

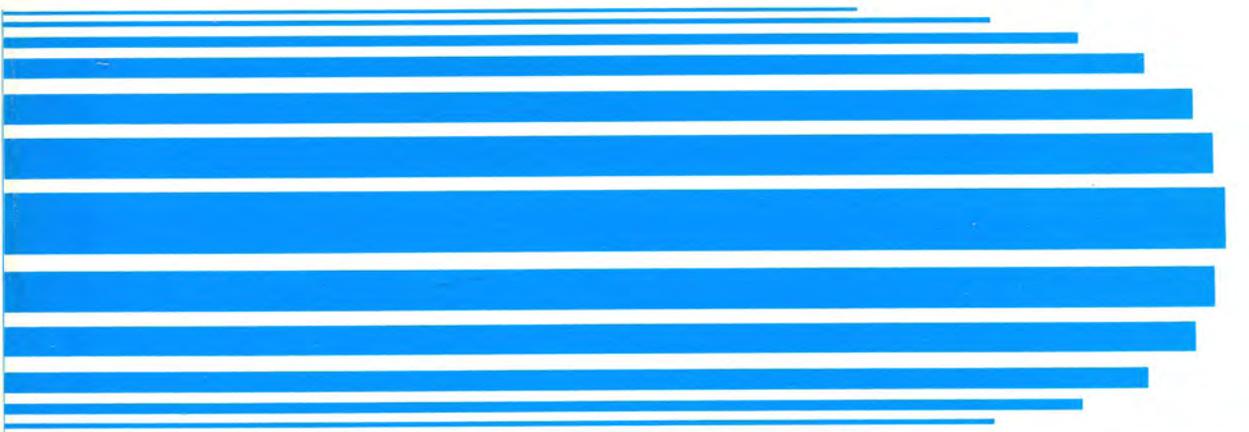
Conferencia Interamericana de Seguridad Social



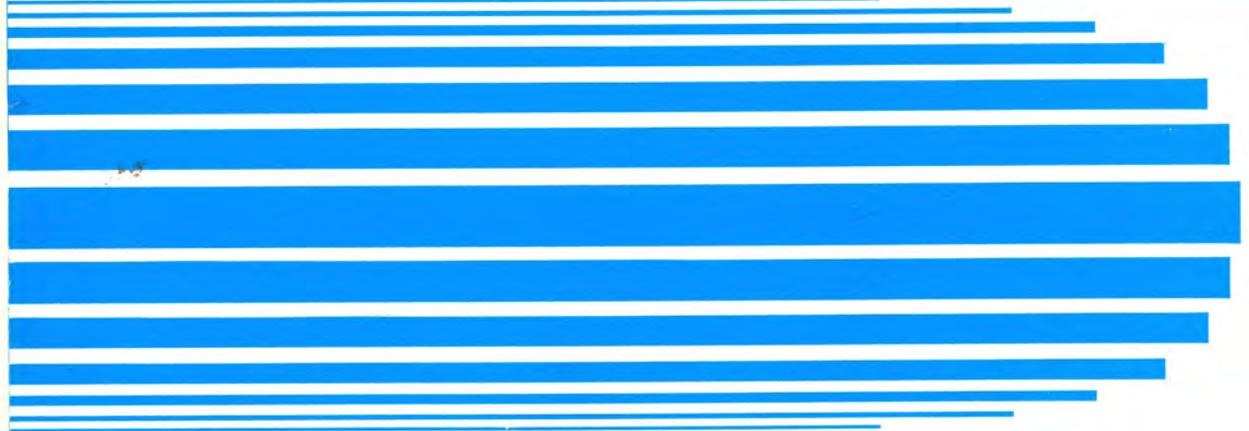
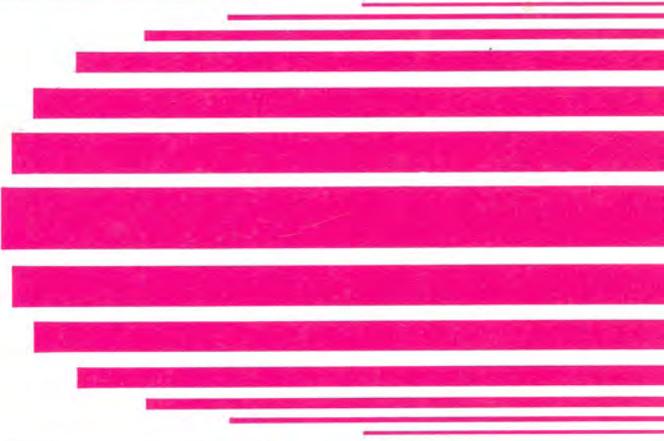
**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.



**La Seguridad
Social en
Colombia**



Serie Monografías 7

**CONFERENCIA
INTERAMERICANA
DE SEGURIDAD SOCIAL
CISS
SECRETARIA GENERAL**



**CONFERENCIA INTERAMERICANA DE
SEGURIDAD SOCIAL**

Lic. Genaro Borrego Estrada

Presidente

Lic. Roberto Ríos Ferrer

Secretario General

Dr. Alvaro Carranza Urriolagoitia

Director del CIESS

**Cordinación Técnica de la
Secretaría General**

Lic. Ma. del Carmen Alvarez

Lic. Pedro Cervantes Campos

Act. Ana Luz Delgado Izazola

Lic. Antonio Espitia Ledesma

Ing. Francisco Martínez Narváez

Lic. Mario A. Rodríguez Malpica E.

Dr. Antonio Ruezga Barba

Comisión Editorial

Lic. Sergio Candelas Villalba

Coordinador

Lic. Gabriel del Río Remus

***LA SEGURIDAD SOCIAL
EN COLOMBIA***

APOYO TÉCNICO

Clementina Rendón de Ezeta
Verónica Medero Campos

LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA

Luis Carlos Arango Velez, Eduardo Beltrán Rodríguez
Germán Bula Escobar, Ernesto Cuellar Reina,
Cesar Gaviria Trujillo.

Selección y compilación

Antonio Ruezga Barba

Serie Monografías 7

CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL
Secretaría General

INDICE

PRESENTACION	iii
I. SURGIMIENTO Y DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANA	1
- Los primeros seguros sociales en Colombia	5
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social	13
- El Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS)	23
- Desarrollo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales	44
- El Instituto de Seguros Sociales (ISS)	65
- Historia del Subsidio en Colombia	80
- Política Nacional del Subsidio Familiar	86
- Doctrina y Jurisprudencia del Subsidio Familiar	127
- Caja Colombiana de Subsidio Familiar (COLSUBSIDIO)	141
II LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA	143
- Cobertura de la Seguridad Social	147
- Servicios del Instituto de Seguros Sociales	165
- Informe Estadístico 1993 del Instituto de Seguros Sociales	219
- Superintendencia del Subsidio Familiar	271
- Estadísticas de la Superintendencia del Subsidio Familiar	286
- Caja Colombiana de Subsidio Familiar	297
III REFORMA INTEGRAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA	307
- Palabras del Señor Presidente de la República, César Gaviria Trujillo, en el Acto de Sanción de la Ley de Seguridad Social	311
- La Reforma de Seguridad Social Integral, Ley 100 de 1993, y su Impacto en el Instituto de Seguros Sociales	320
BIBLIOGRAFIA	333

PRESENTACIÓN

Por instrucciones del Licenciado Genaro Borrego Estrada, Presidente de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), el programa para 1994 de la Secretaría General de la Conferencia continúa, como una acción relevante, la publicación de monografías de la seguridad social de los países representados en dicho organismo, a fin de difundir sus importantes tareas y el desarrollo de sus funciones para lograr la procuración de los objetivos que se han propuesto.

El presente estudio responde a las demandas expresadas por las instituciones americanas de seguridad social para contar con un acervo bibliográfico que testimonie su trabajo, las metas que han alcanzado y, a la vez, enriquezca sus conocimientos.

Es por ello que la *Seguridad Social en Colombia*, cuyo contenido es resultado de la compilación y selección de documentos efectuadas por el Dr. Antonio Ruezga Barba, contribuirá a satisfacer el interés mostrado por las instituciones mencionadas sobre los avances logrados en este país.

La Secretaría General de la CISS manifiesta su gratitud al Instituto de Seguros Sociales de Colombia, la Superintendencia del Subsidio Familiar y la Caja Colombiana del Subsidio Familiar, que contribuyeron con valiosas aportaciones para la edición de la presente monografía que, por vez primera, en un solo volumen, expone la importante labor que han desarrollado al paso del tiempo en la construcción de una mejor y más equitativa seguridad social para todos los colombianos.

LIC. ROBERTO RÍOS FERRER
Secretario General de la Conferencia
Interamericana de Seguridad Social.

CAPÍTULO I

SURGIMIENTO Y DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANA

I

SURGIMIENTO Y DESARROLLO DE LA SEGURIDAD SOCIAL COLOMBIANA

- Los primeros seguros sociales en Colombia
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
- El Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS)
- Desarrollo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales
- El Instituto de Seguros Sociales (ISS)
- Historia del Subsidio en Colombia
- Política Nacional del Subsidio Familiar
- Doctrina y Jurisprudencia del Subsidio Familiar
- Caja Colombiana de Subsidio Familiar - COLSUBSIDIO

LOS PRIMEROS SEGUROS SOCIALES EN COLOMBIA

Instituto de Seguros Sociales

"El sistema de gobierno más perfecto en el que comparta mayor cantidad de bienestar, de seguridad social y de estabilidad política"

-Simón Bolívar. Discurso de Angostura, 1819-

El libertador parece ser el primero en introducir en la escena política y estatal -aunque sin mayores precisiones- el concepto de seguridad social en Colombia.

Dicha categoría de seguridad social pareció referirse, en sus inicios, exclusivamente al ámbito de la seguridad militar y política: «Montepíos Militares» -instituciones españolas que tuvieron vigencia en nuestro país hasta el año de 1827- buscaban proteger a las viudas y huérfanos del militar.

No obstante estos primeros indicios, la conceptualización y los planteamientos específicos de la seguridad social en Colombia, son introducidos por el general Rafael Uribe en 1904. En su ya conocido discurso, «Socialismo de Estado», el caudillo liberal menciona por vez primera en el país, aspectos como la necesidad de un código laboral y de la implantación de los seguros sociales, así como también de las cajas de ahorros de los trabajadores y la vivienda popular.

EL PENSAMIENTO SOCIAL DE URIBE URIBE

A continuación presentamos algunos apartes del mencionado discurso de Rafael Uribe Uribe, sobre «Socialismo de Estado».

«Entre nosotros no existen grandes fábricas; los industriales son casi siempre empresarios y trabajan en sus habitaciones. Quizá no es tiempo todavía de limitar las horas de trabajo de los asalariados. Valdría más encaminar el esfuerzo colectivo. No considero prematuro legislar sobre accidentes del trabajo. Si por descuido del empresario, se hunde

el socavón de una mina y aplasta o asfixia a los obreros, ¿puede el Estado mirar el siniestro con indiferencia?. Si de un andamio mal hecho, cae y se mata el albañil, ¿debe quedar sin sanción el responsable? Ya en Europa se obliga a indemnizar el daño causado. Conozco la explotación de los cafetales, trapiches o ingenios y demás empresas de tierras templadas o calientes, y os digo que sería oportuna y humana la ley que manda a los patronos suministrar asistencia médica a sus peones y mejorar los alojamientos.

«Se otorga pensión a las viudas de los militares que mueren o se invalidan en nuestras guerras civiles, muchas veces obra de una bala perdida, o de alguna enfermedad buscada; se jubila a los empleados que han tenido la paciencia de vivir 25 años en la dulce ociosidad de las oficinas; pero a los nobles soldados y héroes del trabajo, cuya campaña no es de pocos meses sino de toda la vida, y no sedentaria sino llena de fatigas; a esos servidores cuando caen víctimas de los accidentes naturales o de enfermedades consiguientes, se les abandona a ellos y a sus familiares, y cuando la vejez los inutiliza, felices si se les reserva una cama de hospital o se les da permiso para pedir limosna. ¿No pensáis que en el fondo de esto hay una anomalía y que sería bueno comenzar a preocuparnos del modo de remediarla?

«Grandes son los sentimientos filantrópicos de la sociedad colombiana. Sólo falta dirigirlos mejor. Que la izquierda así vea lo que hace la derecha, en el sentido de que observe a dónde va a parar el óbolo, y si con él es mayor el mal que el bien que se causa, o si no podría aumentarse el bien, acordándolo con la santidad de la intención. Hay que ilustrar a las clases ilustradas, decía Flaubert, sobre el mejor uso que pueden hacer de su influencia.

«Protección racional a las industrias nacionales, de que habla el informe que tendré el honor de presentar a la Cámara; participación de los obreros asalariados en las ganancias de la industria o explotación en que se ocupan; organización oficial de las cajas de ahorros, puestas al alcance de todos los salarios, para libertar a las masas obreras de la esclavitud de la ignorancia; creación de bancos de anticipos que le hagan préstamos al obrero para ayudarle a establecerse; fundación de bancos hipotecarios que desempeñen el mismo papel respecto de la agricultura; desarrollo de los seguros y de todos los sistemas

cooperativos; medidas preventivas y aún coercitivas contra el alza artificial de los víveres y demás artículos de la primera necesidad, no permitiendo la compra a los revendedores, sino después de haberse surtido los demás; reforma de la legislación agraria en el sentido propuesto por Gladstone para Irlanda y empezado ya a poner en práctica, que consiste esencialmente en dar duración fija y larga a los contratos de arrendamiento de la tierra, destinando a la adquisición de ella una parte del cánon, para trocar en propietarios a los siervos de la gleba; construcción en las ciudades de casitas de modelos a las cuales se aplique el mismo sistema; creación de ministerios técnicos, en especial el de agricultura, para la compra y difusión de las semillas y aclimatación de plantas nuevas, progreso de los cultivos y de la ganadería, repoblación de los bosques, etc. todo con el fin de mejorar en cantidad y calidad la alimentación del pueblo; el dinero que hubiéramos de gastar en fomentar la inmigración extranjera, empleémoslo en promover dilocaciones de la población nacional, tomándola de donde es densa, para trasladarla a donde falte y fundando colonias agrícolas.

«Todo lo cual puede resumirse en esta sola aspiración: hacer que el salario del obrero no se limite a lo puramente necesario para asegurar su subsistencia física, o hacer que ese salario y el tiempo que representa correspondan a la adquisición de mayor número de artículos o de servicios, inclusive su mejora moral y su progreso intelectual».

Posteriormente, podemos señalar intentos sucesivos en la legislación colombiana sobre disposiciones sociales:

Ley 29 de 1905: establecía una pensión de jubilación para sectores particulares restringidos.

Ley 57 de 1915: por la cual se «obligó a las empresas de alumbrado y acueducto público, ferrocarriles y tranvías, fábricas de licores y fósforos, empresas de construcción y albañilería con no menos de 15 obreros, minas, canteras, navegación por embarcaciones mayores, obras públicas nacionales y empresas industriales servidas por máquinas, con fuerza mecánica, a otorgar asistencia médica y farmacéutica y a pagar indemnizaciones en caso de incapacidad o muerte». Esta ley es considerada como la primera en la protección del trabajador privado.

Ley 46 de 1918: sobre higiene y sanidad en las viviendas para las clases trabajadoras.

Ley 78 de 1919: reguladora de las reuniones y asociaciones, así como de la protección de los trabajadores en el ejercicio de sus labores.

Ley 37 de 1921: se ocupó de la legislación del primer seguro de nuestro país. Estableció el seguro de vida colectivo para los empleados y obreros particulares: las empresas de carácter permanente debían tomar a su nombre y a cargo dicha póliza de seguros.

Ley 4 de 1921: sobre higiene, salubridad y seguridad en la explotación petrolera, así como de los seguros y servicios asistenciales que dichas empresas debían otorgar a sus trabajadores.

Ley 26 de 1921: legislaba sobre servicios médicos hospitalarios y farmacéuticos, auxilios y servicios asistenciales en las empresas industriales y mineras del Chocó.

Ley 32 de 1922: (reformativa de las leyes 57 de 1915 y 37 de 1921), disponía que la Nación, los departamentos y municipios -en caso de poseer una empresa- y las empresas privadas -mediante caución- podían asumir el carácter de aseguradoras de sus empleados.

Ley 86 de 1923: sobre auxilio de enfermedad para empleados y obreros oficiales.

Ley 88 de 1923 y 48 de 1924: sobre protección y regulación general de la infancia trabajadora.

Ley 15 de 1925: sobre reglamentos de trabajo y normas de higiene y salubridad laborales.

Ley 36 de 1926: sobre regulación de condiciones laborales en ciertos establecimientos particulares para el servicio público.

Ley 57 de 1926: estableció el descanso dominical y festivo remunerado.

Ley 56 de 1927: sobre protección de la infancia y nueva regulación del trabajo de menores.

Ley 73 de 1927: sobre intervención oficial en la solución de los problemas colectivos de trabajo y reorganización de la oficina nacional del trabajo.

Ley 72 de 1931: faculta a los empleados y obreros oficiales para el disfrute de vacaciones.

Ley 10 de 1934: establece el auxilio de cesantías para los empleados particulares en caso de retiro voluntario.

Ley 53 de 1938: establece como derecho, para la mujer embarazada, una licencia remunerada de ocho semanas posteriores al parto.

Ley 166 de 1941: instauro un seguro de vida para el empleado a razón de un mes de sueldo por cada año de servicio.

Posteriormente, en 1942, se faculta a los trabajadores del ramo jurisdiccional, ministerio público y contencioso administrativo para recibir prestaciones. En 1943 son creadas las cajas de previsión para empleados de la Notaría y el Registro Civil.

Ahora bien, «debemos concluir que desde la primera década de este siglo y hasta 1945, se dictaron algunas normas aisladas y de alcance limitado para cubrir sectores de población muy reducidos y para amparar unas pocas contingencias, tales como la vejez, los accidentes de trabajo, la muerte, la maternidad, etc., pero por sus características tan sólo pueden considerarse como un tímido e incompleto antecedente de un sistema de seguros sociales y nunca de una verdadera seguridad social» 1.

BASES CONSTITUCIONALES

Entre las garantías más directamente relacionadas con la seguridad social, encontramos algunas que constituyen una base jurídico-política de gran importancia para la protección social:

El trabajo es una obligación social y gozará de la especial protección del Estado.

La Asistencia Pública, es función del Estado. Se deberá prestar

a quienes, careciendo de subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas, están físicamente incapacitados para trabajar

La ley determinará la forma como se preste la asistencia y los casos en que deba darla directamente el Estado.

PRIMEROS PROYECTOS DE SEGUROS SOCIALES EN COLOMBIA

El primer proyecto de ley tendiente a implantar los seguros sociales en Colombia, fue presentado en 1929, a consideración del Senado, por el entonces Ministro de Industria José Antonio Montalvo.

