospitalaria S.A.		Operan la lavandería del grupo.
65	Work & Fashion		Operan la confección de uniformes e insumos hospitalarios de confección.
66	Estudios e inversiones médicas S.A. (ESIMED S.A.)	800215908	Contratan el personal de primer nivel de atención de las IPS de Cafesalud.
67	Biorescate		Operan el servicio, arreglo y mantenimiento de equipos médicos.
68	Heald Society S.A.		Sin información
69	Cuidado Humano S.A.		Sin información
70	Cafesalud medicina prepagada	900178724	
		OTROS	
71	Corporación Gimnasio los Pinos		Colegio

Fuente:86, 87, 88, 89, 90, 91

86. Radicación: IUS 2010-62931 - IUC-D-2010-937-237967, marzo de 2013, pag 29. Disponible en: http://correoconfidencial.com/wp-content/uploads/2012/04/Pliego-de-cargos-SALUDCOOP.pdf
87. El Tiempo, infograma IPS en cifras. Marzo 2014. Disponible en: http://www.eltiempo.com/Multimedia/infografia/ipsencifras/
88. Informes Salud y opinión: Saludcoop, "la joya de la corona". http://www.opinionysalud.com/especiales-o-y-s/item/6757-saludcoop-la-joya-de-la-corona-de-la-salud-en-colombia
89. El Tiempo. 11 de marzo de 2014. "Supersalud interviene clínicas de Saludcoop" Disponible en: http://www.eltiempo.com/vida-de-hoy/salud/ARTICULO-WEB-NEW_NOTA_INTERIOR-13633616.html
90. Tomado de: http://www.ccc.org.co/servicios/registros-publicos/mercantil/tramites/constituciones-reformas-y-nombramientos/sociedad-por-acciones-simplificada-sas
91. Las empresas cuyo cuadro tiene un bordeado rojo son aquellas a las que el interventor reconoce como parte del grupo empresarial.


NSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIO DEL GRUPO SALUDCOOP EN SANTA MARTA
1. IPS
2. IPS SAN PEDRO
3. IPS ALCÁCERES
35 trabajadores aprox. Empresas que contratan: Corp. IPS Costa Atlántica, IAC GPP Servicios integrales Barranquilla
40 trabajadores aprox. Empresas que contratan: Corp. IPS Costa Atlántica, IAC GPP Servicios integrales Barranquilla
37 trabajadores aprox. Empresas que contratan: Corp. IPS Costa Atlántica, IAC GPP Servicios integrales Barranquilla
4. CENTRAL DE ESPECIALISTAS
60 trabajadores aprox. Empresas que contratan: Corp. IPS Costa Atlántica, IAC GPP Servicios integrales Barranquilla, IAC GPP Saludcoop.
5. CLÍNICA SANTA MARTA
450 trabajadores aprox. Empresas que contratan: Corp. IPS Costa Atlántica, IAC GPP Servicios integrales Barranquilla, Heal food, Serviactiva, Epsifarma, Sismédica, Fundas…
6. SALUDCOOP EPS (sede
35 trabajadores aprox. Empresa que contrata: Saludcoop EPS
1er Nivel
2do Nivel
3er Nivel
Administración

9.4 Encuesta sobre condiciones laborales y sindicales en Saludcoop

Ficha técnica

Persona natural o jurídica que la realizó: Escuela Nacional Sindical, con el apoyo de Sintrasaludcop Encomendada y financiada por: Unión Europea.

Grupo objetivo: Personal vinculado al grupo empresarial Saludcoop (34.000 trabajadores aproximadamente) Tamaño de la muestra: Doscientas cuarenta y cinco (245) encuestas. Tipo de la muestra: Aleatorio simple. Margen de error: Margen de confianza del 90% y un margen de error para la muestra del 5%.

Técnica de recolección de datos: Cuestionario previamente diseñado y socializado con los líderes sindicales de Sintrasaludcol quienes aplican la encuesta a trabajadores sindizalizados y no sindicalizados de las diferentes regiones del país.

Variables por la que se indagó: Se considerarán ciento veinticinco (125) variables pensadas y ordenadas desde la metodología de medición del Trabajo Decente diseñado por la ENS; se agrupan las preguntas en 8 dimensiones:

1. Características generales;
2. Oportunidades y condición del empleo;
3. Remuneración al trabajo, trabajo y tiempo de trabajo;
4. Seguridad con relación al trabajo;
5. Seguridad en el ambiente de trabajo;
6. Seguridad social;
7. Trato y libertades individuales en el trabajo, y
8. Libertades sindicales y diálogo social.

Fecha de realización del trabajo de campo: segundo semestre de 2013

Área de cubrimiento: La muestra fue aplicada en 19 ciudades del país sin ningún criterio preestablecido, respondió a la ubicación de los líderes sindicales que ayudaron en el proceso de recolección de información, siendo Cali (22%), Bogotá (29%), Manizales (17%), Popayán

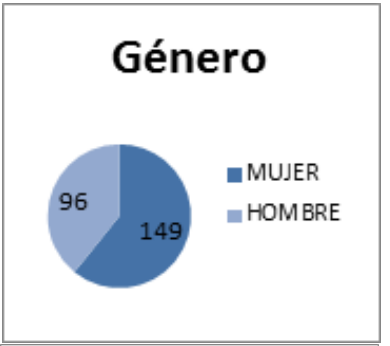
(10%) los lugares que concentraron la mayor cantidad de encuestas; entre los demás están Neiva, Pereira, Ibagué, Ciénaga, Santa Marta, Valledupar, Soacha, Barranquilla, Sogamoso, Villamaria, Candelaria, Duitama, Jamundí, Soledad y Villa del prado. Cabe anotar, que la encuesta fue aplicada en Instituciones Prestadoras de Servicio de todos los niveles de atención de Saludcoop, a diferentes cargos ocupacionales y a personal sindicalizado y no sindicalizado.

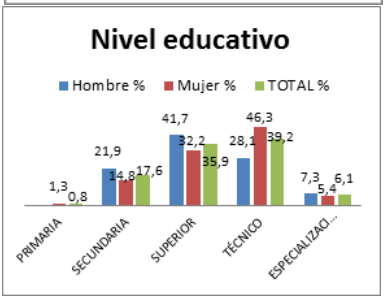
Observación: Además de los resultados de la encuesta, el presente informe tiene en cuenta para el análisis otros datos e información recolectada a partir de 20 entrevistas a trabajadores (ver cuadro anexo 6), 3 talleres colectivos de identificación de condiciones laborales y sindicales, 2 bases de datos de nómina de diferentes empresas e información suministrada por el sindicato; además de algunas fuentes secundarias.

a. Características Socioeconómica: sector feminizado, de estrato socioeconómico medio alto y altos niveles educativos.

   Históricamente las actividades relacionadas con servicios sociales han estado a cargo de las mujeres, por lo que encontramos que el sector salud es altamente feminizado y la presencia de mujeres es mayoritaria[92].

   Esta realidad también se refleja en la muestra; de las 245 personas encuestadas, el 60.8% fueron mujeres y el 39.2% hombres.





92. Para un total de 1660 trabajadores contratados por varias empresas del grupo Saludcoop (Corvesalud, Coodontólogos, IAC GPP Gestión Integral y IAC GPP Servicios Complementarios) para la prestación de servicios en Cundinamarca el 75% son mujeres. Base de datos nómina Cundinamarca.

La mayoría se encuentra en un rango de edad superior a los 30 años, solo el 17,1% es menor; el 37,1% tiene de 30 a 40 años y el 35,1% oscila entre los 40 y 50 años de edad.

Frente al estado civil se encuentra que solo el 30.6% son solteros, los demás tienen o tuvieron algún tipo de compromiso: 35.5% son casados, el 24,9% están en unión libre, 4,9% separados y 1.6% divorciados. Sobre el número de personas a cargo el 28,0% sostiene a una persona, el 32.9% a dos, el 24,9% a tres y el 12.9% más de cuatro personas.

A nivel de ubicación y estrato socioeconómico, el más alto porcentaje de los trabajadores y trabajadoras pertenecen al estrato 3 (40.6%), seguido de un 30.7% que habita en estrato 2, un 11.1% que están en estrato 4 y un 9.9% en estrato 5 y 6.

En términos generales, en educación, sobresale en la muestra los niveles técnico y superior con 39.2% y 35.9% respectivamente, y el 6.1% tiene alguna especialización; lo cual habla de un sector que requiere de personal calificado en todos los niveles. Al desagregarlo por género, se encuentra que tanto en el nivel superior como de especialización los hombres tienen mayor participación.

b. Oportunidades y condiciones del empleo: prevalece el subempleo

Como se verá a continuación, las oportunidades y condiciones del empleo tienen que ver, entre otras cosas, con las tasas de empleo, informalidad, tercerización y subempleo existentes en determinadas empresas o sectores.

En este caso, y según los hallazgos, se profundizará sobre el subempleo, pues los demás indicadores no se expresan datos relevantes dado que todos son trabajadores formales, en su mayoría contratados indefinidamente.

Con la encuesta se identificaron 37 perfiles ocupacionales pero la muestra tiene mayor participación el perfil de médico (16%), orientador (10%), auxiliar operativo (9%), odontólogo (9%) y enfermero auxiliar (7%). Aquí vale la pena señalar, que a la hora de abordar los problemas laborales cada uno de las posiciones ocupacionales

tiene determinados riesgos y particularidades, como se verá más adelante.

El subempleo, entendido como una categoría que permite medir estándares de trabajo decente, habla del nivel de satisfacción que tienen los trabajadores y es considerado un indicador de calidad del empleo y de adecuada utilización de la mano de obra de acuerdo a su disponibilidad y capacidades.

Según la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) del DANE, el subempleo se divide en objetivo y subjetivo. Por un lado, el subempleo subjetivo: "se refiere al simple deseo manifestado por el trabajador de mejorar sus ingresos, el número de horas trabajadas o tener una labor más propia de sus personales competencias"93 Al indagar sobre este aspecto con los trabajadores de Saludcoop se encuentra que si bien el subempleo es bajo pues en su mayoría (85.3%) están satisfechos con sus trabajos actuales, el 34.7% expresa no estar satisfecho con su remuneración, el 35.5% dice no estar satisfecho con los beneficios recibidos y el 15,1% dice no estar satisfecho con las jornadas laborales.

NIVELES DE SATISFACCIÓN	SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO ACTUAL	SATISFACCIÓN REMUNERACIÓN	SATISFACCIÓN APLICACIÓN CONOCIMIENTO	SATISFACCIÓN BENEFICIOS RECIBIDOS	SATISFACCIÓN JORNADA LABORAL
	%	%	%	%	%
NO RESPONDE	4,1	2,4	3,3	4,5	2,4
MUY SATISFECHO	18,8	7,3	26,5	11,0	21,2
NADA SATISFECHO	10,6	34,7	13,9	35,5	15,1
SATISFECHO	66,5	55,5	56,3	49,0	61,2

Sin embargo, y a pesar de ser la cifra no es tan alarmante, en los talleres cualitativos y entrevistas realizadas sobre las condiciones laborales con los trabajadores, el subempleo fue identificado reiteradamente:

> "Hay muchos odontólogos que trabajan solo cuatro horas, esto hace parte de la estrategia de contratación de la empresa para reducir costos (…) hay altos niveles de subempleo, el caso de

93. Ficha metodológica GEIH, 2013. DANE. Pág. 13.

> muchos auxiliares de odontología que están como higienistas, incluso podrían ser coordinadoras de apoyo" (Entrevista odontólogo, Sogamoso)
>
> "Hay médicos que laboran turnos de 6 horas; muchos tienes dos o tres empleos más con otras empresas para poder complementar sus ingresos" (Entrevista médico, Tunja)
>
> "Podría decirse que yo me encuentro satisfecho con mi trabajo, con todo excepto con las jornadas laborales porque son muy largas, el trabajo es muy duro, ósea hay muchos pacientes para los médicos que somos". (Entrevista auditor médico, Tunja)

Los anteriores testimonios, sumados a los datos construidos sobre los trabajadores de Cundinamarca que se exponen en la tabla siguiente, reflejan que la contratación por 6 horas es frecuente al interior de Saludcoop; el 97% de los médicos, el 85% de los odontólogos, el 84% de los auxiliares de caja, el 49% de los auxiliares de enfermería de Cundinamarca están contratado por 6 horas, lo cual generaliza que tengan dos trabajos para poder suplir sus necesidades básicas, reduciendo al mínimo sus tiempos de descanso y la posibilidad de esparcimiento y vida familiar. Si se tiene en cuenta que la mayoría de la población es femenina, y que son las mujeres quienes además de sus jornadas productivas tienen concentradas las responsabilidades reproductivas de los hogares, se torna mucho más compleja la situación.

Tabla. Principales cargos y horas que trabajan en Cundinamarca

Cargos / horas de trabajo	4	5	6	7	8	Total trabajadores
Odontologo	2	2	155	1	22	182
Medico general	1	--	446	--	8	459
Higienista oral	2	1	43	--	1	47
Auxiliar de odontologia	--	--	112	--	8	120
Auxiliar de caja	--	--	118	--	21	139
Auxiliar de enfermeria	--	--	58	--	60	118
Total	5	3	932	1	120	1061

Fuente: Base de datos de Nómina de trabajadores Saludcoop / Cundinamarca contratados por Corvesalud, Coodontólogos, IAC GPP Gestión Administrativa, IAC GPP Servicios complementarios. Construcción propia.

