



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

La responsabilidad social empresarial de las entidades del sector salud: descripción y análisis crítico de la RSE en los códigos de buen gobierno, ética y conducta de las principales entidades promotoras de salud colombianas

Karen Tatiana Ramos Mateus

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Económicas, Maestría en Administración
Bogotá, Colombia
2013

La responsabilidad social empresarial de las entidades del sector salud: descripción y análisis crítico de la RSE en los códigos de buen gobierno, ética y conducta de las principales entidades promotoras de salud colombianas

Karen Tatiana Ramos Mateus

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Administración

Director:

Profesor Luis Fernando Valenzuela Jiménez

Línea de Investigación:

Responsabilidad Social Empresarial

Grupo de Investigación:

INTERGES

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Económicas, Maestría en Administración

Bogotá, Colombia

2013

Resumen

Con el fin de analizar críticamente la RSE de las diez principales Entidades Promotoras de Salud (EPS) se describieron y compararon sus códigos de buen gobierno, ética y conducta encontrándose que el principal objeto social que asumen las EPS es la afiliación, registro y recaudo de cotizaciones de sus afiliados, su misión es el bienestar (salud) de sus usuarios y la sociedad, el principio esencial es la honestidad y las principales responsabilidades que asumen con los grupos de interés son: con los usuarios, calidad; con proveedores, objetividad; con trabajadores, bienestar laboral; con autoridades, legalidad; con accionistas, rentabilidad; con competencia, lealtad; con comunidad, rendición de cuentas; con gremios, participación; y con medio ambiente, educación y gestión de residuos. Lamentablemente, la profunda crisis que enfrenta el sistema de salud evidencia que, no en todos los casos, esas declaraciones hechas por las EPS son reales.

Palabras Clave: Responsabilidad Social, Sistemas de salud, Grupos de interés, Ética.

The corporate social responsibility of the health sector entities: description and critical analysis of CSR codes of good governance, ethics and conduct of the principal Colombian health promoting entities

Abstract

To critically analyze the CSR of the top ten Health Promotion Entities (EPS) is described and compared their codes of good governance, ethics and conduct. It was found that the main purpose is assumed by EPS is affiliation, registration and collection of contributions from its members, its mission is the welfare (health) of its members and society, the essential principle is honesty and major responsibilities undertaken with stakeholders are: to the users, quality, with suppliers, objectivity, with workers, labor welfare, with authorities, legality, with shareholder, returns, with competence, loyalty, with community, accountability, with unions, participation, and environmental education and waste management. Unfortunately, the deep crisis facing the health system evidence that not all cases, these statements made by the EPS are real.

Keywords: Social Responsibility, Health Systems, Stakeholders, Ethics.

Contenido

	Pág.
Resumen	III
Lista de figuras.....	VI
Lista de tablas	VI
Lista de abreviaturas.....	VII
Introducción	1
1. Capítulo 1.....	3
1.1 Responsabilidad Social Empresarial.....	3
1.2 Evolución histórica, pragmática y conceptual de la RSE.....	3
1.3 La RSE en el sector salud y sus entidades	10
1.3.1 Reportes de RSE en el sector salud.....	10
2. Capítulo 2.....	12
2.1 Evolución histórica de los sistemas de salud y protección social en el mundo	12
2.2 Estructura general del sistema de salud colombiano	18
2.3 Situación actual del sistema de salud colombiano	24
3. Capítulo 3.....	29
Descripción y análisis crítico de los códigos de buen gobierno, ética y conducta de las principales EPS colombianas.	
3.1 Objetivo	29
3.2 Metodología.....	29
3.3 Resultados.....	30
3.4 Discusión	36
4. Conclusiones y Recomendaciones.....	41
Bibliografía	45

Lista de figuras

	Pág
Figura 1-1 Grupos de Interés de la Empresa.....	5
Figura 1-2 Componentes del enfoque integral de la RSE.....	9
Figura 2-1 Ramas y Entidades del SGSSS colombiano a partir de la ley 100/93	20
Figura 2-2 Estructura y funcionamiento del SGSSS en Colombia.....	21
Figura 2-3 Distribución del Gasto en salud en Colombia.....	25
Figura 2-4 Los actores principales de los sistemas de salud y las oportunidades de corrupción	26
Figura 2-5 Árbol de problemas del sistema de salud colombiano.....	28
Figura 3-1 Principios y valores de las EPS.....	31
Figura 3-2 Dimensiones en las definiciones de RSE de las EPS.....	33
Figura 3-3 Grupos de interés reconocidos por las EPS.....	34

Lista de tablas

	Pág
Tabla 1-1 Las cinco dimensiones para definir RSE.....	7
Tabla 2-1 Formas de la Protección Social.....	13
Tabla 2-2 Evolución de los sistemas de atención sanitaria.....	15
Tabla 2-3 Acontecimientos Importantes en la Configuración de los Sistemas de Salud Actuales	16
Tabla 3-1 Misión de las EPS.....	30
Tabla 3-2 Objeto Social de las EPS.....	31
Tabla 3-3 Dimensiones en las definiciones de RSE de las EPS.....	32
Tabla 3-4 Iniciativas y compromisos frente a los grupos de interés.....	34

Abreviaturas

Abreviatura Término

1. RSE	Responsabilidad Social Empresarial
2. ISS	Instituto de Seguros Sociales
3. EPS	Entidades Promotoras de Salud
4. POS	Plan Obligatorio de Salud
5. SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
6. C-BG.E.C.	Códigos de buen gobierno, ética y conducta
7. OMS	Organización Mundial de la Salud
8. CID	Centro de Investigaciones para el Desarrollo

Introducción

Por más de 50 años, el sistema de seguridad social en Colombia fue una combinación del modelo de asistencia pública con el de seguridad social estatal (aseguramiento), que tenía dos actores principales: el Instituto de Seguros Sociales – ISS (para los empleados del sector privado) y Cajanal (para empleados públicos), los cuales cubrían salud y pensiones. La financiación de este sistema se basaba en transferencias del gobierno central y estaba dedicado principalmente a la atención curativa. No obstante, tenía graves problemas de ineficiencias, baja cobertura de la población e inviabilidad financiera, razones que llevaron a proponer y ejecutar una reforma.

Con la entrada en vigencia de la ley 100 de 1993, se dio paso a un “nuevo” modelo de salud que buscaba alcanzar la universalización a través de un sistema de financiación mixto, eficiencia en la administración, cultura del seguro y coparticipación del sector privado y público en la administración y prestación de los servicios, bajo la orientación y control del Estado.

Es así como entran en escena las Entidades Promotoras de Salud (EPS), que intermedian entre los usuarios del sistema y los prestadores del servicio, y cuyas funciones básicas son la afiliación y el registro de los afiliados, el recaudo de sus cotizaciones y los aportes estatales y, organizar y garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS) (Ley 100 de 1993).

Hoy en día, tras 20 años de operación del sistema, vivimos una profunda crisis del sector salud traducida en mala calidad de los servicios, fallas en la cobertura, inviabilidad financiera, altos costos por la intermediación de las EPS, crisis de la red hospitalaria, inmovilismo de las autoridades (Octava papeleta, 2010), entre otras falencias relacionadas con los intereses, la cultura y la historia de los grupos sociales del país y con las inconsistencias del modelo implementado que, prácticamente, convirtió la salud

en un bien de mercado e introdujo nuevos incentivos hacia la corrupción para los actores del sector.

Por otra parte, en el avance del discurso de la gestión de organizaciones, mucho se ha hablado sobre la Responsabilidad Social Empresarial (RSE), al igual que sobre el rol de la empresa en la sociedad, desarrollando diferentes conceptos y formas de interpretación, tanto en la teoría como en la práctica, e identificándosele, a veces, como la gran solución a los problemas sociales y ambientales que enfrenta el mundo actual y, en otras ocasiones, como una simple moda gerencial o una estrategia de mercadeo (Ariza, Gómez, & León, 2008).

Con el objetivo de analizar críticamente la RSE de las principales EPS colombianas se realiza el presente trabajo, el cual está dividido en tres capítulos: El primero corresponde a un breve marco teórico que incluye la caracterización y evolución del concepto de RSE, así como la concepción propia sobre la misma; el segundo incluye una contextualización sobre la evolución histórica de los sistemas de salud y protección social en el mundo y en Colombia, para concluir con un panorama general de la situación actual del sector salud colombiano. El tercer capítulo presenta un análisis descriptivo y crítico de la RSE de las diez principales EPS colombianas a través de sus códigos de buen gobierno, ética y conducta. Finalmente, se presenta la discusión de los resultados y las conclusiones dando respuesta a la pregunta de investigación sobre ¿qué aspectos de la responsabilidad social empresarial abordan las principales entidades promotoras de salud colombianas y cómo lo hacen? y considerando si estas iniciativas son respaldadas por la realidad del sistema o si, por el contrario, son simples intentos de legitimación social.

Capítulo 1

1.1 Responsabilidad Social Empresarial

Sobre la Responsabilidad Social (RS) se han dicho muchas cosas a lo largo de su desarrollo conceptual y práctico, identificándosele a veces como la gran solución a los problemas sociales, económicos y ambientales que enfrenta el mundo actual o, en otras ocasiones, como una simple moda gerencial pasajera (Ariza, Gómez, & León, 2008) o una estrategia de mercadeo. Por tanto conviene hacer un recorrido en la evolución del concepto para identificar qué tiene que ver y cómo se aplica en nuestro contexto (Colombia) al tema de la salud.

1.2 Evolución histórica, pragmática y conceptual de la Responsabilidad Social Empresarial

Con base en la revisión del tema que realizan autores como Berbel, Reyes, & Gómez (2007), Ariza, Gómez, & León, (2008); y Rueda & Uribe (2012), a continuación se presenta un sencillo resumen que esquematiza de forma ordenada los principales hitos y fases de la evolución de la RSE que va ligada a la evolución del concepto y el rol de la empresa en la sociedad.

- A finales del siglo XVIII y durante el siglo XIX se desarrolla la revolución industrial, donde se empiezan a despertar fuertes críticas acerca de las condiciones de trabajo y sobre el rol egoísta y racional del empresariado (Marx, 1894). Hay una ética “utilitarista” apoyada en los postulados de Adam Smith que promovían el crecimiento económico como fin principal de la actividad empresarial.
- El surgimiento de las ciencias administrativas a inicios del siglo XX, cuyos representantes más ilustres son Frederick Taylor y Henry Fayol aportaron mayor racionalidad técnica a los procesos industriales.

- La primera guerra mundial (1914-1918), la profunda crisis económica denominada “la gran depresión” (1929) y la segunda guerra mundial (1939-1945), dejaron unas condiciones sociales precarias con grandes necesidades, por lo que se empiezan a manifestar demandas sociales hacia la empresa provenientes, especialmente, de las ciencias sociales (sociología, psicología, política, entre otras).
- Dadas las difíciles condiciones, se fortalece la acción gubernamental regulatoria y toman fuerza las ideas Keynesianas, constituyéndose, primero en Europa occidental, lo que se conoció como el “Estado de Bienestar”.
Alrededor de los años 50, se gesta un “neoinstitucionalismo” jurídico, sociológico y organizacional que se contrapone a los axiomas de la economía neoclásica y se empieza a concebir a la empresa como una “coalición de intereses”.
- Argumentando su inviabilidad financiera y la pérdida de libertades individuales, paulatinamente pierde fuerza el concepto de Estado de bienestar, resurgiendo, hacia los años 70, la empresa como eje principal de la ordenación social.
Se configura la primera etapa de la RSE o *etapa de la responsabilidad-obligación jurídica y económica* de la empresa, sustentada por la afirmación de Milton Friedman, de que *“hay una y sólo una responsabilidad social de la empresa privada: utilizar sus recursos y realizar actividades que estén diseñadas para aumentar sus utilidades siempre que acate las reglas del juego”* (Friedman, 1970). Así las cosas, en occidente se empieza a generalizar la idea de que el bien público proviene de la prosperidad empresarial.
Inicia una preocupación ambiental y se realiza la “Cumbre de la tierra” en Suecia, en 1972.
- Hacia la década de los 80, los postulados neoliberales se refuerzan y conllevan al debilitamiento y la tendencia a la reducción del Estado y se imponen mayores presiones a las empresas por la obtención de resultados y por involucrar la función social con la estrategia de crecimiento económico.
Adicionalmente, crece la preocupación mundial sobre la inminente crisis ambiental y se formaliza, a través del Informe Brundtland: *“nuestro futuro común”* (1987), la discusión acerca del desarrollo sostenible (cuyos tres ejes son el social, económico y medioambiental), definiéndolo como: *“satisfacer las necesidades del presente sin comprometer las necesidades de las generaciones futuras”* (Brundtland, 1987).

- Por lo anterior, se comienza a escuchar la voz de grupos que se ven afectados, positiva o negativamente, por la actividad empresarial y, de igual forma, desean influir en ella (teoría de los stakeholders, Freeman 1984) y ejercer control ante los posibles abusos de poder¹. Además le exigen a la empresa que se anticipe a las demandas sociales y que satisfaga sus expectativas. Ésta, por su parte, responde con actividades filantrópicas lo que se conoce como la segunda etapa de la RSE o *etapa de la sensibilidad social empresarial*.

Figura 1-1: Grupos de Interés de la Empresa



Fuente: elaboración propia, basado en Duque (2009)

- En los años 90, las dinámicas neoliberalistas promueven la globalización de los mercados, lo que pone de manifiesto la necesidad de articular la RSE con la estrategia competitiva de la empresa, y a que las iniciativas sociales sean más sistemáticas y sintonizadas con las exigencias de los grupos de interés. Ésta es la tercera etapa de la RSE o *etapa de la actuación Social empresarial*.