En el mencionado proyecto se autorizaba al Gobierno para la creación de una Caja de Seguros de Trabajo, a la cual estaban obligados a afiliarse «todas las personas de uno u otro sexo residentes en Colombia, que para subvenir a sus necesidades tengan como único principal ingreso los emolumentos que se deriven de su propio trabajo». Dicho seguro cubría los riesgos de invalidez, vejez, enfermedad y muerte, así como los cuidados de maternidad. Este proyecto de ley, cuya cobertura se extendía tanto a trabajadores asalariados, como a los independientes, fue archivado en el Congreso.

Igual suerte corrieron dos proyectos más, presentados a consideración del legislativo: el primero, en el año de 1929, disponía en uno de sus artículos que para garantizar «el servicio de indemnizaciones por accidente de trabajo y seguro colectivo, se establece, bajo la dependencia del Banco de la República, la Caja de Indemnizaciones Obreras». El segundo, que constituía un proyecto de «Código de Trabajo», fue presentado en 1930, y hacía extensiva la protección en caso de invalidez, vejez, enfermedad, muerte y maternidad; autorizaba, igualmente, la fundación de la «Caja de Seguros de Trabajo».

LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DEL TRABAJO

El presidente Enrique Olaya Herrera (1930-1934) aprobó, el 27 de agosto de 1930, la «Convención sobre seguro contra enfermedades de los trabajadores de la industria y del comercio y de los sirvientes domésticos», expedida por la Conferencia Internacional del Trabajo,

de la Sociedad de Naciones, el 15 de julio de 1927. Dicha ratificación legislativa obligaba a Colombia a establecer los seguros sociales.

En la mencionada Convención «se dispuso que ‘el Seguro Obligatorio contra enfermedad será aplicable a los obreros, empleados y aprendices de las empresas industriales y de las empresas comerciales, a los trabajadores a domicilio, y a los sirvientes domésticos’ (art. 2o.). Dispuso igualmente el tratamiento médico y el suministro de drogas gratuito (art.3o.) Consideró también la necesidad de establecer organismos públicos especiales para la prestación de tales servicios, al decir que ‘los seguros contra enfermedad deberán ser suscritos por instituciones autónomas subordinadas a la dirección administrativa y fiscal de los poderes públicos, y sin propósitos de lucro’ (art. 6o.).

"Tuvo en cuenta la participación de los usuarios, pues dispuso que ‘los asegurados tendrán participación en la administración de las instituciones autónomas de seguros, en las condiciones que determinen las leyes y reglamentos nacionales’ (art.6o.).Estableció la financiación tripartita, al disponer que ‘los asegurados y sus patronos deberán participar en la formación de fondos para los sistemas de seguros contra enfermedad. Corresponde a las legislaciones nacionales disponer lo conducente a la contribución financiera de los poderes públicos’ (art. 70)"².

En julio de 1935 se propone el Congreso la aprobación de una ley tendiente a establecer una Caja de Seguros Sociales. Posteriormente y a pesar del fracaso del proyecto anterior, en el mismo año se presenta uno nuevo sobre Ahorro Obligatorio de los empleados y obreros, al tiempo que se crea la Caja de Ahorro y Previsión Social; este último proyecto, pese a que se convierte en Ley 66 de marzo de 1936, no entra nunca en vigencia: es suspendido, entonces, por la Ley 54 de julio de 1937.

En el mismo año de 1936 son presentados dos proyectos de ley más, los cuales proponen básicamente la organización por parte del gobierno de una Caja de Seguros Sociales. Intentos similares se registran en el año de 1937 y 1941: con un proyecto de cobertura familiar en los servicios y de unificación en la aplicación de dichos servicios por un lado, y, con el proyecto de reestructuración del mismo en agosto de 1941.

En 1942 se propone la creación de la Caja de Pensiones de Empleados Particulares, la institución del Seguro Obrero Obligatorio y, además, un proyecto de ley sobre seguridad social para empleados y obreros al servicio de la Nación. Ninguno de ellos logra convertirse en Ley de la República.

Mediante la Ley 6 de 1945, se creó la Caja Nacional de Previsión Social - CAJANAL - con el objeto fundamental de reconocer el pago a los empleados oficiales de las pensiones de jubilación por vejez o invalidez y demás ordenadas por las normas legales.

Posteriormente la Ley 90 de 1946, crea el hoy llamado Instituto de Seguros Sociales para asegurar a los trabajadores particulares. A través de los años hubo modificaciones en cuanto a la ampliación de cobertura geográfica y de los servicios a medicina familiar. Sin embargo merece especial mención la expedición de la Ley 100 de diciembre de 1993, como el cambio revolucionario desde la creación de la seguridad social en Colombia.

NOTAS:

1. MUTIS, Banco Colombiano de Seguridad Social. Universidad Javeriana, Ciencias Jurídicas. Bogotá, 1980, pag.37.
2. RODRIGUEZ, Gustavo. *Antecedentes de los Seguros Sociales en Colombia*. En: Seguridad Social No.5. Bogotá, sept.oct. de 1975, pág.21.

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

HISTORIA

La necesidad de armonizar las relaciones empleadores-trabajadores se ha convertido, hace ya bastante tiempo, en una función básica del Estado, que debe formular y ejecutar una política laboral y de seguridad social, dentro del marco de coordinación económica, para propiciar el equilibrio en la colectividad, fomentando la actividad productiva y creadora del hombre, mediante una adecuada relación entre esfuerzo y beneficio para que uno y otro se den en forma equitativa.

El marco institucional de las relaciones de trabajo se inicia con la promulgación de las Leyes 78 de 1919 y 21 de 1920.

El 18 de julio de 1923, mediante la expedición de la Ley 31 se creó el Ministerio de Industrias; en ese mismo año la Ley 83 dio vida legal a la Oficina General del Trabajo como dependencia de dicho Ministerio.

La Ley 12 de 1936 conformó el Departamento Nacional de Trabajo.

Posteriormente fue creado el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, por la Ley 96 del 6 de agosto de 1938 y el Decreto 996 del mismo año le encomendó la supervigilancia de las leyes de trabajo.

En 1946, la Ley 26 le proporcionó su mayor instrumento jurídico al elevar la Corte Suprema del Trabajo a Tribunal Supremo y dividir el territorio de la República en distritos, con un Tribunal Seccional en cada uno de ellos, organizándose en esta forma la justicia laboral ordinaria.

En diciembre de 1946, la Ley 27 creó el Ministerio de Trabajo; reorganizado por Decreto 1649 de 1960 tuvo como competencia el conocimiento administrativo de todos los asuntos encaminados a garantizar la observancia de las leyes del trabajo y la especial protección del mismo, el estudio y la adopción de las medidas indispensables para mejorar las condiciones y relaciones

de trabajo, el fomento del cooperativismo, la extensión y perfeccionamiento de la seguridad social.

Posteriormente, por Decreto 3136 de 1968 se reestructuró y se le dio el nombre de Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, reorganizado por Decreto 658 de 1974 y por el Decreto Ley 062 de 1976.

La Ley 1a. de 1989 concedió facultades extraordinarias al Presidente de la República para reorganizar el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y dotar a esta cartera de los mecanismos para formular y coordinar las políticas de empleo, seguridad social y ordenamiento de las relaciones laborales.

Mediante Decreto 2145 del 30 de diciembre de 1992 se reestructuró el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. En su artículo primero define su objetivo:

El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social es el organismo de la Rama Ejecutiva del Poder Público encargado de formular, adoptar, dirigir y coordinar las políticas de empleo, trabajo, previsión y seguridad social, dentro de las directrices generales del Gobierno.

Las dependencias del Ministerio y las entidades adscritas y vinculadas a éste serán las encargadas de la ejecución de esas políticas en sus respectivos campos de acción, de manera integral y coordinada.

Igualmente, participarán en la ejecución de las políticas, las entidades públicas y privadas que desarrollen actividades en materia de empleo, trabajo, previsión y seguridad social.

ESTRUCTURA ORGÁNICA

Despacho del Ministro

Despacho del Viceministro

Secretaría General

División Administrativa

Sección de Servicios Generales
Sección de Adquisiciones y Suministros
Sección de Archivo y Correspondencia
División de Presupuesto
Sección de Ejecución Presupuestal
Sección de Tesorería
División de Personal
Sección de Administración de Personal
Sección de Capacitación y Bienestar Social

Oficina de Planeación

División de Análisis Presupuestal
División de Política Sectorial
División de Desarrollo Organizacional

Oficina Jurídica

Oficina de Asuntos Internacionales

Oficina de Sistemas de Información

División de Informática
División de Estadística
División de Divulgación y Capacitación Sectorial
Sección de Documentación y Biblioteca

Dirección General de Empleo

Subdirección de Políticas de Empleo e Ingresos
División de Políticas Macroeconómicas y Sectoriales de Empleo
División de Productividad y Tecnología
Subdirección de Fomento de Empleo
División de Programas Específicos
División de Programas Regionales y Locales
Subdirección de Servicios y Gestión de Empleo
División de Servicios Técnicos de Empleo
División de Gestión de Empleo
División de Migraciones Laborales

Dirección General de Seguridad Social

Subdirección de Salud Ocupacional

División de Medicina Laboral y del Trabajo
División de Higiene y Seguridad Industrial
Subdirección de Prestaciones Económicas
División de Estudios Económicos y Actuariales
Subdirección de Prestaciones Asistenciales y Servicios Sociales
División de Servicios Sociales

Dirección General del Trabajo

Subdirección de Relaciones Individuales
División del Menor Trabajador
División del Trabajador Rural
División de Relaciones Individuales
Subdirección de Relaciones Colectivas
División de Negociación, Mediación y Arbitraje
División de Reglamentación y Registro Sindical
Subdirección de Trabajo Asociativo e Informal

Dirección General de Inspección y Vigilancia

División de Inspección Preventiva
División de Vigilancia y Control

Direcciones Regionales del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social

Sección de Empleo y Seguridad Social
Sección de Trabajo e Inspección y Vigilancia
Inspecciones de Trabajo y Seguridad Social

Oficinas Regionales Especiales del Trabajo y Seguridad Social

Organismos de Asesoría y Coordinación

Consejo Nacional Laboral
Consejo Superior de Empleo, Trabajo y Seguridad Social
Consejo Superior de Subsidio Familiar
Comité Nacional para las Migraciones Laborales
Comité Nacional para el Análisis de los Mercados de Trabajo
Comité de Divulgación del Sector Trabajo y Seguridad Social
Comité de Planeación del Sector Trabajo y Seguridad Social
Comité de Dirección del Ministerio
Junta de Licitaciones y Adquisiciones
Comisión de Personal

Comité de Sistemas de Información
Comité de Capacitación General

El ministro de Trabajo y Seguridad Social, además de las funciones que le señalan la Constitución Nacional y las leyes, tendrá que ejercer, bajo su propia responsabilidad, las funciones que el Presidente de la República le delegue o la ley le confiera y vigilar el cumplimiento de las que por mandato legal se hayan otorgado a dependencias del Ministerio, así como las que se hayan delegado en funcionarios de su Despacho.

El Viceministro suplirá las faltas accidentales del Ministro, cuando así lo disponga el Presidente de la República.

El Secretario General será el funcionario encargado de asegurar la orientación técnica y la continuidad en la prestación de los servicios y la ejecución de los programas de la entidad.

La Dirección General de Empleo deberá proponer, coordinar y evaluar políticas globales y sectoriales de empleo e ingresos, acordes con el Plan de Desarrollo.

Corresponde a la Dirección General de la Seguridad Social proponer y desarrollar políticas, planes y programas en materia de previsión y seguridad social.

La Dirección General del Trabajo tendrá que proponer y desarrollar la política del Gobierno en materia de relaciones colectivas e individuales de trabajo.

Enseguida se presentan algunas generalidades sobre estructura y funciones de las dependencias que conforman el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Alta Dirección

La alta Dirección del Ministerio la constituyen el Ministro, Viceministro, Secretario General, y Directores Generales, quienes conjuntamente con los organismos de asesoría y coordinación, formulan, adoptan, dirigen y controlan la política social del Gobierno en las áreas de Empleo, Trabajo, Previsión y Seguridad Social, Inspección y Vigilancia, de manera integral y coordinada.

Dependiendo directamente de la Secretaría General aparecen las siguientes Unidades:

Oficina Jurídica

Tiene a su cargo, fundamentalmente, preparar proyectos de ley, decretos y resoluciones que se refieran al área laboral, prepara los proyectos de unidad de empresas y atiende las consultas especializadas del sector oficial. Igualmente atiende los procesos judiciales que se promuevan contra el Ministerio.

Oficina de Planeación

De la cual dependen la División de Política Sectorial, la División de Análisis Presupuestal y la División de Desarrollo Organizacional; tiene como función principal, asesorar al Ministro en la definición, coordinación y adopción de las políticas sectoriales y en la participación del Ministerio en la programación de la Política Macro-económica del Gobierno.

Básicamente la actividad de Planeación se orienta a la promoción y asesoría, destinada a obtener que las dependencias ejecutivas lleven a cabo la realización de planes para el mejoramiento de los servicios y la transformación de la realidad social del país.

Se pueden distinguir dos niveles en la actividad de planificación que debe asumir el Ministerio: el que tiene que ver con la coherencia entre el Plan Nacional de Desarrollo Sectorial y la participación de las entidades del sector socio-laboral en la elaboración y aplicación del mismo, y un segundo nivel que consiste en la intervención dentro de los procesos de planeación del propio desarrollo institucional.

Oficina de Sistemas de Información

El objetivo primordial de esta Oficina, es el de implantar un sistema integrado de información, que irrigue toda la estructura interna del Ministerio, tanto a nivel central como regional y local.

Dicho sistema debe estar interrelacionado con otros sistemas públicos y privados de información, especialmente del sector trabajo, bajo la definición de políticas,

planes y programas sectoriales, que faciliten y optimicen, la recolección, el análisis, el procesamiento y la utilización de la información.

Para tal efecto, la Oficina coordina e impulsa los sistemas que comprenden el ámbito de acción del Ministerio y de sus entidades adscritas y vinculadas; dirige, vigila y evalúa el cumplimiento de las políticas y programas del organismo, en materia de informática, estadística, divulgación y capacitación sectorial; propicia el desarrollo de sistemas interinstitucionales y establece las pautas y directrices necesarias para el mutuo intercambio de información; define los procedimientos, mecanismos y flujos de información requeridos por la entidad y el sector.

El tratamiento de la información se hace en forma directa y también a través de las dependencias administrativas que a continuación se relacionan:

La División de Informática, la División de Estadística y la División de Divulgación y Capacitación Sectorial con su Sección de Documentación y Biblioteca.

Oficina de Asuntos Internacionales

Se encarga de diligenciar, tramitar y evaluar lo relacionado con el cumplimiento de los asuntos y compromisos internacionales del Ministerio en materia de empleo, trabajo y seguridad social. Así mismo, coordina la elaboración de estudios para la adopción y ratificación de los convenios internacionales, prepara documentos y ponencias del Ministerio para reuniones internacionales, desarrollo estudios de legislación comparada y formula las propuestas pertinentes. Además, tramita las solicitudes que en materia de cooperación técnica internacional presentan al Ministerio las entidades adscritas y vinculadas.

Dirección General de Empleo

Corresponde a esta Dirección participar en la formulación y desarrollar las políticas de formación del recurso humano; capacitación y aprendizaje, con el objetivo de armonizarlas con las necesidades económicas del país y las tendencias que presente el empleo.

Igualmente esta Dirección debe realizar estudios sobre el mercado de trabajo,

constituir y desarrollar un sistema de información y previsión del mercado laboral integrado al sistema de información del Ministerio.

Esta Dirección está integrada por la Subdirección de Políticas de Empleo e Ingresos, la Subdirección de Fomento del Empleo y la Subdirección de Servicios de Gestión de Empleo.

Dirección General de la Seguridad Social

Corresponde a esta dependencia, con el apoyo de las Subdirecciones de: Salud Ocupacional, de Prestaciones Económicas y de Prestaciones Asistenciales y Servicios Sociales, proponer y desarrollar las políticas del Gobierno en materia de previsión y seguridad social mediante un sistema integral que, en coordinación con las entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales, proteja a todas las personas residentes en el país, de las contingencias y riesgos inherentes a los ambientes laboral, social y familiar, para garantizar a toda la población el desarrollo armónico de la personalidad y el poder disfrutar de una vida digna y gratificante.

Dirección General del Trabajo

Esta Dirección propone y desarrolla la política del Gobierno en materia de relaciones laborales (individuales y colectivas) y de trabajo en el sector informal.

Conformada por sus subdirecciones de: Relaciones Individuales, Relaciones Colectivas y de Trabajo Asociativo e Informal, auspicia y coordina la ejecución de proyectos de investigación, planes y programas en el área del trabajo, participa en la preparación de normas y procedimientos para la aplicación de las disposiciones que regulan el trabajo en sus diferentes modalidades, establece procedimientos y orienta acciones para garantizar los derechos de los trabajadores, dirige, coordina, controla y evalúa las labores de las unidades bajo su dirección y asiste directamente o a través de las mismas a las dependencias regionales en el área de su competencia, prestando también atención a los trabajadores informales, asociados, rurales y menores de edad como parte de la ampliación de la cobertura del Ministerio hacia estos sectores.

Dirección General de Inspección y Vigilancia

Esta nueva dependencia del Ministerio, tiene como objetivo principal ejercer

el control y la vigilancia sobre todas las actividades que se desarrollen en el sector laboral del país, evaluando el cumplimiento de las normas y las disposiciones sobre el empleo, el trabajo y la seguridad social.

La Dirección General de Inspección y Vigilancia, y sus dependencias, la División de Inspección Preventiva y la División de Vigilancia y Control tienen la competencia para promover medidas preventivas e imponer las sanciones a que haya lugar.

Igualmente deberá diseñar, proponer y aplicar normas y procedimientos legales apropiados que permitan ampliar la cobertura del Ministerio a los sectores de empleo, seguridad social y trabajo.

ORGANISMOS ADSCRITOS

SUPERINTENDENCIA DE SUBSIDIO FAMILIAR

Creada mediante la Ley 25 de 1981, se reestructuró mediante Decreto 2150 del 30 de diciembre de 1992, adscrita al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, tiene como función la inspección y vigilancia de las entidades encargadas de recaudar los aportes y de pagar las asignaciones del subsidio familiar.

La Superintendencia de Subsidio Familiar ejerce funciones de vigilancia y control de conformidad con las instrucciones del Presidente de la República y con las políticas laborales de seguridad social, que adopte el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

INSTITUTO DE LOS SEGUROS SOCIALES

Creado mediante la Ley 90 de 1946, y reestructurado mediante Decreto 2148 de 1992.

El Instituto de Seguros Sociales funciona como empresa industrial y comercial del Estado, de orden nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y capital independiente.