Esto nos introduce al segundo concepto: subempleo objetivo que "comprende a quienes tienen el deseo, pero además han hecho una gestión para materializar su aspiración y están en disposición de efectuar el cambio"[94], sea porque tienen insuficiencia de horas (ocupados que tienen una jornada inferior a 48 horas semanales), por competencias subutilizadas (ocupados que en su empleo no utilizan todas las competencias para las que se formaron) o por ingresos (ingresos limitados o no acordes a su formación).

Al observar los datos de la encuesta, el 35% de los trabajadores de Saludcoop, en el último mes consultado, han hecho diligencias para laborar más horas o cambiar de trabajo, cifra superior al promedio nacional que se encuentra en 11.8% para el primer periodo del 2013 según el DANE. Esto unido al 63% de trabajadores que en la última semana consultada tenían disponibilidad para trabajar más horas o cambiar de trabajo y el 22% que realiza un segundo trabajo muestran un panorama de descontento con las condiciones laborales y dan cuenta del subempleo como una problemática generalizada.

94. Ibíd.

VARIABLE	DILIGENCIAS PARA LABORAR MÁS HORAS O CAMBIAR DE TRABAJO	DISPONIBILIDAD PARA TRABAJAR MÁS HORAS O CAMBIO DE TRABAJO	REALIZA UN SEGUNDO TRABAJO
	%	%	%
NO RESPONDE	2,4	2,9	3,3
NO	61,6	34,3	74,7
SI	35,9	62,9	22,0

Retomando el dato del 22% de trabajadores que tienen un segundo empleo, el motivo que argumentan para tal situación es cubrir el sostenimiento propio (58%) y completar sus ingresos (39%) lo cual habla de bajos salarios e insuficiencia para cubrir los gastos de la canasta familiar. De estos, el 52% tiene su segundo empleo de forma permanente, el 35% ocasional y el 5% estacional, etc.

c. Remuneración en el trabajo: salarios en pique y desigualdad latente

Tal vez uno de los temas laborales más preocupantes en Saludcoop es de remuneración en el trabajo; por un lado, hay un antecedente general de precarización del sector con salarios cada vez más bajos, pero el principal dilema tiene que ver con la desigualdad salarial entre los trabajadores.

Dicha desigualdad tiene que ver con la organización empresarial del grupo Saludcoop, quien acudiendo a la creación y utilización de diferentes empresas de tipo cooperativo y comercial, ha generado todo un entramado diverso de empleadores con estrategias encubiertas de tercerización laboral, que con el tiempo han ido desmejorando las condiciones y garantías laborales. Esto repercute no solo en la remuneración de los trabajadores, sino que también obstaculiza el derecho de asociación y entorpece el ejercicio sindical.

> "Hay muchas diferencias salariales, cuando yo estuve trabajando en Bogotá ganaba millón ochocientos aproximadamente y mi compañera ganaba casi cuatro millones de pesos, y hacíamos lo mismo, éramos médicos de consulta externa pero la diferencia es que ella llevaba trabajando con Saludcoop unos ocho años. Es decir, a nivel que ingresan nuevos va disminuyendo la

> remuneración salarial; eso he visto yo porque cuando llegue a Paipa después del traslado encontré una médica que trabajaba con un salario inferior y hacia lo mismo que yo, lo único diferente es que era más nueva". (Entrevista: médico Sogamoso)
>
> "Hay tres niveles salariales acá dentro del personal y está dado por la antigüedad de las personas, entre más antiguos, mas salario tienen. Los que se están contratando recientemente, son los que tienen un salario desvalorizado y son los que ganan menos. Esto así tengan el mismo nivel de funciones" (Entrevista: auditor de urgencias Tunja).

Y las diferencias salariales no aplican solo por la antigüedad; las empresas pertenecientes al grupo Saludcoop tienen salarios distintos, incluso para personal que trabaja en las mismas instalaciones, mismas responsabilidades y con la misma jornada laboral, como es el caso de la IPS Sur de Barranquilla:

Diferencias Salariales Entre Empresas Contratantes			
Cargo / Empresa	**Iac Gpp Servicios Integrales Barranquilla**	**Corporación Ips Costa Atlántica**	**Coodontólogos**
Médico	3.083.000	2.404.537	
Odontólogo	2.569.600	2.384.300	$2.179.800
Enfermero Auxiliar	963000	783.000,00	
Enfermero - Jefe	2.067.000	1.360.000	
Auxiliar De Caja		$587.800	
Auxiliar Odontología	716.200	582.700	
Auxiliar De Limpieza		$589.400	

Fuente: Base de datos de Nómina IPS Sur Barranquilla. 2012. Construcción propia.

Esta situación amerita que sea uno de los temas a tratar y regular por parte de las empresas y el sindicato, de hecho es una de los puntos del pliego de petición[95] que Sintrasaludcol intenta negociar

95. Ver artículo 23. Pliego de peticiones Sintrasaludcol. 2013: ARTÍCULO 23. ESCALA Y NIVELACIÓN SALARIAL: A partir de la firma de la presente Convención Colectiva de Trabajo se creará una comisión paritaria,

con varias empresas donde se propone crear una comisión paritaria y realizar un estudio sobre escalafón y nivelación salarial que determine escalas de acuerdo a los perfiles profesionales.

Otro aspecto relevante es lo concerniente a los bonos o bonificaciones que algunos trabajadores reciben como parte de su salario; además de no estar estandarizados y reglamentados, parece ser que son utilizados como mecanismo para evadir contribuciones al sistema general de seguridad social, teniendo repercusiones sobre los futuros pensionales de los trabajadores.

> "Quienes entramos hace 5 años con Corvesalud nos pagaban salario básico de 2.100.000 y nos daban una bonificación que ellos llaman de alimentación y rodamiento por un valor de $600.000 con lo que ajustábamos un sueldo de 2.700.000. Pero igual a nosotros nos cotizan a pensiones por 2.100.000 y no por 2.700.000 lo que tiene repercusiones para nuestra futura jubilación. Esa bonificación nos la daban pues nosotros sabíamos el nivel salarial de los que venían trabajando antes y no podía ser tan evidentes de ingresarnos a los nuevos con salarios tan bajos. Ya los que entran de dos años para acá, después de la intervención, los contratan por 2.100.000 y nada más, sin bonificación. Y peor aún, de un año para acá, contratan por este sueldo y es por prestación de servicios". (Entrevista odontóloga, directiva sindical Cundinamarca).

---

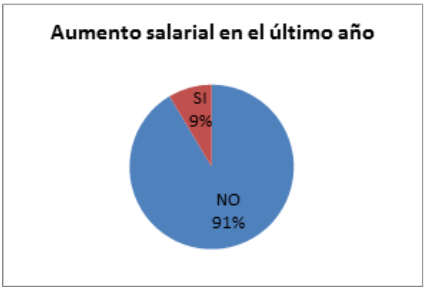
conformada por dos miembros de la empresa y dos miembros del sindicato, para que en el término de tres (3) meses presenten un estudio sobre escalafón y nivelación salarial. Dicho estudio determinará una escala salarial de acuerdo a los perfiles requeridos; esta escala no tendrá en cuenta la antigüedad, pues esta será reconocida por otro tipo de incentivos económicos.

PARAGRAFO 1: Dicho escalafón y nivelación salarial no irá nunca en detrimento de los niveles salariales iniciales.

PARAGRAFO 2: En el caso que no haya acuerdo total entre las partes frente a la propuesta de escalafón y nivelación salarial, de común acuerdo se recurrirá a la mediación de una institución experta en el tema que emita un concepto sobre los acuerdos y desacuerdos en la comisión de la que habla el artículo anterior.

Se suma que, después de la intervención de Saludcoop por parte de Supersalud en el 2011, hace dos años los trabajadores no reciben aumento salarial, a pesar que está estipulado legalmente y pone en evidencia un panorama crítico frente al indicador de remuneración en el trabajo.

Como se ve en el cuadro, hay incumplimientos constantes en los tiempos pactados para pago de nóminas (42%), lo cual se convierte en una vulneración a los derechos laborales y repercute en problemas en la vida cotidiana de los trabajadores (retraso en pago de cuentas, responsabilidades familiares, etc). Por lo que se convierte en otra de las exigencias del pliego de peticiones de Sintrasaludcol[96]. Aquí vale la pena señalar que según el parágrafo 6 de la ley 1122 de 2007, cuando las IPS no paguen oportunamente a los profesionales que les prestan sus servicios, estarán obligadas a reconocer intereses de mora a la tasa legal vigente que rige para las obligaciones financieras.



CUMPLIMIENTO DE HONORARIOS EN EL TIEMPO PACTADO	Variable
%	
8,2	NS/NR
49,4	NO
42,4	SI

Incluso, en los últimos dos años, el sindicato ha interpuesto 10 acciones legales (querellas y tutelas) contra las empresas por mora en el pago del salario, seguridad social y aportes parafiscales, quienes violan el artículo 134 del código sustantivo del trabajo; Corvesalud

96. Ver: ARTÍCULO 22: PAGOS SALARIALES: El EMPLEADOR "pagará la nómina de trabajadores de manera quincenal, de igual manera pagara la prima salarial legal establecida en el marco normativo así: la mitad del salario del 15 de junio y la otra en el mes de diciembre el día 15 de diciembre de cada año de vigencia de la presente convención colectiva".

Coodontologos, Corporaciones regionales, Saludcoop EPS y IAC GPP Servicios Complementarios son quienes mayores dificultades han tenido al respecto.

Anotar además, que el 61% de los trabajadores afirman que su remuneración no alcanza a cubrir el sostenimiento ni los gastos de alimentación, educación, vivienda y servicios públicos del hogar, situación que refuerza la necesidad de conseguir un segundo empleo o ingreso adicional. Salarialmente comparando con otras empresas del sector, el 29% de los trabajadores de Saludcoop consideran que sus salarios son mejores, el 27% que son iguales, el 19% que son peores y el 24% dice no saber.

d. Trabajo y tiempo de trabajo: sobrecargas laborales y horas extras sin remuneración

El cansancio en el personal de salud es identificado como uno de los factores que afectan la seguridad de pacientes y la calidad en la prestación de la atención. Por ende, se convierte en un vital la regulación de jornadas excesivas que eviten accidentes y otros problemas.

Según el código sustantivo del trabajo se estipulan jornadas laborales de 8 horas diarias, pero por las especificaciones del sector, la ley 269 de 1996 establece que los profesionales de la salud pueden tener varios vínculos contractuales o mixtos, hasta por doce horas diarias, sin sobrepasar 66 a la semana, cuando tales vinculaciones tengan por objeto la prestación directa de funciones asistenciales de salud. Lo cierto es que para varios perfiles ocupacionales este criterio no se cumple a cabalidad, como es el caso de los especialistas, quienes en su mayoría tienen contrato por prestación de servicios.

> "Los especialistas trabajan por horas, y entre más horas trabajen más devengan, aquí en esta institución se está exigiendo que no se haga turnos de más de 12 horas. También se dan las situaciones en las que la exigencia del servicio permite realizar turnos extensos, por la demanda de atención. La norma establecida es

que no se hagan turnos de más de 12 horas, pero se dan estas excepciones en las cuales el especialista debe trabajar un turno de más de 12 horas". (Entrevista Auditor urgencias, Tunja)

Aquí entran a jugar varios factores; por un lado, el congestionamiento de las IPS fruto de una inadecuada proporción de pacientes con relación al personal disponible, el doblamiento de turnos por falta de personal.

Variable	EXPOSICIÓN A SOBRECARGA LABORAL %	REALIZACIÓN DE FUNCCIONES NO ESTIPULADAS EN EL CONTRATO DE TRABAJO %
NS/NR	6,1	4,5
NO	29,8	56,7
SI	64,1	38,8

Esto unido a la falta de implementación de jornadas de descanso y esparcimiento, pausas activas y medidas de salud ocupacional se convierten en factores de riesgo tanto para el personal de salud (adquirir el Síndrome de Burnout, denominado también Síndrome de Desgaste Profesional) como para los pacientes.

Se suma además que el 64% de la población encuestada expresa que se siente expuesto a sobrecarga laboral, sea por que les corresponde realizar funciones no estipuladas en el contrato de trabajo (38.8%) o porque en el cumplimiento de las propias requieren más tiempo del estipulado, como se corrobora en los siguientes testimonios:

"Realmente la carga laboral es grande dentro del personal asistencial, dentro de todo el personal que labora en la institución. Esto por la cantidad de pacientes y en algunos casos por los usuarios de las EPS. ¿El personal no responde a la demanda de pacientes? El personal si responde pero se recarga y esto expone al personal a los riesgos que tiene implícito el tratar la salud de alguien" (Entrevista: Auditor Tunja)

"En el caso de los enfermeros nos hacen asignación de horas extras sin previa consulta para poder atender la demanda de la IPS". (Entrevista: Auxiliar de enfermería, Sogamoso)

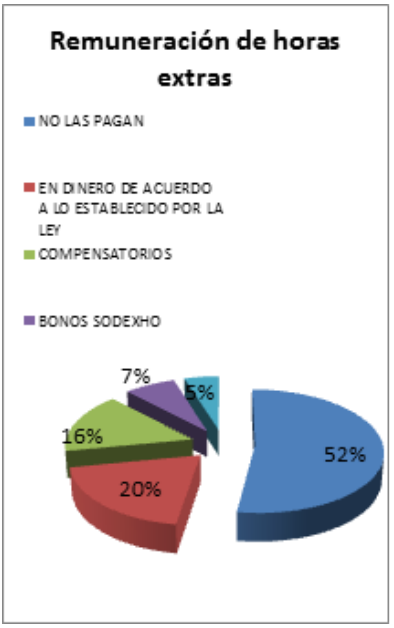
"La adición de pacientes en la lista de atención es común, esto pasa sin ser consultado, lo que extiende en ocasiones la jornada de trabajo más allá de lo estipulado". (Entrevista: Médico

Sogamoso)

"Varias veces nos cambian de horario sin ser consultados" (Entrevista: Orientador, Santa Marta)

"Como enfermeros trabajamos 48 horas asistenciales, pero adicionalmente nos corresponde hacer labores administrativas que no son remuneradas en requerimientos y trámites internos que deberían ser asumidos por un cargo que en la IPS no existe (coordinación seccional de promoción y prevención)". (Entrevista: Auxiliar de enfermería, Sogamoso)

Es por esto que se hace necesario, por un lado, efectuar estudios sobre las jornadas laborales de los trabajadores de acuerdo a sus funciones y hacer los ajustes que sean necesarios y la asignación de turnos de acuerdo a la reglamentación vigente y al bienestar de los trabajadores, de manera equitativa y transparente. Y por el otro, determinar que personal es necesario en cada unidad de trabajo que responsa con la demanda de la prestación de los servicios de salud.