¹ Los grupos de interés pueden ser clasificados en *stakeholders*: “constituyentes internos que tienen participación real en la compañía”, *stakewatchers* (“grupos de presión que generan influencia en la firma”) y *stakekeepers* (reguladores, que imponen control externo y reglamentaciones) (Fassin, 2009)

- De igual manera, en esta etapa se hace necesario crear diferentes iniciativas e instrumentos para generalizar, estandarizar, concretar y comunicar la RSE, las cuales se pueden clasificar en cuatro niveles (Berbel, Reyes, & Gómez, 2007): a) *Directivas, directrices, declaraciones y recomendaciones universales internacionales*²; b) *Guías de producción y metodologías de evaluación de informes y acciones de RSE*³; c) *Normas o estándares de gestión y ajuste en la implantación de la RSE*⁴; y por último, d) *Técnicas y herramientas para medir y gestionar las actuaciones de RSE*⁵.
- Se reconocen tres niveles de la responsabilidad social: a) *institucional*, “la empresa es responsable por lo que ella implica para la sociedad como pilar de relaciones sociales”, b) *Organizativo*, “La empresa es responsable por la manera en que organiza y desarrolla sus actividades...” y c) *Personal*, “la administración es el sujeto directo de responsabilidad por la manera en que gestiona y toma decisiones dando prioridad a ciertos medios para conseguir los fines”. (Berbel, Reyes, & Gómez, 2007)

De este resumen se puede inferir que han existido básicamente cuatro teorías sobre la RSE a saber (Rueda & Uribe, 2012):

- **Instrumentales:** La RSE como medio para conseguir y aumentar las utilidades.
- **Políticas:** Sobre el poder social de la empresa y su deber de actuar responsablemente en el campo político. Se considera a la empresa como un “*ciudadano corporativo*” con derechos y deberes (Bonilla, 2011).
- **Integrativas:** Las empresas deben integrar las demandas sociales de sus grupos de interés y la RSE de manera transversal en su estrategia, estructura y procesos.

² Documentos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el CSR Europa y el Pacto Mundial (United Nations Global Compact).

³ La guía GRI (Global Reporting Initiative), ISAE 3000 (International Standard on Assurance Engagements), la AA1000 (AccountAbility), el índice CCRE (Centro Colombiano de Responsabilidad Empresarial), la ISO 26000 y la GTC 180 (Guía Técnica Colombiana).

⁴ SA8000 (Social Accountability), SGE21 (sistema de Gestión Ética), ETHOS y la norma de Balance Social desarrollada por la Universidad Nacional de Colombia (sede Manizales).

⁵ Manual de Balance Social elaborado por la OIT, la herramienta elaborada por la Asociación Nacional de Industriales de Colombia (ANDI) y la Cámara Júnior de Colombia (Antioquia), índice NASCO (INA) europeo, el manual de herramientas propuesto por GEOS.

- **Éticas:** Las empresas deben asumir responsabilidades sociales como una obligación ética, en favor de los derechos universales, el desarrollo sostenible y el bien común.

Por otra parte, según el estudio de Dahlsrud (2008), las definiciones sobre RSE más citadas en la literatura, son bastante congruentes entre sí y se construyen sobre la base de cinco dimensiones principales (tabla 1):

Tabla 1-1: Las cinco dimensiones para definir RSE.

Dimensiones	Se codifica en la dimensión si se refiere a...	Freses de ejemplo.
1. Dimensión Ambiental	... el entorno natural.	<i>"Un medio ambiente más limpio"</i> <i>"Responsabilidad ambiental"</i> <i>"Incluir las preocupaciones ambientales en las operaciones empresariales"</i>
2. Dimensión Social	... Relación entre los negocios y la sociedad.	<i>"Contribuir con una sociedad mejor"</i> <i>"Integrar las preocupaciones sociales en las operaciones comerciales"</i> <i>"Considerar el alcance de su impacto en las comunidades"</i>
3. Dimensión Económica	... Aspectos socio-económicos o financieros, incluyendo la descripción de la RSE en términos de una operación de negocios.	<i>"Contribuir al desarrollo económico"</i> <i>"Preservar la rentabilidad"</i> <i>"Operaciones de negocios"</i>
4. Dimensión de las partes interesadas (stakeholders)	... Partes interesadas o grupos interesados.	<i>"Interacción con las partes interesadas"</i> <i>"Interacción de las organizaciones con sus empleados, proveedores, clientes y comunidades"</i> <i>"El trato a las partes interesadas de la firma"</i>
5. Dimensión de la voluntariedad	... Las acciones no previstas por la ley.	<i>"Basada en valores éticos"</i> <i>"Más allá de las obligaciones legales"</i> <i>"Voluntaria"</i>

Fuente: Dahlsrud, 2008. Traducción propia.

Estas categorías dan cuenta de los aspectos genéricos de la RSE, que debe tener en cuenta cualquier empresa.

No obstante, dependiendo de la afinidad filosófica y pragmática del empresario, así como de la actividad principal, el sector y el contexto en el que se desenvuelva la organización, podrían y deberían suscitarse tantas definiciones de RSE como organizaciones existan debido a que, al igual que las personas que las conforman, las organizaciones son únicas e irrepetibles pues su identidad está dada por aspectos como: localización, tamaño, época histórica en la que se desenvuelven, características del producto/servicio que ofrecen y necesidades que satisface, población objetivo, relación costo/beneficio, relaciones con otras organizaciones, influencia sobre su entorno, relaciones dialógicas dominantes, entre otras (Carvajal, 2005). Además, dicha definición debe ser una construcción de los grupos de interés que conforman cada organización en particular, por lo que deben basarse en los principios o dimensiones generales para definir la RSE pero, al mismo tiempo, deben construir una responsabilidad social propia con la cual comprometerse.

Todo esto nos lleva a reflexionar sobre el propósito de la existencia de la organización, acerca de lo cual solo se precisará que ésta es un medio para alcanzar la satisfacción de las necesidades y la consecución de los objetivos de la sociedad en su conjunto; no es un fin en sí misma. En consecuencia, la RSE debe trascender el desarrollo y crecimiento de la empresa, abarcando el logro de impacto social y ambiental a largo plazo (Martínez, 2010).

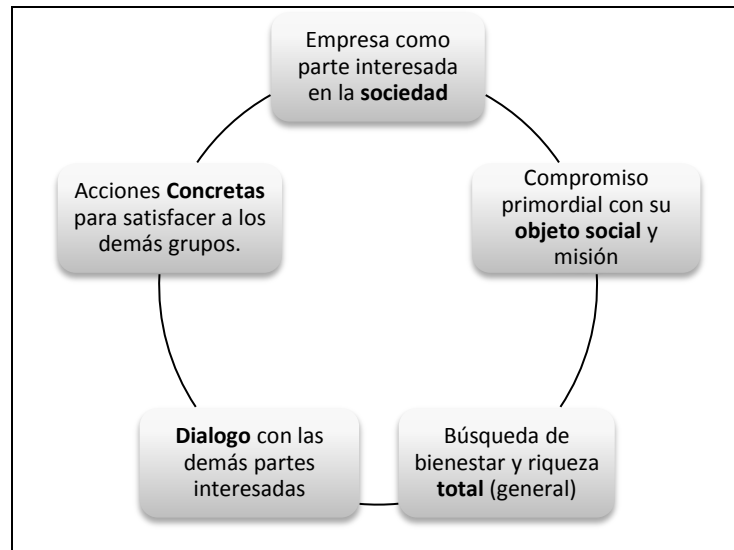
En resumen, y teniendo presente todas las precisiones hechas previamente, lo que se entiende aquí como el *enfoque integral de la RSE* (Figura 2) es aquella en la que la atención se centra en los objetivos de la sociedad, de la cual, la empresa es un actor social de gran influencia que debe asumir un compromiso real, primeramente con su objeto social y misión⁶ para la creación de bienestar social y “riqueza total” (Rodríguez, 2002), concertando, a través del diálogo⁷ con los grupos de interés, sus necesidades, intereses, valores, expectativas, derechos y deberes comunes o “universalizables”

⁶ Los que deben ser definidos colectivamente.

⁷ Diálogo de doble vía, en condiciones de simetría, reciprocidad e igualdad.

(González, 2007) y buscando satisfacerlos mediante un quehacer cotidiano ético, iniciativas y acciones concretas.

Figura 1-2: Componentes del enfoque integral de la RSE



Fuente: elaboración propia

Además, habría que añadir que, para que exista esta verdadera RSE, se requiere de un contexto específico que propenda por la emergencia de un “pacto social de Responsabilidad Social” en todos los sectores sociales, coordinación institucional y una sociedad civil socialmente responsable, participativa, protagonista, política y empoderada (Valenzuela, 2005).

1.3 La Responsabilidad social empresarial en el sector salud y sus entidades.

Normalmente, la relación más obvia que se hace entre la RSE y la salud se da en la medida en que los empresarios pagan los aportes obligatorios al sistema de seguridad social para contribuir con la salud y las pensiones de sus empleados, o por otra parte, con la implementación de un sistema de salud ocupacional para los empleados. Sin embargo, la relación entre estos dos conceptos es mucho más profunda.

Aceptando que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” la salud y el desarrollo social deben ser un objetivo fundamental que compartan todos los sectores de la sociedad y de la economía (UNESCO, 2005). Esa es la razón de ser y la principal responsabilidad que debe tener cualquier organización o empresa, relacionada o no, con el sector salud.

Pero, de manera particular, lo que se espera de una entidad aseguradora en salud, antes que la viabilidad financiera, la generación de empleo, la generación de riqueza o cualquier otro objetivo, es que organice efectivamente los procesos necesarios para que todos sus afiliados y la población en general gocen del mejor nivel de salud posible y tengan su patrimonio protegido frente a la enfermedad.

1.3.1 Reportes de RSE en el sector salud

Con el ánimo de formalizar, gestionar y comunicar la RS en las entidades del sector salud y, en cumplimiento de la ley 1122 de 2007, las instituciones aseguradoras y prestadoras del SGSSS⁸ están obligadas a “adoptar y aplicar un código de ética, conducta y de buen gobierno que oriente la prestación de los servicios a su cargo...” (Congreso de Colombia, 2007), lo que constituye una base de información en RSE comparable entre dichas entidades.

⁸Sistema General de Seguridad Social en Salud

Los códigos de buen gobierno son “un conjunto de recomendaciones acerca de la apropiada estructura de los órganos de gobierno y del adecuado comportamiento de los miembros de esos órganos” (Bueno, Alonso, & Seoane, 2004), y se hacen más necesarios en contextos en los que existe una deficiente cobertura legal (López & Pereira, 2006). Por otra parte, los códigos de ética y conducta son “una declaración voluntaria de política, valores o principios que guían el comportamiento de una empresa en función del desarrollo de sus recursos humanos, la gestión del medio ambiente y las interacciones con los consumidores, los clientes, los gobiernos y la comunidad, en el sitio donde estos operan” (CMT, 2004). Habitualmente, son elaborados de forma voluntaria y unilateral.

Por lo anterior, se infiere que los códigos de buen gobierno, ética y conducta (en adelante C-BG.E.C.) se relacionan, por su área temática, con la RSE y son una buena base informativa para conocer la conceptualización, las iniciativas y compromisos que tiene una empresa frente a sus grupos de interés.

Más adelante, luego de contextualizar brevemente sobre qué son las EPS, se retomará la concepción del enfoque integral de RSE para caracterizar y analizar críticamente los C-BG.E.C. de dichas entidades y contrastarlos con la crisis actual de la salud y el papel que han jugado las EPS en la misma.

Capítulo 2

2.1 Evolución histórica de los sistemas de salud y protección social en el mundo.

Sin lugar a dudas, la salud es uno de los aspectos más importantes en la percepción de bienestar; ésta, favorece el disfrute pleno de los derechos humanos, el desarrollo de las potencialidades de la persona y su *capacidad para llevar el tipo de vida que considera valiosa y ampliar sus posibilidades de elección* (Sen, 1997). La salud es un concepto complejo que, según la OMS (Organización Mundial de la Salud), no se limita únicamente a la ausencia de enfermedad, sino que incluye la satisfacción de las necesidades de orden físico, mental, emocional, espiritual y social, contextualizando al individuo en su entorno familiar, social, laboral, lúdico-deportivo, entre otros; además, tiene como prerequisites la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Es decir, más allá de un enfoque reduccionista, debe tenerse un concepto más holístico de la salud que reconozca diferentes niveles de la misma: individual, social y ambiental (Capra, 1982)

Desde ésta perspectiva, los servicios médicos contribuyen a mejorar la salud física del individuo y, a su vez, hacen parte de otro concepto, aún más amplio, la protección o seguridad social, que abarca distintos mecanismos para atender las necesidades de las personas cuando enfrentan eventualidades o infortunios de la vida. De igual manera que la salud, la protección social y las formas prácticas en las que se manifiesta, se han venido construyendo desde distintas ópticas y han pasado por diferentes etapas conforme evoluciona la sociedad. Basada en la clasificación que realiza Cañón (2007), a continuación se presenta una tabla que resume dicha construcción del concepto y las formas de protección social.

Tabla 2-1. Formas de la Protección Social

<p>1. ASISTENCIA Es la “ayuda” o “socorro” a una necesidad específica que se proporciona a las personas, basado en criterios como: parentesco, caridad, altruismo, solidaridad y responsabilidad individual, colectiva, social, profesional, patronal o estatal.</p>				
1.1 Asistencia familiar	1.2 Asistencia privada (caridad)	1.3 Asistencia gremial o profesional.	1.4 Asistencia pública (focalización)	1.5 Asistencia social (universalización)
<p>2. PREVISIÓN Tiene como objetivo que las personas se anticipen a los hechos y, de manera voluntaria, dispongan los recursos necesarios para atender las necesidades futuras.</p>				
2.1 Previsión individual (Ahorro)	2.2 Previsión colectiva (La mutualidad y el seguro privado)		2.3 Previsión social (Aseguramiento obligatorio de los trabajadores asalariados)	
<p>3. RESPONSABILIDAD PATRONAL POR RIESGOS SOCIALES -Basada en la existencia de una relación laboral y tiene como objetivo la protección de la fuerza laboral del sector formal.</p>				
<p>4. SEGUROS SOCIALES OBLIGATORIOS Traslada la responsabilidad por los riesgos profesionales, del contratante hacia una entidad de seguridad social.</p>				
<p>5. LA SEGURIDAD SOCIAL Basada en algunos instrumentos jurídicos y declaraciones universales como la Ley Americana (1935), Carta del Atlántico (1941), Declaración Universal de los Derechos Humanos y Declaración Americana de los Derechos del Hombre (1948), busca complementar las falencias del sistema contributivo y redistribuir los ingresos hacia los sectores marginados por el sistema.</p>				
<p>6. LA PROTECCIÓN SOCIAL - Es el concepto más general que abarca todos los anteriores y busca una protección más integral incluyendo aspectos adicionales como la salud, las pensiones, los riesgos profesionales, el bienestar familiar, la educación, la generación de empleo, entre otros.</p>				
<p>Esquema de autoría propia, basado en: Cañón, 2007.</p>				

Desde otro punto de vista, puede hablarse de tres *tipos* de protección social precisando que el paso de un tipo o modelo de protección social a otro, coincide con el avance de los derechos sociales de cada país y éste puede darse por diferentes factores como las presiones de los grupos sociales, pero también (y muchas veces son las principales razones) por intereses particulares, negociaciones políticas y por la necesidad de legitimación del Estado frente a la ciudadanía.