CAJA NACIONAL DE PREVISIÓN SOCIAL

Creada mediante la Ley 6a. de 1945 como un establecimiento público del orden nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio.

Se reestructuró mediante Decreto 2147 de 1992, convirtiéndola en Empresa Promotora de salud.

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

Creado como establecimiento público del orden nacional mediante Decreto 118 de 1957.

El Servicio Nacional de Aprendizaje es un establecimiento público del orden nacional, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, adscrito al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, para invertir en el desarrollo social y técnico de los trabajadores colombianos.

FONDO DE PREVISIÓN SOCIAL DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Creado mediante la Ley 33 de 1985, como un establecimiento público adscrito al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio propio, para efectuar el reconocimiento y pago de las prestaciones sociales y médico asistenciales a los congresistas, empleados del Congreso y del mismo Fondo.

ORGANISMO VINCULADO

Promotora de Vacaciones y Recreación Social - PROSOCIAL. Creada mediante Decreto 1250 de 1974 como Empresa Industrial y Comercial del Estado, vinculada al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

La promotora de Vacaciones y Recreación Social - PROSOCIAL -, tendrá por objeto principal formular programas, promocionar, fomentar y financiar servicios de recreación y turismo social destinados a proporcionar bienestar social a los servidores públicos aportantes y sus familiares, así como a los pensionados del sector público, como una necesidad para la salud integral de quien trabaja y produce.

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE SEGUROS SOCIALES (ICSS)

Instituto de Seguros Sociales

Exigencias de tipo jurídico-técnicas habían vetado uno a uno los proyectos de ley presentados al Parlamento. Sin embargo, habían venido delimitando las bases y criterios necesarios para erigir como una necesidad la atención y normatividad referente a la seguridad social.

Las conquistas sociales de mayor importancia en los inicios del seguro obligatorio en el país, comenzaron a ser realidad en nuestra legislación a partir de la primera administración presidencial del doctor Alfonso López Pumarejo.

«Fue López quien dio un paso decisivo en la sindicalización del país, acorde con el comienzo del desarrollo industrial que precedió a la Segunda Guerra Mundial y que si bien fue un desarrollo exclusivamente de transformación, desde el punto de vista laboral tuvo tanta importancia o quizás más que si hubiera sido de creación y crecimiento de industrias que no necesitan de materia prima extranjera. Ese impulso económico requirió por parte del Gobierno, de los empresarios y de los trabajadores, nuevos tipos de organización social y una mayor preocupación para asegurar a los asalariados un sistema de vida más estable desde el punto de vista de sus ingresos y de sus condiciones de conservación y recuperación de la salud, del que hasta entonces habían tenido, que era, prácticamente el abandono a sus propias fuerzas sin que una ayuda organizada y vigilante por parte de los patronos y de los poderes públicos los mantuviera en el estado de tranquilidad que al fin y a la postre habrían de ser convenientes para todos»¹.

LA LEY 90 DE 1946

Puesto a consideración del Senado el 26 de julio de 1945, el proyecto de ley tendiente a establecer el seguro obligatorio y a crear el Instituto Colombiano

de los Seguros Sociales, se constituye -con algunas modificaciones- en la Ley 90 de diciembre 11 de 1946, orgánica o norma legislativa de la institución y del seguro como tales.

Dicho proyecto fue presentado durante la administración del presidente Alberto Lleras Camargo, por el entonces Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social, Adán Arriaga Andrade. La Ley se aprobó en el primer año de gobierno del doctor Mariano Ospina Pérez; fue sancionada por él mismo el 26 de diciembre de 1946 y firmada por Ricardo Bonilla Gutiérrez como Presidente del Senado y Julio César Turbay Ayala, como Presidente de la Cámara.

En dicha Ley, al crearse el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, se establece que a éste corresponde asegurar a los trabajadores particulares (La Caja Nacional de Previsión se encargaría del seguro para trabajadores oficiales); igualmente, es determinada dicha institución con una autonomía en sus funciones al considerarla como entidad autónoma de Derecho Social, con personería jurídica propia y con un patrimonio independiente del que corresponde al Estado.

Se estableció, así mismo, que el Instituto funcionaría como entidad central que dirige, vigila y controla el seguro en los aspectos de la administración, el orden técnico, científico, financiero y contable. Se crearían, además, unas Cajas Seccionales para la administración del seguro social en las distintas zonas del territorio colombiano.

La dirección del mencionado Instituto estará en manos de un Gerente General y un Consejo Directivo, conformado este último por: un delegado del Presidente de la República, el Ministro de Trabajo o su delegado, el Director de Salubridad, un representante de la Academia Nacional de Medicina, un representante de los trabajadores asegurados, un representante de los patronos y, por último, un delegado de la Federación Médica y Odontológica.

Detengámonos en otras de las características de dicha Ley: esta Ley presenta nuevos panoramas, pues aun cuando no se decide por el seguro total, por lo menos hacia allá polariza su aspiración. Inicialmente comprende a los individuos, nacionales o extranjeros, que presten sus servicios a otra persona en virtud de un contrato, expreso o presunto, de trabajo o aprendizaje, inclusive los trabajadores a domicilio y los del servicio doméstico.

Consagra la cobertura de los riesgos de enfermedades no profesionales y maternidad, invalidez y vejez, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, y muerte. Establece las correspondientes prestaciones como asistencia médica, quirúrgica y odontológica, subsidio en dinero, hospitalización, examen médico para la investigación y prevención de las enfermedades y períodos de reposo preventivo o de convalecencia.

En maternidad, asistencia obstetricia y subsidio en dinero y auxilio de lactancia para el hijo del asegurado.

Crea una Sección de Medicina Preventiva, destinada a desarrollar todo lo pertinente a la educación sanitaria, profilaxia de las enfermedades y examen médico periódico entre los asegurados.

En caso de invalidez, el Instituto pagará, mientras dure aquella, una pensión mensual; lo mismo en caso de vejez.

En caso de accidentes y enfermedades profesionales, la necesaria asistencia médica y quirúrgica, medicina, aparatos de prótesis y ortopedia y subsidios en dinero. Por muerte, pensión para la viuda y los huérfanos.

En caso de muerte del asegurado no causada por accidente de trabajo, pago de los gastos de entierro y pensiones de viudedad y orfandad.

Las personas cubiertas por la Ley 90 de 1946, son:

- a) Directamente el trabajador asegurado en el riesgo;
- b) La esposa del trabajador, en caso de maternidad;
- c) La compañera del trabajador con quien haga vida marital, en caso de maternidad;
- d) El hijo del asegurado con los servicios de lactancia. 2.

LO QUE DIJO LA PRENSA

A continuación presentamos algunos apartes extractados del seguimiento noticioso hecho por la prensa a este período de iniciación del seguro social en el país.

«Seguro Social, Cesantía y Jubilación se Aprobaron en Segundo Debate».

(...) El S.Jaramillo Giraldo propone que se discuta el proyecto sobre seguro social obligatorio por tres razones fundamentales:

- 1a. Porque ha sido recomendado insistentemente por el presidente de la república;
- 2a. Porque se trata de modificaciones de la cámara que han debido figurar en lugar preferente;
- 3a. Porque hay absoluta unanimidad para la votación de esta trascendental iniciativa.

(EL TIEMPO - Martes 10 de diciembre de 1946)

«A la sanción del ejecutivo pasó ya el seguro social».

Para la sanción ejecutiva, le fue pasado ayer, al señor presidente de la república el proyecto de ley « por el cual se establece el seguro social obligatorio y se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales».

Este importantísimo proyecto de ley fue presentado por el doctor Adán Arriaga Andrade, ex-ministro del trabajo, el 20 de julio del año pasado, y después de 64 sesiones de la comisión quinta del senado, donde fue ardorosamente defendido por el doctor José Jaramillo Giraldo, pasó a la discusión plenaria a principios de noviembre. Allí tuvo lugar un candente debate en relación con el sesudo informe del senador Jaramillo Giraldo, que dará a la publicidad la Imprenta Nacional en los días próximos, y fue aprobado el proyecto tal como fue presentado por éste, es decir, con todas las modificaciones introducidas en la comisión quinta.

En la cámara de representantes, el proyecto sufrió un proceso dilatorio injustificable, de parte de los conservadores y no fue posible consagrarlo en las sesiones del año pasado. Al inaugurarse las presentes sesiones, el señor presidente, doctor Ospina Pérez insistió en la necesidad de considerarlo y aprobarlo, y después de pasar por una nueva serie de resistencias, esta vez de los comunistas, volvió al senado con modificaciones. El senado las aprobó a excepción de una que establecía una doble cotización para los patronos, que fue negada.

Antes de ayer volvió el proyecto a la cámara y después de nuevos incidentes parlamentarios fue aprobado el punto de vista del informante del senado doctor Jaramillo, y la ley fue aprobada. En esta forma, pasó a la sanción ejecutiva uno de los proyectos más importantes de los últimos años.

(EL TIEMPO - Viernes 13 de diciembre de 1946)

EL DEPARTAMENTO NACIONAL DE SEGUROS SOCIALES

La Ley 90 de 1946 no pudo entrar en vigencia inmediatamente, se hacían necesarios algunos estudios previos para el establecimiento del seguro que consagraba.

Por este motivo, en marzo de 1947, el Gobierno Nacional solicitó la colaboración del técnico en seguros Rudolph Metalle, como presidente de la Comisión Organizadora y Planificadora del Régimen de Seguros Sociales en Colombia. Entre otros estudios y disposiciones, la Comisión recomendó «la creación de un Departamento, dependencia del Ministerio de Trabajo, el cual se encargará de organizar los trabajos y preparar los estudios necesarios para la marcha ordenada y rápida del Instituto Colombiano de Seguros Sociales que habría de entrar en funciones inmediatamente que el Departamento hubiera desarrollado las tareas preparatorias» 3.

El Decreto 2402 del 18 de julio de 1947, creó entonces, el Departamento Nacional de Seguros Sociales, el cual funcionó eficazmente durante poco más de un año, antes de ser reemplazado por la entidad descentralizada que constituye el Instituto.

Días más tarde se nombró Jefe del Departamento al economista y abogado, doctor Carlos Echeverri Herrera, quien con la colaboración directa de un Consejo Técnico Asesor -formado por expertos en diferentes materias de la Seguridad y el Seguro Social- coordinó los estudios y trabajos de las secciones que conformaron el Instituto.

La Sección Jurídica preparó y elaboró los decretos reglamentarios de la Ley, principalmente los relacionados con la parte de recursos. Igualmente presentó los anteproyectos de estatutos y reglamentos de la institución, los proyectos de decretos orgánicos y reformatorios de la Ley.

La Sección de Estadística realizó estudios especializados, valiéndose inicialmente de datos suministrados por la Contraloría General de la República y de algunas Cajas de Previsión. «Se efectuaron principalmente cálculos sobre asistencia médica y hospitalaria, costos asistenciales, natalidad, fecundidad, morbilidad, mortalidad; salarios discriminados por las diferentes ramas de industria, edades medias de los trabajadores, etc. (...) Se levantó un censo parcial del comercio y servicios en Bogotá, en el cual se indagó sobre la edad, sexo, personas a cargo de los trabajadores comerciales, y sobre los activos y pasivos de las empresas dedicadas al comercio»⁴.

La Sección Actuarial, a cargo del técnico brasileiro Gastao Quartín Pinto de Moura, fue una que en particular adelantó estudios básicos para la instalación del seguro, entre ellos: «rectificación del número de nacimientos en Colombia en el decenio anterior al censo de 1938. Cálculo de los coeficientes de natalidad. Determinación de las tasas de fecundidad total y general, efectiva y legítima para Colombia, según edades. Estimación del número de asegurados a mediados del año de 1948; su distribución por sexos y grupos de edades; escalas de salarios y sexos y grupos de edades. Probabilidad de un asegurador del sexo masculino de ser casado. Edades medias de las esposas de los asegurados casados. Estimativa del costo del subsidio de maternidad y lactancia. Costo del subsidio de enfermedad. Asistencia médica. Valuación probable de los ingresos y egresos del Instituto. Estadística...»⁵.

La Sección de Investigación Hospitalaria realizó un diagnóstico de las principales clínicas y hospitales de la capital; igualmente adelantó los estudios referentes al plan general de los servicios, así como también sobre los costos médicos y hospitalarios previstos.

Funcionaron también las Secciones de Medicina Social y de Organismos Internacionales y Divulgación. De igual forma, se creó una Comisión Intergremial Consultiva, tendiente a establecer un vínculo comunicativo entre los distintos gremios y el seguro social.

LO QUE DIJO LA PRENSA

«Departamento para el Seguro Social fue organizado ayer»

Se ha creado en el Ministerio de Trabajo un departamento de seguros sociales

que preparará todo lo relacionado con la organización de los seguros sociales de que trata la Ley 90 de 1946; prestará su cooperación al técnico actuarial que contrate el Gobierno Nacional para efectos de la organización del Seguro y servirá de organismo y enlace entre dicho técnico y las autoridades oficiales, etcétera.

El nuevo departamento se encargará de hacer efectivas esas determinaciones y además cumplirá las siguientes labores: recibir y recopilar los datos, informes y estadísticas que se requieran para la organización del seguro social especialmente del seguro enfermedad-maternidad; mantenerse en permanente comunicación con los organismos internacionales de seguro social y con los organismos técnicos correspondientes; dictar las resoluciones indispensables para hacer efectivas las medidas de organización del régimen de seguros sociales. Proyectar los decretos relativos a la organización de los seguros. Celebrar los contratos que sean del caso para el funcionamiento del seguro social, para cuya validez se requerirá la aprobación del gobierno. Solicitar la asesoría de las personas o entidades cuyo concurso sea necesario para los fines propuestos.

Este departamento tendrá un jefe, con carácter de director de la preparación y organización de los seguros sociales, con un sueldo de \$700; un secretario con \$400; un oficial técnico de estadística, con \$400 y una mecanotagráfica.

(EL TIEMPO - Martes 22 de julio de 1947)

APERTURA E INICIACIÓN DE LABORES DEL INSTITUTO

El Instituto Colombiano de los Seguros Sociales es inaugurado oficialmente, por el Presidente Mariano Ospina Pérez, el 19 de junio de 1948; en dicho acto se posesiona como Gerente General el doctor Carlos Echeverri Herrera, designado por Decreto 2347 de 1948 y quien había estado al frente del Departamento ya mencionado.

La principal labor en los inicios de la institución estuvo relacionada con la preparación de la inscripción de primer contingente de asegurados, el cual fue agrupado teniendo en cuenta las secciones de trabajadores en cuatro categorías, a saber: comercio, transporte, industria y servicios personales y profesionales.

Al tiempo, se diseñaron las tarjetas de inscripción patronales y obrera; se preparó

el personal requerido para la administración y se planearon las estrategias de registro y sistemas de recaudo de las cuotas de los asegurados.

Gracias a un trabajo en conjunto de los diferentes departamentos del Instituto, se realizaron, igualmente, estudios y prospectos de los servicios hospitalarios, laboratorios y farmacéuticos.

El 9 de abril

El 9 de abril se constituye en una fecha clave en la historia del Instituto, al respecto recogemos las palabras de su primer Gerente General, Carlos Echeverri Herrera: «Las débiles y atrasadas condiciones sociales y económicas del país por los años del inicio de la Seguridad Social, se vieron multiplicados al máximo por la indiscutible crisis política desatada por el asesinato del Gran Líder Jorge Eliécer Gaitán el 9 de abril de 1948 y la ola de violencia y confusión que este hecho desató sobre todo el territorio» 6.

Las consecuencias adversas que sobre el nivel de vida de ciertos grupos produjeron estos hechos, obligaron a la rectificación de los estudios actuariales y de los censos de la población estimada de la capital del país. Dichas reformas retardaron, lógicamente, las inscripciones del primer contingente de asegurados.

Retomemos nuevamente las palabras del doctor Echeverri. En esta ocasión, dirigiéndose a la comunidad en general por los micrófonos de la Radiodifusora Nacional de Colombia, el 28 de agosto de 1948.

«Fue preciso reparar aquel trastorno con nuevas investigaciones y nuevos cálculos y compensar a los trabajadores licenciados por los incendios de abril con la mano de obra dedicada a actividades afines. Por otra parte, con ocasión de los mismos sucesos, sobrevino la total destrucción de los estudios que sobre organización y administración de los seguros sociales había elaborado desde el Brasil el doctor José Seabra, experto muy distinguido, contratado por el Gobierno. El doctor Seabra había venido ocho días antes a Bogotá y se disponía a confrontar sus trabajos teóricos con la realidad social del país, cuando por la pérdida de todos los documentos y bienes que traía consigo, tuvo que regresar precipitadamente, planteando de nuevo al despacho a mi cargo el grave problema de la planificación administrativa del régimen del seguro obligatorio. Estos inconvenientes imprevisibles retrasaron los planes del Departamento de Seguros en 75 días exactamente.

«(...) Con ocasión del 9 de abril la incertidumbre fiscal del país se intensificó notoriamente, y sólo en el mes de junio pasado el seguro tuvo una apropiación extraordinaria de \$2,000.000 que le fueron asignados por uno de los decretos extraordinarios del Gobierno. (...) Supongo que los hechos anteriores sean suficientes para explicar la imposibilidad de haber ganado más terreno en la preparación de los seguros sociales» 7.

MODIFICACIONES INICIALES A LA LEY ORGANICA DEL INSTITUTO

La primera reforma de importancia hecha a la Ley 90 de 1946 se logró a través del Decreto 2351 de 1948, el cual modificaba la disposición con respecto a los aportes al Seguro: inicialmente, debía cotizarse el seguro obligatorio con un aporte equivalente de los asegurados y sus empleadores. Con el respectivo Decreto se rebajó en un 50% la contribución de los trabajadores a cambio de un aumento igualmente proporcional en el aporte de los patronos. De esta manera se dispuso que, a contar del día de su inscripción, los trabajadores debían pagar a la institución una cotización mensual equivalente al 2% de sus salarios; el Estado, por su parte, hará un aporte idéntico y, los empleadores, una cotización del 4%.

En vista de las facultades extraordinarias que concede al Gobierno el Estado de Sitio -establecido en vista de la situación de crisis por la que atravesaba el país-, se dictó el Decreto 3850 (5 de diciembre) de 1949, el cual introduce algunas modificaciones a la Ley 90.

Las reformas estaban encaminadas a aspectos tales como la concesión de facultades especiales al Instituto para la escogencia del orden de prelación de riesgos considerados convenientes; igualmente, por medio de dicho Decreto, se suspendían los artículos 74 y 75 de la Ley, los cuales posibilitaban a los patronos eximirse (parcial o totalmente) del régimen del seguro social obligatorio, sometiéndose únicamente a ciertos requisitos.