El reconocimiento de las horas extras, según la información de la encuesta, es otro tema neural. El 52% afirman que estas horas no las pagan, solo el 19% dice que las pagan en dinero de acuerdo a lo establecido por la ley, al 15% se las reconocen a través de compensatorios y el 7% dice que a través de bonos sodexos, lo cual va en contravía con la legislación vigente.

Un caso reiterativo y preocupante es el de los orientadores de las IPS, encargados de apoyar la seguridad en las instalaciones y asesorar /orientar a los usuarios:

> **"¿Trabajan horas extras?** Horas extras no trabajamos pero trabajamos domingos, festivos y nocturnos. **¿pero les hacen los respectivos recargos nocturnos y dominicales?** No, no tiene recargo, ese el sueldo que tenemos nosotros independiente de los turnos, las horas y los días en los que trabajemos. ¿Cuántas horas semanales trabajas? Esa es otra, se supone que son 180 y a veces resultamos haciendo más de doscientas, doscientas quince". (Entrevista: orientador, Santa Marta)

Esta misma situación la denuncian personal de farmacia y otros operativos que trabajan horas extras para terminar sus labores asignadas, o cumplir con otras no asignadas en el contrato, pero que no tienen remuneración por ello.

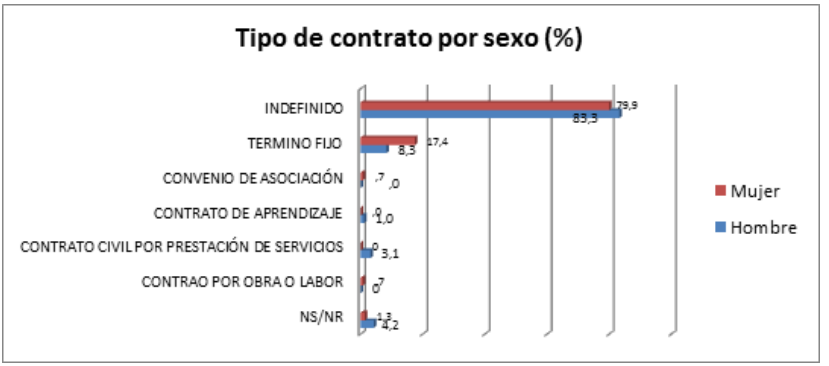
Otro de los indicadores favorables de trabajo decente es la flexibilidad laboral elegible que dentro de ciertos límites las empresas tienen con sus trabajadores, es decir, la posibilidad de que eventualmente ellos puedan hacer elecciones de los tiempos de trabajo, periodos de vacaciones, cambios de puestos de trabajo, etc. de acuerdo a sus necesidades y conveniencias. En el caso de Saludcoop, el 67% de los trabajadores dicen no tener esta posibilidad, lo cual interfiere en muchas ocasiones con sus dinámicas familiares y limita sus aspiraciones de continuar sus procesos educativos que les permitan, por un lado, mejorar el desempeño de sus funciones, y por el otro, acceder a posibles ascensos.

	POSIBILIDAD DE CONCERTAR HORARIOS DE TRABAJO
Variable	%
NS/NR	2,9
NO	67,8
SI	29,4

> "No hay flexibilidad en horarios laborales, las agendas son rígidas. No se tienen en cuenta las necesidades familiares ni educativas de los trabajadores. La flexibilidad laboral es limitada circunstancialmente (a quién la solicite). No hay horario flexible para estudiar y hacen cambio de horarios sin ser consultados".

(Taller condiciones laborales y sindicales, Santa Marta)

e. Seguridad en relación con el trabajo: se acaba el contrato indefinido
La seguridad en relación con el trabajo tiene que ver, entre otras cosas, con los tipos de contratación que se dan en las empresas, y con la posibilidad de formación y capacitación que ofrece a sus trabajadores, aspectos que se trabajan a continuación.
Frente a la contratación en las empresas del grupo Saludcoop se encuentra que la modalidad de contrato más frecuente en la muestra es el indefinido (81.1%) y discriminándolo por sexo el porcentaje resulta más alto para los hombres (83%) que para las mujeres (79%). Los contratos de aprendizaje suele hacerse con personal del SENA para cargos de auxiliares operativos y administrativos y los de prestación por servicio son muy frecuentes para los médicos especialistas.



Si bien la muestra refleja que el tipo de contratación que predomina es la indefinida, lo que supondría hablar de cierta estabilidad laboral, en las entrevistas realizadas se denuncia que desde la intervención a Saludcoop el tipo de contratación ha venido cambiando, situación que se agudiza en los últimos dos años cuando se generalizan los contratos a término fijo inferiores a un año y los de prestación de servicios; en parte, lo explican por el nivel de incertidumbre

de Saludcoop pues aún no se ha definido el tema de la intervención a la EPS y su futuro; esto sumado a la crisis actual del sistema de salud y la implementación de reformas que cambian la figura de EPS, refuerzan el cambio de tendencia en la contratación al interior del grupo empresarial como se evidenciará a continuación para el caso de Cundinamarca.

Tipo de contrato	# Contratos en 2011-2012
Termino fijo	366
Planta (indefinido)	278
Aprendices	38
Prestación servicios	4
Total	686

Entre 2011 y 2012 se firmaron 686 contratos de trabajo para la atención de salud en Cundinamarca[97]; de estos, el 59.4% (408) tenían fecha de vencimiento en su contratación (así lo nombran en la base de datos), casi todos a un año. La tabla siguiente refleja la tendencia a incrementarse el número de contratos a término fijo y prestación de servicios y a bajar sustantivamente los contratos a término indefinido en los últimos años (2011-2012).

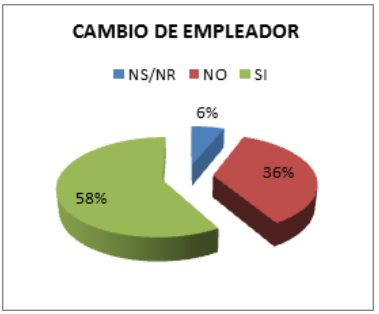
Año de contratación	# contratos	Vencimiento contrato en 2012	Vencimiento contrato en 2013	Indefinido
2010	112	0	0	112
2011	295	24	15	256
2012	391	111	258	22

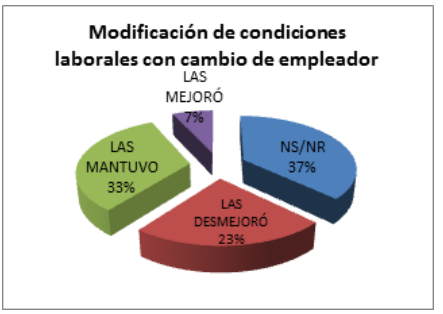
Fuente: Base de datos de Nómina de trabajadores Saludcoop / Cundinamarca contratados por Corvesalud, Coodontólogos, IAC GPP Gestión Administrativa, IAC GPP Servicios

97. Análisis a partir de base de datos de nómina de trabajadores Saludcoop / Cundinamarca contratados por Corvesalud, Coodontólogos, IAC GPP Gestión Administrativa, IAC GPP Servicios complementarios. 2012. Construcción propia.

complementarios. Construcción propia.

Otra situación que vale la pena analizar por lo recurrente en la vida laboral de los trabajadores vinculados a Saludcoop es el cambio de empleador debido a sustituciones patronales y/o cambio en las figuras de las sociedades. El 58% de los trabajadores reportan cambio en el empleador a lo largo de su historia laboral, con un agravante, y es que el solo el 33% afirma que sus condiciones laborales se mantuvieron, el 7% dice que las mejoraron y el 23% afirma que las desmejoraron. A partir de la intervención en el 2011 se agudiza y generaliza esta situación.





> "El problema ahora con Saludcoop se da después de la intervención porque desmejoro mucho la empresa, a nosotros nos pagaban puntuales, ya por lo menos no contratan a término indefinido si no a tres y seis meses, se desmejoro mucho la parte salarial también pero esto es a raíz de la intervención. La empresa en vez de mejorar empeoro" (Entrevista: odontólogo, Sogamoso).
>
> "Inicialmente mi contrato fue al ingreso fue con una empresa temporal, ósea por los tres primeros meses de prueba, después me contrato la corporación IPS Boyacá, al cabo de dos años me cambiaron de contrato y me cambiaron a la corporación IPS Saludcoop". (Entrevista: auxiliar en enfermería, Sogamoso).

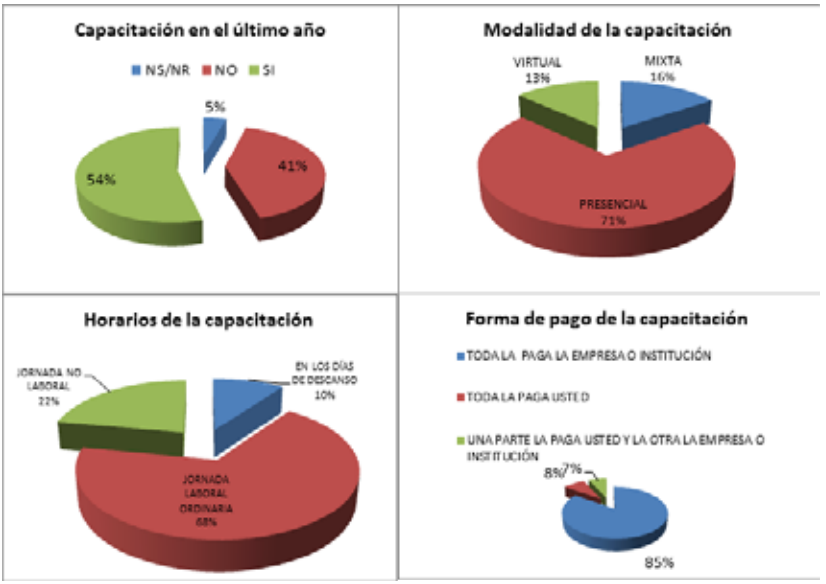
Y esta situación es mucho más complicada para los asesores co-

merciales, quienes llevan varias demandas y procesos legales en defensa de sus derechos. Sustituciones patronales, cambios en sus contratos laborales, eliminación de bonificaciones por medidas cautelares a las EPS, presión por parte de las empresas para la renuncia de trabajadores, son aspectos que confluyen:

> "Yo entro a Cruz Blanca en 1999, firmo contrato con Cruz Blanca EPS y en el 2001, me hacen una sustitución patronal a Servicios Comerciales Andinos limitados defendiendo la marca Cruz Blanca EPS. Ellos en la carta de bienvenida me dicen que la sustitución patronal no interfiere para nada sobre lo que son mis derechos legales y extralegales por parte de la empresa. ¿Cuántos asesores comerciales tienen la misma situación? En el momento somos como 29 o 30 y antes éramos unos 150 que tenían contratados la empresa pero que se han ido retirando, unos sacados a la fuerza por fraudes e indemnizaciones por parte de la empresa, otros se fueron por una mejor oferta laboral, pero cuando empieza la intervención de la empresa el nicho de asesores que quedábamos era de 33 o 34, a varios los han ido sacando porque mientras empezó la medida cautelar la empresa nos dio la posibilidad de vender Saludcoop pero con unas condiciones, de firmar un otrosí que cambiaba radicalmente el contrato inicial. Ahora los promedios de cumplimiento tenían que hacerse efectivos tanto para Cruz Blanca como para Saludcoop pero esa regla de juego la pusieron ya cuando habían firmado. Yo no quise firmar es otrosí porque las personas que han ido firmando los han ido sacando en condiciones muy precarias. Yo no quise firmar, primero por mi condición sindical y como yo le decía a la gerente, a estas alturas del partido yo para nada confío en ustedes. Yo lo que hago es que si me dicen que se quieren afiliar les digo que aquí no se puede afiliar (en Cruz Blanca) pero lo invito a que se afilie a Saludcoop, entonces uno hace la afiliación, la trae a la empresa y se la da a las personas que afilian en Saludcoop sin recibir ninguna comisión o remuneración, como antes. A mi Saludcoop no me paga nada y ahorita después de todo este tiempo ellos dicen que no tengo un patrón, no tengo una directora comercial, que es más, no se explican que hacemos en la oficina porque no pertenecemos a la empresa, de esto me entero ya con 14 años de antigüedad. De

> Cruz Blanca están por Servicios Comerciales Andinos más o menos 29-30 asesores, el resto de asesores esta por Efectiva SAS que fue la empresa que se inventaron para pasar los que estaban por Efectiva CTA, con unas condiciones muy desfavorables, aunque ellos están ganando mejor que nosotros, pero lo que pasa es que cuando la empresa diga que se acaba el contrato, se van y ya" (Entrevista Asesor comercial: Sogamoso)

De aquí que en el artículo 3 del pliego de peticiones de Sintrasaludcol contemple este elemento para proteger a los trabajadores: "SUSTITUCIÓN PATRONAL. En caso que LA EMPRESA decida fusionar, transformar o vender total o parcialmente sus derechos a otra u otras empresas, este hecho jurídico no extingue, suspende o modifica los contratos de trabajo, ni las convenciones colectivas, ni los laudos arbitrales celebrados con anterioridad a dicha sustitución, tal como lo estipula el Código Sustantivo de Trabajo en sus artículos 67, 68, 69 y 70".