Los tres tipos de protección social se ampliarán brevemente a continuación en razón a que permiten ver con mayor claridad las dinámicas y el desarrollo del sistema de protección social que se han dado en Colombia.

- **Asistencialismo:** El modelo asistencialista tiene sus inicios en el siglo XIV, cuando enfermedades masivas como la peste negra pusieron en evidencia la necesidad de formar instituciones especializadas para la atención de ciertas poblaciones como los enfermos, los huérfanos y los desamparados. No obstante, el estado va asumiendo gradualmente estas funciones. Estas políticas corresponden a los estados liberales de los siglos XVIII y XIX (revolución francesa, declaración de los derechos del hombre -1793-, entre otros hechos importantes) en los que se empieza a concebir la asistencia como una “obligación social” (aún no como un derecho) al reconocer la igualdad y ciudadanía de las personas pobres.
- **Aseguramiento:** Este mecanismo surgió en el siglo XIX derivado de los sistemas mutuales y posteriormente, alrededor del año 1880, el canciller Bismarck de Alemania ideó un sistema nacional uniforme de protección social con concepción de “seguro” para el trabajador asalariado que cubría accidentes de trabajo, enfermedad, invalidez, vejez y muerte. Este modelo permitió apaciguar la presión social, promoviendo un pacto político entre el capital, que buscaba ganar gobernabilidad y legitimidad, y los trabajadores, que buscaban aumentar sus beneficios sociales.

Las tres características fundamentales del modelo Bismarckiano son: los beneficiarios son los trabajadores formales que cotizan al sistema (financiación de la demanda), el aseguramiento es público, nacional y obligatorio con contribuciones tripartitas (salariales, patronales y estatales) y, se desarrolló en el contexto de una economía de producción industrial donde la relación salarial es la forma dominante de producción.



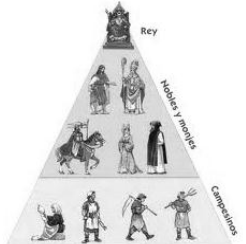

- **Cobertura Universal (universalismo):** Tras la segunda guerra mundial aumenta el sentido de solidaridad y fraternidad entre clases sociales y comienza a cobrar fuerza este sistema de seguridad social para toda la población, contra todos los riesgos. Es

así como en Inglaterra se desarrolla el plan Beveridge⁹ para luchar contra los efectos sociales de la crisis del 29 y la guerra que introdujo un sistema de protección social basado en tres pilares: unidad, universalidad y uniformidad.

- Surge un cuarto tipo de protección social denominado “neosistencialismo” que es, básicamente, la fusión de la asistencia y la provisión privada de los bienes y servicios, así como de la cobertura universal para los más pobres con el aseguramiento para la población trabajadora.

Por otra parte, los sistemas de atención sanitaria, como formas de organizar los recursos para atender las enfermedades y promover el bienestar de la población, junto con el concepto de salud han evolucionado muy estrechamente relacionados con “la manera en que se organiza el modo de producción de la sociedad” (Rossi & Rubilar) como se ilustra en la siguiente tabla.

Tabla 2-2. Evolución de los sistemas de atención sanitaria.

 <p>Agrupamiento Primitivo</p>	 <p>Sociedad Esclavista</p>	 <p>Sociedad Medieval</p>	 <p>Sociedad Capitalista</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Supersticiones como núcleo de las prácticas de salud. - Concepción mítico-religiosa de la enfermedad. - Tratamientos mágicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tres tipos de práctica médica: psicológica, resolutive y medicina para esclavos. - Clara diferenciación social. - Finalidad: Mantener la capacidad mental de los dirigentes y la 	<ul style="list-style-type: none"> - Organización de la práctica asistencial mantenía las divisiones de la jerarquía medieval: médicos de reyes y nobles, médicos de la burguesía (a domicilio) y órdenes religiosas para los 	<ul style="list-style-type: none"> - Aparecen los trabajadores libres (proletariado). - La salud tiene como finalidad la preservación de la fuerza de trabajo, la protección de la clase dirigente y la salvaguardia del

⁹ Llamado así por William Henry Beveridge quien elaboró un informe (Social Insurance and Allied Services) de las condiciones sociales del reino unido en 1942 el cual fue la base para la instauración del Estado de Bienestar, tras la segunda guerra mundial.

	fuerza física de los esclavos.	pobres (en los hospitales).	orden social.
Esquema de autoría propia, basado en Rossi & Rubilar, s.a.			

Conforme se va instaurando el sistema capitalista como principal modelo económico se hace cada vez más evidente que la fuerza de trabajo empezó a considerarse como una mercancía que se compra y se vende en el mercado laboral (Marx, 1894) y que, por lo tanto, debería poder movilizarse libremente, razón por la cual se acelera la movilización y concentración de la población en las ciudades (urbanización) donde las condiciones de vida son más precarias que en la sociedad agrícola, además de que se desvanecen los mecanismos tradicionales de “protección social” existentes hasta el momento.

El entonces nuevo paradigma del capitalismo pone al mercado como eje central de la economía, razón por la cual el estado debe asumir un papel de regulador de las relaciones mercantiles y de la competencia. No obstante, la ruptura mencionada de las redes de ayuda social, la generalización de la relación salarial, sumadas a eventos catastróficos como la segunda guerra mundial, propician que la protección social deba ser asumida gradualmente como una política estatal (Giraldo, 2007).

A continuación se presenta en forma esquemática, a manera de línea de tiempo, los acontecimientos más importantes en la configuración de los sistemas de protección social en salud como se les conoce actualmente y se hace un acercamiento al caso de Colombia.

Tabla 2-3 Acontecimientos Importantes en la Configuración de los Sistemas de Salud Actuales

Año	País	Acontecimiento
1865	Rusia	Primer servicio público de atención médica gratuito, financiado con ingresos tributarios para población campesina.
1880	Alemania	- Leyes de enfermedad y maternidad, de accidente de trabajo, y de envejecimiento, invalidez y muerte. - El canciller Bismarck ideó un sistema nacional uniforme excluyendo las compañías aseguradoras privadas con ánimo de lucro. El modelo “Bismarkiano” dio origen a un sistema estatal de políticas sociales con concepción de “seguro” para el trabajador asalariado.
1911	Gran Bretaña	Aprobación de la primera ley de Seguro Nacional de Salud.
1917	Rusia	Se creó el sistema soviético de servicio de salud, el primer sistema

		sanitario totalmente nacionalizado.
1924	Chile	El movimiento laborista impulsó la primera legislación de un seguro sanitario en un país en desarrollo.
1933	Estados Unidos	Se crea la <i>Blue Cross</i> , un seguro voluntario hospitalario.
40s – 50s	Primera Generación De Reformas: los países ricos establecieron los sistemas nacionales de atención sanitaria y los sistemas de seguro social se extendieron a los países de ingresos medios.	
1941	Costa Rica	Bases para el seguro de salud para toda la población.
1942	Inglaterra	- Plan Beveridge: El Estado se preocupa por el bienestar de los ciudadanos para luchar contra los efectos sociales de la crisis de los 30 y de la II guerra mundial. Orígenes del Estado de Bienestar. - Concepción de “servicio” para TODOS los ciudadanos
1948		- Declaración Universal de los Derechos Humanos: Derechos que el Estado tiene la responsabilidad y la obligación de llevar a la práctica, dictando las leyes y proveyendo los recursos necesarios.
60s – 70s – 80s	Debido al aumento de los costos de atención y a la falta de equidad → Segunda Generación De Reformas: Centró en la <u>atención primaria</u> el foco de acción para lograr una universalización de la cobertura.	
1978	OMS - Declaración de Alma-Ata: “ <i>Salud para todos en el año 2000</i> ”	
80s	- Cambio en la ideología. Se impulsó el neoliberalismo. - Desconfianza en la intervención estatal; cuestionamiento al Estado de bienestar. - Avance tecnológico que mejora el diagnóstico y tratamiento pero a la vez eleva los costos en salud. - Aumento en la expectativa de vida que da paso a un cambio epidemiológico con enfermedades crónicas más costosas.	
90s	Queda evidenciada la inviabilidad financiera de “brindar toda la atención” a “toda la población” → Tercera Generación De Reformas: Se busca brindar atención sanitaria esencial de calidad, definida por criterios de costo-efectividad.	
	- Emergencia de estrategias de reforma, que comprenden la organización de cuasi-mercados y la introducción de mecanismos de competencia, para mejorar el desempeño y la eficiencia de los sistemas de salud. - Las intervenciones “esenciales” deben ser garantizadas y reguladas (aunque no necesariamente provistas) por el sector público.	
	- En Latinoamérica las reformas se producen en medio de una apertura económica, desregulación de la misma, privatización del Estado, flexibilización del mercado laboral, aumento del desempleo y empeoramiento de la distribución del ingreso.	
	Reforma “ <i>Thatcher</i> ” del sistema de salud Británico: introducción de mecanismos de mercado.	
Reformas de salud en toda América Latina y el Caribe (CEPAL, 2005): <i>Brasil (1990), Cuba (1990), Chile (1991), Nicaragua (1991), Argentina (1993), Colombia (1993), Ecuador (1993), Bolivia (1994), Costa Rica (1994), México (1994), Guatemala (1995), Perú (1995), Haití (1996), Panamá (1996), Paraguay (1996), El Salvador (1999), Venezuela (1999).</i>		

	<p>Hitos de la Salud en Colombia (Guerrero, Gallego, Becerril, & Vásquez, 2011)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de 1886: el Estado asume los problemas de higiene pública pero no reconoce el servicio de atención de la enfermedad, delegando esta responsabilidad a cada ciudadano. • 1915, se expide la ley 57, de protección al trabajador privado, por medio de la cual se obligaba a las empresas a otorgar asistencia médica y farmacéutica, y a pagar indemnización en caso de incapacidad o muerte. • 1945 – 1946, Se crea la Caja Nacional De Prevención –CAJANAL- y el Instituto Colombiano de Seguro Social –ISS- que cubrían al sector público y privado respectivamente. • 1954, Creación de las Cajas de Compensación Familiar. • 1975, Creación del Sistema Nacional de Salud. • 1990, Descentralización de la salud a nivel municipal. • 1991, Reforma constitucional: Se establece el derecho a la seguridad. social, servicios de salud y saneamiento ambiental. • 1993, Ley 100, Reforma del Sistema de Salud Colombiano (ampliado a continuación) • 2001, Ley 715, dicta normas en materia de recursos y competencias de los entes territoriales para programas de alimentación, prestación de servicios de educación y salud. (Congreso de Colombia, 2001) • 2007, Ley 1122, hace modificaciones en aspectos institucionales (crea la CRES – Comisión de Regulación en Salud), de financiamiento, aseguramiento y acceso. (Restrepo, 2007) • 2011, Ley 1438, se incluyen disposiciones para la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se tiene en cuenta la atención preferente y diferencial para la infancia y la adolescencia.
--	--

2.2 Estructura general del sistema de salud colombiano.

Los modelos de protección social, que surgieron en su mayoría en países desarrollados, fueron llegando de manera tardía a los países latinoamericanos. En Colombia se instauró, a partir de los años 40 hasta los 90, un sistema que combinaba la asistencia pública, la seguridad social estatal, y la atención privada, en cabeza del Instituto de Seguros Sociales – ISS (para los empleados del sector privado) y Cajanal (para empleados públicos), los cuales cubrían salud y pensiones. La financiación de este sistema, en teoría, se basaba en transferencias del gobierno central, pero en realidad se soportaba principalmente en los aportes de trabajadores y empleadores, por lo que estaba dedicado principalmente a la atención curativa y tenía graves problemas de

ineficiencias, baja cobertura de la población e inviabilidad financiera, razones que llevaron a proponer y ejecutar una reforma.

Se introdujeron entonces mecanismos de mercado en la atención sanitaria relacionados con la emergencia del modelo neoliberal y el modelo norteamericano de “*competencia administrada*” que tiene como principio básico que los servicios sanitarios deben considerarse como cualquier otra mercancía en tanto tiene costo, precio, demanda y por tanto puede entrar en el juego de la competencia bajo la regulación del Estado. (Guzmán, 2005)

Con la ley 100 de 1993 se materializaron en Colombia estos modelos de concebir la provisión de servicios sanitarios, tras casi una década de cambios drásticos en diferentes aspectos del país como la reforma constitucional de 1991, apertura económica y comercial, desregulación financiera, flexibilización del mercado laboral, descentralización política y fiscal, focalización del gasto estatal y privatización del sector público¹⁰ (Giraldo, 2007).

Aunque es claro que hubo juegos de poder entre grupos económicos interesados en la reforma, ésta se justificó primordialmente a través del argumento de que el sistema de salud vigente en ese entonces, estaba demasiado fragmentado, “*no era financieramente viable y producía un impacto económico desfavorable; era fundamentalmente inequitativo y de imposible expansión para ampliar cobertura. Las deficiencias eran estructurales*” (Ramírez, 1992). Con el cambio se buscaba corregir dichas deficiencias a través de un modelo fundamentado en principios de eficiencia, solidaridad y universalidad que perseguía cinco objetivos principales (Cañón, 2007):

1. Cobertura universal progresiva, a través del aseguramiento obligatorio de los trabajadores y su núcleo familiar, y subsidios para la población vulnerable (mecanismos de focalización).
2. Integración del sistema mixto de financiación (contributivo y subsidiado).
3. Eficiencia en la administración (calidad, libre elección y competencia)

¹⁰Reformas introducidas en algunos países latinoamericanos (Chile, Argentina, México, Colombia) motivadas por el creciente paradigma económico del neoliberalismo e influenciadas por el consenso de Washington, y la política de “ajuste estructural” promulgada por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y del Banco Mundial (BM).