Dos modificaciones más: la reducción del número de miembros del Consejo Directivo del Instituto y la autorización al mismo para asumir las funciones de Caja Seccional de Cundinamarca en lo concerniente a riesgos a corto plazo.

Por último, debemos mencionar también como el 31 de diciembre del mismo año, se expedieron algunas resoluciones sobre prestaciones extra-legales.

Entre dichas prestaciones merecen nombrarse: auxilio funerario para los trabajadores asegurados fallecidos; préstamos por nupcialidad; becas para los hijos de los asegurados; suplemento nutritivo a las madres que alimentan a sus hijos; asistencia médica, quirúrgica y servicios afines para los hijos de los asegurados (nacidos dentro del régimen) hasta los seis meses de edad y asistencia odontológica hasta los dos años.

Al mismo tiempo, mediante Resolución 569, se integraba el Consejo Consultivo de Orientación Científica, «con destino a asesorar al Departamento Médico en el establecimiento de normas generales de investigación y servicios médicos, odontológicos y afines que han de regir los servicios destinados a proteger la salud de los asegurados».

EL PRIMER CONTINGENTE DE ASEGURADOS

El 1o. de abril de 1949, mediante el Decreto 722, fue llamado a inscripción el primer contingente de asegurados en la capital del país.

Se previó, entonces, la inscripción en el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, de un grupo de asegurados integrado por 31,500 trabajadores; 21,000 hombres y 10,500 mujeres, del comercio, el transporte y algunos servicios (hoteles, restaurantes y cafés) de Bogotá.

Sin embargo, al concluir el primer trimestre a partir del llamado inicial, estaban inscritas en el Seguro Social Obligatorio 6.181 empresas, con 45,627 empleados y obreros que, sumados a los beneficiarios directos se obtenían un total de aproximadamente 60,000 personas cubiertas por el seguro.

LOS PRIMEROS SERVICIOS: ENFERMEDAD-MATERNIDAD

El 26 de septiembre de 1949 el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales inició la prestación de servicios en lo referente a las enfermedades no profesionales y a la maternidad, a los trabajadores asegurados en la capital de la República.

Las condiciones sociales, políticas y económicas del país, obligaron al Instituto a optar por prioridades en la prestación de los servicios: la salud se presentaba como un imperativo, por lo cual fue necesario poner a funcionar en primer lugar el Seguro de Enfermedad -Maternidad, posponiendo de esta forma la aplicación de los seguros a largo término (Invalidez, Vejez y Muerte) y, con ello, el ahorro que los mismos imponen al trabajador.

Dicha opción implicaba, a su vez, tomar partido por una política de gasto pro-déficit que requerían los servicios de salud. Política ésta a la que se recurrió teniendo en cuenta también que por los años que corrían (1947) el Presupuesto Nacional disponía sólo una partida mínima de sesenta mil pesos (\$60,000) para los gastos concernientes a la seguridad social.

Se obtuvieron, entonces, préstamos en algunos bancos de la capital del país, que oscilaron entre los dos y tres millones de pesos que, retomando las palabras del entonces director -Carlos Echeverri Herrera- «permitió adaptar locales arrendados para oficinas y otros conseguidos a igual título para servicios médicos y hospitalarios e importar todo el equipo de rayos X y demás elementos de diagnóstico, así como unidades médico-quirúrgicas de que no se disponía en el país, todo lo cual, en el caso de Bogotá, estuvo enteramente disponible para el primero (1o.) de septiembre de 1949» s.

El equipo antes mencionado estaba dispuesto para 31 consultorios de medicina general, 11 de especialidades y para los 11 puestos de atención odontológica, previstos para la prestación de los primeros servicios del seguro social.

En vista de que las instalaciones propias del Instituto no podrían tenerse listas para la fecha en que se planeó la apertura de labores, se necesitó la contratación especial con varios centros médicos, de Bogotá: el Hospital San José, el Instituto Clínico «Inclínico» y las Clínicas La Magdalena, Las Mercedes, Camero, Mantilla, en donde se atenderían las cirugías requeridas. La consulta externa se prestaría en un dispensario central y en 24 dispensarios de zona, industriales y rurales.

Además de los servicios de Enfermedad- Maternidad, se siguió una campaña de previsión que merece destacarse. A partir del 1o. de julio del mismo año de 1949, se iniciaron vacunaciones masivas contra la difteria, el tétano, la tosferina, la fiebre tifoidea y la viruela; igualmente, se hicieron un sinnúmero de

radiografías pulmonares con el fin de detectar con anticipación ciertas enfermedades del tórax, entre ellas la tuberculosis.

De igual forma, en estos primeros meses se incentivó desde la institución la labor educacional a dos niveles. El primero, creando varias becas con el fin de brindar capacitación en el área de la seguridad social y la administración de hospitales. Y, el segundo, a nivel de los beneficiarios del seguro, brindando especialmente educación sanitaria para madres, en puericultura e higiene del hogar.

Paralelo a estos servicios, se adelantó en los primeros tres años de funcionamiento del Instituto, un trabajo importante de investigación y comprobación bio-estadística, a saber: estudios sobre los llamados índices indirectos de salud, es decir, sobre mortalidad y morbilidad, principalmente.

El llamado al segundo contingente de asegurados en Bogotá se hizo por intermedio del Decreto 146 del 19 de enero de 1950. Dicho grupo de asegurados estuvo constituido por trabajadores de la gran industria en la capital del país y en los municipios de Usaquén, Engativá, Soacha y Fontibón.

De igual forma, se previó entonces que la inscripción y las aportaciones de este segundo contingente se iniciarían el 27 de febrero y se comenzarían a prestar los servicios a partir del 5 de junio del mismo año. En este momento, únicamente en la ciudad de Bogotá, existía un total de 89,798 asegurados y 2,773 personas beneficiarias en los riesgos.

LAS PRIMERAS INSTALACIONES

Recojamos una pequeña crónica aparecida en la Revista de Seguridad Social en su edición No.2 (Volumen I), correspondiente a enero, febrero y marzo de 1949, en la que se hace referencia a las instalaciones primeras para el seguro social.

«El Departamento Financiero tuvo especial ingerencia en la construcción del edificio para las instalaciones del Instituto. Instalaciones que se relacionen no solamente con la parte administrativa, sino también con la de los servicios distintos a los de hospitalización.

«Después de estudiados diferentes edificios de la ciudad, se escogió el que

menos dificultades de adaptación tenía y que por su situación, sus vías de acceso, su capacidad, su construcción, su precio de arrendamiento y otras condiciones, diera mayores facilidades para los fines del seguro. El edificio escogido está situado en el cruce de la Avenida Caracas con la calle 26, por plazo largo (6 años) y un precio razonable de arrendamiento mensual, dados los altos costos que a este respecto existen en Bogotá, se pidieron a diferentes firmas constructoras las cotizaciones sobre nuestro propósito de adaptación (...), se resolvió adjudicar el contrato al ingeniero Miguel Díaz, sobre un costo aproximado de \$120,000.00".

LAS PRIMERAS CAJAS SECCIONALES

En forma simultánea con la organización básica necesaria a los primeros meses de existencia del Instituto de Seguros Sociales, se venían adelantando estudios de diagnóstico en diferentes zonas del país, con el fin de posibilitar en las mismas, la creación de Cajas Seccionales para la implantación del régimen previsto por la Ley, para la extensión a toda Colombia del régimen del seguro obligatorio.

Seccional Antioquia. La región antioqueña fue especialmente considerada en los diagnósticos realizados en zonas distintas a la de Bogotá. Fue así como en 1948 se creó en Medellín la primera Oficina Seccional del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales en el país, la cual cumplió labores muy importantes para el funcionamiento del seguro en Antioquia. La Caja Seccional respectiva fue establecida poco después (20 de febrero), gracias al Decreto 521 de 1950.

El entonces director, Víctor Guillermo Ricardo, comenta al respecto: «Desde el comienzo de su creación la Caja Seccional de Antioquia funcionó admirablemente, los antioqueños respondieron muy bien a las expectativas del seguro; contaban, incluso, con una Clínica dependiente de la Caja, de modo que teníamos directamente una entidad eficiente, para atender los servicios de enfermedad - maternidad. Así quisimos que funcionaran las cosas en las otras cajas seccionales que se fueron creando».

Entre las primeras labores de esta seccional debemos mencionar la realización de un directorio de empresas, en el que se registraron, en un número aproximado, 7,130 empresas en el Valle de Aburrá. Además de la capital, el estudio se llevó a cabo en los municipios de Bello, Copacabana, Girardota, Barbosa, Envigado, Itagüí, Caldas y La Estrella; con la colaboración directa de un grupo de personas

de las mismas regiones que previamente habían sido instruídas y cuya labor fue apoyada además con la estrategia propagandística utilizada en la zona.

Con el fin de establecer las zonas económicas correspondientes a la región, así como también para dotar de una base estadística a los cálculos actuariales del seguro, se llevó a cabo, conjuntamente, un censo de trabajadores: 65.162 fueron determinados como posibles afiliados para la seccional.

En 1949 el Instituto compró la Clínica de Maternidad de Medellín -convertida luego en la Clínica León XIII- con el fin de que en este centro asistencial pudiesen prestarse los servicios hospitalarios necesarios en el momento de poner a funcionar el régimen del seguro.

El 13 de marzo de 1950 se inició el período de cotizaciones previas, y el 31 de julio del mismo año se iniciaron los servicios para los afiliados y sus beneficiarios: 68,300 individuos aproximadamente, en total. Dichos servicios se prestaron, inicialmente, en un Dispensario Central de Medellín (con 40 médicos generales, 39 especialistas y 26 odontólogos) y en varios consultorios instalados en centros fabriles del Valle de Aburrá.

El primer Director de la Caja Seccional de Antioquia, Gabriel Barrientos Cadavid - posteriormente Gerente General del Instituto-, ordenó en 1951 la construcción en Medellín de una nueva clínica destinada a la atención en medicina interna y a los servicios de pediatría. Dicha clínica fue puesta al servicio de los asegurados en 1954, un año después de ponerse en funcionamiento la Clínica Santa María del Rosario en Itagüí y el mismo año en que se abrió la Santa Gertrudis para la población de Envigado.

En estas fechas ya estaba instalada la Gerencia y sus Departamentos (inicialmente: Financiero, de Personal Administrativo y Auditoría Fiscal) en un edificio conseguido en 1951 en el centro de Medellín.

Seccional del Quindío y Norte del Valle. El primer ensayo del seguro campesino en Colombia se inició en una de las zonas más productivas en el área agrícola del país: Quindío y el Norte del Valle, zonas cafetaleras por excelencia en donde, al igual que en Antioquia, se adelantaron investigaciones estadísticas desde los meses iniciales del seguro social, para establecerlo allí.

La creación de dicha Caja Seccional se determinó por el Decreto 2516 del 27 de julio de 1950, el cual estableció la jurisdicción de la misma a los municipios de Pereira, Armenia, Calarcá, Santa Rosa de Cabal, Marsella, Montenegro, Quimbaya, Finlandia y Circacia, pertenecientes en la época al departamento de Caldas; y los municipios de Cartago, Zarzal, Ansermanuevo, Ulloa y Alcalá, en el Valle del Cauca.

La Caja Seccional en cuestión, cuya sede se instaló en Pereira bajo la Gerencia del doctor Gonzalo García Salazar, llamó al primer contingente de empresas y trabajadores el 27 de junio de 1950, facultada por el Decreto 2517.

El mismo año de 1950 (el 18 de septiembre) se inició el período de cotizaciones previas y un año después, las prestaciones de los servicios amparando los riesgos de enfermedad profesional y maternidad (5 de febrero), con un total de 22.792 asegurados: 12,000 urbanos y 10,000 ubicados entre los campesinos.

Además de su funcionamiento en una región predominantemente agrícola, el Instituto señaló como otra de las características especiales de esta seccional, el hecho de que su jurisdicción no estuviese, condicionada a la división política administrativa del país, sino que abarca municipios de dos departamentos; otra de sus particularidades - explicitadas como una ventaja- es la referente a su división en Agencias Locales (Armenia y Cartago, con domicilio legal en Pereira) para facilitar la asistencia y la administración en un territorio tan extenso.

En un principio los servicios médicos fueron prestados en Armenia y Pereira, como centros quirúrgicos predominantes, y en los municipios de la Caja (servicios de medicina general y pequeñas cirugías), todo ello en instalaciones arrendadas por la Seccional. En 1958 funcionaban ya dos clínicas propias: la Clínica Santa Rosa en Pereira y la San José en Armenia.

Seccional del Valle del Cauca. La entrega No.1 de Seguridad Social de septiembre y octubre de 1948 recoge la siguiente información: «El Consejo Directivo en su primera sesión ordinaria autorizó al señor Gerente General para viajar a la ciudad de Cali (Departamento de Valle del Cauca) con el fin de estudiar la posibilidad de establecer en esa importante región económica de Colombia la primera Seccional del Seguro».

Dicho viaje se autorizó por dos motivos que señalaban a la región como altamente favorable: el «vivo interés» expresado por el entonces gobernador

del departamento -doctor Francisco Eladio Ramírez- por un lado y, por el otro y principalmente, por el hecho de que en Cali se preveía para 1949 la inauguración de un moderno hospital (con capacidad para 1,000 camas), todo ello sumado al censo de población relativamente bajo que presentó (27,000 trabajadores) en comparación con otras ciudades de importancia consideradas.

No obstante dichos precedentes, la Oficina Seccional se creó en 1950 y fue suspendida transitoriamente -junto con algunas más- por Acuerdo del Consejo Directivo apenas en sus inicios, en vista de la necesidad de consolidar la situación de las otras cajas y con la promesa de reanudar labores como Caja Seccional. Al hacerlo, meses después, inició su Gerencia el doctor Ramón Sinisterra Barberena.

CREACION DE LAS SECCIONALES

SECCIONAL	NORMA	FECHA
CUNDINAMARCA (1)	Decreto 2402	18-Junio-1947
ANTIOQUIA	Decreto 521	20-Febrero-1950
RISARALDA (2)	Decreto 2516	27-Julio-1950
VALLE	Decreto 1415	1955
SANTA MARTA (MAGDALENA)	Decreto 1160	30-Mayo-1961
BOYACA	Decreto 264	1964
CALDAS	Decreto 700	31-Marzo-1966
NARIÑO	Decreto 2021	10-Diciembre-1966
BOLIVAR	Decreto 2605	14-October-1966
HUILA	Decreto 702	21-Marzo-1966
ATLANTICO	Decreto 892	17-Mayo-1967
CAUCA	Decreto 893	17-Mayo-1967
CHOCO	Decreto 894	17-Mayo-1967
GUAJIRA	Decreto 895	17-Mayo-1967
META	Decreto 896	17-Mayo-1967
SANTANDER DEL NORTE	Decreto 897	17-Mayo-1967
SANTANDER	Decreto 898	17-Mayo-1967
TOLIMA	Decreto 899	17-Mayo-1967
CORDOBA	Decreto 713	13-Mayo-1970
CESAR	Decreto 2781/70	Acuerdo 329/70
QUINDIO	Decreto 67/71	Acuerdo 344/70
SUCRE	Decreto 052/71	Acuerdo 345/70
SAN ANDRES (ISLAS)	Acuerdo 563	1975
CAQUETA (3)	Resolución 700	3-Mayo-1981
AMAZONAS	Decreto 231/82	Resolución 022/86

1. Se denominaba Departamente Nacional de los Seguros Sociales y por Decreto 2945 del 12 de noviembre de 1975 se creó y organizó la Seccional Cundinamarca, incluyendo los municipios de Melgar de Flandes.

2. Hasta julio de 1971 se denominaba: Caja Seccional del Quindío, con jurisdicción también en el norte del Valle de risaralda.
3. Venía incluida en la Seccional del Huila, hasta su creación en el año de 1982.

LO QUE DIJO LA PRENSA

«Seguro Social en el Valle»

Cali, junio 24. El señor gobernador del departamento, doctor Francisco Eladio Ramírez, interesado en el rápido desarrollo del plan general sobre seguro social en el Valle del Cauca, para cumplir así las disposiciones establecidas en la ley 90 de 1946, acaba de dirigir al doctor Carlos Echeverri Herrera, jefe del departamento nacional del seguro social del Ministerio del Trabajo, la siguiente comunicación que les transcribo:

«Gobierno esta sección está interesado en que desarrollo plan general seguro social empiece aplicarse en el Valle del Cauca, que por diversas condiciones, como la mayor homogeneidad de sus grupos sociales y económicas, ofrece más facilidades y mayor probabilidad de éxito. Al saber este departamento figura como posible segunda zona escogida para ejecución trascendental plan, invítolo venir Cali con funcionarios considere necesarios, contando con colaboración mi gobierno, que por anticipado ofrézcole entusiasmadamente. Servidor, Francisco Eladio Ramírez, gobernador.»

El doctor Echeverri Herrera dio al señor gobernador del Valle la siguiente respuesta a la anterior comunicación:

«Sinceramente agradézcole atenta invitación visitar Valle, fin estudiar posibilidades regionales, aplicación seguro social. Evidentemente he venido pensando en que las condiciones económicas y sociales de ese departamento facilitarán sensiblemente su incorporación al régimen de seguros, motivo por el cual he tenido el propósito de sugerir al gobierno la iniciación de las tareas preparatorias correspondientes.

«Ahora con ocasión de su mensaje, encuentro que aquel propósito contaría de antemano en el Valle, con un clima oficial y popular enteramente favorable. Al registrarlo complacido, debo anotar también, que ha sido usted el primer gobernador que se dirige a este despacho, en busca de la instauración regional de seguro obligatorio. Calculo poder viajar a Cali en el curso del mes próximo,

a fin de recoger los primeros informes directos, sobre capacidad de las empresas, condiciones de la población trabajadora y la situación hospitalaria del departamento. Atento saludo, Carlos Echeverri Herrera, jefe departamento nacional seguros sociales.»

(EL TIEMPO - Viernes 25 de junio de 1948)

Oficinas Seccionales en la Zona Bananera y del Caribe. La Oficina Seccional de la Zona Bananera fue creada en el año de 1949, previos estudios, como en las anteriores, de la zona local de Santa Marta (Magdalena) respecto a los recursos hospitalarios y sanitarios, además de las investigaciones estadísticas pertinentes.

Así mismo, mediante Acuerdo del Consejo Directivo, se creó en 1952, la Oficina Regional del Seguro Social en el Caribe, la cual también se dedicó desde el principio a levantar el censo correspondiente a las empresas, patronos y trabajadores de las distintas regiones de la Costa Atlántica. Paralelamente a los diagnósticos, ambas oficinas realizaron en sus inicios de actividades, una campaña masiva tendiente a ilustrar acerca del seguro obligatorio.

LOS PRIMEROS 10 AÑOS DEL INSTITUTO

Superada la primera etapa de organización administrativa y de servicios del sistema de los seguros sociales en el país, en la historia de dicha Institución colombiana se inició una fase importante en lo que hace referencia a la consolidación de los primeros logros.