Por otro lado, otro indicador de seguridad en el trabajo tiene que ver con la actualización o capacitación en el área de especialización de los trabajadores o áreas afines; esta se convierte un "aprendizaje para la empleabilidad" que les permite mantenerse en sus empleos, mejorar las actividades actuales, potenciar su rendimiento y productividad y/o conseguir más fácilmente otras opciones de empleo en caso de terminar sus contratos vigentes. Es por este que la formación se convierte en otro indicador para evaluar un trabajo decente. Este tema gana relevancia en el sector salud en la medida que el personal asistencial debe mantener sus conocimientos actualizados de acuerdo a las nuevos tratamientos, tecnologías y riegos/cambios epidemiológicos nacionales y legislación vigente.

Los datos de la encuesta arrojan que en el último año el 54% de los trabajadores ha recibido algún tipo de capacitación, frente a un 41% que no. La modalidad de capacitación más frecuente es la presencial (71%), seguida de la modalidad mixta (16%) y por último la virtual (13%).

Los horarios de capacitación se dan en un 68% en la jornada laboral ordinaria, horario óptimo si se tiene en cuenta que los beneficios de la capacitación no se dan solo a nivel del trabajador sino que se ve reflejado en el desempeño general de la empresa.

El pago de las capacitaciones en un 85% de la veces es asumida por las empresas, frente a un 8% que pagan los mismos trabajadores.

En las entrevistas se expresa un descontento de los trabajadores pues no sienten un interés y apoyo real de las empresas para promover su formación profesional, argumentando que las capacitaciones ofrecidas siguen siendo mínimas y no van más allá del cumplimiento de estándares mínimos de formación y actualización que les exigen desde el ministerio de salud y otras dependencias gubernamentales. Y como se verá más adelante, estas capacitaciones y/o actualizaciones no son tenidas en cuenta a la hora de promover ascensos al interior de la empresa.

f. Seguridad en el ambiente de trabajo: "en casa de herrero cuchillo de palo"

La seguridad en el ambiente de trabajo es un indicador evalúa las condiciones de riesgo y protección que tienen los trabajadores en las empresas. Se tienen en cuenta aspectos como las enfermedades y los accidentes laborales, la dotación personal y de elementos / dispositivos de protección necesarios para cumplir sus tareas en condiciones de seguridad, la existencia de reglamentos de higiene y salud, urgencias médicas y comités paritarios, etc. A continuación, se presenta la situación de seguridad y salud en el trabajo de la población objeto de estudio.

La dotación de calzado y ropa para los trabajadores que devengan menos de dos salarios mininos legales, reglamentado en el artículo 230 del Código Sustantivo de Trabajo, es una obligación del empleador y tiene que ser acorde a la naturaleza de las actividades que realiza el trabajador y el medio en el que se desarrollan. Debe ser suministrada cada 4 meses para un total de tres dotaciones distribuidas a lo largo del año[98] y no está permitido que dicha dotación sea compensada en dinero. El trabajador está obligado a utilizar la dotación, si no lo hace, el empleador queda exento para el periodo siguiente.

Los datos que arroja la encuesta frente al tema no son alentadores. Solo el 10% de los trabajadores afirma que ha recibido dotación en los últimos años y el 20% afirma que esta ha sido incompleta.

> "Nosotros tenemos derecho a dos dotaciones por año y pasaron dos años en los cuales no nos dieron dotación, ahorita nos dieron dos dotaciones de uniforme y es de una calidad pésima, a mí me da pena hasta pena, la tela pésima, yo prefiero mandar a hacer los uniformes por mi cuenta" (Entrevista: auxiliar de enfermería, Sogamoso)

98. Según el artículo 232 del CST, las fechas de entrega serían: 30 de abril, 31 de agosto y 20 de diciembre.

Contrario a la dotación (vestido y calzado) que se le entrega a los que ganan igual o menos a 2 s.m.m.l.v., los elementos de protección o seguridad industrial se deben entregar a todos los trabajadores que ejecuten labores que pongan en peligro su salud o su integridad física sin importar el salario que estos devenguen, y las administradoras de riesgos profesionales estarán a disposición para asesorar a los empleadores, pues incurrir en omisiones de esta obligación puede acarrearles costosas sanciones en caso de accidentes laborales.

Tapabocas, guantes, tapa oídos, ropa quirúrgica, etc., son algunos elementos que según los riesgos de la actividad deben ser entregados. Al respecto, solo el 40% de los trabajadores encuestados afirman haber recibido los elementos de protección necesarios, el 20% dice que fue de manera incompleta y el 31% afirma no haber recibido.

VARIABLE	NS/NR	INCOMPLETA	NO	SI
ENTREGA DE ELEMENTOS DE DOTACIÓN PERSONAL	34,3	20,0	35,5	10,2
ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN	8,6	20,0	31,4	40,0
SON DE CALIDAD LA DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCIÓN	16,7		42,4	40,8

Para ambos casos, tanto en la dotación como los elementos de protección, el 42% de los trabajadores consideran que no cumplen con los estándares de calidad, situación que no solo pone en riesgo la integridad de los trabajadores, sino la calidad de la atención de los pacientes. Además, acarrea gastos adicionales para el trabajador que no son de su responsabilidad.

Aquí el tema de los accidentes de trabajo cobra relevancia en la medida que si no se tienen los elementos de protección puede incurrirse en mayores riesgos. Al respecto, la información estadística muestra que el 27% de los trabajadores encuestados ha

sufrido un accidente de trabajo en el tiempo que llevan vinculados a la empresa.

Sobre el tipo de accidentes, se ubican cuatro categorías:

- Tipo seguridad (68%): corresponde a accidentes por motivos mecánicos, eléctricos, explosiones, caídas, golpes, atrapamientos, agresiones por pacientes, etc.
- Tipo biológico (64%): corresponde a accidentes por contacto con residuos de material médico quirúrgico, fluidos corporales, material cortopunzante, etc.
- Tipo ergonómico (61%): accidentes por sobreesfuerzos, alza de sobrepesos, etc.
- Tipo químico (19%): accidentes por contacto con productos corrosivos, alergénicos, irritantes, salpicaduras o intoxicación por productos químicos, tóxicos, polvos, etc.

De esto 27% de trabajadores que dicen haber sufrido un accidente de trabajo, solo el 49% fueron calificados como profesionales. El argumento que exponen los trabajadores para esta dificultad es que la administradora de riesgos profesionales que califica los accidentes hace parte del mismo grupo empresarial de Saludcoop.

> "Si, se han presentado algunos inconvenientes con compañeros que tienen enfermedad laboral y no han sido reconocidas como tal por la aseguradora que es parte del mismo grupo (…) yo llevo un proceso de dos años y me han dado dos diagnósticos, me tocó pagarle a un médico especialista y ya estoy en un proceso de tutela para que me reconozcan la enfermedad como profesional" (Entrevista: odontólogo, Sogamoso).

Otro dato importante que genera la encuesta es que se han presentado 7 casos (2.9%) en los que los accidentes laborales han terminado en la muerte de quien lo sufre y 21 casos (8,6%) han presentado algún tipo de invalidez.

Desde la perspectiva de la seguridad social, es necesario diferenciar entre las enfermedades comunes, que afectan al conjunto de la

población, de aquellas que son el resultado directo del trabajo que realiza una persona, porque generan derechos y responsabilidades diferenciadas.

Se entiende por enfermedad laboral aquella que es contraída como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral (materias primas) o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar (condiciones inadecuadas del lugar) y pueden tener consecuencias directas sobre el expuesto causando alteraciones reversibles, irreversibles (incapacidad) o muerte, y algunas veces, repercusiones sobre sus descendientes.

Los trabajadores de salud, especialmente, se enfrentan a una gran variedad de riesgos en el trabajo, dado que el contexto en el que se desenvuelven es el de la enfermedad; contagios, pinchazos, contacto con sustancias biológicas y químicas se convierten en riesgos cotidianos que pueden derivar en enfermedad.

Se encuentra que el 45% de los trabajadores encuestados han sufrido una enfermedad vinculada con su actividad laboral. Los factores de riesgo se clasificaron por:

- Agentes físicos: producidos por el ruido, calor, frio, radiaciones, anestésicos, solventes, iluminación inadecuada, etc
- Agentes químicos: inhalación / exposición a productos corrosivos, alergénicos, irritantes, salpicaduras o intoxicación por productos.
- Agentes ergonómicos: trastornos musculares o de articulaciones por posturas incomodas, repetitivas (túnel de carpo, desgaste articulaciones, varices) o condiciones inadecuadas del puesto de trabajo.
- Agentes psicosociales: fatiga física y/o psicológica crónica por

altos ritmos de trabajo, monotonía, conflictos, acoso, exceso laboral.

– Agentes de saneamiento y medio ambiente: condiciones ambientales, acumulación de basuras, mal manejo de residuos, etc.

Variables / enfermedad por	POR AGENTE FÍSICO	POR AGENTE QUÍMICO	POR AGENTE BIOLÓGICO	ENFERMEDAD POR AGENTE ERGONÓMICO	ENFERMEDAD POR AGENTE PSICOSOCIAL	ENFERMEDAD A CAUSA DE CONDICIONES SANITARIAS Y/O AMBIENTALES
	%	%	%	%	%	%
NO	49,4	71,4	48,2	16,5	33,3	74,6
SI	50,6	28,6	51,8	83,5	66,7	25,4

Llama la atención que un 83% afirma haber tenido una enfermedad laboral por agente ergonómico, seguido por un 66% por agente psicosocial, y un 51% de enfermedades por agentes biológicos.

Variable	Muerte	Invalidez
	%	%
NS/NR	21,6	23,3
NO	75,1	64,9
SI	3,3	11,8

Se reportan además en la muestra 3 casos de muerte a causa de la enfermedad contraída y 29 casos que presentan algún tipo de invalidez.

La misma dificultad que se presenta para que la ARL reconozca los accidentes laborales, ocurre con las enfermedades. De 68 casos presentados, solo el 13% fue reconocido como enfermedad laboral. De las enfermedades más frecuentes entre los trabajadores se encontró el túnel carpiano, dolores y espasmos musculares y articulares, enfermedades respiratorias, varices, alergias, infecciones y estrés. Entre los cargos que más reportan enfermedades son: médicos, odontólogos, orientadores, auxiliares operativos.

En lo referente al Programa de Salud Ocupacional este debe ser desarrollado por la empresa con participación activa de sus trabajado-

res; su ejecución es permanente y continua y consta de una serie de acciones para planear y ejecutar actividades de medicina, seguridad e higiene industrial, que tienen como objetivo mantener y mejorar la salud de los trabajadores en las empresas.

En el Decreto 1295 de 1994, articulo 21, se explicita como obligación del empleador procurar el cuidado integral de la salud de los trabajadores y de los ambientes de trabajo; para ello debe programar, ejecutar y controlar el cumplimiento del programa de salud ocupacional de la empresa, y procurar su financiación.

Además, debe existir en las empresas un reglamento de seguridad e higiene y conformarse el Comité Paritario de Salud Ocupacional; el mismo decreto 1295 de 1994, en su artículo 63, obliga al empleador a facilitar a cada uno de sus miembros, cuando menos, cuatro horas semanales dentro de la jornada normal de trabajo para disponer a pensarse medidas y acciones en pro del bienestar laboral:

– Definir las actividades de promoción y prevención que permitan mejorar las condiciones de trabajo y de salud de los empleados.

Variable	Muerte	Invalidez
	%	%
NS/NR	21,6	23,3
NO	75,1	64,9
SI	3,3	11,8

Identificar el origen de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales y controlar los factores de riesgo relacionados.

Resulta curioso cómo siendo instituciones que trabajan con el tema de la salud y saben las implicaciones y los riesgos de no adoptar las medidas de protección, la salud ocupacional es un tema poco desarrollado al interior de las IPS. Solo el 40% de los trabajadores afirman que hay un reglamento de seguridad e higiene que se imple-

menta, el 23% sabe que existe y funciona el comité laboral y el 32% afirma que el comité paritario está activo, cifras que resultan muy bajas y explican los altos índices de enfermedad y accidentalidad en el trabajo.

Variable	REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD	COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL	COMITÉ PARITARIO
	%	%	%
EXISTE PERO NO SE IMPLEMENTA	31,4	29,0	31,8
EXISTE Y SE IMPLEMENTA	40,0	23,3	32,2
NO EXISTE	4,9	13,1	6,5
NO SABE SI EXISTE	15,1	23,7	18,0
NS/NR	8,6	11,0	11,4

Aquí vale la pena mencionar que cada actor tiene responsabilidad en el mejoramiento de las condiciones de seguridad y salud ocupacional y que será en cooperación entre las partes que se podrán elevar los niveles de protección.