4. Creación de una cultura de seguro, ahorro, previsión, autocuidado y responsabilidad personal.¹¹
5. Aumentar la participación del sector público junto con el privado en la administración y prestación de los servicios, bajo la orientación y control del estado.

Las tres grandes ramas que confluyeron en el sistema de protección social a partir de la ley 100/93 (pensiones, salud y riesgos profesionales) y las entidades involucradas en cada una de ellas, se presentan en la Figura 3:

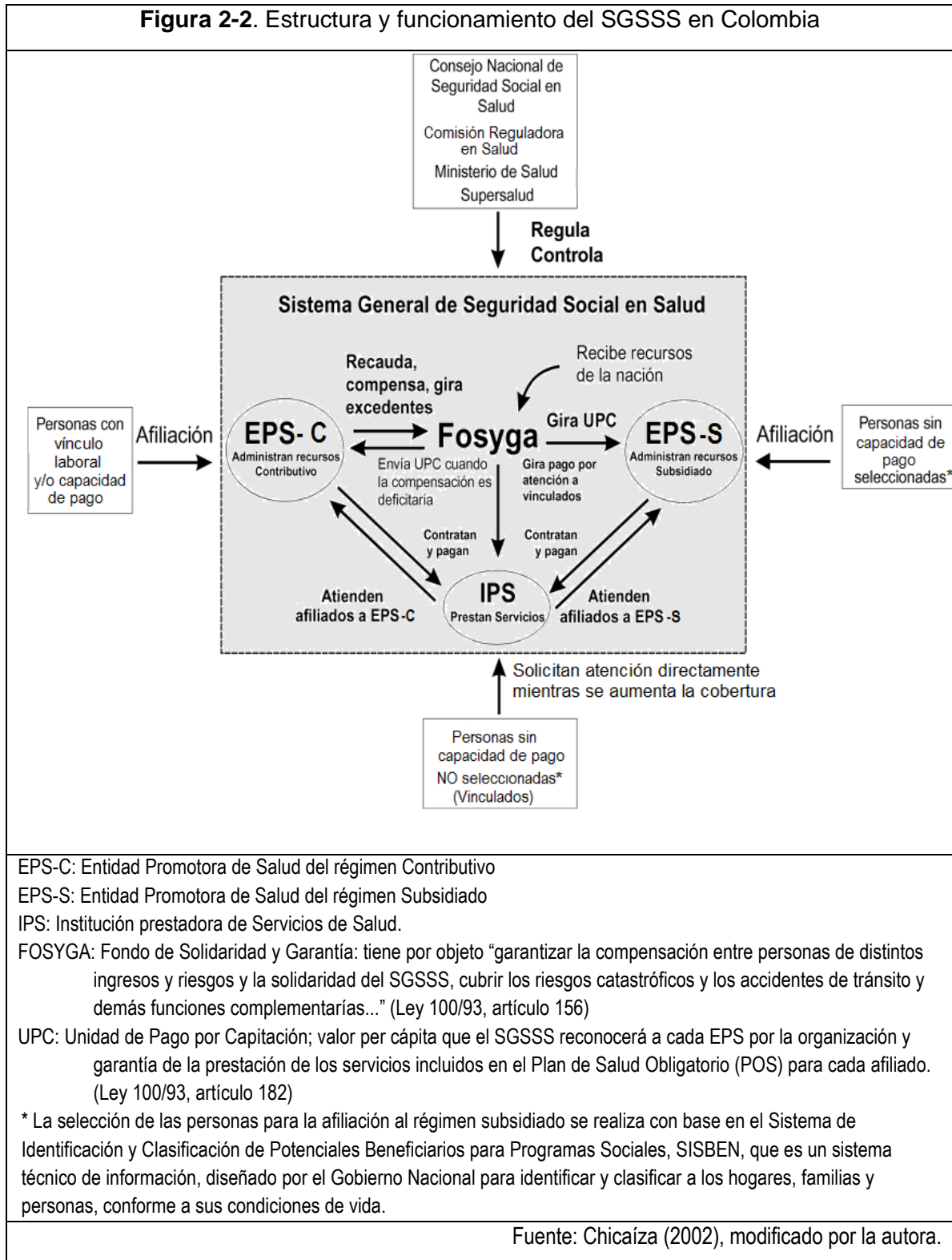
Figura 2-1. Ramas y Entidades del SGSS Colombiano a partir de la ley 100/93



Fuente: Elaboración propia basado en Ley 100 (Congreso de la República de Colombia, 1993)

Específicamente, en el ámbito de la salud, la reforma dio paso a la entrada en escena de nuevos actores en la regulación, administración y provisión de los servicios de salud, así como introdujo nuevas responsabilidades para los antiguos actores. La Figura 4, aclara los actores más importantes y sus respectivas funciones en el sistema.

¹¹ Objetivo que jamás se llevó a cabo.



EPS-C: Entidad Promotora de Salud del régimen Contributivo
 EPS-S: Entidad Promotora de Salud del régimen Subsidiado
 IPS: Institución prestadora de Servicios de Salud.
 FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía: tiene por objeto “garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del SGSSS, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias...” (Ley 100/93, artículo 156)
 UPC: Unidad de Pago por Capitación; valor per cápita que el SGSSS reconocerá a cada EPS por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio (POS) para cada afiliado. (Ley 100/93, artículo 182)

* La selección de las personas para la afiliación al régimen subsidiado se realiza con base en el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales, SISBEN, que es un sistema técnico de información, diseñado por el Gobierno Nacional para identificar y clasificar a los hogares, familias y personas, conforme a sus condiciones de vida.

En este contexto es que se conforman las Entidades Promotoras de Salud (EPS), creadas con el fin de garantizar la “libre escogencia” por parte de los afiliados y con

funciones como el recaudo de las cotizaciones, afiliación de los usuarios, organización del acceso de los usuarios a los servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS) y controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Sin embargo, a pesar de que se dice que la reforma “*respondía a las nuevas realidades y retos impuestos por la transición en salud que experimentaba el país, estaba acorde con las teorías, experiencias y tendencias modernas sobre reformas de los sistemas de salud y era coherente con las opiniones y recomendaciones de muchos expertos en regulación y reforma de sistemas de salud*” (Céspedes, Jaramillo, & Castaño, 2002), así como otros argumentos esgrimidos por los artífices de la reforma, los cuales están compendiados en documentos como la exposición de motivos de la ley 100 y el “pluralismo estructurado”¹² de Londoño & Frenk (1997), la teoría y la realidad de estos 20 años de experiencia bajo el sistema de competencia regulada, demuestran ampliamente que la ética y la filosofía del mercado no es enteramente aplicable a la salud ni a los servicios sanitarios.

Desde el punto de vista teórico, es sabido que existen ciertas precondiciones para que pueda funcionar un mercado en condiciones de competencia perfecta tales como:

- Ambos lados del mercado deben detentar información perfecta.
- El comportamiento de los agentes debe ser racional desde la óptica económica: buscar la máxima satisfacción por una parte (los pacientes) y el máximo beneficio por otra (las aseguradoras).
- Productores y consumidores deben ser anónimos: productos no diferenciados y consumidores soportando las mismas condiciones.
- Oferentes y demandantes deben ser numerosos.
- Nada debe impedir el acceso o la salida del mercado a quien quiera hacerlo.

No obstante, está suficientemente documentado por autores como (Arrow, 1963; Guzmán, 2005; Gisbert, 2002) que existen fallos múltiples y sistemáticos del mercado en la provisión de servicios sanitarios en razón a las características inherentes a este tipo de bienes/servicios tales como:

¹² Concepto que se formalizó posterior a la reforma.

- Incertidumbre, dado que la demanda se origina, no en una condición estable sino, en acontecimientos irregulares e impredecibles. Además, para el paciente hay incertidumbre acerca de la eficiencia de los tratamientos porque la curación es un hecho incierto.
- Información asimétrica: El “agente” (profesional de la salud), aunque no es dueño del conocimiento, sí es administrador del mismo y está en la disyuntiva entre seguir sus propios intereses o los del paciente. Además, no hay manera de que el paciente pueda establecer una calificación objetiva de la calidad de los servicios de salud.
- Falta de racionalidad del “consumidor”, pues los pacientes y sus familias no son agentes racionales en el sentido del mercado y no cuentan con información completa. Adicionalmente, median factores como el temor, el dolor, y el amor, entre otros, que le impiden ser estrictamente racional en su toma de decisiones.
- Condiciones de la oferta y formas de competencia imperfecta: Existen monopolios en la prestación de algunos servicios sanitarios. Además, hay restricciones a la entrada como oferente al mercado de servicios de salud y a la gama de calidades ofrecida, dadas por la obligación de autorización legal para el ejercicio de la profesión, prohibición de sustitutos del médico, entre otras.
- La salud es un bien social (no un bien común) en tanto es un requerimiento fundamental para lograr el desarrollo del potencial humano. De allí las consideraciones éticas de que sea administrado y provisto según la ética mercantil. Por su parte, algunos bienes y servicios de la atención sanitaria son meritorios y generan externalidades por lo que no representan atractivo para los aseguradores privados quienes procurarán excluir a los pobres y a los menos saludables habida cuenta de que su meta como empresarios es maximizar el retorno de su inversión y de que los principios del aseguramiento consisten en *“la evaluación sistemática, la selección y la clasificación y valoración del riesgo”*.

Con base en lo anterior se puede considerar que si bien los principios de mercado no son contrarios a la ética en sí mismos, no funcionan, ni teórica ni prácticamente, de manera satisfactoria y justa para todos los bienes/servicios, como es el caso de la salud, como quedará señalado en la siguiente sección.

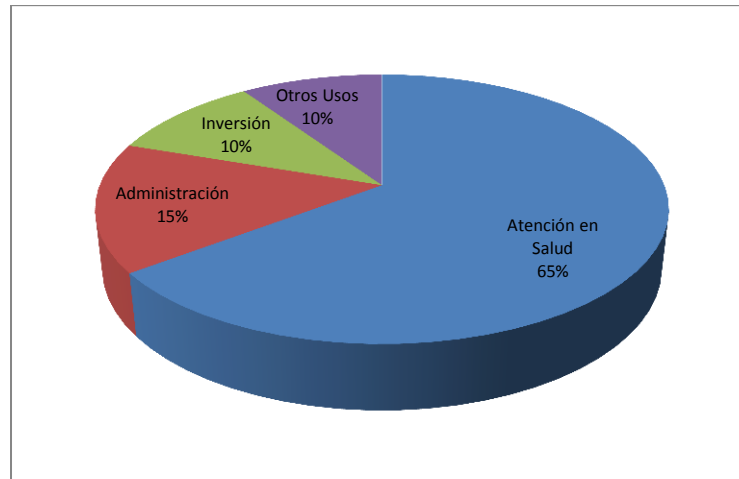
2.3 Situación Actual Del Sistema De Salud Colombiano

Hoy en día, transcurridos 20 años de la entrada en vigencia de la ley 100, el panorama es desalentador puesto que, no solo no se han cumplido las promesas y los objetivos de la reforma, sino que se sigue presentando una violación sistemática al derecho a la salud evidenciada en:

- Coberturas que aún no alcanzan la universalización (MinSalud, 2012): a diciembre de 2012 se reportó cobertura nacional del 95,7% (44'592.311 afiliados) con grandes desviaciones en algunos departamentos, como Vaupés y Amazonas que sólo alcanzan 58.2% y 69.3 de cobertura total, respectivamente.
- Inviabilidad financiera¹³: Para el año 2000 se planeaba alcanzar una distribución de 70% de la población afiliada al régimen contributivo que subsidiaría, junto con los aportes del gobierno, al 30% restante, afiliada al subsidiado. Sin embargo dicha relación actualmente está invertida; el 44,6% de los afiliados corresponden al contributivo, 50,4% al subsidiado y 5% a los regímenes especiales.¹⁴ (MinSalud, 2012)
- Altos costos generados por la intermediación de las EPS: Según el estudio “*Cuentas de Salud de Colombia 1993 – 2003*” (Barón L, 2007), el gasto en salud en Colombia para el periodo señalado se distribuía de la siguiente manera:

¹³ El modelo está basado en la generalización del asalariamiento, pero gracias a las leyes para la flexibilización laboral el empleo formal ha disminuido.

¹⁴ Sólo en 7 de los 33 departamentos el porcentaje del contributivo supera al del subsidiado; estos son: Antioquia, Bogotá, Cundinamarca, Risaralda, Santander, Valle y San Andrés.