Veamos qué recuerda de esta época uno de los primeros Gerentes del Instituto -Enrique Cortázar García -: «El Instituto era una entidad por entonces muy nueva que tenía que reorganizarse permanentemente, buscando la solución de problemas muy propios de la administración y procurando el bienestar de no solamente los pacientes usuarios del sistema, sino también de los profesionales que llamaban a su servicio. Porque hubo una gran resistencia del cuerpo médico para el establecimiento y fundación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, se pensaba que acababa con la libertad profesional y adscribía a toda la profesión a participar en una organización, en un medio del Estado, un medio particular, semioficial y coartaba la libertad estableciendo tarifas y sistemas que, presumiblemente, iban a causar gran conmoción en el cuerpo médico.

Pero se ha sabido manejar, se logró su vinculación, dentro de una cierta resistencia comenzaron -o comenzamos, porque yo estaba entre esos primeros facultativos llamados por el Seguro- a colaborar con el Instituto, para buscar así el perfeccionamiento del sistema».

Este afianzamiento al que nos referimos -además de los problemas económicos y las dificultades en las gestiones iniciales asumidas como normales- condicionó de una manera bien particular el crecimiento del régimen en cuestión: se limitó considerablemente la puesta en funcionamiento de los programas previstos -en la Ley 90 y en las administraciones primeras- de extensión horizontal de los servicios.

Sin embargo, es conveniente destacar en estos primeros años la creación de ciertas oficinas seccionales (algunas de las cuales -ya nos habíamos referido a ello-, por los problemas antes mencionados, fueron incluso suspendidas por un tiempo) y el establecimiento definitivo de cajas seccionales.

Carlos Echeverri Herrera, Víctor Guillermo Ricardo García, Gabriel Barrientos Cadavid, Jorge Ordóñez Valderrama y Enrique Cortázar García dirigieron el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales como gerentes generales (es sólo a partir de 1961 que este cargo toma el nombre de director general), durante sus primeros diez años de funcionamiento.

En dichos años, además de la extensión hecha a diferentes regiones del país, que ya mencionamos- y las cuales podemos ubicar, tentativamente, en las administraciones del doctor Echeverri Herrera y Ricardo García-, deben registrarse otros logros más.

En la época iniciada por la gerencia del doctor Gabriel Barrientos Cadavid (septiembre de 1953), por ejemplo, se puso especial atención al estudio y desarrollo de estrategias eficaces para el control del cobro y la liquidación de las cotizaciones; ésto se logró con las llamadas «Tarjetas de Servicio». De igual forma, se impulsó en estos años la reorganización administrativa de las cajas seccionales ya establecidas.

En lo que respecta al crecimiento en infraestructura, deben considerarse la compra de varios terrenos para la construcción de centros médicos en las ciudades de Bogotá, Cali, Palmira, Buga, Tulúa y Armenia; así mismo se

construyeron las Clínicas de Palmira, Buga y Tulúa; dos contratos de construcción también se adelantaron: el de la Clínica San José de Armenia (que se inició también) y los planos para la hoy existente Clínica San Pedro Claver en Bogotá.

Con relación a esta última, retomemos las palabras del general Jorge Ordóñez Valderrama -cuarto gerente general del Instituto- «La construcción de esa Clínica se empezó casi con los seguros sociales y de aquí en adelante cada gerente puso su granito de arena e hizo uno o dos pisos, la cual era, y es hoy aún, un gran esfuerzo. Esa es una entidad supremamente grande que ha consumido grandes capitales también».

Unos años más tarde -gerenciaba el Instituto el mencionado general Ordóñez- se inicia una fase a nivel educativo importante: comienzan a implementarse unos Cursos de Capacitación Médica de gran alcance y variedad.

Los problemas económicos y de administración registrados a partir de 1950, saltan a primer plano nuevamente en 1958 precisamente con la suspensión de los trabajos de construcción de la Clínica San Pedro Claver (cuyo nombre se debe a la proclamación, por parte del doctor Barrientos Cadavid, de San Pedro Claver como «patrono del seguro social en Colombia»).

La obra iniciada en 1956 por la Compañía Cuéllar, Serrano Gómez y Cía, fue paralizada el 2 de julio de 1958 por orden del Consejo Directivo del Instituto. La causa principal: carencia de medios económicos; ante la inminencia de una huelga, los dineros destinados para la clínica debieron disponerse al pago de servicios médicos y quirúrgicos.

El entonces Gerente General, doctor Enrique Cortázar García -el primer profesional en medicina que ocupó dicho cargo-, envió en este año un informe al Ministro de Trabajo; allí definía la situación financiera de los últimos años como problemática y deficitaria.

El doctor Cortázar García atribuía dicha situación (ateniéndonos al relato de Andrés Soriano Lleras) «a la carencia de verdaderos presupuestos de ingresos y egresos, lo cual trajo como consecuencia una extraordinaria desorganización en los gastos; a la ausencia de una entidad que controlara los gastos; a la falta de planes generales de inversión; mal funcionamiento de la Sección de Estadística, lo que no permitía dar los datos necesarios para elaborar planes y

conocer gastos; a la creación, precipitada, de las Cajas Seccionales del Valle del Cauca que habían costado al Instituto una erogación de cuatro millones de pesos 'pues las cotizaciones previas fueron insuficientes o mal invertidas. Tan enorme inversión descapitalizó gravemente al Instituto y a las Cajas Seccionales de Cundinamarca, Antioquia y Quindío, lo que constituye el principal origen de la deuda del Instituto para con tales cajas'. (..) Finalmente, decía, que otra causa de la mala situación financiera era el hecho de que el Estado no había pagado el aporte que le correspondía de acuerdo con la Ley 90 de 1946».

Estos y otros problemas, identificados plenamente por la misma gerencia, se pretendieron solucionar con un ordenamiento administrativo y económico especial. Además, y en vista de la desorganización en el manejo de los pedidos y en sus instancias relacionadas, se realizó el crédito bancario y comercial, al tiempo que se dictaba una reglamentación particular en cuanto a las cuentas, cobranzas, contabilidad y estadística, adoptándose también sistemas de computación electrónica.

Un aspecto altamente positivo fue el impulso que se brindó -bajo la promoción del entonces Jefe de División Médica, doctor Roberto Acosta Borrero, posteriormente Director del Instituto- al desarrollo de un programa de Salud Ocupacional, haciéndose énfasis especial en la Prevención de Riesgos Profesionales.

En las postrimerías de este primer decenio, el Gobierno Nacional en 1959, crea la Comisión de Expertos en Seguridad Social. Dicha Comisión, en la cual participaron notables profesionales de larga experiencia en la rama de la seguridad social y los seguros sociales, fue creada con el fin de asesorar en la materia a las directivas de la Institución.

NOTAS:

1. Soriano Lleras, Andrés "Recuento Histórico del Instituto colombiano de Seguros Sociales". En: *Informe del director General 1967-69*. ICSS. Bogotá, 1969. p. 116.
2. Rengifo, Jesús María. *La Seguridad social en Colombia*. Editorial Temis, 2ª edición. Bogotá, 1982. pp. 59-60.
3. ICSS. *Seguridad Social*. Vol. I No. 1. Bogotá, septiembre y octubre de 1948. p. 83.
4. *Ibidem*. p.84
5. *Ibidem*. p. 84
6. *Seguridad social: EXPERIENCIA DE LARGOS AÑOS*. En: *Visstazo. Boletín No. 11. Agosto y Sept. de 1984*. p. 4.
7. *Seguridad Social*. Vol I No. 1. *op. cit.* pp. 15-16.
8. En: *Seguridad social: una experiencia y una concepción nueva*. Publicación de la Compañía Central de Seguros. Bogotá, 1985. p. 13.

DESARROLLO DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE SEGUROS SOCIALES

Instituto de Seguros Sociales

LOS AÑOS 60's EN LA HISTORIA DEL INSTITUTO

Si en los años anteriores la ampliación del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales se llevó a cabo a un nivel exclusivamente horizontal (extensión en la cobertura geográfica), los años sesentas se caracterizan, además, por una extensión considerable a nivel vertical o de la cobertura de los riesgos amparados por el seguro social.

Aunque los años claves en este sentido se ubican en 1964 y 1966, resulta pertinente señalar otros aspectos en el desarrollo de la institución, los cuales se centran en este caso en los principios de la década.

En 1960, el entonces Presidente de la República, Alberto Lleras Camargo, dicta el Decreto 1695 del 18 de julio, el cual introduce ciertos cambios de importancia a nivel de la organización de las directivas del Instituto.

De esta manera, se fija en dos años el período de los miembros del Consejo Directivo y establece la conformación del mismo (el Ministro de Trabajo y el de Salud Pública o sus delegados, un representante patronal, un representante de los trabajadores y uno más del cuerpo médico). De igual forma, cambia el cargo de Gerente General por el de Director General y faculta al Consejo para crear las Cajas Seccionales; por último, creó también el Departamento Matemático y Actuarial, tendiente a tecnificar el seguro.

En este mismo año de 1960 se inician nuevamente los trabajos de construcción de la Clínica San Pedro Claver en Bogotá, al tiempo que se dota a la misma de las primeras 250 camas con el fin de prestar los servicios de maternidad y pediatría inicialmente. Dicha Clínica entró en funcionamiento antes de ser terminada en su totalidad, en enero de 1963, lo que permitió la cesación de servicios en las Clínicas La Magdalena y Primero de Mayo; destinando, además, la mayoría de sus camas a la asistencia materno-infantil (50 camas destinadas

a la medicina interna). En 1965, el 7 de enero, fue posible la hospitalización en este centro médico, entonces se clausuró la Clínica Santa Bárbara. En 1967, el 27 de septiembre, fue inaugurada en Bogotá la Clínica Jorge Bejarano, destinada a la atención exclusiva del menor de edad.

Ahora bien, pese a otros logros a nivel de la infraestructura propia de la institución, la política en este sentido fue bien explícita en esta época. Retomemos las palabras del Director Enrique Llera Restrepo para que nos ilustre a este respecto: «El ICSS ha sido fiel a la política dispuesta por la Dirección General de no entrar en competencia con clínicas y hospitales existentes en aquellos sitios donde las condiciones de estos establecimientos son aceptables de mejorar mediante el apoyo económico del Instituto».

En 1966 se dotó a la administración del Instituto Nacional de una de las edificaciones dispuestas por la ley en el Centro Administrativo Nacional (CAN) de Bogotá; ésta fue inaugurada el 20 de diciembre con la asistencia del Presidente de la Nación, Carlos Lleras, y por dos personalidades claves en la historia de la institución: el ex-presidente Mariano Ospina Pérez y el ex-Gerente General del Seguro, Carlos Echeverri Herrera. La Cruz de Boyacá en la Orden de Cruz de Plata, fue conferida en esta ocasión al Instituto Colombiano de los Seguros Sociales.

CAJAS Y OFICINAS SECCIONALES

Este decenio fue también importante en la extensión de la cobertura a nivel geográfico u horizontal.

En 1961, por exigencia del Gobierno Nacional, se creó la Oficina Local de Santa Marta. La causante directa de dicha creación la encontramos en el cese imprevisto de las labores de la Compañía Frutera de Sevilla, la cual lógicamente, dejó cesantes a un número considerable de trabajadores; su objetivo era, entonces, evitar el desamparo médico principalmente de los mismos.

El Director de la época -Enrique Cortázar García- recuerda: «Uno de los acontecimientos que marcaron la necesidad imperiosa del establecimiento del seguro, fue el hecho de que la Compañía Frutera de Sevilla en el Magdalena, determinara su salida del país, dejando cesantes a más de 3,000 trabajadores. Entonces, el Instituto, por consejo y dirección de la Presidencia de la República,

asumió el control de los trabajadores y les prestó, como si estuvieran definitivamente afiliados, la atención médica y asistencial necesaria.

"Así, de la noche a la mañana, asumió a esas personas con asistencia médica, con muchas dificultades por la extensión enorme de la zona -la bananera-; en vista de lo cual tuvieron que establecerse puntos muy especiales, a partir de Santa Marta y en todo el departamento, para cubrir con verdadero éxito una población que no estaba cotizando, pero que había quedado totalmente desamparada.

"El Estado estableció que se podría prestar inicialmente ese trabajo con sus propios recursos y ordenó buscar financiación de la misma Compañía. Fue así como yo negocié «el regalo» -por decirlo así- del Hospital de Santa Marta al Seguro y de una casona muy competente en Fundación, para atender a los enfermos en esos sitios. Eran muchas personas y muchos casos de maternidad. Eso fue en 1961".

En diciembre de 1969, además de las Cajas Seccionales de Cali, Pereira y Medellín, funcionaban las Oficinas Seccionales de Riohacha, Barranquilla, Cartagena, Valledupar, Cúcuta, Bucaramanga, Sogamoso, Villavicencio, Quibdó, Manizales, Ibagué, Neiva, Popayán y Pasto.

EL SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES

El Decreto 3170 de diciembre 21 de 1964 reglamentó el seguro social obligatorio de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, expedido por el Consejo Directivo del Instituto mediante el Acuerdo 155 (diciembre 18) de 1963.

De esta manera, se amplía un punto más en las disposiciones y en la orientación general de la Ley Orgánica del Seguro Social Obligatorio (ley 90), en el sentido de incrementar los servicios que se prestan al trabajador inscrito en la institución.

Aunque sólo hasta el 1o. de julio de 1965 se inicia el cubrimiento de los riesgos en cuestión, ya en 1964 se concede el suministro de prótesis y aparatos ortopédicos para los riesgos profesionales. Con el establecimiento del seguro amparando este riesgo, el Instituto Colombiano asumía más de la mitad de aquellos determinados inicialmente por la Ley 90 de 1946.

LOS SERVICIOS DE INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE

LO QUE DIJO LA PRENSA

El Consejo Directivo del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales aprobó antenoche el reglamento general para la asunción de los riesgos de vejez, invalidez y muerte y el acuerdo sobre inscripciones, aportes y recaudos para los mismos.

El acuerdo para la prestación de los nuevos seguros reemplazará al que fue aprobado en el decreto 3295 de 1961, y en él se acogen unas recomendaciones que aprobó el comité que estudió las nuevas reglamentaciones.

El anuncio sobre nuevos riesgos, coincidió con la fecha, a partir de la cual se inició la efectividad de los riesgos correspondientes a enfermedades profesionales y accidentes de trabajo.

Los acuerdos serán puestos a la consideración del gobierno y, para que tengan validez es necesario que sean aprobados por decreto.

Para el régimen de cotizaciones se acogió el plan número dos propuesto por el actuario Myers, que establece para los primeros cinco años una cotización global del seis por ciento de los salarios asegurables, la cual se reparte así: tres por ciento para los patronos, uno y medio por ciento para los trabajadores y uno y medio por ciento por el Estado.

(...) (EL TIEMPO —Viernes 2 de julio de 1965)

El establecimiento de dicho seguro se topó con problemas en sus comienzos. Dejemos que sea el Director General de la época, doctor Enrique Lleras, quien nos exponga la situación general, como lo hizo en un informe al Consejo Directivo:

«Buen tiempo después de expedidos los reglamentos generales y especiales necesarios, las normas de operación pertinentes y de haberse tomado todas las medidas administrativas indispensables para la asunción de los Riesgos de Invalidez, Vejez y Muerte el 1o. de julio de 1966, el Gobierno Nacional ante las objeciones formuladas a última hora a los reglamentos por algunas

asociaciones sindicales y patronales, las amenazas de paro hechas por una de las centrales obreras (UTC) dictó el Decreto 1617 de 1966 (junio 28) que ordenó suspender la asunción de los mencionados riesgos y dispuso que se hiciera un nuevo estudio del Reglamento».

De esta manera, se elaboró el Acuerdo 224 de 1966 por parte del Consejo Directivo del Instituto, que introducía pequeñas modificaciones a la propuesta inicial y que fue aprobado por el Decreto 3041 de diciembre 19 de 1966. Se ordenó así la inscripción a partir del 1o. de enero del año siguiente, «para todos los trabajadores y patronos inscritos en esa fecha y para los que posteriormente fuesen amparados por el seguro social». Los servicios correspondientes se iniciaron el 14 de julio de 1967.

La reglamentación a la que aludimos fija así las condiciones para el derecho de vejez: 60 años de edad en hombre, 55 para la mujer, además, un número de cotizaciones no inferior a 500 semanas. El número de semanas de cotización fijado para los riesgos de invalidez y muerte fue de 150. Sin embargo, considerando las edades avanzadas de algunos trabajadores en ese momento, el reglamento disminuyó el número de semanas a 250 para aquellos que en la fecha de iniciada la cobertura fuera de 55 años o más y/o 50 más en el caso de las mujeres.

LO QUE DIJO LA PRENSA

«Sube en 1 y 1/2 el Aporte al I.C.S.S.».

Quinientos cincuenta mil trabajadores afiliados al Instituto Colombiano de Seguros Sociales disfrutarán ahora de siete riesgos, con la asunción por parte de esa entidad desde hace dos días, de los nuevos riesgos de vejez, invalidez y muerte. Estos riesgos, considerados por los técnicos entre los más baratos de todo el mundo, significarán para los afiliados al ICSS una erogación del uno y medio por ciento del salario base.

Los aportes de los trabajadores, clasificados por el Instituto en diez categorías y de acuerdo con la asignación mensual que perciben, llegarán ahora al 3 y medio por ciento sobre el salario base, ya que anteriormente el aporte para los riesgos de enfermedades no profesionales, maternidad, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales era del dos por ciento del salario base.

(...) Asumción Total. Con estos nuevos riesgos el ICSS ha cubierto lo previsto en la Ley 90 de 1946, o sea el estatuto orgánico de esta entidad.

Estos riesgos se cobrarán con aportes unificados en todas las secciones en donde opera el Instituto, ya que serán administrados directamente por la oficina principal y recaudados por oficinas locales y no por las cajas seccionales.

(...) (EL TIEMPO. Martes 3 de enero de 1967)

Con relación al Seguro General de Invalidez, Vejez y Muerte es importante destacar como en esta misma época, gracias al Decreto 687 de 1967, se autorizó la emisión de «Bonos de Valor Constante para la Seguridad Social», los cuales sólo podían ser suscritos por el Instituto Colombiano.

Dichos bonos garantizaban el valor constante de las inversiones correspondientes a las reservas del seguro social en beneficio de sus afiliados, cuyas prestaciones quedaban, de esta manera, amparadas contra los riesgos de la depreciación monetaria. Se disponía un 80% de las reservas para la inversión en bonos; el 20% de las mismas se dispuso que se mantuviese «en dinero efectivo o papeles de una liquidez inmediata para atender el pago oportuno de las pensiones, de las indemnizaciones que debe cubrir el seguro.