> "Los riesgos los conocemos pero no los prevenimos, el gremio de la salud es uno de los más afectados por los problemas de salud ocupacional en este tipo de situaciones. Preferimos conservar el trabajo que velar por nuestra propia integridad. El concepto que tengo es que falta motivación de parte y parte, la ARP tiene obligaciones con los empleados y sus afiliados, el empleador tiene obligación de exigirle a la ARP pero no hay esa reciprocidad de exigencias, y los empleados tampoco exigimos cuando nos vemos involucrados en un accidente o en una situación laboral determinada. No hay tanta conciencia de la importancia que tiene la salud ocupacional, tanto de la línea ARP, en el empleador y en nosotros los empleados porque no se puede culpar solo a las instituciones, nosotros también tenemos responsabilidad aunque las obligaciones están escritas que son de la ARP". (Entrevista: auditor médico, Tunja)

Dotación, elementos de protección, calidad de los consultorios, equipos, herramientas e instrumental; estipulación de tiempos de des-

canso acordes[99], pausas activas y equipamiento de salas de descanso; condiciones de higiene, revisión del manejo de materiales y residuos, señalización, etc, son algunos de los ítems a incluir en la revisión de los programas de salud ocupacional, en el que sería indispensable la participación activa y comprometida de todos los actores involucrados: empleados, empleadores y ARL.

Variable	TIEMPOS DE DESCANSO	MANEJO DE MATERIAL	MANEJO DE RESIDUOS	CONDICIONES DE HIGIENE	SALAS DE CAPACITACIÓN	SEÑALIZACIÓN
NS/NR	8,2	13,5	12,2	10,2	8,2	5,7
MUY MALA	7,3	1,2	,8	1,6	4,5	4,1
MALA	11,0	3,3	,8	3,3	7,3	11,0
REGULAR	12,7	8,6	9,8	12,7	12,7	22,9
BUENA	14,7	37,1	42,9	57,1	13,5	42,9
MUY BUENA	2,9	8,6	10,6	8,6	2,4	8,6
NO APLICA	11,0	24,5	20,0	5,3	23,7	2,4
NO RECIBE	32,2	3,3	2,9	1,2	27,8	2,4

g. Seguridad social, valoración positiva

Aparte de los elementos ya mencionados sobre el tema, la seguridad social tiene una valoración positiva en los resultados de la encuesta, en la que se considera hay cumplimiento por parte de la empresa frente a la afiliación en salud, pensiones, ARL, cajas de compensación y fondos de cesantías como se ve en el siguiente cuadro:

99. Al respecto el pliego de peticiones del sindicato propone en su Articulo 16. PARAGRAFO 1. "Establecer como mínimo de descanso 30 minutos de almuerzo en jornadas laborales de 8 horas, y 15 minutos en la mañana y 15 en la tarde para realizar pausas activas; dicho descanso será remunerado como parte del salario del trabajador. Para los trabajadores que tienen turnos de 12 horas, estos dispondrán de una hora de almuerzo, y 15 minutos en la mañana y 15 en la tarde para realizar pausas activas; dicho descanso será remunerado como parte del salario del trabajador".

VARIABLE / %	SI	NO	NS/NR
AFILIADO EN SALUD	93,5	,8	5,7
AFILIADO EN PENSIONES	96,7	,4	2,9
AFILIADO EN ARL	93,9	,8	,0
AFILIADO A UNA CAJA DE COMPENSACIÓN	93,1	2,9	4,1
LA EMPRESA LE COTIZA A UN FONDE DE CESANTIAS	91,4	3,3	5,3

Como se menciona antes, han existido retrasos en el pago de la seguridad social en salud y cajas de compensación, lo cual repercute en la posibilidad de atención de los trabajadores y sus familias, hecho que correspondió con los procesos de empalme de administración luego de la intervención de Saludcoop. También se exige por parte de los trabajadores la posibilidad de elegir libremente la ARL a la que desean afiliarse y que no sea una imposición de las empresas.

h. Trato y libertades individuales en el trabajo

Este indicador de trabajo decente mide las discriminaciones y agresiones individuales a las que se ven sometidos los trabajadores en sus lugares de trabajo. La encuesta arroja resultados positivos al respecto y no se identifican niveles altos de discriminación por sexo, género, raza, orientación sexual, etc. como muestra la siguiente tabla:

Variable	NO	SI	NS/NR
DISCRIMINACIÓN POR RAZA	92,2	,8	6,9
DISCRIMINACIÓN POR GÉNERO	91,0	1,6	7,3
DISCRIMINACIÓN POR EDAD	89,0	3,7	7,3
DISCRIMINACIÓN POR IDEOLOGÍA POLÍTICA	89,4	3,7	6,9
DISCRIMINACIÓN POR CREENCIA RELIGIOSA	90,6	2,9	6,5
DISCRIMINACIÓN POR ESTRATO SOCIAL	91,0	2,0	6,9
DISCRIMINACIÓN POR ORIENTACIÓN SEXUAL	92,2	,4	7,3
DISCRIMINACIÓN POR LUGAR DE PROCEDENCIA O NACIMIENTO	91,0	2,0	6,9

Las libertades individuales tienen que ver también con las agresiones verbales, injurias y comentarios hostiles presentes en el clima laboral; con los horarios excesivos, la negación de permisos y licencias, las amenazas de despidos, el llamado permanente a descargos, el abuso de la escala de sanciones, etc. Los resultados contenidos

en las tablas evidencian que hay que implementar mejorías y seguimiento a determinadas situaciones, sobre todo en lo referente a los comentarios hostiles y horarios excesivos.

Variable	AGREDIDO (A) FISICAMENTE	VICTIMA DE DIVERSO TIPO DE INJURIAS	VICTIMA DE COMENTARIOS HOSTILES	HORARIOS EXCESIVOS	NEGATIVA AL SUMINISTRO DE MATERIALES E INFORMACIÓN	NEGATIVA INJUSTIFICADA A PERMISOS O LICENCIAS	AMENAZAS PERMANENTES DE SER LLAMADO A DESCARGOS
NO	84,5	82,0	69,8	73,1	73,5	76,3	83,7
SI	6,9	12,2	24,9	23,7	20,0	16,7	11,8
NS/NR	8,6	5,7	5,3	3,3	6,5	6,9	4,5

Igualmente se ratifica la necesidad de pensar en las posibilidades de descanso para los trabajadores durante sus jornadas y mejorar la infraestructura y las condiciones que permitan hacer descansos y pausas activas; solo el 12.2% califica como buenos las salas de descanso, el 20% califica como buenos la cafetería de los empleados, cifras muy bajas que dan cuenta de un asunto a mejorar.

	SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO	EL JEFE	PROTECCION Y SEGURIDAD	DESCANSO	PAUSAS ACT
	%	%	8,2	7,8	
	11,4	16,4	2,0	9,0	
	,0	,8	4,5	15,5	
	,0	3,7	28,2	12,2	
	7,3	11,9	32,2	10,6	
	54,3	51,6	5,7	1,6	

De la siguiente tabla llama la atención, como se nombraba anteriormente, el uso y abuso del tiempo de los trabajadores por parte de sus empleadores. El 15% de los encuestados dicen haber realizado horas extras sin su aprobación y el 16% habla de modificación del tiempo de trabajo y las horas extras, lo cual, según las entrevistas interfiere con las dinámicas familiares y sociales de los trabajadores, limitando su tiempo de descanso e impidiendo que se vinculen a otras ofertas recreativas y educativas por lo incierto de sus horarios.

Variables	LLAMADOS PERMANENTES A DESCARGOS	TRABAJOS EXTRAS SIN SU DEBIDA APROBACIÓN	MODIFICACIÓN DEL TIEMPO Y HORAS EXTRAS	ABUSO DE LA ESCALA DE SANCIONES	ROTACIÓN PERMANENTE DE CARGO, SECCIÓN Y LUGAR DE TRABAJO	LLAMADO DE ATENCIÓN POR NO ASISTIR EN REUNIONES EN DÍAS DE DESCANSO
NO	91,4	79,6	78,8	91,4	81,2	83,3
SI	3,3	15,1	16,3	2,4	14,7	11,8
NS/NR	5,3	5,3	4,9	6,1	4,1	4,9

i. Libertades sindicales y diálogo social: persecución y negación a la negociación

Del total de la muestra el 93.9% de los trabajadores reconocen las organizaciones sindicales presentes en su empresa; de estos, 73.9% están sindicalizados. Al interior de Saludcoop existen dos sindicatos, Unitracop y Sintrasaludcoop; en la muestra el 14.7% pertenecen al primero y el 84.7% al segundo.

Según datos de entrevistas las libertades sindicales son diferenciales para los trabajadores de cada uno de los sindicatos: Unitracoop, por ser un sindicato de origen patronal, surgido a partir de la restructuración de Saludcoop en la intervención, creado ante la necesidad de proteger los intereses de los altos mandos, tiene mucho más terreno de acción pero menos de reivindicación para los trabajadores, es decir, desde la misma empresa lo promueven e invitan/presionan a afiliarse, pero sus logros y reivindicaciones en material laboral no son perceptibles. Actualmente cuenta con 23 mil afiliados y está afiliado Confederación General del Trabajo, CGT.

Contrariamente, el camino de Sintrasaludcol ha sido más escabroso, minado de tropiezos, pero estos han sido proporcionales a su persistencia y tenacidad; actualmente cuenta con 10 mil afiliados y se suscriben a la Central Unitaria de Trabajadores, CUT.

Amenazas de despido, eliminación de publicidad sindical, persecución laboral, despidos injustificados, negativa a permisos sindicales, acoso moral y psicológico a líderes sindicales, se suman a la lista de prácticas antisindicales adelantadas por las diferentes empresas del grupo, que se reflejan en más de 6 denuncias y querellas que Sintrasaludcol adelanta ante diferentes ministerios y entidades.

Sin embargo, estos obstáculos no han impedido su ímpetu de organización y crecimiento sindical.

La encuesta refleja que el 29% de los trabajadores reconoce prácticas antisindicales relacionadas con el retiro de publicidad sindical en los lugares de trabajo, el 19% habla de la negación de las empresas para negociar pliegos de peticiones, el 17% dice que hay negación del diálogo con delegados y directivos sindicales.

El tema de la negociación colectiva es tal vez uno de los temas más neurálgicos en este ítem de libertades sindicales y diálogo social. Sintrasaludcol en los últimos dos años ha interpuesto 45 querellas ante el ministerio del Trabajo por negativa de las empresas a negociar el pliego de peticiones, lo que viola claramente el artículo 433 del código sustantivo del trabajo.

Variable	NS/NR	NO	SI
AMENAZAS DE DESPIDO	31,4	51,4	17,1
DESPIDOS INJUSTIFICADOS	35,1	47,3	17,6
PUBLICIDAD ANTISINDICAL POR PARTE DE LA EMPRESA	29,8	54,7	15,5
PROMOCIÓN DE UN PACTO COLECTIVO CON BENEFICIOS SUPERIORES A LA CONVENCIÓN	35,9	60,0	4,1
RETIRO DE BOLETINES Y/O AFICHES SINDICALES DEL LUGAR DE TRABAJO	25,3	44,9	29,8
SANCIONES POR INTENTAR AFILIAR A NUEVOS EMPLEADOS	31,4	66,1	2,4
NEGACIÓN AL DIÁLOGO CON DELEGADOS Y/o DIRECTIVOS SINDICALES	33,9	49,0	17,1
LLAMADOS A DESCARGOS POR LA ACTIVIDAD SINDICAL	33,9	62,9	3,3
IMPEDIR EL INGRESO DE DELEGADOS Y/O DIRIGENTES SINDICALES AL SITIO DE TRABAJO	33,1	57,1	9,8
NEGACIÓN A DISCUTIR PLIEGOS DE PETICIONES	40,0	40,8	19,2
DENUNCIAS PENALES Y/O QUERELLAS ADMINISTRATIVAS INSTAURADAS POR LA EMPRESA CONTRA EL SINDICATO O SUS AFILIADOS	44,1	53,9	2,0

De las 72 empresas que el sindicato identifica como parte del grupo empresarial Saludcoop, solo se ha firmado una convención colectiva con IAC Gestión Administrativa. Esto habla de una orientación del grupo empresarial a negar el diálogo social y no reconocer la labor del sindicato en la mejora de las condiciones laborales y sindicales de sus trabajadores. Igualmente, se identifica una resistencia

por parte de las empresas para concertar cambios en materia laboral con sus trabajadores; el 66.5% de los encuestados consideran que hay una negativa de la empresa a informar oportunamente sobre estos cambios.

Se identifica en la encuesta un desconocimiento de los trabajadores frente a los asuntos de convención y pacto colectivo, planes de beneficios y comités tripartitos, más del 50% no sabe si existen en su empresa. Esto pone el reto al sindicato de llevar a cabo acciones informativas y formativas que permitan a los trabajadores diferenciar entre uno y otro y las implicaciones que tienen sobre sus realidades laborales.