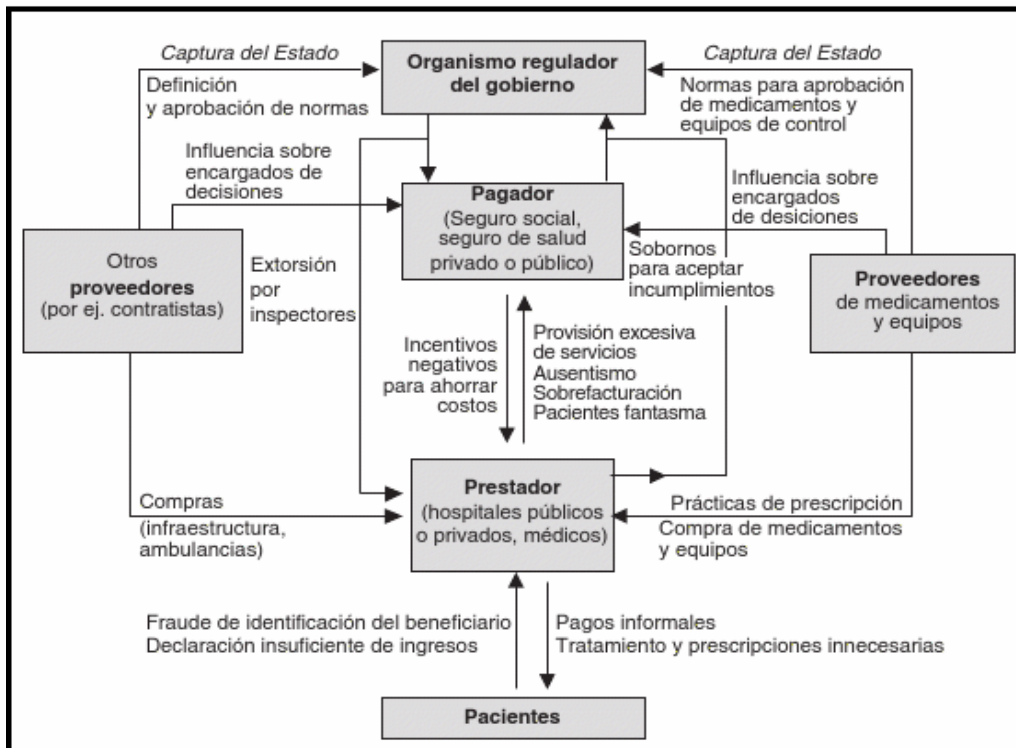
Figura 2-3. Distribución del gasto en salud en Colombia

- Es decir que, entre el gasto de administración, y los “otros usos” (*“actividades o programas que no son directamente de salud pero que si se financian con recursos que se recaudan en nombre de la salud”*), la intermediación de las EPS consume 25% de los recursos destinados a la salud.
- Crisis de la red pública hospitalaria revelada por la iliquidez y el débil desarrollo técnico-científico (Eslava, 2002), debidos a múltiples causas entre las que se encuentran: *“crecimiento desmesurado de las plantas de personal, nóminas paralelas, despilfarros, actos de ineficiencia administrativa y franca corrupción, falta de una política pública hospitalaria, convenciones colectivas que desangran el presupuesto, modalidad de contratación de servicios que incentiva la ineficiencia, transformación de subsidios de oferta en subsidio a la demanda, régimen de transición prolongado en la seguridad social, proliferación de IPS privadas, falta de universalidad en el aseguramiento, entre otros”* (Jervis, Orozco, & Olivares, 2011)
- Fallas en la calidad: Según la *encuesta de evaluación de los servicios de las EPS* (MinSalud (2), 2012), aún se presentan fallas en aspectos como la oportunidad, sobre todo para autorizaciones (34% dice que es mayor a 30 días) y servicios especializados (24% entre 11 y 30 días, y 19% más de 30 días), 45% de los encuestados consideran a su EPS como regular o “la peor”; Por otra parte, las barreras de acceso persisten y parecen incrementarse pues ha disminuido el porcentaje de utilización de los servicios de salud (excepto en el subsidiado) y se han detectado barreras en diferentes niveles (Vargas L,

2009): Barreras relacionadas con los principios del modelo de competencia gestionada, con las políticas de aseguramiento, con las aseguradoras, con la red de prestadores de servicios y con las características de la población; barreras que afectan a toda la población aunque en diferente medida dependiendo el régimen (subsidiado o contributivo) y el entorno (rural o urbano).

Adicionalmente, como lo afirman Savedoff & Hussmann (2006), el mercado de la salud es uno de los más propensos a la corrupción dada su gran incertidumbre, información asimétrica, variedad, dispersión y complejidad en las relaciones de los actores involucrados (Figura 2-4), dificultad de seguimiento y control, concesión a entes privados las funciones públicas y en especial por el gran volumen de dinero público que maneja.

Figura 2-4. Los actores principales de los sistemas de salud y las oportunidades de corrupción



Fuente: (Savedoff & Hussmann, 2006)

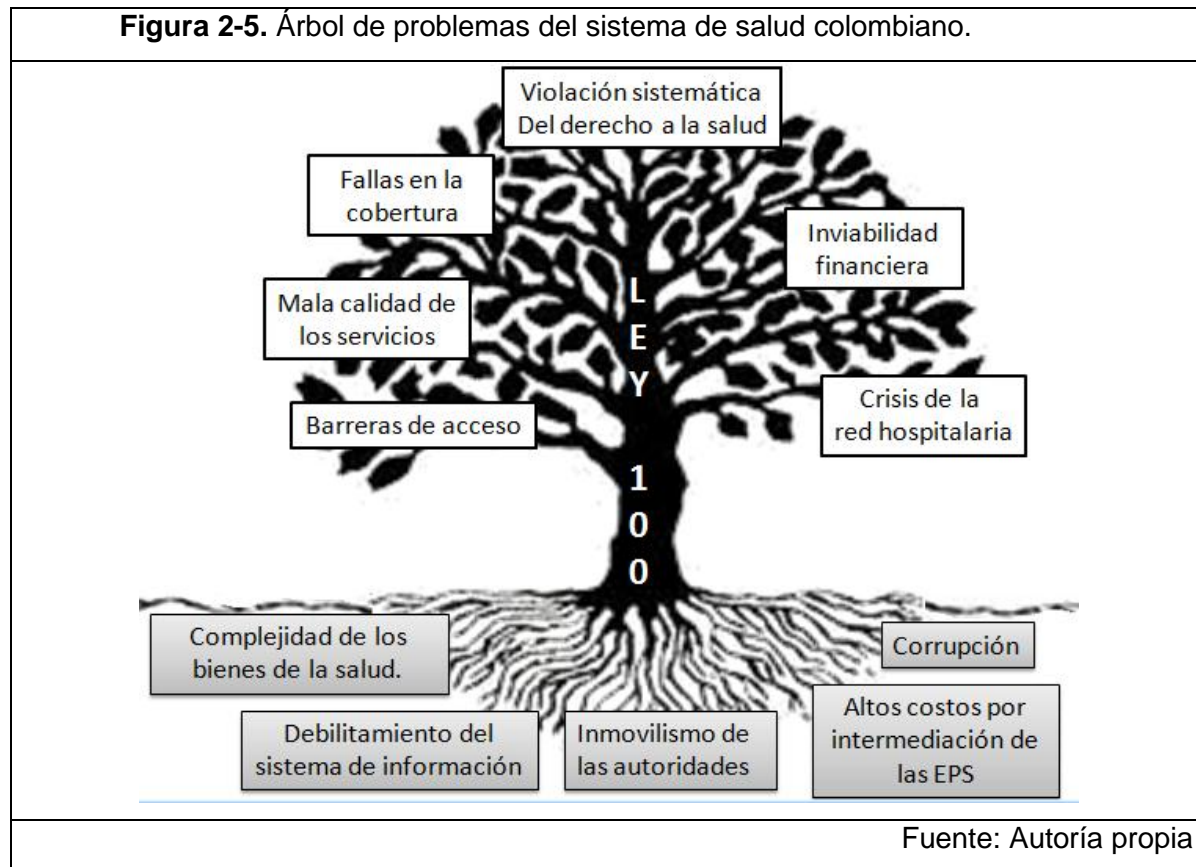
Como se evidencia en la figura 2-4, en todos los niveles e interacciones entre los actores del sistema de salud se presentan oportunidades de corrupción, que en Colombia han sido “aprovechadas” de manera evidente.

A partir de los hallazgos del estudio realizado por el CID¹⁵ de la Universidad Nacional de Colombia, que en mayo del 2011 encontró un sobre costo del 24 por ciento en los servicios de salud que las EPS prestan a sus afiliados, se conoció un enorme desfaldo a la salud (alrededor de 4,5 billones de pesos) en el cual se vieron implicadas varias EPS, del régimen contributivo y subsidiado por igual, bajo diferentes modalidades de fraude como: recobros ilegítimos al Fosyga por personas no afiliadas, muertas o inexistentes, afiliación doble, sobre costos de medicamentos (el precio de los medicamentos representó el 80 por ciento del total del incremento del costo de los servicios médicos.) y procedimientos de hasta 1000%, cambio de nombre a los procedimientos para realizar cobro repetido de facturas, venta de medicamentos en el mercado negro, exigencia de comisión por intermediación en los trámites de recobro, provisión de medicamentos e insumos de contrabando, tutelas falsas, creación de IPS ficticias, abuso de posición dominante por su integración vertical, presión gremial para negociación de precios y pagos, intermediación laboral con cooperativas de trabajo asociado de su propiedad, entre otros actos de franca corrupción. (El Tiempo, 2011)

Caso notable el de Caprecom, la última EPS estatal que queda en Colombia y el del Grupo SaludCoop, uno de los más grandes del país (suma más de 30 entidades), intervenido por multimillonario detrimento patrimonial, entre otros cargos.

Utilizando la metodología de “árbol de problemas” que aplica tanto a ciencias sociales como a ciencias de la salud, la figura 2-5 hace un diagnóstico resumido de la situación actual del sistema de salud de Colombia, identificando en las raíces, las causas de la situación y en las ramas, las consecuencias.

¹⁵ Centro de Investigaciones para el Desarrollo: Unidad de Investigación, Extensión y Divulgación de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Tiene como misión analizar, producir y socializar conocimientos de las ciencias sociales, económicas y empresariales que respondan a los retos de la sociedad colombiana, así como a sus problemas regionales, nacionales e internacionales. <http://www.cid.unal.edu.co>



Cabe aclarar que el diagnóstico presentado, que pone de manifiesto las fallas del mercado regulado para la provisión de servicios de salud en Colombia, no implica directamente que la alternativa obvia, es decir, la provisión pública de dichos servicios, sea preferible o mejor. Aunque un estudio comparativo sobre las características e implicaciones de ambos mecanismos excede el alcance del presente trabajo, es preciso establecer que, tanto la provisión privada de servicios sanitarios como la pública, tienen ventajas y desventajas que deben intentar ser articuladas de tal forma que se obtengan los mayores beneficios para la sociedad en general en términos de su nivel de salud.

Hecha la aclaración, y a la luz de la conceptualización que se hizo en el capítulo 1 sobre el enfoque integral de la RSE, a continuación se presenta un análisis descriptivo y crítico de los códigos de buen gobierno, ética y conducta de las diez principales EPS colombianas, para sacar conclusiones al contrastar esta información con la realidad actual del sistema de salud colombiano y el papel de las EPS en la crisis del mismo.

CAPITULO 3

Descripción y análisis crítico de los códigos de buen gobierno, ética y conducta de las principales EPS colombianas

3.1 Objetivo

Describir y analizar críticamente los C-BG.E.C. publicados por las principales EPS colombianas a la luz del enfoque integral de RSE.

3.2 Metodología

3.2.1 Se seleccionaron como muestra a las ocho principales EPS del régimen contributivo en términos de número de afiliados¹⁶. Dichas EPS, en orden descendente, son: a) SaludCoop EPS, b) Coomeva S.A., c) La Nueva EPS S.A., d) Salud Total S.A., e) Famisanar LTDA., f) EPS Suramericana S.A., g) EPS Sanitas S.A. y h) EPS Servicio Occidental de Salud S.A; Adicionalmente, se incluyó a la principal EPS del régimen subsidiado: i) Caprecom y una del régimen especial universitario j) UNISALUD¹⁷ por ser de interés para la autora, para un total de nueve (10) entidades analizadas.

¹⁶ Las ocho EPS del contributivo incluidas representan el 81,5% del número de afiliados del régimen contributivo, y el 36% del total de afiliados del sistema de salud. (Superintendencia Nacional de Salud, 2010)

¹⁷ Aunque por algunas características particulares, UNISALUD deba ser concebida más como una EAPB (Entidad Administradora de Planes de Beneficios) que como una EPS.

3.2.2 Se realizó la búsqueda de los C-BG.E.C. publicados en la página web¹⁸ de cada una de las EPS seleccionadas.

3.2.3 Se compararon los documentos de las EPS, caracterizando de forma separada seis categorías obtenidas de los criterios académicos principales de RSE¹⁹: a) misión, b) objeto social, c) principios y valores, d) definiciones de RSE (si las hay), e) grupos de interés reconocidos formal y explícitamente como tales y f) iniciativas, declaraciones y compromisos de las EPS frente a cada uno de los grupos de interés.

Se realizó una distribución de frecuencias absolutas (*fi*) y relativas (*ni*) en cada categoría para obtener el valor de la agrupación de datos.

3.2.4 Posteriormente, se contrastó la información obtenida, con el enfoque integral de RSE (presentado en el capítulo 1) para realizar la discusión y sacar las conclusiones.

3.3 Resultados²⁰

a) *Misión (tabla 3-1)*

	Categoría	fi	ni
a	Bienestar/ salud/ Calidad de vida de sus usuarios y la sociedad.	8/10	0.8
b	Asegurar la sostenibilidad/Rentabilidad de la compañía	4/10	0.4
c	Prestación de servicios de calidad.	3/10	0.3
d	Fomento del desarrollo de los colaboradores/reconocimiento del talento humano.	3/10	0.3
e	Administrar recursos y gestionar riesgo	3/10	0.3
f	Valorar la relación/generación de valor para las partes interesadas	2/10	0.2

¹⁸ Se asume que la página web es uno de los principales medios para dar a conocer, sin restricciones, las políticas e iniciativas empresariales.