Al respecto, amplía el Director de la época. Enrique Lleras, continuando con el Informe dirigido al Consejo Directivo al que nos referimos anteriormente:

«La inversión de las reservas correspondientes a los seguros de invalidez, vejez y muerte permitirá desarrollar el plan nacional hospitalario con la acción conjunta y coordinada del Ministerio de Salud Pública y del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, pues con el diez por ciento (10%) de tales reservas fue creado el «Fondo Nacional Hospitalario» que permitirá la construcción y dotación de establecimientos asistenciales de utilidad común. Otro cuarenta por ciento (40%) de las mismas reservas se está invirtiendo en el desarrollo y ampliación de nuevas industrias, por intermedio del Instituto de Fomento Industrial; u otro (40%) se está destinando a la construcción de viviendas y remodelación de ciudades, por conducto del Banco Central Hipotecario».

EL CONSEJO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

En 1968, por medio del Decreto 3132 del 26 de diciembre, se crea el Consejo Nacional de Rehabilitación, como entidad asesora del Gobierno, adscrita al Instituto Colombiano de los Seguros Sociales. Dicha adscripción se hizo en vista de las políticas de seguridad social del mismo y en tanto éste es el llamado a brindar asistencia y rehabilitación en caso de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales o de invalidez por causas no profesionales, a los que son sus afiliados o, en los casos en que sea posible a quienes así lo soliciten.

El Decreto en cuestión expedido bajo la Dirección del doctor Adolfo de Francisco Zea en el Instituto, preveía por parte del seguro social la implantación de dicho Consejo a nivel económico, administrativo y técnico-científico.

El doctor Adolfo de Francisco se refiere a dicho Consejo: «Cuando se creó el Consejo Nacional de Rehabilitación yo dije que era el más humano de los decretos del Gobierno el que lo había instituido. Fue creado para rescatar a los inválidos y poderles dar la rehabilitación profesional que necesitaban. En ese entonces fueron rehabilitadas unas ocho mil personas en el Instituto y no solamente en su parte física -porque no era simplemente ponerlos a mover un brazo o pierna- sino que se pensaba en el para qué podían rehabilitarse, así que obtenían además una capacitación de trabajo: en metalmecánica, en encuadernación, en textiles, etc.

«Eso funcionaba en la Calle 12 con carreras 28, aproximadamente; en un local bastante amplio que se consiguió y en donde, en combinación con instructores del SENA, se logró enseñar y rehabilitar a muchas personas. Es interesante ver, por ejemplo, que había personas que no tenían tres o cuatro miembros y, sin embargo, rehabilitadas podían hacer muchas cosas. El trabajo que hizo en la rehabilitación de sordos fue también muy importante; muchas empresas nos pedían que les enviáramos rehabilitados sordos, empresas en las que habían gran cantidad de ruido, porque allí trabajaban divinamente, no tenían ese problema y rendían tres veces más que los no rehabilitados. Cada persona necesitaba por lo menos seis, doce y hasta 18 meses de rehabilitación profesional».

LA UNIVERSALIZACIÓN DEL SEGURO

Dos programas especiales se iniciaron a finales de la década del sesenta por parte del Instituto, en lo referente a la universalización del seguro obligatorio.

El primero, un Programa Coordinado de Salud Rural, con un carácter piloto, se inició en la Oficina Local del Seguro Social a la población rural, la cual, en esos momentos, a excepción del grupo industrializado (como el de la caña de azúcar por ejemplo), carecía de atención médica permanente y adecuada.

Este programa de salud rural se estudió e implementó con la colaboración del Programa de Desarrollo Social Campesino del Instituto Colombiano de la Reforma Agraria (INCORA), el Ministerio de Salud Pública y el Departamento de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Continúa el doctor De Francisco Zea: «Nosotros hicimos toda una serie de estudios pilotos en el Meta sobre todo, pequeñas comunidades rurales de gran Caldas en esa época, con el objeto de poder llevar el seguro social al grupo campesino; utilizando a entidades como la Federación Nacional de Cafeteros, como si fuera el gran patrón que pagara la mayor parte de las cuotas que debía cubrir el afiliado».

El programa de extensión familiar era el segundo de estos programas de universalización del seguro social. En los primeros días de 1966 se presentó al Congreso de la República un Proyecto de Ley que disponía el seguro obligatorio para los familiares de los trabajadores afiliados y para el trabajador independiente y sus familias.

En vista de que el anterior proyecto no prosperó, a partir de 1968 se inició una etapa básica de estudios al respecto, tendientes a establecer principalmente las condiciones económicas, demográficas, salariales y de salubridad previas a la ampliación de los beneficiarios del seguro social.

ANIVERSARIO No. 25 DE LA LEY 90

El vigésimo quinto aniversario de expedición de la Ley 90 de 1946, es otro de

los hechos de marcada importancia registrado en esta década para la historia del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales; su celebración se registró especialmente durante la Dirección General del doctor Roberto Acosta Borrero.

Consideramos pertinente transcribir en esta sección algunas consideraciones que sobre el respecto hiciera en un discurso, uno de sus principales gestores, el ex-presidente doctor Mariano Ospina Pérez.

«Cuando una cosa de estas existe y progresa y se impone, se olvida con mucha frecuencia las dificultades que hubo en sus orígenes. Cuando el Instituto de Seguros Sociales, o mejor dicho la Ley fue aprobada, muy pocas personas, con excepción de los que en el Parlamento y en el Gobierno habían estudiado este problema, creían en ella. De parte de muy importantes sectores del país, habían observaciones que hubo de tener en cuenta y analizar.

«Las grandes industrias que tenían establecido su departamento de seguro social, en condiciones muy favorables para sus empleados, objetaban que al hacérselas participar en esta nueva empresa, podía existir la posibilidad de que tuvieran que disminuir un tanto las condiciones de seguridad en que tenían su personal. El respetable y muy importante cuerpo médico del país, creía, si no es su totalidad al menos algunas de sus unidades más importantes, que esta institución podía ser una limitación a la iniciativa y al progreso de esa gran profesión y que podía suceder lo que la gente llama convertirse en una profesión burocrática. Los mismos trabajadores no alcanzaban a percibir lo que para ellos iba a significar esto en el futuro. Hoy, afortunadamente, esas mismas agrupaciones, obreros, médicos, empresarios, son las que más creen en esta institución.

«Ha sido una fortuna que por la dirección del Instituto de Seguros Sociales, hayan pasado colombianos de gran dinamismo, de gran fe en la institución y de extraordinaria capacidad de realización. A ellos se debe en mucha parte lo que aquí estamos considerando hoy.

«Hoy nada podrá contener esta institución, nada podrá contener su avance. Lo necesario es lograr que de todos los frentes: gobierno, empleados, trabajadores mismos, llegue a ser posible la realización, que no es un ideal irrealizable, sino que tiene que convertirse en un hecho, de que no hay colombiano que al empezar su vida, no tenga la protección del seguro social; que su madre, en los primeros instantes y ante la felicidad de tener un hijo, no tenga que pensar en qué va a

ser de ese niño quizá pocas horas después; que al morir un obrero o al perder su capacidad de trabajo, tenga la seguridad de que esta Patria puede no haberle dado mucho, pero algo le va a dar en esos momentos.

«Cuando se dice que aquí se ha hecho muy poco en beneficio de las clases trabajadoras, de las clases menos favorecidas, tenemos que afirmar resueltamente que sí se ha hecho algo.

«No podemos dejar que se establezca tabla rasa sobre la labor de quienes en una u otra circunstancia, en este caso y en muchos otros, sí han trabajado honestamente en favor de los trabajadores del país. A mi no me corresponde sino felicitar a quienes han contribuido a la realización de esta obra, y pedir a los aquí presentes y a todos los que escuchan, que ayuden en cuanto sea posible a que Colombia sea un país en que al menos no haya ningún ciudadano que no esté protegido en su vida, en sus enfermedades, en sus contingencias, por el Estado».

LA DÉCADA DE LOS 70's: EL DECENIO DE LAS REGLAMENTACIONES Y LAS MODIFICACIONES EN EL INSTITUTO

Las reglamentaciones y la introducción de modificaciones sustanciales caracterizan la década del 70 en el desarrollo del Instituto. Dichos cambios obedecieron, entre otras cosas, a las políticas administrativas de la época: Adolfo de Francisco Zea, Roberto Acosta Borrero, José Raimundo Sojo Zambrano, Ernesto Carrizosa de Brigard, Tomás Jaramillo Jaramillo, Gustavo Wilches Bautista, Alfonso Miranda Talero, Antonio José Campillo Villegas y Alberto Vejarano Laverde, dirigieron a la institución hacia las reformas más importantes de su historia legislativa.

En 1971 el Ejecutivo dicta el Decreto ley 433 deñ 27 de marzo, por el cual se introducen modificaciones sustanciales a la Ley 90 de 1946, Orgánica del Instituto de Seguros Sociales, y se le otorga un enfoque universal a tal institución. Además, al tiempo que la considera como una entidad de Derecho Social, cataloga a la seguridad social como «un servicio público, orientado y dirigido por el Estado».

En dicho Decreto Ley, además de otros aspectos, se modifica el criterio tripartito anterior de financiamiento del Instituto, en el cual el Estado aportaba una cuarta parte de los ingresos; con esta Ley se establece que el aporte estatal equivaldría en adelante a la cuarta parte del costo de las prestaciones y servicios de la seguridad social y no a la cuarta parte de las cotizaciones que financiaban las prestaciones. Otra de las modificaciones legislativas que introduce tiene que ver con la extensión que hace del cubrimiento del seguro obligatorio a los trabajadores independientes (urbanos y rurales) y a las familias de todos los trabajadores.

Ahora bien, además de los cambios reglamentados que se introducen desde principios de la década, debemos mencionar dos aspectos relevantes de estos primeros años: En 1972 el doctor Roberto Acosta Borrero, al retirarse de la Dirección, en un Informe de su gestión dirigido al Presidente Misael Pastrana Borrero, se refiere al carácter deficitario del que adoleció desde su implantación el Seguro de Enfermedad no Profesional y Maternidad: «Este déficit ha crecido en la medida en que ha aumentado el número de afiliados y ha venido disminuyendo el poder adquisitivo de los cotizantes. Este déficit no existiría si desde su iniciación, el Estado hubiese cumplido con la cuota prometida y que habían supuesto las previsiones financieras actuariales (...), ya que solamente por esta razón, el ICSS ha venido soportando una situación deficitaria que cada día es más aguda y que puede truncar una de sus metas más preciadas, como es la extensión de la seguridad social a los trabajadores independientes, a los sectores campesinos y a sus familiares».

El otro aspecto constituye un punto positivo en el desarrollo del seguro social en el país; hace alusión al funcionamiento, como programas pilotos, que se dio en cumplimiento del Decreto 433, de la extensión del seguro a los trabajadores independientes y a la aplicación de la medicina familiar.

En marzo de 1972, por ejemplo, estaban inscritos en el Instituto la Sociedad Colombiana de Economistas y la Asociación de Cantantes Colombianos (ADECOL). En cuanto al Sistema Médico Familiar, en el mismo año funcionaron en las Seccionales del Meta, Tolima y Huila y se terminaban los estudios pertinentes para su establecimiento, con un carácter definitivo y menos experimental, en Barranquilla.

EL FONDO DE SOLIDARIDAD Y COMPENSACIÓN

La reforma legal establecida en 1971 fue reglamentada por el Decreto 1935 de 1973, el cual básicamente reorganizó el Régimen Financiero del Seguro Social, es decir, introdujo modificaciones en el campo financiero, no en el de personal.

Decía el texto: «tiene por objeto establecer un régimen financiero que permita al Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, disponer de parte de los ingresos de los Seguros de Invalidez, Vejez y Muerte, y de Accidentes de Trabajo y Enfermedad profesional, independientes de sus reservas, para saldar toda eventual insuficiencia de los recursos de cualquier ramo del Seguro Social Obligatorio, en relación con sus costos de aplicación».

De esta forma se creó el Fondo de Solidaridad y Compensación con el objeto de solucionar la situación deficitaria que venía presentándose en el seguro, cuyos causantes principales fueron así enumerados por el Consejo Directivo del Instituto en Audiencia concedida por el Presidente Misael Pastrana Borrero, el 29 de mayo de 1972:

«1o. La primera causa y desde luego la que puede considerarse que ocasiona la mayor aceleración en el ritmo de crecimiento de los egresos en relación a los ingresos, obedece a la estructura y modalidades operativas del sistema asistencial que ha venido rigiendo en el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales desde su fundación y que no corresponde a las normas y cánones de la medicina social.

«2o. La segunda razón para que se haya agudizado en los últimos años la desproporción entre los ingresos y los egresos, consiste en la extensión de la Seguridad Social a renglones de población asegurada reducida y de bajo nivel de salarios.

«3o. La tercera causa está relacionada con la organización general de la seguridad social en el país, y con el grado de autonomía de que disponen las Cajas Seccionales, las cuales han aumentado en forma muchas veces desproporcionada sus gastos, sin tener en cuenta la limitación de los recursos.

«4o. Se hace notar también que ha habido desde hace aproximadamente una década un arrastre de cuentas de vigencias anteriores que se conoce con el nombre de Vigencias Expiradas».

El Fondo de Solidaridad se constituiría por los siguientes aportes: los del Estado, un 12% del ingreso a los Seguros de Invalidez, Vejez y Muerte y por los excedentes del Seguro de Riesgos Profesionales. De esta manera se pretendía «sanear las finanzas de la institución».

EL SEGURO MÉDICO FAMILIAR

1975 es señalado como un año decididamente importante para el seguro social en Colombia, en la medida en que a partir de este año se inicia la universalización de carácter estable (se habían registrado, hasta entonces, programas pilotos en varias regiones) de sus servicios.

De esta forma, mediante el Decreto 770 de abril 30 de 1975, se reglamenta el Seguro de Enfermedad General y Maternidad, estableciendo un «sistema mediante el cual el Instituto extiende la prestación médico asistencial prevista para el afiliado, a la familia del mismo», en pocas palabras, se instituye así el Seguro Médico Familiar.

Días antes se habían reglamentado el Subsidio Familiar a trabajadores rurales (establecido por el Decreto 2373 de 1974) por medio del Decreto 627 de abril 4 de 1975.

Se estableció, entonces, que las familias de los afiliados tienen derecho a las mismas prestaciones que la persona asegurada. Además, en caso de que el afiliado deje de estar protegido, la familia sigue gozando de los servicios de un período adicional de dos meses. Se decretó que dicho sistema estaría financiado por: «una contribución suplementaria» del 5% (de los cuales el 3.33% corresponde al empleador y el 1.6% al empleado) respecto a las ganancias registradas por el trabajador que a su cargo tiene familiares.

Se previó que la puesta en funcionamiento de este sistema debía ser gradual y en forma escalonada, por lo cual, en un principio se aplicó exclusivamente en Barranquilla, con un costo de operación aproximado de 300 millones de pesos. La preparación para la ampliación en dicha Seccional se venía preparando desde la administración del doctor Ernesto Carrizosa de Brigard, en 1973.

La división Médica Nacional del Instituto adelantó en ese entonces estudios

tendientes a actualizar el censo de derecho-habitantes en Barranquilla; el Departamento de Construcciones realizó un diagnóstico locativo y de dotación de las instalaciones; y el Area de Divulgación realizó seminarios especiales para explicar el nuevo sistema a los trabajadores de la seguridad social en esa región del país.

LA OFICINA SECCIONAL DE CUNDINAMARCA

El Decreto 2495 de 1975 (21 de noviembre) determina la creación de la Oficina Seccional de Cundinamarca. Por medio de dicha Ley se organiza una Oficina cuyas funciones dependieron directamente, hasta esa fecha, de la administración a nivel nacional del Instituto.

En dicho Decreto Ley se dictaron disposiciones con relación a su naturaleza y fines, a la representación y dirección de la Oficina, de sus recursos financieros, de los departamentos y secciones administrativas y científicas y, por último, acerca de la vigilancia fiscal y administrativa de dicha oficina.

1976:

NUEVA REGLAMENTACIÓN ADMINISTRATIVA

El Decreto Ley 148 «por medio del cual se organiza el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales», es firmado por el Presidente de la República, Alfonso López Michelsen, y por su Ministra de Trabajo y Seguridad Social, María Elena de Crovo, el 27 de enero de 1976.

Se modifica parcialmente de esta manera -introduciendo reformas estructurales- las normas de la Ley Orgánica de 1946 e, inclusive, el Decreto 433 de 1971. Dichas modificaciones son hechas por el Ejecutivo amparándose en las facultades que la Ley 28 de 1974 le había conferido con el objetivo de realizar cambios sustanciales en las entidades descentralizadas.

Entre los puntos importantes que introduce como novedad la nueva Ley, el mismo órgano de información del Instituto (Seguridad Social de enero-abril de 1976) destaca: «Se precisan y limitan las funciones de la administración central en relación con el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales; las del Consejo Directivo y las del Director General; se institucionalizan las Auditorías Administradoras, aumentando la representación obrero-patronal; se le da al

ICSS expresamente la naturaleza jurídica de Establecimiento Público; asume el Instituto la organización y administración del Fondo Rotatorio de Rehabilitación; se faculta al Consejo Directivo para clasificar a su personal mediante un estatuto, en empleados públicos y trabajadores oficiales; se crea la obligatoriedad del Seguro Social Campesino a sus trabajadores independientes».

Amparado en las facultades concedidas por el Decreto en cuestión, se produjo el Acuerdo mediante el cual se formalizó en el Instituto la diferenciación entre empleados públicos y trabajadores oficiales: los servicios de la institución fueron considerados como «empleados públicos».

LO QUE DIJO LA PRENSA

«Aprobado estatuto del ICSS».

El consejo directivo del Instituto de los Seguros Sociales aprobó, en su sesión de ayer, el estatuto de personal, al tenor de las determinaciones adoptadas por el Gobierno nacional en virtud del decreto 148 de este año.

El estatuto que le confiere la calidad de empleado público a una parte de los trabajadores de ICSS, ha sido rechazado, en forma sistemática, por las organizaciones sindicales que agrupan los 21,000 trabajadores de la institución.

(...) Los dirigentes sindicales desde hace varios meses se han opuesto al estatuto porque lo consideran lesivo para sus conquistas sociales.

(..) (EL TIEMPO -Viernes 27 de agosto de 1976)

A consecuencia de dicho Acuerdo, del 26 de agosto del mismo año, los médicos adscritos al seguro social decretaron, con el apoyo de los sindicatos de base, la suspensión general de los servicios. La huelga se prolongó por espacio de 51 días; según algunos, es el «paro médico más largo de la historia».