VARIABLE	NS/NR	NO	SI
EXISTE CONVENCIÓN COLECTIVA	51,4	43,3	5,3
EXISTE PACTO COLECTIVO	55,1	41,2	3,7
EXISTE CONTRATO SINDICAL	54,3	41,6	4,1
EXISTE PLAN DE BENEFICIOS	54,3	42,0	3,7
DISPONIBILIDAD DE LA EMPRESA A INFORMAR OPORTUNAMENTE SOBRE CAMBIOS EN MATERIA LABORAL	12,7	66,5	20,8
EXISTENCIA DE COMITÉS BIPARTITOS O TRIPARTITOS	58,4	35,9	5,7

j. Hallazgos relevantes y recomendaciones

- El subempleo es uno de los temas encontrados como preocupantes; si bien la muestra parece estar satisfecha con sus trabajos (85.3%), el 63% de trabajadores tenían disponibilidad para trabajar más horas o cambiar de trabajo y el 22% realiza un segundo trabajo. Según base de datos de la nómina de Cundinamarca el 97% de médicos, 85% de odontólogos, 84% de auxiliares de caja, 49% de los auxiliares de enfermería están contratado solo por 6 horas. El subempleo objetivo de la muestra es de un 35%, mientras que promedio nacional es de 11.8% (Dane, 2013)
- Existe una remuneración desigual para los trabajadores y tiene que ver con la organización empresarial del grupo Saludcoop y sus estrategias de tercerización de actividades. Esto hace que cada empleador tenga sus niveles salariales y convivan en un mismo lugar de trabajo personas contratadas por diferentes empresas, que a pesar de tener los mismos cargos, intensidad horaria y responsabilidades, sus salarios varían significativamente.

Es necesario, en primer lugar, establecer la declaratoria de grupo empresarial o develar criterios de unidad empresarial para todas las empresas involucradas, que permita una nivelación y determinar escalas salariales para todos los niveles: administrativos, asistenciales y de apoyo. Estas escalas deberán ser el resultado de un ejercicio investigativo construido con la participación de todas las partes mediantes estrategias de diálogo social. Se deben reglamentar además los bonos y bonificaciones pues se están usando para la evasión de cotización en la seguridad social.

También vale la pena señalar que el 91% no han recibido aumento salarial en los últimos dos años y el 42% señala casos de incumplimiento de fechas para pago de honorarios.

- Hay un cambio en la modalidad de contratación al interior de las empresas. En los últimos dos años ha cambiado la tendencia del contrato indefinido (81.1% de la muestra tiene este tipo de contrato) y se generaliza el contrato a término fijo inferior a un año, con disminución de las condiciones salariales de los nuevos trabajadores. Para Cundinamarca, entre 2011 y 2012 se dieron 366 contratos a término fijo, 278 a término indefinido, tendencia totalmente inversa a la manejada históricamente.
- El 58% de los trabajadores encuestados han asistido a un cambio de empleador en Saludcoop en su historia laboral, con un agravante, y es que el solo el 33% afirma que sus condiciones laborales se mantuvieron, el 7% dice que las mejoraron y el 23% afirma que las desmejoraron. A partir de la intervención en el 2011 se agudiza y generaliza esta situación. Es menester del sindicato hacer seguimiento a estos casos para velar por el respeto a los derechos de los trabajadores y de las empresas continuar con lo pactado previamente con ellos, pues la sustitución patronal como lo indica el código sustantivo de trabajo (art 67-70) no suspende o modifica los contratos de trabajo, ni las convenciones colectivas celebradas con anterioridad.

- Regulación de los horarios y tiempos de trabajo y descanso. El 64% de la muestra ha tenido exposición a sobre carga laboral y 38.8% hacer funciones no pactadas. No existen jornadas de descanso ni pausas activas lo cual repercute en riesgos de salud para trabajadores y deficiencia en la atención para pacientes. El 52% afirman no pagan las horas extras; el 19% que las pagan en dinero, el 15% se las reconocen a través de compensatorios y el 7% dice que a través de bonos sodexos. El 67% no tiene posibilidad de concertar horas de trabajo. Se evidencia también una necesidad de mejorar la infraestructura que permita adecuar lugares para el descanso y la alimentación de los trabajadores. Se recomienda efectuar un estudio sobre las jornadas laborales de acuerdo a las funciones y el personal de atención necesario para cada IPS para prestar sus servicios, esto con el fin de evitar sobrecargos y repercutir en el bienestar de los trabajadores. También evaluar el tema de horas extras con los empleadores.
- Resulta contradictorio que sean en las entidades de salud en las que menos atención se preste a asuntos relacionados con salud ocupacional y seguridad en el ambiente de trabajo. Fallas en la entrega de dotación y elementos de protección necesarios, negativa al reconocimiento de accidentes y enfermedades laborales por parte de la ARL (que a su vez hace parte del conglomerado empresarial de Saludcoop), no dinamización de los COPASOS y desconocimiento de los reglamentos de seguridad e higiene hacen pensar en la necesidad de retomar los planes de seguridad en cada empresa y adecuarlos a los riesgos por perfiles ocupacionales - a partir de visitas a los puestos de trabajo- y a las necesidades de cada una de las empresas (la mayoría de veces estos reglamentos son copias donde solo cambia el nombre de la empresa).
- Frente al tema de libertades sindicales hay mucho terreno por conquistar ante este contexto empresarial de discriminación, amenaza y persecución sindical. El grupo saludcoop se ha carac-

terizado por su negativa a la negociación colectiva (más de 45 querellas interpuestas), por la creación de un sindicato patronal para la protección de sus intereses, por su negación al reconocimiento del grupo empresarial -lo cual facilitaría la negociación en bloque-. Frente a esto, Sintrasaludcol debe seguir ganando terreno en el tema sindical, develar las relaciones de unidad de empresa y tercerización, crecer no solo en afiliación sino en dinámica estructural organizativa que genere mayores niveles de participación de los afiliados, apostarle al seguimiento de las acciones jurídicas interpuestas, mediante la información / formación ganar visibilidad y legitimidad ante los trabajadores y usuarios para construir una mejor corelación de fuerzas y continuar con la participación en escenarios nacionales de debate y movilización frente al tema de la salud.

- Finalmente, entender que las problemáticas de los trabajadores de Saludcoop, aunque similares, tienes matices de acuerdo al cargo, al nivel (administrativo, asistencial o de apoyo) o la empresa contratante. Ejercicios investigativos participativos que involucren a trabajadores y empleadores facilitaran su superación.

10. CARACTERIZACIÓN DE SINTRASALUDCOL[100]

Desde su fundación el 26 de abril de 2011 en Sogamoso (Boyacá) ha sido una organización sindical compuesta y liderada por mujeres y caracterizada por su pluralidad política e ideológica; como sindicato de empresa nace bajo el nombre de Sintrasaludcoop, pero en abril de 2013 amplían su horizonte como sindicato de industria y aparece entonces Sintrasaludcol, un sindicato que afilia a trabajadoras y trabajadores que prestan sus servicios a cualquier empresa privada del sector de la salud a lo largo del territorio nacional y los organiza en 32 subdirectivas.

Las políticas antisindicales y autoritarias de la empresa en la cual surgen y de la cual son mayoría sus afiliados, la intervención de Saludcoop EPS, la creación del sindicato patronal (Unitracoop) que es mayoritario, se convierten en obstáculos que el sindicato debe saber franquear; y en el horizonte, no solo la defensa de los derechos de los trabajadores sino la defensa del derecho a la salud y la eficaz, eficiente y oportuna atención a los pacientes.

100. Documento construido a partir de la recopilación de información sobre el sindicato en talleres participativos, documentos y comunicados del sindicato y análisis de las bases de datos de afiliación de Sintrasaludcol.

Otros obstáculos que se pueden mencionar en este proceso sindical son:

- Las pocas garantías para ejercer el derecho de asociación continúan en el papel y no se ejercitan. La persecución sindical, las continuas amenazas de los patronos, los despidos masivos y arbitrarios, la renuencia a autorizar los permisos sindicales son una muestra de ello.
- La complicidad del gobierno, los medios de comunicación y los poderosos patronos.
- La inoperancia de los entes de control
- La falta de voluntad de negociación de las empresas
- La transformación de la Salud en uno de los negocios más lucrativos de nuestro país, hace que diversos intereses políticos y económicos confluyan en oposición a la lucha sindical.
- La inexperiencia de los profesionales de la salud en la lucha sindical aunada a una historia de sometimiento y tolerancia de situaciones de vulneración laboral y sindical.
- El crecimiento acelerado del sindicato ha limitado en parte su consolidación estructural
- La negativa de declaratoria de grupo empresarial o unidad de empresas de Saludcoop.
- Dificultad para que las empresas realicen el descuento de la cuota sindical de los afiliados.

Por ser una dirigencia joven, con poca experiencia en el mundo sindical, enfrenta otros retos en su accionar que se convierten en asuntos prioritarios en esta ruta de crecimiento y redefinición en la que se encuentra la organización:

- Funcionamiento interno estratégico ante el crecimiento acelerado que ha presentado en los últimos años;
- Modernización de sus procesos de planeación, gestión administrativa y manejo contable;
- Creación y ampliación de estrategias de comunicación, afiliación y participación;
- Impulso de estrategias de educación para juntas directivas y for-

mación de liderazgos, la puesta en marcha de proyectos de capacitación de las bases que permita al sindicato crecer en número y en poder resolutivo.

- Disposición de medidas que permitan caracterizar a sus afiliados y a partir de allí dar respuestas y propuestas a las realidades y problemáticas propias de este sector.

Sin embargo, existen también una serie de factores que se convierten en oportunidades para que el sindicato se fortalezca y continúe con sus índices continuos de crecimiento:

- La gradual precarización de las condiciones de los trabajadores de la salud y su efecto en el inconformismo puede traducirse en un deseo de organizarse para buscar alternativas;
- La articulación de diferentes sectores para afrontar reforma a la salud y construcción de propuesta alternativas, en donde el sindicato ha jugado un papel activo y propositivo;
- El aumento de la capacidad de movilizar no solo los trabajadores sino también estudiantes, gremios y usuarios en apoyo de las luchas sindicales y problemáticas de la salud.

Las estrategias utilizadas por Sintrasaludcol dan cuenta de una apertura al cambio y una adecuación a las nuevas realidades:

- Visitas a líderes sindicales de la salud en todo el país para dialogar y unir esfuerzos;
- El uso de redes sociales para difundir la información: Denuncias, comunicados y evidencia fotográfica de los procesos que se están desarrollando desde el sindicato.
- Capacitación a juntas directivas y asociados en sindicalismo y derecho laboral.
- La reclamación por vía jurídica y la denuncia en las diferentes instancias gubernamentales por la violación de los derechos de los trabajadores del sector salud.
- El involucramiento de los pacientes y sus familias como medio de presión para el inicio del Dialogo social.

Esto les ha permitido una serie de logros:

- Organización de comités de convivencia con participación representantes sindicalizados.
- Realización de Escuela de líderes sindicales para juntas directivas
- Se estableció el respeto al debido proceso en los asuntos laborales, mediante la implementación de la diligencia de descargos, figura que no existía en la institución.
- Se consiguió que algunas empresas en las que se fraccionó la gran matriz del grupo Saludcoop nombraran representantes legales, figura que permitió a su vez la reclamación por vía jurídica. Las mencionadas empresas solicitaron el concurso de los dirigentes sindicales en la resolución del conflicto suscitado por la intervención.
- Se dio inicio a la negociación colectiva con una parte de las empresas, algunas de las cuales aún están en curso. Aquí vale la pena aclarar que las acciones del Ministerio de Trabajo no han sido las más pertinentes, que los tribunales de arbitramiento retrasan y entorpecen el derecho a la organización sindical y negociación colectiva.
- Se disminuyó el matoneo laboral contra dirigentes y se puso a funcionar el comité de convivencia.
- Se logró garantizar un tiempo mínimo prudencial de consulta externa para medicina general, el cual jamás había sido respetado. Esto mejoró no solo la calidad de vida de los médicos, sino la atención que se brinda a los pacientes.
- Asociar por primera vez en el país y en tan corto tiempo a un gran número de trabajadores de las empresas del sector privado de la salud.
- El nacimiento de dirigentes sindicales en especial mujeres y jóvenes capacitados en materia legal y con ideas frescas.

Y en camino una serie de aprendizajes por compartir y documentar:

- Las redes sociales son el nuevo poder. No solo lo que haces es importante si no sobre todo como lo das a conocer.
- Las mujeres y los jóvenes pueden ser protagonistas del cambio.
- Es imprescindible involucrar la comunidad en la estrategia de pre-

sión social y lucha sindical.

- El entendimiento de las leyes y del derecho son valiosas herramientas en la lucha sindical, pero legalidad y legitimidad son conceptos diferentes. Mientras que la legalidad genera obligación, la legitimidad genera reconocimiento. En la práctica la unidad de conciencia y la perseverancia son el verdadero camino hacia la legitimidad.
- La opinión pública juega un papel importante: participación en espacios académicos, de movilización y Visibilización se convierten en acciones estratégicas.
- Por último, que gobierno y patrones tienen miedo de que los trabajadores pierdan el miedo.

Frente a lo anterior, el sindicato tiene muchas proyecciones para el 2014 y años futuros, que inicia por:

- Fortalecimiento de su plataforma comunicativa: página web, periódicos virtual, mayor posicionamiento en redes sociales.
- Culminar los procesos jurídicos: hacerle seguimiento y veeduría a los más de 142 proceso iniciados ante los órganos de control en estos años de funcionamiento del sindicato.
- Campañas de crecimiento y formación para líderes.

FUENTE: Reporte de los dos outsourcings que hacen descuento de cuota sindical de Sintrasaludcol; información del sindicato. Reporte del 30 de abril de 2012.

BIBLIOGRAFIA

ANDIA REY, TATIANA Y JUAN MANUEL GONZÁLEZ SCOBIE (2012). La arquitectura institucional del sistema de salud colombiano: Una mirada a la Ley 100 y normas posteriores. En: Oscar Bernal y Catalina Gutiérrez (compiladores), La Salud en Colombia: Logros, Retos y Recomendaciones. Universidad de los Andes: Bogotá, pp.184-208.

ARIAS, Jaime. "La República. Laboratorios Abbott se suma a los diez campeones en multas de la Superindustria" La Republica, publicado en Marzo 4, 2014.