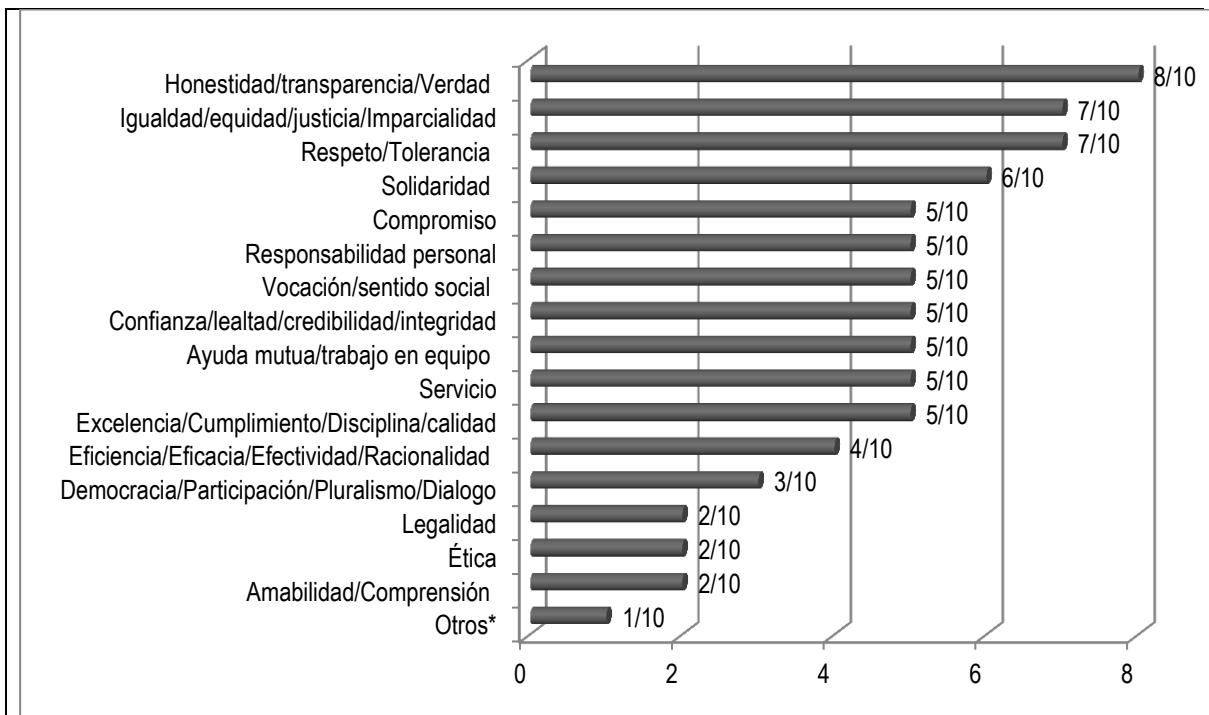
¹⁹ Las opciones de respuesta en cada categoría no son mutuamente excluyentes. Es decir, las entidades pueden referenciar más de una opción a la vez, razón por la cual cada categoría de respuesta tiene un máximo de 10/10 (por ser 10 EPS el tamaño de la muestra), pero la sumatoria de todas las categorías frecuentemente será mayor a éste número.

²⁰ Fuentes: (Cardona Uribe, 2007), (Castro Cantillo, 2007), (Famisanar EPS), (Grupo coordinador proyecto ética UNISALUD, 2011), (Junta directiva de Coomeva EPS S.A., 2007), (Ministerio de la protección social & Caprecom, 2011), (Wilches Rozo, 2009), (SURA, EPS, 2011), (Sanitas, EPS, 2007), (SOS, EPS, 2007)

b) Objeto Social (tabla 3-2)

	Categoría	fi	ni
a	Afiliación, registro y recaudo de las cotizaciones de los afiliados.	7/10	0,7
b	Articulación de servicios (contenidos en el POS) de salud.	7/10	0,7
c	Gestión del riesgo en salud	4/10	0,4
d	Plan complementario de salud	4/10	0,4
e	Prestación de servicios de salud.	3/10	0,3
f	Administración del riesgo financiero, Articulación de servicios de riesgos profesionales, Representación del afiliado frente a los demás actores, Actuar como AFP (pensiones), funciones de ARP (Riesgos profesionales)	1/10	0,1

c) Principios y Valores (figura 3-1)



* Otros: Innovación, Liderazgo, Desburocratización / descentralización, Humildad, Prudencia, Gratitud, sentido de pertenencia, Conocimiento, sentido común.

d) *Definición de RSE*

Para el análisis de las definiciones de RSE de las EPS²¹, inicialmente se utilizaron las 5 categorías que Dalshrud en el 2008 encontró que soportaban la definiciones más citadas en la literatura de su momento (presentadas en el capítulo 1) y se incluyó una dimensión adicional: dimensión de la gestión, que se encontró en las definiciones de las EPS (tabla 3-3).

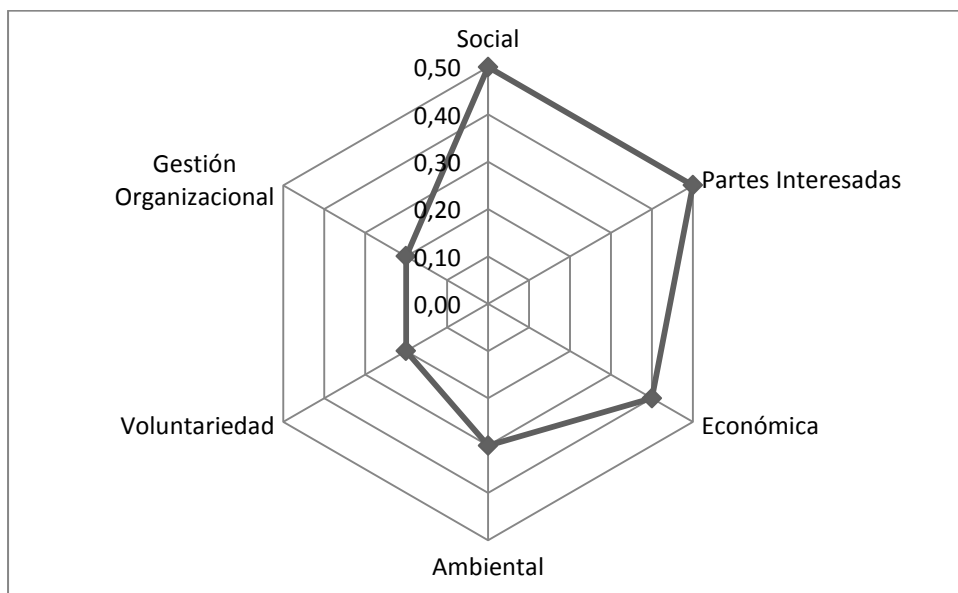
Dimensiones	Freses de ejemplo.	fi	ni
1. Dimensión Social	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“Incluye la dimensión social”</i> - <i>“Promover una sociedad activa... y construir juntos un futuro lleno de oportunidades y progreso para las generaciones presentes y futuras”</i> - <i>“sostenibilidad del país desde lo social”</i> - <i>“Que el desarrollo de su objeto social se opere de una manera responsable desde un punto de vista social”</i> - <i>“prevaleciendo el bien común por encima del interpes particular”</i> 	5/1 0	0,5
2. Dimensión de las partes interesadas stakeholders	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“Buscando la creación de valor y el mejoramiento social para sus grupos de interés...”</i> - <i>“escuchar, responder y superar las expectativas de nuestros grupos de interés y generar... relaciones sólidas de largo plazo...”</i> - <i>“... promover la responsabilidad social en cada uno de los grupos de interés...”</i> - <i>“...asegurar satisfacción de los afiliados y permitir el desarrollo... de sus empleados”</i> - <i>“cumpliendo las expectativas de nuestros clientes”</i> 	5/1 0	0,5
3. Dimensión Económica	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“Incluye la dimensión económica”</i> - <i>“sostenibilidad del país desde lo económico”</i> - <i>“Que el desarrollo de su objeto social se opere de una manera responsable desde un punto de vista económico”</i> - <i>“mediante el manejo eficiente de los recursos”</i> 	4/1 0	0,4
4. Dimensión Ambiental	<ul style="list-style-type: none"> - <i>“Incluye la dimensión ambiental”</i> - <i>“sostenibilidad del país desde lo ambiental”</i> 	3/1 0	0,3

²¹ Solo 5 de las 10 EPS analizadas explicitan la RSE que asumen, en su código de buen gobierno, ética y conducta; éstas son: Coomeva EPS, Nueva EPS, Suramericana S.A., EPS Sánitas y Caprecom EPS.

	- “Que el desarrollo de su objeto social se opere de una manera responsable desde un punto de vista ambiental”		
5. Dimensión de voluntariedad	- “Es una forma ética y solidaria de desarrollarse e interactuar de forma integral” - “Es una obligación de realizar los mejores esfuerzos, para conseguir el logro de los objetivos institucionales”	2/1 0	0,2
6. Dimensión de la gestión.	- “Es una manera de ser y de entender los negocios que se integra a la misión, visión, valores y principios...” - Asegurar que sus procesos y productos generen satisfacción...	2/1 0	0,2

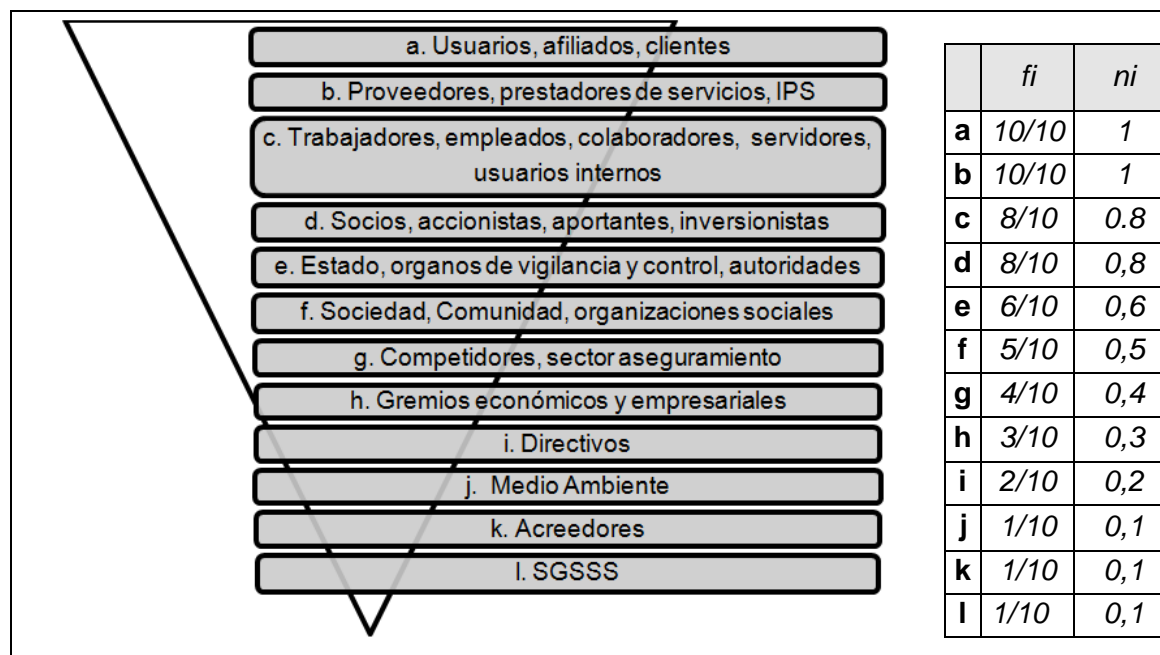
Para demostrar de manera más gráfica el peso que tiene cada categoría dentro de los datos agregados de las definiciones de RSE documentadas por las EPS, en la figura 3-2, se evidencia la preponderancia de las dimensiones, social y de las partes interesadas.

Figura 3-2. Dimensiones en las definiciones de RSE de las EPS



e) Grupos de interés reconocidos explícitamente

Figura 3-3. Grupos de interés reconocidos por las EPS



f) Iniciativas, declaraciones y compromisos frente a los grupos de interés.

Tabla 3-4. Iniciativas y compromisos frente a los grupos de interés

Grupo	Iniciativas y compromisos	Fi	ni
a. Usuarios, afiliados, clientes	Atención de Calidad (calidez, oportunidad, profesionalismo, integralidad)	9/10	0,9
	Reconocer y asegurar sus derechos, establecidos por ley/ Defensoría del usuario	8/10	0,8
	Buscar su satisfacción/ seguimiento a quejas y reclamos	7/10	0,7
	Comunicación/ Participación: "Asociación de Usuarios", Representación en la junta directiva, Veeduría	7/10	0,7
	Información suficiente y veraz /Asesoría	5/10	0,5
	Proteger sus intereses	3/10	0,3
	Derechos y deberes del afiliado	3/10	0,3
	Otros: Educación, Dar buen uso a los recursos del sistema	1/10	0,1
b. Proveedores/ Prestadores de servicios/ I.P.S.	Contratación transparente /imparcial /objetiva	10/10	1
	Mutuo beneficio	5/10	0,5
	No negociar con personas con comportamientos cuestionables	5/10	0,5
	Cumplimiento de compromisos y disposiciones legales	4/10	0,4

	Lograr su compromiso / seguimiento a calidad	3/10	0,3
	Otros: Relaciones de cordialidad, Respeto por sus decisiones, Fomentar una activa comunicación y participación, Información sobre criterios de auditoría de cuentas.	1/10	0,1
c. Trabajadores/ Empleados/ colaboradores/ servidores/ Usuarios internos	Bienestar laboral: Capacitación, Políticas de salud y seguridad en el trabajo, Desarrollo profesional, Involucrar a la familia del trabajador.	8/10	0,8
	Respeto de ley laboral y contrato de trabajo	6/10	0,6
	Contratación /promoción /evaluación objetiva	6/10	0,6
	Promoción de los derechos y deberes de los colaboradores	4/10	0,4
	Participación/Dialogo	4/10	0,4
d. Socios/ Accionistas/ Aportantes/ Inversionistas	Viabilidad financiera/protección de capital/equilibrio económico/ retorno sobre el patrimonio	8/10	0,8
	Fomentar una activa participación/ poder de decisión	5/10	0,5
	Trato equitativo para accionistas	5/10	0,5
	Información	4/10	0,4
	Respeto por los derechos e intereses de los accionistas	4/10	0,4
	Otros: Control Interno, Confidencialidad	1/10	0,1
e. Estado/ Órganos de vigilancia y control/ Autoridades	Acato a la normatividad vigente en el país	7/10	0,7
	Cooperación y suministro de información veraz y oportuna	5/10	0,5
	Articulación con los fines y programas del estado	3/10	0,3
	Cultura de autocontrol/ Normas éticas	3/10	0,3
	Medidas anticorrupción	2/10	0,2
	Representación en la junta directiva	1/10	0,1
f. Comunidad/ Sociedad/ Organizaciones sociales.	Información/ Rendición de cuentas	5/10	0,5
	Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad	4/10	0,4
	Participación/ control social	4/10	0,4
	Lucha antipiratería/ derechos de autor	3/10	0,3
	Lucha anticorrupción	3/10	0,3
	Patrocinio de actividades sociales, educativas, formativas, Culturales y deportivas	2/10	0,2
	Otros: Atención de sugerencia, quejas y reclamos, Mejoramiento del SGSSS, Promoción de la afiliación al SGSSS, Generación de empleo, Crecimiento financiero de	1/10	0,1

	la Empresa, Protección de los derechos fundamentales, Mutuo beneficio, No intervenir negativamente, respeto a los derechos humanos.		
g-h. Competencia/ Sector aseguramiento/ Gremios empresariales	Competencia leal	6/10	0,6
	Relaciones armónicas, cooperación, Comunicación, Transparencia	1/10	0,1
i. Directivos	Responsabilidades de los directivos y administradores	8/10	0,8
j. Medio Ambiente	Gestión integral de residuos	7/10	0,7
	Capacitación /educación ambiental	6/10	0,6
	Ahorro / Consumo racional de recursos naturales	3/10	0,3
	Uso de tecnología limpias y materiales reciclables	3/10	0,3
	Exigir gestión ambiental a sus prestadores	2/10	0,2
	Otros: Autodiagnóstico, Reforestación, Reparación del daño ambiental, Cumplimiento de requisitos legales, Protección.	1/10	0,1
k. Acreedores		0	0,0
l. SGSSS	Contribuir a la formación de la normatividad que regula el SGSS	1/10	0,1

Adicional a lo anterior, 5 de las 10 entidades dicen tener un sistema de gestión ética, y sólo 2 de 10 referenciaron haber hecho una construcción “colectiva” (no unilateral) o concensuada de los códigos de buen gobierno ética y conducta.