Nos remitimos al entonces Director General, Gustavo Wilches Bautista: «En México en alguna oportunidad hubo una huelga médica que duró 24 horas, tuvieron que acceder a todo lo que los médicos y paramédicos exigían porque la huelga fue total. Es natural que en un país, si se paraliza totalmente la

medicina y la paramedicina, ocurra una hecatombe parecida a una bomba atómica. Pero esto no sucedió aquí. Los médicos hacían la huelga ante los periódicos y llamaban a mi casa a ofrecerme los servicios y los contratos de servicios de las Clínicas particulares; así fue que, entonces, lo único que nos implicaba como seguro, como institución, era el gasto. Pero eran ellos mismos a la postre.

«Había lógicamente, desorganización, pero los servicios no se dejaron de prestar y ellos, obviamente, hasta ganaron más dinero. Sus mismas clínicas estaban al servicio del Instituto por contratos especiales, aunque no todos, pero si un gran número. El perjuicio que se pudo causar al país y a la sociedad colombiana no fue posible entonces.

«Sin embargo, fue una situación muy difícil. Con el Presidente Alfonso López y la Ministra María Elena de Crovo convinimos en que no se cedería sino sobre las bases legales. La huelga se concluyó, entonces, con el compromiso de que se harían unas reformas y se constituyó un Comité compuesto por el presidente de ASMEDAS, el abogado de la presidencia y yo para reintegrar a los médicos despedidos (analizando caso por caso) y con el fin también de presentar una ley reformativa».

LO QUE DIJO LA PRENSA

Recogemos aquí momentos claves en la huelga médica del Instituto, vistos como tales por la prensa en la época.

«Dice Federación Médica sobre el ICSS.

Situación explosiva por falta de decisión».

La Federación Médica Colombiana dijo ayer que se está incubando una situación laboral explosiva en el Instituto de los Seguros Sociales, por falta de decisión de las directivas de ese organismo.

El documento dado a la publicidad expresa que desde «la aparición del decreto 148, hace 7 meses, los trabajadores han venido reclamando ante el consejo directivo del instituto que se tome una determinación y se les defina la situación. Sin embargo, aún no se ha llegado a un acuerdo sobre la clasificación del

personal, provocando con esta actitud dilatoria inquietud y protestas a nivel de todas las organizaciones sindicales.

«La transformación de los trabajadores en empleados públicos, no solucionará ninguno de los problemas existentes y antes bien creará mayores males». La federación, con la firma de todos los miembros de su comité ejecutivo, que preside Camilo Casas Santofimio, manifiesta que, por el contrario, la calificación de empleados públicos «dará origen, como es natural, a malestar e inseguridad entre los trabajadores, que quedarán sujetos a los azarosos vaivenes de la política partidista.»

(...) (EL TIEMPO - Jueves 26 de agosto de 1976)

«Acordado ayer paro en el ICSS».

Orden de paro nacional en el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales - ICSS- fue acordada en principio por las asociaciones sindicales de los médicos.

El cese de actividades se materializará a mediados de la próxima semana, y en el mismo participarían afiliados a Asmedas, odontólogos, enfermeras graduadas, bacteriólogos, laboratoristas, terapeutas, instrumentadoras, técnicos quirúrgicos, profesionales de Antioquia, Valle y Risaralda.

(...) Comunicado

El Comité Intersindical Nacional reunido en la sede de ASMEDAS el día jueves 26 de agosto de 1976, comunica a los trabajadores del ICSS y a la opinión pública:

1. La resolución del H. Consejo Directivo del ICSS de fecha agosto 26 de 1976 por medio de la cual se reglamenta la calidad de sus empleados presenta una completa ambigüedad teniendo en cuenta que la clasificación se hace de acuerdo a la actividad del trabajador y no al cargo que desempeña.

2. En el párrafo del mismo artículo que califica a los trabajadores del ICSS en empleados públicos y trabajadores oficiales dice que: «será empleado público la persona en la cual deba ser depositada especial confianza», facilitando con lo anterior que cualquier trabajador a gusto del patrono se le catalogue como

empleado público o de lo contrario solamente aquéllos en que no se tuviere confianza podrían ser trabajadores oficiales.

3. Se acaba con una de las principales conquistas de los trabajadores y sus organizaciones sindicales como es el del derecho de la capacitación, escalafón, promoción y ascenso puesto que cuando estos se produzcan el trabajador oficial será declarado empleado público de libre nombramiento y remoción, pretendiendo con lo anterior que solamente sean trabajadores oficiales las personas que no tienen ningún aliciente para capacitarse y sobresalir dentro de sus compañeros.

4. Se le facilita al patrono a cometer todo tipo de arbitrariedades con sus trabajadores teniendo en cuenta que para despedirlos sólo se necesita cambiarlos de actividad, darles un pequeño ascenso o depositarles "la especial confianza" que solamente él puede calificar.

5. Con la anterior reglamentación se dio el más duro golpe a las organizaciones sindicales del ICSS en vista de que a la mayoría de los directivos sindicales de base fueron declarados empleados públicos y a los sindicatos gremiales se les arrebató el derecho a las convenciones colectivas de trabajo.

6. Estamos seguros que a 31 de diciembre, una vez venzan las convenciones colectivas vigentes todos los trabajadores del ICSS serán declarados empleados públicos.

7. Alertamos a todas las organizaciones sindicales del país para que hagan conciencia y recapaciten al conocer las arbitrariedades, violaciones, desconocimientos de los derechos adquiridos de lo cual hace gala la actual Ministra de Trabajo.

(...) (EL TIEMPO -Sábado 28 de agosto de 1976)

«Paro médico.

Se normalizan servicios».

El paro de profesionales del Instituto Colombiano de Seguros Sociales inició hoy su séptima semana, con una acentuada tendencia a la normalización de los servicios médicos y de salud diferentes a los que presta directamente dicha

entidad, mientras que el Comité intersindical Nacional, resolvía en Barranquilla reafirmarse en su posición y denunciar al gobierno por la prolongación del conflicto.

Miembros del Comité Intersindical reconocieron anoche que se habían visto obligados a aceptar «circunstancias especiales» de servicios y entidades, ajenos al ICSS, que originalmente se habían declarado en huelga de solidaridad, pero que tenían ‘razones justificadas’ para decretar la reanudación de labores. Agregaron que siguen con el ánimo de aceptar estas «circunstancias especiales» en el futuro.

(...) Después de la reunión celebrada durante el fin de semana en Barranquilla, el Comité Intersindical denuncia «la irresponsabilidad con que ha mirado el gobierno la salud del pueblo colombiano», por no solucionar antes el conflicto.

(...) (EL TIEMPO -Lunes 18 de octubre de 1976)

El cese de actividades, más que traumatismo a nivel de la salud -lo reiteramos-, trajo consigo evidencias de una situación de crisis profunda por la que atravesaba en ese momento el Instituto; la huelga demostró, según algunos expertos, «la falta de una concepción global de lo que es la Seguridad Social; la falta de una política de Seguridad Social acorde con una estrategia de desarrollo; la necesidad de deshacerse de la concepción restrictiva que liga el empleo con la Seguridad Social; la necesidad de proveer de protección a toda la población y de definir el papel del Estado frente a su financiamiento» 1.

La situación crítica ameritó que el Presidente de la República solicitara al Congreso facultades extraordinarias tendientes a reformar el seguro social y su administración. De esta forma, nace la Ley 12 del 25 de enero de 1977, otorgando dichas facultades al Ejecutivo.

Elaborado el diagnóstico de la situación financiera de la institución (caracterizado, básicamente, por la superioridad de los gastos de operación de los servicios de salud, sobre los ingresos por ese concepto), se llegó a la conclusión que existía un aprovechamiento negativo de los recursos, lo cual, a su vez, obedecía a fallas significativas en la organización y estructuración del Instituto; de igual forma saltaron a primer plano los problemas de

burocratización y la deficiencia y el bajo cubrimiento de los servicios. El debate público no se hizo esperar llegándose, incluso, al punto de proponer como salida la liquidación del Instituto de Seguros Sociales.

El doctor Adolfo de Francisco identifica uno de los problemas financieros que apenas comenzaba a vislumbrarse en la época, pero que se agudizaría con el tiempo:

«Se dejó muy claramente dicho durante mi administración que, en el gobierno siguiente al del doctor Lleras, de acuerdo con los cálculos actuariales que se habían hecho para tomar los seguros de Invalidez, Vejez y Muerte, habían que subir las cuotas de los trabajadores y los empleadores; ésto debía hacerse para no comprometer las reservas del seguro. Resulta que en la siguiente administración, cuando tocó aumentar esas cuotas ligeramente, se consideró que no era conveniente hacerlo, no sé que motivaciones hubo allí (si de tipo social o político), pero se sentó un precedente muy grave y es que las cuotas que debían subirse cada cinco años dejaron de subirse y ahí comenzó el grave problema financiero; cuando ya quisieron subirlas no podían hacerlo en la magnitud de lo que se había previsto.

«Esto es importante porque cuando el doctor Gonzalo Arroba, el ecuatoriano-mexicano que nos ayudó a hacer todos los cálculos, hizo sus estudios haciendo caso omiso de alguna forma de la cuota del Estado (él pensó en el hecho de que en América Latina no pagan los gobiernos la cuota correspondiente), entonces, nos organizamos sin tener en cuenta dicha cuota: 'si entra, magnífico; pero si no entran esos dineros, nosotros nos vandeamos'. Gracias a él no se hundió el Seguro inmediatamente después; pero cuando debían ser aumentados los valores, en 1972 no se hizo, no se subió tampoco en el 79 y mucho menos en el 84; ahí se comenzó a fregar la cosa».

En estas circunstancias es dictado el Decreto Ley 1650 de 1977 (julio 18) «por el cual se determinan el régimen y la administración de los Seguros Sociales y se dictan otras disposiciones». Los puntos más importantes de dicho Decreto tienen que ver con los siguientes aspectos:

. Se confiere la Dirección de los Seguros Sociales Obligatorios (los cuales son catalogados como de «utilidad pública e interés social y constituyen un servicio público orientado y dirigido por el Estado») al Consejo Nacional de Seguros Sociales Obligatorios, a la Junta Administradora de los Seguros Económicos,

a la Junta Administradora del ISS y al Director General.

. Mediante el Artículo 47 («De la naturaleza del Instituto de Seguros Sociales»), se determina que en adelante el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) funcionará «como establecimiento público con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, adscrito al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, con el nombre de Instituto de Seguros Sociales», dicha adscripción se establece «sin perjuicio de la obligación que tiene el ICSS de someterse a las normas del Sistema Nacional de Salud».

. Es establecida la descentralización administrativa y creados los niveles: Nacional, Seccional y Local, que serán considerados para la prestación de los servicios.

. Se fijan las prestaciones correspondientes a los servicios de salud, para los riesgos de enfermedad general y maternidad, y para los seguros de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

. Por último, son creados los fondos con porcentajes de recursos específicos de los aportes y destinación especiales: Fondo de Redistribución Seccional, Fondo de Promoción y Desarrollo de la Salud, Fondo de Promoción de la Salud Industrial y el Fondo de Servicios Sociales Complementarios.

En 1978, mediante el Decreto 1166, es fijada la estructura orgánica del Instituto de Seguros Sociales, en los niveles Nacional y Seccional, al tiempo que se establecen las funciones respectivas de dichos niveles. En el mismo año, el Decreto 1668, legisla acerca de la estructura orgánica local y, asimismo, sobre las funciones de sus dependencias.

NOTA:

1. Asociación Nacional de Instituciones Financieras (ANIF). "El problema de los Seguros Sociales" en: *Carta Financiera. Vol. III No. 10. Bogotá, nov.-dic. de 1976.*

EL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES (ISS)

Instituto de Seguros Sociales

La aplicación de los Decretos de Reestructuración del año de 1977 comienzan a ser realidad aproximadamente dos años después, en las administraciones del doctor Sabas Pretelt de la Vega y el doctor Jorge Ernesto Holguín Beplat, principalmente. El primero de ellos, precisamente, delimita en cinco puntos básicos los objetivos de la reforma que emprendió el Instituto a nivel estructural:

- . Dar unidad legal al Instituto: la función principal de la Sede Nacional radicaría en «sentar normas y principios generales para una acción ejecutiva descentralizada».
- . Realización Financiera: con el fin de evitar una de las causas determinantes del déficit financiero, se buscó hacer una separación de los riesgos económicos y los de salud: «cada sector debería por tanto funcionar con un presupuesto independiente».
- . Descentralización y Reorganización de los Servicios: se estableció que la prestación de los servicios se realizaría en tres niveles: Atención Básica, Nivel Intermedio de hospitalización y Alta Especialidad.
- . Reforma de Personal: También dirigida a mejorar los servicios prestados por la institución, pone en funcionamiento el Decreto 1651 de 1977 por medio del cual se ordena la clasificación de los servidores del Instituto de Seguros Sociales en tres categorías:
 - Empleados Públicos: el Director General, el Secretario General, los Subdirectores y los Gerentes Seccionales. Empleados éstos de libre remoción y nombramiento.
 - Funcionarios de Seguridad Social: aquellos que desempeñen cargos administrativos y asistenciales, según la naturaleza en las funciones asignadas a sus titulares. «Tienen unas prestaciones sociales

establecidas por la ley y hacia el futuro no pueden negociar convenciones colectivas sino una vez al año para aumentos en las asignaciones básicas y las prestaciones sociales quedan restringidas a lo establecido por la ley»

- Trabajadores Oficiales: las personas que cumplan funciones en aseo, jardinería, electricidad, mecánica, cocina, celaduría, lavandería, costura, planchado de ropa y transporte.
- . Por último, se mencionan los esfuerzos para «conjurar la duplicidad de esfuerzo entre el Seguro Social y los programas del Gobierno Nacional en el campo de la Salud», creándose, entonces, la Superintendencia de Seguros de Salud, especie de «servicio de control» del Seguro, vinculada al Ministerio de Salud, que cumple el objetivo de vigilar en los aspectos administrativos y financieros al Instituto de Seguros Sociales en Colombia.

Paralelamente con esta reforma -continúa el doctor Sabas Pretelt-, se emprendieron «campañas de agilización administrativa haciendo programas de emergencia y estableciendo nuevas normas que eliminaron trámites innecesarios. También se implantó una vigilancia nacional a la evasión de los aportes obrero-patronales y un control férreo al gasto en todos sus conceptos».

En los primeros años de la década del 80 se dieron algunos pasos significativos en la mejora de los servicios prestados por el Instituto. Lo cual se vio determinado principalmente por la sustitución de la concepción de «servicio médico» por la «atención de salud», la cual replantea muchos aspectos relacionados.

Se crearon, entre otras cosas, los «equipos de salud para atención básica», que perseguían la vinculación de los afiliados y beneficiarios, en grupos determinados, a un médico y un odontólogo en particular, todo ello para «garantizar la continuidad en los tratamiento de salud y lograr una relación directa entre el médico y el trabajador y su familia». Así mismo, se adelantaron campañas de trabajo social, medicina del trabajo, seguridad industrial y salud comunitaria.

Especial referencia debemos hacer también de los logros en el área de pensiones. Se estableció la Reglamentación del Fondo de Servicios Sociales

Complementarios, «que tiene el objeto de desarrollar planes y programas en beneficio de los pensionados de bajos ingresos en áreas como la construcción y dotación de centros de rehabilitación, hogares de ancianos y granjas comunales».

1982-1985: AVANCES EN LA UNIVERSALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

Estudios y programas de marcada importancia, referentes a la extensión de los servicios prestados por la institución, se desarrollaron en este período. Dirigía entonces el Instituto el doctor Hernando Zuleta Holguín.

Por un lado, se adelantaron investigaciones de gran significación con respecto al apoyo que el Instituto de Seguros Sociales pudiese brindar a grupos vulnerables, tales como los empleados del servicio doméstico y los asalariados del sector rural.

En segundo lugar, se logró en esta época la aprobación de dos Decretos importantes:

- . Decreto 13 (enero 14) de 1983: por medio del cual se brinda al trabajador menor de 18 años una protección total con relación a las prestaciones económicas y de salud que el Instituto de Seguros Sociales otorga de acuerdo a sus reglamentos.
- . Decreto 1138 (17 de mayo) de 1984: referente a los trabajadores independientes, cuya afiliación hasta el momento era baja, aún cuando se había reglamentado con anterioridad su vinculación al Instituto. Basándose en un estudio previo de los causantes de la aplicación deficiente en la afiliación y después de definirse los montos de las aportaciones (fruto de estudios actuariales), se inició la inscripción a partir de julio de 1985.

1985: UNA NUEVA REORIENTACIÓN EN LAS ACTIVIDADES

Una nueva reorientación fue necesaria en 1985 en vista de los serios cuestionamientos que en ese caso se hicieron con relación a la acción institucional que venía adelantando el seguro social.

Varios organismos fiscalizadores (entre ellos la Procuraduría General y la Contraloría General de la Nación) activos en el país, unidos al Congreso de la República, denunciaron una serie de irregularidades en la institución que, de una u otra forma incidían negativamente en la situación financiera, en el manejo técnico y administrativo y, lógicamente, en la prestación de los servicios por parte de la entidad de seguridad social.

Más específicamente, la problemática -aceptada como tal- podría sintetizarse en los siguientes puntos.

- «a) En lo externo: deficiencia en la prestación de los servicios de salud; desabastecimiento de drogas y medicamentos requeridos por los beneficiarios; desconfianza en el manejo de los recursos económicos y en la realidad financiera de la entidad.
- «b) en lo interno: aplicación parcial de las normas de reestructuración del Instituto de Seguros Sociales, falta de reglamentación y falta de instrumentos uniformes de desarrollo administrativo; de articulación entre las áreas funcionales que integran la entidad; débil aplicación de una concepción sistemática de todas las áreas que cubre el Instituto, con dificultades de soporte de equipos automatizados; falta de control en los servicios que presta el Instituto, ya por acción directa o contratada» 2.

LO QUE DIJO LA PRENSA

A mediados de 1985 la prensa de nuestro país se refirió expresamente a los problemas financieros del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte que cubre el Instituto de Seguros Sociales.

«Por déficit en el ISS. En peligro pensiones de 120 mil jubilados».

Las pensiones de unos 120 mil trabajadores del sector privado se hallan en peligro, ante la advertencia hecha por el Instituto de Seguros Sociales al gobierno y al Frente Sindical Democrático, en el sentido de que a partir de este año esa entidad tendrá un déficit de 4 mil 470 millones de pesos, que la llevará a incumplir el pago que hoy hace cada mes a los jubilados, si no se encuentra inmediatamente una solución a esa crisis financiera.

La situación anunciada por el ISS al gobierno durante 1982 y 1983, ha comenzado a hacer crisis aceleradamente, como consecuencia del rápido aumento del número de pensionados, cuya jubilación debe ser pagada por el Instituto, el crecimiento anual de los afiliados que debe atender, el incremento en sus gastos de administración y otros factores económicos, mientras sus ingresos crecen en forma lenta, hasta el punto de que en el segundo semestre de 1985 serán desbordados por el valor de las pensiones.