Disponible en: http://www.larepublica.co/empresas/laboratorios-abbott-se-suma-los-diez-campeones-en-multas-de-la-superindustria_118916

BARÓN-LEGUIZAMÓN, Gilberto (2007). Gasto Nacional en Salud de Colombia

1993-2003: Composición y Tendencias. En: Rev. salud pública. 9 (2):167-179.

CEPAL (2005). Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social. 351pp. Disponible en: http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/8/24058/P24058.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/dds/tpl/top-bottom.xsl

DEFENSORIA DEL PUEBLO (2013). La tutela y el derecho a la salud 2012. Bogotá. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/tutela-DerechoSalud2012.pdf

FRANCO, Saúl (2013). Vocero de la Comisión de Seguimiento y Reforma Estructural del Sistema de Salud–CSR- y Miembro de la Alianza por un Nuevo Modelo de Salud en Colombia. Ponencia en Seminario Salud y Muerte en el Trabajo organizado por la ENS. Facultad de Salud Pública, UdeA. Abril 29 de 2013.

GARCÍA CÁCERES, Rafael Guillermo y otros. (2009). Creación de valor en la cadena de abastecimiento del sector salud en Colombia. Cuadernos de Administración. Vol.22 no.39 Bogotá Sep./Dec.

LONDOÑO JL, FRENK, J. (1997). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Documento de Trabajo 353. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

MARQUÉZ, PABLO (2011). Derecho de la competencia en la industria de la salud en Colombia. Superintendencia para la protección de la competencia. Superintendencia de industria y Comercio. Colombia.

MEZA CARVAJALINO, Carlos Arturo (2005). Archivos de economía. Crecimiento económico, empleo formal y acceso al servicio de salud: algunos escenarios de corto y largo plazo de la cobertura en salud para Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Dirección de Estudios Económicos. Colombia.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2012). Informe de rendición de cuentas 2012. Bogotá. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Audiencia%20P%C3%BAblica%20Minsalud%202012.pdf

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL (2012). Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS. Oficina de Calidad. Bogotá D.C. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Encuesta%20de%20Evaluaci%C3%B3n%20de%20los%20Servicios%20de%20las%20Entidades%20Promotoras%20de%20Salud.pdf

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2006). Análisis del sector salud Una Herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Serie Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, Edición Especial, Nº 9. Washington, D.C. 3582pp

PUIG FARRAS Julio, GARCÍA GUZMÁN, Nathalia y otros (2010) "Situación de la subcontratación en América Latina y perspectivas para su regulación" Informe RedLat.

REVISTA SEMANA (2013), Las mejores empresas de Colombia. Edición 1619, mayo de 2013.

RUIZ F, Matallana MA, AMAYA JL, VÁSQUEZ ME (2008). Recursos humanos de la salud en Colombia, Balance, competencias y perspectivas. Ministerio de protección social Universidad Javeriana Cendex. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/RECURSOS%20HUMANOS%20DE%20LA%20SALUD%20EN%20COLOMBIA%202008.pdf

RESTREPO ZEA, Jairo Humberto—editor académico— (2008). Introducción a la Economía de la Salud en Colombia. Universidad de Antioquia. Medellín. 296 pp.

SENA (2008). Caracterización Ocupacional del Sector Farmacéutico en Colombia, enfoque por entornos. Mesa sectorial de salud. Colombia. 165 pp.

SUPERINTENDENCIA Nacional de Salud (2011). Situación actual de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado en Colombia. Primer informe- Abril.

SUPERINTENDENCIA de industria y comercio (2012). Estudios de Mercado. El mercado de aseguramiento en salud en Colombia. Delegatura de Protección de la Competencia. Documento 2012-1. Bogota. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Situaci%C3%B3n%20actual%20de%20las%20EPS%20de%20los%20reg%C3%ADmenes%20contributivo%20y%20subsidiado%20en%20Colombia.pdf

SUPERSALUD (2013). IPS privadas, análisis financiero vigencias 2010 – 2011 – 2012. Disponible en: http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=wAT2bYq1vjQ%3D&tabid=804&mid=2347

YEPES, Francisco. RAMIREZ, Manuel y otros (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo y Universidad del Rosario, Bogotá.

ANEXOS

Anexo 1. Tratados internacionales y regionales vinculados a la salud como derecho humano

Año	Acuerdo, Tratado, Convenio o Declaración
1946	Constitución de la OMS
1948	Declaración Universal de los Derechos Humanos
1961	Carta Social Europea, revisada en 1996
1963	Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación Racial
1966	Pacto Internacional por los Derechos Económicos Sociales Culturales. PIDESC
1978	Declaración de Alma – Ata
1979	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer
1981	Carta Africana de DH y de los Pueblos
1986	Declaración sobre el Derecho al Desarrollo
1988	Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre los Derechos Humanos en materia de derechos Económicos, Sociales y Culturales
1989	Convención sobre los derechos del niño
1992	Declaración sobre los derechos de las personas pertenecientes a minorías nacionales o étnicas, religiosas y lingüísticas
1995	Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social
1993	Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena
1994	Carta Árabe de Derechos Humanos
1998	Declaración Mundial de la salud
2000	Declaración del Milenio
2001	Declaración de Doha

Tomado de: http://salutxdesenvolupament.org/es/la_salud_como_derecho_humano

Anexo 2: Modelos de salud y situación de reformas en salud en América Latina, 2003-2005

Países	Inicio de la Reforma	Modelos	Situación de la Reforma 2003-2005
Argentina Bolivia Brasil Colombia Costa Rica Cuba Chile Ecuador El Salvador Guatemala Haití Honduras México Nicaragua Panamá Paraguay Perú República Dominicana Uruguay Venezuela	1993-1996, 2000- 2002 1994-1998 1990 1994 1994-1998 1960-1969, 1984, 1990s 1981, 1991, 2004- 2005 1993, 1998-2001b 1999-2000 1995 1996 (no operó) 2000-2001 1984-1988, 1994- 2003 1991-1997 1996 1996-1998 1995-1997, 2001 2001 1987 c 1999 d	Tripartito: público, seguro social y privado (en expansión) Tripartito: público, seguro social y privado e Dual: público-seguro social (3 niveles) y privado (mayormente complementario) Cuatripartito: contributivo, subsidiado, privado y "vinculado" (público transitorio) Dual: seguro social y privado (minoritario pero creciente) Público (no hay privado) Dual: público-seguro social y privado (importante) Tripartito: público, seguro social (con seguro campesino) y privado e Tripartito: público, seguro social y privado (pequeño) Tripartito: público, seguro social y privado (principalmente ONG's) e Dual: público y privado (3 tipos e) Tripartito: público, seguro social y privado (muy pequeño) Tripartito: público, seguro social y privado e Tripartito: público, seguro social (mediante privado) y privado Virtualmente dual: seguro social (principal), público y privado (pequeño) Tripartito: público, seguro social y privado e Tripartito: público, seguro social y privado e Tripartito: público, seguro social y privado; en la reforma: contributivo, contributivo- subsidiado y subsidiado Tripartito: público, seguro social (mediante varios proveedores) y privado Tripartito: público, seguro social y privado e	Continúa caída en la cobertura y gasto del seguro social y aumento del privado No ha habido cambios importantes No ha habido cambios importantes Tres proyectos de ley de reforma del sistema en debate a fines de 2004 Continúa avanzando aunque con problemas y obstáculos No habido cambios importantes Cuatro leyes de reforma del sistema de salud, la última aprobada en 2005 La ley de reforma de la seguridad social no estaba implantada del todo en 2005 Propuesta consensuada de reforma abortada en 2003 Extensión de la cobertura de 11 a 15 departamentos Nueva estrategia del ministerio, 2004; marco de cooperación externa, 2004-06 Proceso de reforma del código sanitario y de la ley de seguridad social Reformas ley general salud en 2003 y 2005, crea Seguro Popular Salud Nueva ley de seguridad social pendiente de promulgación 2005 Proyecto de ley de reforma del seguro social sometido al congreso en 2005 Propuesta de extender la cobertura y separación de funciones en 2003 Extensión del paquete básico para los pobres a 33% de la población total La reforma sólo está implantada en el régimen subsidiado, se anuncia inicio del contributivo en octubre 2005 Continúa caída de afiliados en IAMC, extensión maternidad a bajo ingreso Proyecto de ley de salud sometido a la asamblea nacional en 2005 c

Fuente: Ver texto

a. Se dan los años de cambios posteriores.
b. Propuestas y leyes, la mayoría no implantada, ley de reforma en 2001.
c. Intento de descentralización con poco éxito, no ha habido una reforma real.
d. Tres intentos fallidos de reforma desde 1987, ley de seguridad social de 2002 y proyecto de ley de salud de 2005 sientan las bases de la reforma, el segundo estipula la creación de un sistema nacional público de salud que cierra e integra a los seguros sociales, por lo que crearía un modelo dual.
e. Hay un sector importante de medicina tradicional que presta servicios a la población indígena.

Tipología de las reformas y modelos de salud en América Latina y el caribe: "Las reformas han dado lugar a sistemas de salud con diferentes modelos (aunque tripartitos en su mayoría), con diversos roles de los subsectores público, de seguro social y privado, niveles de integración, formas distintas de financiamiento y provisión, y grados de cobertura:

(a) público unificado con el Estado a cargo enteramente del financiamiento y la provisión directa (prohíbe el ejercicio privado) y cobertura universal gratuita (Cuba);
(b) seguro social unificado que se encarga del financiamiento y la mayoría de la provisión directa, pero negocia con el subsector privado la provisión para parte de los asegurados, con cobertura virtualmente universal (Costa Rica);
(c) dual coordinado, combinando subsectores público-seguro social y privado, con funciones separadas de financiamiento y provisión (mayoritaria del subsector público-seguro social) y cobertura casi universal (Chile);
(d) dual con cierta coordinación entre el subsector público dividido en niveles federal, estatal y municipal, los tres niveles ejerciendo funciones de financiamiento y provisión, y el subsector privado

complementario importante, con cobertura virtualmente universal (Brasil);

(e) virtualmente dual, integrado funcionalmente, con un papel central del seguro social, secundario del subsector público y marginal del privado, sin separación de funciones y cobertura casi universal (Panamá);

(f) cuatripartito coordinado, con un subsector público-seguro social (dividido en regímenes contributivo y no contributivo), un subsector privado y uno público ("vinculado") de carácter transitorio, con separación de financiamiento, aseguramiento y provisión, cubriendo algo más de la mitad de la población—casi universal si se tiene en cuenta el "vinculado" (Colombia);

(g) tripartito con baja coordinación entre tres subsectores, el seguro social (que cubre a la mayoría de la población), el público (a cargo de las provincias) y el privado, cada uno con su propio financiamiento y provisión (la última mayoritaria y creciente por el privado), con cobertura virtualmente universal (Argentina);

(h) tripartito segmentado, sin coordinación adecuada, separación parcial de funciones y cobertura virtualmente universal (Uruguay);

(i) tripartito segmentado o muy segmentado, carente de coordinación adecuada entre los tres subsectores, sin o con baja separación de funciones, y una población cubierta entre 57% y 73%, en once países (Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana23 y Venezuela24),

(j) dual, segmentado sin coordinación, con el subsector público jugando el papel fundamental, un pequeñísimo subsector privado y prácticamente no seguro social, sin separación de funciones y cobertura de 60% (Haití) (para otras tipologías y clasificaciones ver Londoño y Frenk 2000; Madies, Chiarvetti y Chorny 2000)" CEPAL, 2005:32.

NOTAS: Para el caso de Brasil, el sistema nacional de salud (inicialmente privado) fue modificado progresivamente dándole un carác-

ter universal, lo que permitió que entre 1990 y 2000 se redujera la mortalidad infantil en más de 38%; se amplía el acceso a los ciudadanos a los servicios de salud yendo hacia la universalización y el 90% de las municipalidades brasileñas habían asumido la gestión plena de la red de atención básica.

Por su parte Chile realizó en los últimos años las siguientes reformas:

Plan de Acceso Universal a Garantías Explicitas en Salud, estructurada bajo un enfoque de derechos: fragmentado en cuatro estamentos a) sistema público b) aseguradoras privadas –están afiliados principalmente el quintil IV y V de la población que son los más altos- c) Fuerzas Armadas y mutuales. Con respecto a la forma de financiación cada trabajador y jubilado está en la obligación de aportar el 7% de su ingreso.

Las garantías explícitas son universales para toda la ciudadanía y disponibles para quienes estén en regímenes públicos o privados e incluyen: a) Garantía explicita de acceso a todas las prestaciones de salud que hacen parte de las garantías explícitas b) Garantía de calidad c) garantía de oportunidad que define un plazo máximo para la prestación de un servicio por parte de los regímenes privados y públicos d) garantía explicita de protección financiera: tal y como se muestra en el apartado siguiente (Gratis para grupos A y B) y aranceles diferenciados para C y D; en cualquier caso el cobro máximo al afiliado no debe superar el 20% del total de la prestación.

Quienes viven en situación de pobreza o indigencia o tienen ingreso mínimos reciben atención gratuita en el sistema; los siguientes dos tramos de ingresos reciben atención primaria gratuita, pero deben cancelar un 25% a un 50% del valor de las prestaciones de mayor complejidad en el sistema público. Tanto el sistema público como privado reciben recursos de impuestos.

Con respeto a la atención primaria en salud, se les otorga a las municipalidades un aporte variable denominado “pago por persona a cargo”, promoviendo que se lleven a cabo más actividades promocionales que puramente curativas.