3.4 Discusión

En lo referente a los aspectos de la plataforma estratégica de las EPS en cuestión, sin lugar a dudas, la **misión** que identificaron las entidades es la que se espera de ellas, es decir, la razón de ser de una entidad promotora de salud es (como su nombre lo sugiere) promover la salud, el bienestar y la calidad de vida, no solo de sus afiliados sino de la sociedad en su conjunto. Sin embargo, se evidenció que en la misión de las entidades, se encuentran actividades que no corresponden al *deber ser* sino a asuntos operativos secundarios. Es decir, existe cierta confusión entre los fines y los medios de las entidades, confusión que, lamentablemente, se ve ratificada con el panorama actual del sector salud presentado anteriormente, que sugiere que algunas empresas aseguradoras

no están dando prioridad a sus procesos misionales, sino a otros como “*asegurar la sostenibilidad/ rentabilidad de la compañía*” o “*administrar recursos y gestionar riesgo financiero*”, dentro del marco legal, y la gestión de recobros y otras actividades completamente ajenas a la razón de ser de dichas compañías.

Responsabilidad social sería que las EPS se encargaran, prioritariamente, de facilitar el acceso, el bienestar y la salud de la población y, una vez cumplido a cabalidad este objetivo, se dedicaran a otras formas de mejoramiento social. Antes NO.

Algo similar se mostró en cuanto al **objeto social** el cual, en términos generales, parece estar bien direccionado excepto por el hecho de que surgen ítems que exceden el propósito de una EPS, como lo es la prestación de los servicios de salud directamente, lo que ha llevado a que las entidades descuiden sus funciones esenciales como articuladoras de servicios y a que se generalice la integración vertical que, aunque tiene algunas ventajas corporativas, como se explicó en el capítulo 2 abona el terreno para la corrupción vía *transferencia de precios*.

Por otra parte, los **principios y valores** expresados se articulan positivamente con los del SGSSS. No obstante, es curioso ver cómo las entidades aseguradoras reconocen que los valores principales de su quehacer son la honestidad, transparencia y verdad, hecho plausible, puesto que éste es un sector que maneja los recursos destinados a uno de los principales derechos del ser humano: la salud, estrechamente relacionado con el derecho fundamental a la vida. La paradoja es que, aunque los recursos destinados a la salud actualmente alcanzan sus niveles más altos, nunca antes el sistema había estado en una crisis tan profunda, y esto debido, en gran parte, a la intermediación y la corrupción de algunas EPS.

También se evidenció que las **definiciones de RSE** de las EPS coinciden con las 5 categorías de Dalshrud (social, partes interesadas, económica, ambiental y voluntariedad) y adicionalmente presentan elementos que generan una nueva categoría: la RSE como una forma de gestión organizacional. Lo anterior contribuye al entendimiento de que la RSE no es una actividad aislada o independiente, sino que debe ser la manera cotidiana como se toman las decisiones, como se organizan los procesos, como se definen las prioridades, etc. Así mismo, se vio que aunque las definiciones se identifiquen con las categorías propuestas, aún no existe una clara tendencia de las EPS

por generar una concepción propia de la RSE dadas las características particulares y la responsabilidad frente a la sociedad de las entidades del sector salud que, valga la aclaración, no puede ser igual a la de cualquier otra empresa. Aún se dice: “RSE es...”, y no: “nuestra RSE es...”.

En cuanto al **reconocimiento de los grupos de interés**, se evidencia que aún en el inconsciente corporativo de las EPS, la empresa es el foco de importancia y considera a los demás actores como partes interesadas en sí misma, lo que es contrario a lo argumentado en el capítulo 2, donde queda claro que el eje debe ser la sociedad y su bienestar, mientras que la empresa es un actor social más, aunque muy influyente.

Además, se advirtió que no hay consenso ni claridad en cuanto a cuáles son los grupos de interés, ni acerca del impacto de y sobre cada uno de ellos, razón por la cual algunos son desconocidos por las empresas aseguradoras. Un caso especial es el medio ambiente el cual, por no tener un representante oficial, no es siempre reconocido como parte interesada, aunque sí se le tiene en cuenta con algunas iniciativas para su cuidado y conservación. Se evidencia una cierta orientación de mercado en el reconocimiento y compromiso con los grupos de interés, teniendo siempre mayor preponderancia el cliente aunque, en todo caso, esto coincide con el enfoque de que los usuarios son la razón de ser de estas empresas, razón por la cual deben tener cierta prelación.

De manera curiosa, se encontró que no corresponden exactamente el orden de mayor reconocimiento a las partes interesadas (figura 3-3) con el orden del nivel de compromisos frente a ellas (tabla 3-4). En cuanto al nivel de compromiso, para con los usuarios sigue siendo el principal, seguido en su respectivo orden por los prestadores (IPS) y la sociedad en general (adquiere más preponderancia), accionistas, trabajadores (ya no al mismo nivel), medio ambiente (adquiere más preponderancia), el Estado, el gremio o sector aseguramiento, los directivos, el SGSSS y por último los acreedores, a quienes se les reconoció muy poco como grupo de interés y frente a los cuales no hay ningún compromiso explícito.

Evidentemente, el nivel de compromiso demuestra mejor la responsabilidad de las entidades frente a sus grupos de interés que el hecho de que los expliciten como tales o no, aunque es necesario hacerlo para no “invisibilizar” a ninguno de los actores. De todas

maneras, lo que importa es el cumplimiento de esos compromisos, comprobación que excede el alcance del presente trabajo.

Sólo dos de estas entidades involucraron a más de un grupo para la elaboración de los códigos. Las demás únicamente plantean estrategias para la divulgación, socialización e incluso para la sensibilización frente a los códigos. Sin embargo, se ratifica que tales estrategias, no son suficientes para apropiar los principios éticos en una organización. La ética no puede ser impuesta por la alta dirección, debe ser auto-construida, co-construida y hetero-construida por los grupos de interés.

Lo anterior, evidencia que, en concordancia con Herrera (2010), este tipo de documentos siguen siendo iniciativas unilaterales que no reflejan la realidad de las necesidades, expectativas y demandas que tienen los grupos de interés y que *“obedecen a una serie de intereses empresariales, particularmente relacionados con la imagen ante los consumidores (afiliados) y con las exigencias de los mercados...”*

Además, no se encontró evidencia de que las EPS tengan como objetivo, incentivar una real participación, con voz y voto, de ninguno de estos grupos en el gobierno corporativo ni en la toma de decisiones (salvo en contados casos). No se incentiva un empoderamiento verdadero, pues, en la mayoría de los casos, se plantean vías de comunicación y mecanismos de participación cuyo alcance se limita a la escucha de sugerencias y que además se encuentran con múltiples barreras como *“la falta de conocimiento, apatía y temor a represalias, falta de claridad, limitada apertura y respuesta institucional en los procesos participativos, limitada capacidad o recursos institucionales para impulsar el trabajo comunitario, entre otras”* en concordancia con los resultados del estudio de Delgado & Vásquez (2006).

Ante esta situación, la organización debería entrar a corregir todos estos obstáculos identificados y demostrar su compromiso y RSE, dando un trato equitativo a todos los grupos de interés, en la toma de decisiones empresariales y en la distribución de las utilidades, reconociendo que todos ellos son aportantes (unos de capital, otros de trabajo, otros de recursos naturales, etcétera) y que, por lo tanto, lo justo es que también tengan parte en las utilidades, habida cuenta de que son copartícipes en su generación. A eso se le denomina *“utilidad razonable, justa y acordada”* (Valenzuela, 2005).

Es de resaltar que algunas entidades reconozcan la importancia de enunciar los compromisos que tienen con las partes interesadas (derechos de éstas) al mismo tiempo que señalan la contraparte (los deberes), puesto que en éste enfoque integral que se propone, la responsabilidad social no es asunto sólo de la empresa sino de todos los demás grupos de interés por igual. De allí la importancia del trabajo conjunto, del diálogo, de las decisiones consensuadas y del pluralismo.

Finalmente, hay que decir que, muchos esfuerzos pueden hacerse para mejorar el enfoque de RSE de las empresas aseguradoras del sector salud, sin embargo la realidad es que éste modelo neoliberal de provisión de servicios, como está concebido, no funcionó como se esperaba para el contexto colombiano, razón por la cual la solución a la crisis no se encontrará en el saneamiento a las EPS, ni en reformas parciales que cambien de nombre a las mismas estructura existentes, sino en la construcción colectiva (incluyendo stakeholders, stakewatchers y stakekeepers) de un sistema de salud filosófica y estructuralmente distinto, así como en avanzar en el logro de un contexto apropiado para el funcionamiento de dicho sistema.

4. Conclusiones y recomendaciones

4.1 Conclusiones

- Aunque la concepción sobre el rol de la empresa y su responsabilidad social ha cambiado a la par con los modos de organización social, política y económica, se considera que la RSE, desde un enfoque integral, pone su foco de atención en el bienestar de la sociedad, considerando a la empresa como una parte interesada de vital importancia, que debe comprometerse prioritariamente con su objeto social y su misión, además de establecer, mediante el diálogo con los demás actores sociales, cuáles son las necesidades y expectativas de cada uno de ellos, así como sus derechos y deberes, para la construcción de riqueza total, es decir, el bienestar general.
- La salud individual, social y ambiental, como requisito para el disfrute del derecho fundamental a la vida, es una responsabilidad que comparten todos los sectores de la sociedad y todas las organizaciones, empresariales y no empresariales. Con mayor razón, se espera un compromiso superior con este derecho por parte de las entidades que conforman el sector salud (incluidas las EPS) cuya principal RSE debería ser el cumplimiento de su misión, contribuyendo concretamente con el bienestar y salud de la población, antes de cualquier otra iniciativa o actividad.
- La estructura y funcionamiento del actual sistema de salud colombiano, materializado en la ley 100 de 1993, ha sido parte de un proceso de cambio conjunto con los modos de producción de la sociedad y modelos sociales, políticos y económicos, especialmente se identifica con el modelo neoliberal que ha marcado una tendencia de los sistemas sanitarios mundiales hacia el aseguramiento, la eficiencia en el manejo de los recursos, la competencia regulada y la articulación de los sectores público y privado, tanto en la administración como en la provisión de los servicios de salud.

- Los C-BG.E.C se relacionan, por su área temática, con la RSE. Específicamente los códigos de las EPS presentan información relativamente homogénea en cuanto a aspectos como misión, objeto social, principios y valores institucionales, definiciones de RSE, grupos de interés reconocidos, así como iniciativas, declaraciones y compromisos frente a cada uno de ellos.
- En términos generales, la plataforma estratégica es decir la misión, el objeto social y los principios y valores de las principales EPS colombianas, se identifican con el enfoque integral de RSE, en tanto que, teóricamente, su interés principal es la salud y el bienestar social a través de la afiliación, registro y recaudo de las cotizaciones de los afiliados, así como de la articulación de servicios de salud, esgrimiendo como principal valor la honestidad, la equidad y el respeto. Lamentablemente, la profunda crisis que enfrenta el sistema de salud evidencia que, no en todos los casos, esas declaraciones hechas por las EPS son reales.
- Las definiciones sobre RSE que tienen las EPS analizadas se fundamentan en seis categorías: social, partes interesadas, económica, ambiental, voluntariedad y gestión organizacional, siendo las dos primeras, las más preponderantes en dicha conceptualización.
- Los grupos de interés que reconocen las principales EPS colombianas y las responsabilidades más importantes que asumen frente a ellos son (en su respectivo orden): con los usuarios, servicio de calidad y reconocimiento de sus derechos; con los proveedores o prestadores de servicios, objetividad en la contratación; con los trabajadores, bienestar laboral; con los accionistas y aportantes, viabilidad financiera y retorno sobre el patrimonio; con el Estado y las autoridades, legalidad; con la comunidad, información y rendición de cuentas; con la competencia y el sector aseguramiento, lealtad y participación; con los directivos, definición de sus responsabilidades; con el medio ambiente, gestión integral de residuos; con los acreedores, ninguna y con el SGSSS, contribución a la formación de la normatividad que lo regula.

- Los C-BG.E.C de las EPS analizadas aún son documentos propuestos de forma unilateral que, por lo general, no acopian las necesidades y expectativas reales de las partes interesadas, lo que cuestiona el compromiso y respeto de las entidades hacia éstas. Estos documentos deberían ser siempre contruidos buscando el consenso y respetando el disenso puesto que, el documento en sí mismo no tiene mayor relevancia, mientras que el proceso de participación colectiva es lo verdaderamente importante.
- La voluntariedad y “autonormalización” en cuestiones de buen gobierno, ética y conducta empresarial, no da lugar a la correulación, ni a un efectivo control o sanción de las actividades contrarias a la ética y al bien público, abonando el terreno para la mera simulación de RSE con fines de legitimación social, la deshonestidad y la corrupción. Aunque actualmente no es así, se considera que es responsabilidad social del Estado promover la obligatoriedad de dichas medidas, configurar un marco sancionatorio firme y articular de forma más coherente las reglas y normas del sistema para no dar lugar a malas interpretaciones y acciones oportunistas.

Recomendaciones

Para futuras investigaciones, sería interesante poder contrastar los C-BG.E.C y otros documentos que reflejen la filosofía empresarial de las EPS con sus informes de gestión, rendición de cuentas, así como con entrevistas a representantes de los grupos de interés para conocer un poco más a fondo el impacto real que tienen este tipo de documentos en la actuación empresarial, puesto que el alcance del presente estudio no lo abarcó. También es prioritario y de gran interés lograr construir participativa y colectivamente con todos los actores sociales, un nuevo sistema de salud con nuevas políticas de RS para los grupos de interés y así conocer las necesidades y expectativas verdaderas que expresan estos grupos y evaluar las implicaciones y resultados de un modelo construido de ésta forma.

Por otra parte, sería relevante ahondar en temas relacionados con la RS como el de los incentivos, positivos y negativos, para la RSE en el sector salud, los problemas en la

función de regulación, la RS del Estado, el problema de la descoordinación institucional, los conflictos de interés, entre otros, para lograr ver la RS desde un punto de vista más amplio y comprender las dinámicas que se dan y las que deberían darse para lograr que la RS se vuelva una realidad, en especial en el momento coyuntural que representa estar *ad-portas* de una nueva reforma al sistema de salud colombiano.

BIBLIOGRAFÍA

Ariza, E., Gómez, M., & León, E. (2008). Surgimiento, evolución y expansión de la responsabilidad social empresarial: Una propuesta de comprensión crítica. *Perspectivas Críticas de la contabilidad*, 203-204.

Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review* Vol. LIII, N°5, 941-973.

Barón L, G. (2007). *Cuentas de Salud de Colombia 1993 – 2003 - El gasto nacional en salud y su financiamiento*. Recuperado el 2013, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=15911&IDCompany=3>.

Berbel, G., Reyes, J., & Gómez, M. (2007). La responsabilidad social en las organizaciones (RSO): análisis y comparación entre guías y normas de gestión e información. *Innovar* 17 (29), 27-48.

Bonilla, L. (29 de Mayo de 2011). *El observador económico*. Recuperado el 07 de Mayo de 2012, de Evolución del concepto de Responsabilidad Social Empresarial (RSE): <http://www.elobservadoreconomico.com/articulo/1096>

Brundtland, G. (1987). *Our common future*. ONU: World Commission on Environment and Development.

Bueno, E., Alonso, M. d., & Seoane, C. (2004). *El Gobierno de la Empresa: En Búsqueda de la Transparencia y la Confianza*. Madrid. España: Pirámide.

Cañón, L. (2007). Antecedentes y Evolución del Concepto de Seguridad Social. En L. Cañón, *Una Visión Integral de la Seguridad Social* (págs. 43-65). Universidad Externado de Colombia.

Capra, F. (1982). *The turning point*. New York: Simon & Schuster.

Cardona Uribe, J. F. (2007). *Código de buen gobierno y ética*. Nueva EPS. Recuperado el 28 de abril de 2012, de

<http://www.nuevaeps.com.co/v2/img/pdf/codigo/CODIGO%20BUEN%20GOBIERNO%20Y%20ETICA%20NUEVA%20EPS%20S.pdf>

Carvajal, J. (2005). El problema de la existencia y la identidad de las organizaciones. *Innovar*, enero a junio , 25-35.

Castro Cantillo, A. (junio de 2007). *Código de ética y buen gobierno. Saludcoop EPS*. Recuperado el 28 de abril de 2012, de http://www.saludcoop.coop/Descargas/Codigo_Etica_Buen_Gobierno.pdf

CEPAL. (2005). *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*.

Céspedes, J., Jaramillo, I., & Castaño, R. (2002). Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cad. Saúde Pública* , Rio de Janeiro, 18(4) , 4-24.

Chicaiza, L. (2002). El mercado de la salud en Colombia y la problemática del alto costo. *Problemas del Desarrollo*, vol. 33, n° 131 , 163-187.

Confederación Mundial del Trabajo (CMT). (abril de 2004). *La responsabilidad social de las Empresas y los Códigos de Conducta. ¿Nuevos Retos o Viejos Debates?* Recuperado el 21 de mayo de 2012, de <http://www.jussemp.org/Inicio/Recursos/Actividad%20Corporativa/Resources/CMT%20RSE-SP.pdf>

Congreso de Colombia. (9 de enero de 2007). *Ley 1122 de 2007*. Recuperado el 19 de mayo de 2012, de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22600>

Congreso de Colombia. (21 de diciembre de 2001). *LEY 715 DE 2001*. Recuperado el enero de 2013, de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2001/ley_0715_2001.html

Congreso de la República de Colombia. (23 de diciembre de 1993). *Ley 100 de 1993*. Recuperado el 8 de mayo de 2012, de http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1993/ley_0100_1993.html

Dahlsrud, A. (2008). How Corporate Social Responsibility is Defined: an Analysis of 37 Definitions. *Corp. Soc. Responsib. Environ. Mgmt.* 15. , 1-13.

Delgado, M., & Vásquez, L. (2006). Barreras y Oportunidades para la Participación Social en Salud en Colombia: Percepciones de los Actores Principales . *Rev. salud pública.* 8 (2) , 128-140.

Duque Oliva, E. J. (dic, 2009). La gestión de la universidad como elemento básico del sistema universitario: una reflexión desde la perspectiva de los stakeholders. *Innovar, Especial en Educación* , 25-42.

El Tiempo. (9 de mayo de 2011). *Así se planeó y ejecutó el gran saqueo a la salud*. Recuperado el 22 de mayo de 2012, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-9311920>

Eslava, J. C. (2002). Hospital Universitario y Crisis Hospitalaria en Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud* , 41-48.

Famisanar EPS. (s.f.). *Código de conducta y buen gobierno*. Recuperado el 28 de abril de 2012, de <http://www.famisanar.com.co/pages.php/menu/207209/id/1209/content/introduccion/>

Fassin, Y. (2009). The Stakeholder Model Refined. *Journal of Business Ethics*, 84 , 113-135.

Freeman, E. (1984). *Strategic Management: A stakeholder approach*. Boston: Pitman.

Friedman, M. (13 de septiembre de 1970). A Friedman doctrine: The social responsibility of business in to increase its profits. *New York Times* , págs. 33, 122-125.

Giraldo, C. (2007). *¿Protección o desprotección social?* Bogotá: Desde Abajo.

Gisbert, R. (2002). *Economía y Salud*. Barcelona, España: Masson S.A.

González, E. (2007). La teoría de los stakeholders; Un puente para el desarrollo práctico de la ética empresarial y de la responsabilidad social corporativa. *Veritas. Vol II, n°17* , 205-224.

Grupo coordinador proyecto ética UNISALUD. (20 de diciembre de 2011). *Código de ética & código de buen gobierno*. Recuperado el 28 de abril de 2012, de <http://www.unisalud.unal.edu.co/quienes-somos/codigo-de-etica.html>

Guerrero, R., Gallego, A., Becerril, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Salud Publica de Mexico* , 144-155.

Guzmán, M. d. (2005). Impacto de la Introducción de los Mecanismos de Mercado en la Atención Sanitaria. *Gerencia y Políticas de Salud. N° 8* , 65-78.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.

Herrera, B. (2010). Responsabilidad social empresarial y acceso de las empresas a la economía global. En C. Martínez, *Responsabilidad social empresarial: una reflexión desde la gestión, lo social y ambiental* (págs. 54-55). Bogotá: Centro Editorial, FCE - Universidad Nacional de Colombia.

Jervis, D., Orozco, J., & Olivares, F. (2011). *Estudio de factibilidad técnica y viabilidad financiera para la toma en operación de una ESE en el Departamento de Bolívar, Colombia*. Cartagena.

Junta directiva de Coomeva EPS S.A. (28 de agosto de 2007). *Código del buen gobierno & Código de ética*. Coomeva EPS. Recuperado el 28 de abril de 2012, de <http://eps.coomeva.com.co/publicaciones.php?id=24829>

Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. *Health Policy* .

López, F., & Pereira, M. L. (2006). Análisis Internacional de los Código de buen Gobierno. *Universia Business Review* , 10-21.

Martínez, C. (2010). RSE y lineamientos de investigación desde la perspectiva de la teoría de la gestión. En C. Martínez, *Responsabilidad Social Empresarial: Una reflexión desde la gestión, lo social y ambiental*. (págs. 2-3). Bogotá: Centro Editorial, FCE, Universidad Nacional de Colombia.

Marx, K. (1894). *El Capital*. Hamburg.

Ministerio de la protección social & Caprecom. (28 de octubre de 2011). *Código de ética & Código de buen gobierno*. Recuperado el 28 de abril de 2012, de <http://www.caprecom.gov.co/portal/index.php?tipoDoc=Nosotros&idCategoria=11&idsubcat=2>

MinSalud (2). (Noviembre de 2012). *Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS*. Recuperado el marzo de 2013, de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Encuesta%20de%20Evaluaci%C3%B3n%20de%20los%20Servicios%20de%20las%20Entidades%20Promotoras%20de%20Salud.pdf>

MinSalud. (Diciembre de 2012). *Coberturas en Salud*. Recuperado el Febrero de 2013, de <http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/CoberturasdelR%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>

MinSalud. (Diciembre de 2012). *Informe de Rención de cuentas 2012*. Recuperado el Marzo de 2013, de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Audiencia%20P%C3%BAblica%20Minsalud%202012.pdf>

Octava papeleta. (2010). *CAMPAÑA NACIONAL. SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, DERECHO FUNDAMENTAL*. Recuperado el 15 de mayo de 2012, de <http://www.alames.org/documentos/campanacolombia.pdf>

Ramírez, L. F. (Primero de Octubre de 1992). *Exposición de Motivos, Ley 100 de 1993 Congreso de la República*. Recuperado el 8 de Mayo de 2012, de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=12887#0>

Redacción Salud. (10 de junio de 2011). *Listo plan de Minprotección para reformar el sistema de salud*. Recuperado el 22 de mayo de 2012, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-9581584>

Restrepo, J. H. (2007). ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? *Rev Fac Nac Salud Pública* . , 82-89.

- Rhenman, E. (1968). *Industrial democracy and industrial management*. Londres: Tavistock.
- Rodríguez, J. (2002). Teoría de los partícipes y ciudadanía empresarial: una perspectiva pluralista del gobierno de las compañías. *Ekonomiaz*, n° 50 , 74-109.
- Rossi, M., & Rubilar, A. (s.f.). Breve reseña histórica de la evolución de los sistemas de salud. El caso argentino: una historia de fragmentación e inequidad. Argentina.
- Rueda, G., & Uribe, M. (2012). Reportes de responsabilidad social empresarial en ambientes globalizados: ¿la estandarización es la respuesta? . *1° Congreso Global de Contabilidad y Finanzas*. Bogotá.
- Rueda, G., & Uribe, M. (2010?). XVI Congreso AECA. Nuevo modelo económico: Empresa, Mercados y Culturas. *La manera como la contabilidad puede informar la responsabilidad empresarial: Bases conceptuales para un trabajo empírico*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Sanitas, EPS. (9 de enero de 2007). *Código de buen gobierno y de conducta ética*. Recuperado el 20 de mayo de 2012, de <http://portal.colsanitas.com/portal/web/eps-sanitas/codigo-de-buen-gobierno-y-de-conducta-etica;jsessionid=4A110F4A777DEFBFED9DFE08011AF36A>
- Savedoff, W., & Hussmann, K. (2006). ¿Por qué los sistemas de salud son propensos a la corrupción? En B. I. Desarrollo, & t. International, *Informe Global de la Corrupción: Corrupción y Salud* (págs. 3-93). Washington D.C.: Pluto Press.
- Sen, A. (1997). Human Capital and Human Capability. *World Development*, Vol. 25, No. 12 , 1959-1961.
- SOS, EPS. (2007). *Código del buen gobierno corporativo*. Recuperado el 20 de mayo de 2012, de https://www.sos.com.co/wps/portal!/ut/p/c1/04_SB8K8xLLM9MSSzPy8xBz9CP0os3gDdwNHHz9_f0cLA39Ddzdz0xBzAwjQ9_Plz03VL8h2VAQAJmLRBg!!/dl2/d1/L2dJQSEvUUt3QS9ZQnB3LzZfMEcwQUxOT09BODBPMUdGN0ZUNzAwMDAwMDA!/
- Superintendencia Nacional de Salud. (abril de 2010). *Situación actual de las EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado en Colombia*. Recuperado el 14 de mayo de 2012, de <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Situaci%C3%B3n%20actual%20de%20las%20EPS%20de%20los%20reg%20C3%ADmenes%20contributivo%20y%20subsidiado%20en%20Colombia.pdf>
- SURA, EPS. (Mayo de 2011). *CÓDIGO DE BUEN GOBIERNO Y ÉTICA (CONDUCTA)*. Recuperado el 20 de Mayo de 2012, de http://www.epssura.com/images/stories/doc/cod_bn_gbno.pdf
- UNESCO, O. d. (2005). *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*.

Valenzuela, L. F. (2005). *Perspectivas de la Responsabilidad Social Empresarial con Enfoque Ambiental*. Manizalez: Gráficas JES.

Vargas L, I. (2009). *Barreras de Acceso a la atención en Salud en Modelos de Competencia Gestionada: Un Estudio de Caso en Colombia (Tesis doctoral)*. Bellaterra, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Vivir, R. (13 de mayo de 2011). *SaludCoop, historia de un ascenso*. Recuperado el 16 de mayo de 2012, de <http://www.elespectador.com/impreso/salud/articulo-269730-saludcoop-historia-de-un-ascenso>

Wilches Rozo, N. (2009). *Código de buen gobierno & Código de ética*. Recuperado el 28 de abril de 2012, de http://www.saludtotal.com.co//documentos/1285_DG03-PE.pdf

Zemelman, H. (2005). *Voluntad de conocer: el sujeto y su pensamiento en el paradigma crítico*. Barcelona, España: Anthropos.