Anexo 3: Determinantes de la salud. (OMS)

Anexo 4: Ranking de empresas farmacéuticas con estado de resultados, 2012

Empresa Ingresos Operacionales		Estado de Resultados			Balance General		
		EBITDA	Resultado Neto	Activo total	Pasivo Total	Patrimonio Total	
1	Tecnoquímicas S.A.	$920.927	$92.258	$61.600	$800.286	$272.624	$527.663
2	Bayer S.A.	$704.203	$96.972	$26.752	$467.596	$169.867	$297.730
3	Audifarma S.A.	$689.914	$11.281	$4.582	$475.387	$411.906	$63.481
4	Laboratorios Baxter S.A.	$574.275	$137.563	$89.528	$666.229	$117.408	$548.821
5	Productos Roche S.A.	$557.335	$27.836	$11.146	$425.668	$222.292	$203.376

Fuente: El Crecimiento del Sector Farmacéutico ha Propiciado la Dinámica de Compra y Venta de Compañías:[101] www.sectorial.com

101. En el informe completo se relacionan las principales 20 compañías que

Anexo 5. Indicadores financieros, Empresas de medicina prepagada a septiembre 2013. Supersalud (Cifras en miles de $)

Concepto	Café salud	Colmedica	Colpatria	Colsanitas	Medisanitas
Afiliados	77.118	194.269	52.407	322.780	42.875
Inversiones/Activo Total	22,6	40,1	55,7	59,5	64,3
Deudores/Activo Total	51,5	20,3	11,1	17,7	4,5
Deudores/Activo Corriente	67,8	30,3	13,2	20,5	5,0
Liquidez=Activo Corriente/Pasivo Corriente	96,48	102,86	173,57	132,04	266,72
Capital de Trabajo= Activo Corriente-Pasivo Corriente	-3.350.617	3.368.748	29.536.259	88.348.781	23.592.200
Endeudamiento= Pasivo Total-Activo Total	-25.608.430	-62.898.395	-42.353.151	-146.705.294	-27.394.304
Oblig Finan/Activo Total	21,9	0,0	1,4	7,3	0,0
Oblig Finan/Pasivo Total	27,8	0,0	2,8	11,2	0,0
REI,Utilidad Neta/ Ingresos	1,6	6,0	5,1	1,8	3,5
ROA; Utilidad Neta/ Activo Total	1,7	10,3	6,1	2,8	4,6
ROE,Utilidad Neta/ Patrimonio	8,18	29,62	11,95	8,04	6,98
CUMPLIMIENTO PATRIMONIAL (PM)	746.999	1.173.951	16.629.545	73.439.831	12.502.722
Costo /Ingresos operacionales	77,1	67,4	68,0	74,7	73,2
Gastos de Admón /Ingresos operacionales	9,3	16,8	16,5	15,9	15,2

pertenecen al sector. Las empresas se organizan en un ranking de mayor a menor valor en ingresos operacionales, se relacionan cifras e indicadores de sus Estados Financieros a cierre de 2012. Datos en millones de pesos.

Concepto	Suramericana	Coomeva	Comfenalco valle	Servicio de salud inmediato
Afiliados	24.669	252.540	2.388	7.725
Inversiones/Activo Total	0,0	23,7	0,0	7,9
Deudores/Activo Total	53,0	21,5	65,1	53,5
Deudores/Activo Corriente	53,0	34,7	99,8	83,7
Liquidez=Activo Corriente/Pasivo Corriente	164,36	78,32	564,74	269,05
Capital de Trabajo= Activo Corriente-Pasivo Corriente	7.638.227	-39.222.391	5.583.508	4.975.553
Endeudamiento= Pasivo Total-Activo Total	-7.638.227	-48.117.021	-9.194.646	-9.456.112
Oblig Finan/Activo Total	0,0	18,1	0,0	8,5
Oblig Finan/Pasivo Total	0,0	22,9	0,0	35,8
REI,Utilidad Neta/ Ingresos	0,3	2,8	42,1	17,3
ROA; Utilidad Neta/ Activo Total	0,6	4,5	11,1	9,7
ROE,Utilidad Neta/ Patrimonio	1,42	21,35	12,53	12,74
CUMPLIMIENTO PATRIMONIAL (PM)	455.561	14.616.792	-2.947.500	-345.325
Costo /Ingresos operacionales	85,3	78,2	54,4	41,1
Gastos de Admón /Ingresos operacionales	7,6	12,4	4,9	20,0

Disponible en: http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=911

Anexo 6: Trabajo de campo: listado de entrevistas y talleres

No.	Actividad	Fecha	Lugar entrevista
1	Entrevista asesor comercial	26 de julio de 2013	Sogamoso
2	Entrevista Médico de urgencias	26 de julio de 2013	Sogamoso
3	Entrevista Auxiliar de farmacia	27 de julio de 2013	Sogamoso
4	Entrevista Médico general	27 de julio de 2013	Sogamoso
5	Entrevista Auxiliar de Enfermería	27 de julio de 2013	Sogamoso
6	Entrevista médica consulta externa	27 de julio de 2013	Sogamoso
7	Entrevista auxiliar de servicio al cliente	28 de julio de 2013	Sogamoso
8	Entrevista auxiliar de limpieza y aseo	28 de julio de 2013	Sogamoso
9	Entrevistas odontólogos	28 de julio de 2013	Sogamoso
10	Entrevista encargado de seguridad	28 de julio de 2013	Sogamoso
11	Entrevista auxiliar de enfermería	28 de julio de 2013	Sogamoso
12	Entrevista Auditor médico	29 de julio de 2013	Tunja
13	Entrevista auxiliar de limpieza y aseo	29 de julio de 2013	Tunja
14	Entrevista Orientador	29 de julio de 2013	Tunja
15	Entrevista médico especialista	29 de julio de 2013	Tunja
16	Entrevista regente de farmacia	28 de octubre de 2013	Santa Marta
17	Entrevista orientador (1)	28 de octubre de 2013	Santa Marta
18	Entrevista odontóloga	28 de octubre de 2013	Santa Marta
19	Entrevista orientador (2)	28 de octubre de 2013	Santa Marta
20	Entrevista asesor comercial	28 de octubre de 2013	Santa Marta
21	Taller identificación condiciones laborales y sindicales (20 trabajadores, zona central y Cundinamarca)	26 de julio de 2013	Sogamoso
22	Taller identificación condiciones laborales y sindicales (32 trabajadores del eje cafetero)	9 de agosto de 2013	Pereira
23	Taller identificación condiciones laborales y sindicales (24 trabajadores, zona costa)	25 de octubre de 2013	Santa Marta
24	Entrevista a directiva sindical Cundinamarca	6 de diciembre de 2013	Medellín

Anexo 7. Ranking EPS 2013. Estados financieros de las eps (a corte de septiembre de 2012). (cifras en miles de $)

Grupo	Concepto	Cafesalud Eps003	Cruz Blanca Eps023	Saludcoop Eps013
Activo	Total Activo Septiembre 2012	201.465.120	121.032.174	1.398.248.240
	Activo			
	Disponible	51.695.321	21.234.426	138.342.811
	Inversiones/inversiones e Instrumentos Derivados	9.185.502	4.501.279	154.727.776
	Deudores	131.577.121	66.074.248	681.083.701
	Inventarios	705.044	0	49.498.965
	Total Activo Corriente	193.162.988	91.809.953	1.023.653.253
	Propiedad Planta y Equipo	1.620.765	3.999.431	26.241.815
	Intangibles	0	10.800.000	72.490.608
	Diferidos	231.936	169.725	2.530.961
	Valorizaciones/Otros Activos	6.449.431	14.253.065	273.331.603
	Total Activo	201.465.120	121.032.174	1.398.248.240
	Información Adicional			
	Cuentas por Cobrar FOSYGA Pendientes de Radicar	49.120.392	30.259.714	271.009.256
	Cuentas por Cobrar FOSYGA Radicadas	73.367.396	40.515.959	275.710.996
	Giro Previo del FOSYGA	-24.567.880	-9.622.843	-78.855.887
	Total Cuentas por Cobrar FOSYGA	97.919.908	61.152.830	467.864.365
	Provisiones de Cartera	-52.883.056	-34.616.360	-203.562.651
	Edificios e Inmuebles	2.517.073	458.895	13.038.979

Grupo	Concepto	Cafesalud Eps003	Cruz Blanca Eps023	Saludcoop Eps013
Pasivo	Pasivo Total			
	Sobregiro Bancarios	234.869	164.964	876.089
	Proveedores	9.374.364	4.826.307	43.781.435
	Cuentas por pagar	47.474.882	11.801.924	237.285.911
	Impuestos gravamenes y Tasas	36.441	0	305.735
	Obligaciones Laborales/Seguridad Integral	443.510	243.950	600.889
	Pasivos Estimados y Provisiones	15.813.741	7.365.396	54.314.132
	Diferidos	114.082	0	0
	Otros Pasivos	0	8.046	321.527
	Reservas Tecnicas	149.220.037	78.980.189	626.362.029
	Subtotal Pasivo Corriente	222.711.926	103.390.776	963.847.747
	Obligaciones Financieras_Pagares y Otros	14.500.000	30.492.350	126.305.060
	Total Pasivo	237.211.926	133.883.126	1.090.152.807
	Información Adicional			
	Reservas Tecnicas - Facturas al Cobro IPS	145.136.476	75.466.133	610.009.682
Patrimonio	Capital Social	17.912.530	17.664.712	67.319.848
	Superavit de Capital/Patrimonio Institucional	1.961.067	0	9.544.330
	Reservas	1.317.825	8.207.652	281.833.493
	Revalorización del Patrimonio / Depreciaciones (Publicas)	0	0	0
	Resultado del Ejercicio	-38.319.303	-11.363.492	-29.690.865
	Resultado de Ejercicios Anteriores	-25.075.776	-33.144.089	-227.027.237
	Superavit por Valorizaciones	6.291.474	5.425.929	133.986.381
	Superavit-Aplicación Metodo de Participacion	165.377	358.336	72.129.483
	PROVISIONES DEPRECIACIONES Y AMORTIZACIONES (DB)			
	Patrimonio Total	-35.746.806	-12.850.952	308.095.433

Grupo	Concepto	Cafesalud Eps003	Cruz Blanca Eps023	Saludcoop Eps013
PYG	Ingresos Totales	417.755.783	295.341.826	2.090.817.418
	Ingresos Operacionales	416.076.280	287.734.991	2.054.826.781
	Ingresos No operacionales	1.679.503	7.606.835	35.990.637
	Informacion Adicional			
	Ingresos UPC	327.101.670	231.876.253	1.666.821.459
	Ingresos UPC ADICIONAL	194.371	75.130	798.067
	Subtotal Ingresos UPC + UPC Adicional	327.296.041	231.951.383	1.667.619.526
	Ingresos Recobros al FOSYGA	62.870.787	37.498.066	247.375.816
	Costos y Gastos	456.075.086	306.705.317	2.120.508.283
	Costos Totales	400.592.725	274.507.948	1.893.989.353
	Gastos Totales	55.482.361	32.197.369	226.518.930
	Gastos operacionales			
	Gastos Administrativos	41.705.553	19.595.940	132.699.845
	Otros Gastos Operacionales	6.065.715	4.830.224	27.554.756
	Total Gastos Operacionales	47.771.268	24.426.164	160.254.601
	Impuestos de rentas y complementarios/Transferencias	0	899	0
	Otros Gastos No operacionales	7.711.093	7.770.306	66.264.329
	Total Gastos No Operacionales	7.711.093	7.771.205	66.264.329
	Total Gastos	55.482.361	32.197.369	226.518.930
	Utilidad Operacional	-32.287.713	-11.199.121	582.827
	Utilidad Antes Impuestos	-38.319.303	-11.362.592	-29.690.865
	Utilidad Neta	-38.319.303	-11.363.491	-29.690.865
Afiliados	Afiliados BDUA a Septiembre 2012	747.550	582.823	3.950.428
Margen de solvencia y patrimonio tecnico	Afiliados Promedio reportado por la EPS	754.266	587.560	3.936
	Ingresos operacionales	414.532.709	289.897.404	2.021.871.155
	Factor de riesgo	0	9	0
	Valor Factor de riesgo	33.162.617	26.090.766	202.187.115
	Relacion de Gastos Operativos y Reconocidos	100	100	100
	Margen de Solvencia	33.162.617	26.090.766	202.187.115
	Patrimonio Tecnico	-37.956.566	-16.931.228	106.500.205
	SUFICIENCIA PATRIMONIAL REPORTADA POR LA EPS	-78.391.161	-43.021.994	-98.411.293
	SUFICIENCIA PATRIMONIAL CON REVISION SNS	-71.119.183	-43.021.995	-95.686.910

Grupo	Concepto	Cafesalud Eps003	Cruz Blanca Eps023	Saludcoop Eps013
Patrimonio minimo	Capital Social/Capital Fiscal/Capital Suscrito y Pagado/Capital Asignado	17.912.530	17.664.712	67.319.848
	Prima colocacion acciones	1.961.067	0	2.718.902
	Reserva Legal	213.124	293.890	0
	Perdidas del Ejercicio	-38.319.303	0	-29.690.865
	Pérdidas Acumuladas	-25.285.759	-33.144.089	-227.027.237
	Patrimonio Mínimo EPS	-43.518.341	-15.185.487	-186.679.352
	No de salarios requeridos	14.000	14.000	14.000
	Patrimonio Requerido	7.933.800	7.933.800	7.933.800
	CUMPLIMIENTO PATRIMONIAL	-51.452.141		

Tomado de: http://www.supersalud.gov.co/supersalud/LinkClick.aspx?fileticket=TP079JNJDc0%3D&tabid=443&mid=1542