(...) Aún cuando en la actualidad la situación preocupa básicamente al ISS, por las implicaciones que para el país representaría el incumplimiento de esa entidad gubernamental en el pago de pensiones a más de 120 mil jubilados de las empresas privadas, la demora del Frente Sindical Democrático y Planeación Nacional en ponerse de acuerdo sobre una solución, ha comenzado a inquietar a millares de pensionados que habían recibido con interés los anuncios del gobierno y el ISS, en el sentido de que si la UTC, CTC y CGT, manifestaban su acuerdo con un aumento de 0.5% de sus aportes al Seguro y de un uno por ciento de los patronos, el Estado permitiría incrementar hasta 75 por ciento el pago de las pensiones del Seguro Social.

(...) (EL TIEMPO - Lunes 5 de agosto de 1985)

«Se agrava crisis del ISS; rechazo al alza en aportes»

La crisis financiera de los Seguros Sociales se agravó ayer, al oponerse la Confederación General de Trabajadores (CGT), a un aumento del 1.5% en los aportes mensuales de patronos y empleados a ese organismo.

El ajuste de los aportes es considerado como indispensable, para evitar que un déficit de 4 mil 470 millones de pesos que tendrá el ISS este año, impida el pago de pensiones de jubilación a parte de los 120 mil trabajadores del sector privado que derivan su sustento de los dineros que cada mes les pagan los seguros sociales.

(...) El presidente de la CGT, Alvaro Ramírez Pinilla, por su parte, emitió una declaración en la cual manifiesta que «la solución para la crisis que afecta al ISS no se encuentra precisamente, en el aumento de los aportes» y dijo que esa confederación no estima prudente gravar más a los empresarios y trabajadores con un aumento para sostener el Instituto, sino que es necesario que los seguros

sociales rebajen sus costos administrativos y mejoren el servicio que prestan a los trabajadores.

«Son numerosas las quejas que periódicamente se formulan por deficiencia en el ISS. Se hace latente, igualmente, la falta de una política que evite el despilfarro y muestre una sana austeridad, beneficiando de esta manera a los afiliados y sacando de penalidades a los jubilados, de quienes se afirma no van a poder recibir las mesadas por carencia de medios económicos», manifestó Ramírez Pinilla.

(...) Marina Camacho de Samper y Luis Fernando Uribe Pereira, secretaria general y director de la regional Cundinamarca- Bogotá, respectivamente, respondieron que desde hace tres años el Instituto de Seguros Sociales viene haciendo máximos esfuerzos para disminuir sus costos, mejorar el servicio de los afiliados y hacer más eficiente la atención a los enfermos, como se continuará haciendo en toda la nación desde hoy al aprobar la ampliación de cobertura no sólo a las cabeceras, sino a todas las regiones.

(...) (EL TIEMPO - Jueves 8 de agosto de 1985)

Debieron planearse, entonces, la puesta en funcionamiento inmediatamente, de unos correctivos de tal situación, teniendo para ello en cuenta los problemas específicos identificados en cada una de las áreas.

Entre dichas medidas merecen destarse el ordenamiento y la tecnificación lograda en los procesos de vinculación y remuneración del propio personal del Instituto de Seguros Sociales; el incremento realizado en las tarifas pertenecientes al Seguro de riesgos de Invalidez, Vejez y Muerte y el de las pensiones, con el fin de garantizar una estabilidad financiera; los estudios evaluatorios y descriptivos de la situación general en la prestación de los servicios, los cuales permitieron, a su vez, una mejoría en los mismos; la planeación de un sistema de control para facilitar las evaluaciones periódicas de las gestiones del Instituto; por último, se lograron avances significativos en los aspectos relacionados con la evaluación de calidad de los servicios y con el control interno de la entidad.

Igualmente, fueron claramente definidas la orientación y políticas de la institución, por parte de la Dirección General, durante la administración del

doctor Alvaro Arango Gutiérrez. En vista de la importancia que reviste para el desarrollo del Instituto, transcribimos a continuación sus puntos básicos:

. «El Seguro Social debe continuar su transición hacia una Seguridad Social Integral. En este sentido, y bajo el principio clásico de que constituye un fin del desarrollo, mientras las condiciones lo permitan, debe tenderse a una extensión de los servicios asistenciales a los familiares inmediatos del cotizantes y una ampliación de cobertura asegurada.

«Los servicios de salud deben propiciar una atención integral y continua al usuario. En este sentido debe ser objeto de nuestra preocupación tanto la atención del enfermo, como el cuidado y mantenimiento de la salud. Para ello, el Instituto debe desarrollar todos sus mecanismos normativos y de capacidad financiera, optimizar el uso de recursos y mantener controles adecuados para dar calidad a los servicios.

. «El Instituto en su operación es una integración de sistemas y como tal debe planificar su desarrollo. Con coherencia e integralidad es posible articular los servicios de salud con la atención médica, la provisión de medicamentos adecuados y la oportunidad de los servicios de apoyo. La sistematización integral permite información pronta y decisiones oportunas.

. «La Seguridad Social en su desarrollo es una especialidad y a su continuo perfeccionamiento contribuye el hombre. Debe entonces ser consistente el desarrollo del Instituto con el de sus empleados. En este sentido, la Carrera de Seguridad Social debe ser un fin de promoción del empleado y no una base de permanencia sin horizontes».

«PARTICIPACIÓN DEL ISS EN LA EMERGENCIA DE ARMERO»

De esta manera fue reportada por la misma institución la participación en la tragedia del Volcán Nevado del Ruiz, en noviembre de 1985.

El Instituto de Seguros Sociales a Nivel Nacional y Seccional desarrolló un vasto plan para atender la situación de emergencia por la tragedia de Armero.

- . Atención a los damnificados. En primera instancia fueron declaradas en emergencia las siguientes clínicas del Instituto: San Pedro Claver y

la Pediatría «Jorge Bejarano» en Bogotá; Uribe Uribe en Cali; León XIII en Medellín; San José de Armenia y Pío XII de Pereira, con el fin de recibir los heridos evacuados.

El ISS destinó el mismo día de la emergencia la suma de 4 millones de pesos para la adecuación de la Clínica San Pedro Claver y 5 millones de pesos más para elementos entregados a la Cruz Roja Colombiana. Igualmente participó en el Comité de Emergencia Permanente convocado por la Presidencia de la República. Se ordenó de inmediato el envío de personal médico y paramédico, lo mismo que el suministro de drogas y equipo médico. Fueron movilizadas 12 ambulancias de diferentes seccionales a la zona de emergencia para apoyar las labores de salvamento y evacuación.

El Nivel Nacional dispuso un operativo de donación de sangre a cargo del Banco de Sangre de la Clínica San Pedro Claver. Además, canalizó las ayudas de las seccionales hacia el Tolima enviando elementos requeridos para la atención de pacientes por un valor aproximado de 9 millones de pesos.

La Clínica San Pedro Claver ingresó durante los cuatro primeros días de la emergencia 105 pacientes y el grupo de trabajo social atendió lo relativo al suministro de elementos para los pacientes ingresados, a través de donaciones recaudadas por el Voluntariado que presta servicios en la Clínica.

La Clínica Pediatría «Jorge Bejarano» atendió 13 pacientes durante la emergencia, quienes fueron entregados al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, adelando por esa entidad.

Mediante Resolución 06656 del 22 de noviembre de 1985, se reglamentó la concesión de préstamos especiales a servidores del Instituto, víctimas de la catástrofe, hasta por cinco sueldos, sin intereses, a seis años, con un período de gracia de un año.

Por Acuerdo 376 del 12 de diciembre de 1985 se autorizó al Director General para conceder auxilios a los funcionarios y familiares afectados por la catástrofe, hasta por la suma de \$3 millones del rubro del Bienestar Social.

- Rehabilitación Profesional. El Instituto de Seguros Sociales, conjuntamente con el Servicio Nacional de Aprendizaje, «SENA», y el Servicio Nacional del Empleo, «Senalde», como organismos

responsables de la rehabilitación profesional de las personas inválidas del país, con la coordinación del sector privado (Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional, «GLARP»), de la Organización Internacional del Trabajo, «OIT»), y del Departamento Nacional de Planeación, elaboró el proyecto «Rehabilitación Profesional para los Inválidos de la Catástrofe de Armero y Chinchina», cuyos objetivos se concretaron en la prestación de servicios integrales de rehabilitación profesional al grupo de inválidos generados por la erupción del Nevado del Ruiz.

El Centro de Rehabilitación Profesional del ISS realizó varias actividades, entre ellas:

- a) Contribuyó a la elaboración del proyecto «Rehabilitación Profesional para los minusválidos del Nevado del Ruiz».
- b) Conformó el grupo de diagnóstico.
- c) Prestó capacitación a los encuestadores (Terapistas del ISS).
- d) Realizó la evaluación y orientación de 160 casos en Bogotá.
- e) Llevó a cabo la tabulación de resultados y verificación de la información.
- f) Elaboró un plan de acción para recuperar casos dispersos y continuar con el proceso en Bogotá, Medellín, Cali, Tolima y Caldas.

- . Comité Coordinador de Emergencia. La Junta Administradora del Instituto de Seguros Sociales, por medio del Acuerdo 373 del 21 de noviembre de 1985, autorizó al Director General para integrar el Comité Coordinador de Emergencia, el cual se creó mediante la Resolución 6626 del 22 de noviembre de 1985.

Desde su conformación y hasta agosto de 1986 este Comité desarrolló actividades relacionadas con la emergencia propiamente dicha; efectuó el recaudo de las donaciones de los funcionarios en todas las Seccionales del Instituto; realizó un censo, basado en encuestas, visitas y entrevistas con los damnificados, que llevó a conformar los núcleos familiares y sus principales

necesidades, con el fin de hacer un adecuado reparto de los auxilios. Con base en lo anterior, el Comité ha hecho entrega de auxilios a varios damnificados para solución de vivienda por un valor de \$2.4 millones, lo mismo que para atender otras necesidades primordiales.

- . Auxilio especial por el Fondo de Promoción y Desarrollo de la Salud. La Junta Administradora, con base en el Acuerdo 251 de 1983, que faculta al Director General del ISS para disponer una suma hasta de \$20 millones para atender en forma oportuna e inmediata situaciones extraordinarias de calamidad pública, aprobó la entrega de un auxilio por \$20 millones con el cargo al Fondo de Promoción y Desarrollo de la Salud, con destino a la Seccional del Tolima, como colaboración especial del Instituto de Seguros Sociales con la comunidad damnificada de Armero.

1987. HACIA UN MODELO LATINOAMERICANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Un análisis retrospectivo al desarrollo logrado por el Instituto de Seguros Sociales, le permitió a la administración presidida por el doctor José Granada Rodríguez, plantear la que ha sido considerada como «una nueva fase de desarrollo de la seguridad social en el país», vigente en los últimos años.

Dicha fase se caracteriza, principalmente, por la identificación en ella de una «humanización de las relaciones entre los usuarios y los servidores de la institución, el mejoramiento de la relación médico-paciente, la mejoría de los servicios, el cubrimiento progresivo a nuevas áreas geográficas y grupos de población, la participación responsable de los sectores involucrados, es decir, funcionarios, usuarios y patronos y el fortalecimiento financiero del Instituto, a fin de lograr un control más democrático y eficaz de la gestión administrativa y de la calidad de los servicios del Instituto», todo ello, en vista de que «la deficiencia de su aparato burocrático, la ineptitud para extender la cobertura en forma ágil y económica a toda la población y las deficientes comunicaciones y relaciones con la comunidad, han afectado la imagen del seguro social». 3

A partir de 1987, las políticas del Instituto fueron claramente definidas y puestas en funcionamiento por su Director General, doctor Rodrigo Bustamante Alvarez. Sus lineamientos básicos y logros alcanzados pueden ser resumidos en cinco

principios (mejoría de los servicios; extensión de cobertura; dignificación de los funcionarios; relaciones con empresarios, trabajadores y la comunidad; fortalecimiento financiero), de cuyo desarrollo se destacan actividades innovadoras que han sido puestas en marcha con un enfoque gerencial y de modernización tecnológica:

1. Un proceso de descentralización administrativa en diferentes áreas (administración de personal, contratación administrativa, prestaciones de Salud y económicas), con el objeto de «descongestionar el Nivel Superior de decisión del Instituto, retomar el papel normativo y de control que le corresponde y lograr una mayor agilidad, eficacia y responsabilidad en los Niveles Seccionales y Local.
2. Mejoría de la atención y optimización de los servicios con asignación de beneficiarios a los Centros de Atención Básica y éstos, a su vez a los equipos con cuidado médico y odontológico; agilización en el otorgamiento de consultas y establecimiento de horarios de atención a las empresas, descentralización de los exámenes de laboratorio.
3. Definición y puesta en marcha del sistema de referencias.
4. Terminación y puesta en marcha de la Clínica del Niño y de la central de urgencias de la Clínica San Pedro Claver, ambas de la ciudad de Bogotá y de las Clínicas de Bucaramanga y Manizales. Estos centros de atención en salud se ubican en los primeros lugares en la cobertura y especialización de los servicios por el Instituto de Seguros Sociales en la actualidad.
5. Agilización del trámite de pensiones e incapacidades (mediante estudios previos y una campaña educativa de los usuarios y de los trabajadores del Instituto).
6. Expedición en 1987, mediante Resolución 01269, del Reglamento que establece el procedimiento a seguir para la prestación de los servicios económicos-asistenciales al menor trabajador no afiliado al Instituto para los riesgos de accidentes de trabajo, enfermedad profesional y enfermedad general y maternidad.

7. Establecimiento en 1988, mediante ley 11 (Enero 19), de la afiliación a la institución de los empleados de servicio doméstico, sobre una remuneración del 50% del salario mínimo legal y el Gobierno subvencionando la parte de cotización no cubierta con los aportes.
8. Expedición del Decreto 088, modificadorio de la reglamentación de trabajador independiente, «con el objetivo de hacer más factible la afiliación y resolver los problemas operativos, en cuanto a afiliación y liquidación de aportes», produciéndose un incremento considerable de los afiliados independientes de 1.447 en 1988 y 17.153 en Junio de 1989.
9. Expedición del Decreto 2209 del 25 de Octubre de 1988, relativo al reglamento del seguro de salud para los trabajadores por cuenta propia; en Mayo de 1989 se inició una prueba operativa en el sector campesino de los municipios de Algeciras, San José de Isnos y Timaná, en el departamento de Huila.
10. Establecimiento, por primera vez en el Instituto, de un programa orientado a darle al recurso humano el real valor que tiene para el mejor desempeño de sus labores denominado «administración por Calidad» (APC), el cual tiene los siguientes componentes:
 - a) Formación de Equipos de Mejoramiento de Calidad, con el fin de analizar los problemas críticos del Instituto y establecer, con los funcionarios responsables de los procesos, las acciones correctivas.
 - b) Medición de la calidad en todos los procesos y procedimientos que lleve a cabo el Instituto, para proporcionar un medio que muestre los problemas actuales y potenciales, en cada área.
 - c) Valuación del costo de calidad, que consiste básicamente en asignar valores en pesos a los elementos de costo que no cumplan con los requisitos de oportunidad en cada área, con el propósito de establecer prioridades y conducir a la acción correctiva.
 - d) Concientización sobre la calidad, lo cual consiste en proveer los métodos para desarrollar el interés de todos los funcionarios, en el cumplimiento de los servicios con buena calidad.

- e) Conformación de equipos de acción correctiva, con el fin de establecer un método formal, sistemático y permanente de resolución de problemas.
 - f) Planeación del programa «Cero Defectos», el cual busca desarrollar una actitud permanente de «hacer bien las cosas a la primera vez, fomentando una actitud de prevención de errores».
 - g) Establecimiento de mecanismos de reconocimiento, como estrategia para exaltar los resultados sobresalientes de los funcionarios, en desarrollo del Programa.
 - h) Conformación de Consejos de Calidad, con el fin de mejorar en forma permanente el mismo proceso.
11. Establecimiento de programa de «Gerencia del Servicio», fundamentado en dos vías específicas: capacitación de funcionarios y mejor atención a los requerimientos del usuario. Se contemplan tres niveles básicos en estos planes de capacitación: estratégico, cultural y de proceso. Todo un propósito encaminado a la preparación de funcionarios idóneos, beneficiarios satisfechos y un modelo funcional de «Cultura Cooperativa».
12. El ISS, en cooperación con el Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC) lleva adelante en la actualidad un plan de observación de la calidad de servicio prestado en los centros de atención básica, programa que ha proyectado muy buenos resultados en el Departamento de Cundinamarca y que pretende ser de cubrimiento nacional y permanencia fija en el Instituto para la Educación Superior.
13. Establecimiento de «Himno del Instituto de los Seguros Sociales» cuya letra fue escrita por uno de sus médicos de la Seccional del Atlántico, cuyo objeto es crear y mantener símbolos que contribuyan a desarrollar el sentimiento de permanencia hacia el ISS, por parte de sus funcionarios.
14. Establecimiento del Programa de Comunicación (información, divulgación y orientación) Externa (patronos y usuarios), cuyo objetivo ha sido «la mejoría real de las comunicaciones y relaciones ISS-

Usuarios-Patronos; la prestación eficiente y la utilización racional de los servicios del ISS por parte de los beneficiarios; el rescate y la consolidación de la imagen externa del ISS, apoyada y evaluada por el cambio y la mejoría de sus servicios; la actualización sobre desarrollo y funcionamiento de nuevos servicios, normas y procedimientos para la adecuada delimitación de asuntos por parte de patronos y usuarios; y la concientización a los patronos sobre la necesidad y la importancia que tiene su cumplimiento en los pagos de los aportes al Instituto».

15. Iniciación del programa de Educación en Salud, dirigido a posibilitar el «cambio de comportamientos y hábitos y uso racional de los servicios». En este programa se destaca la aparición de «Segurito».

En el proceso de concientización popular acerca de la necesidad de comprender el valor de la prevención de enfermedades, mediante la observación de reglas sanitarias que pueden evitar problemas de salud en el desarrollo de una vida humana, durante la conmemoración de los 40 años de funcionamiento de los seguros sociales en Colombia, ha surgido la figura simpática y solidaria de «Segurito», un personaje que identifica a todos los usuarios del ISS y se convierte en una especie de mascota protectora de la salud nacional.

Mediante campañas publicitarias de notable contenido social, «Segurito» constituye educación y atención, prevención en materia sanitaria y permanente consejero de cómo evitar enfermedades a través de la racional utilización de los servicios del seguro social, entre otras muchas prácticas de beneficio sanitario.

«Segurito» pretende que los colombianos sean protagonistas de un viejo refrán cuya sabiduría se traducirá en grandes beneficios para la salud del pueblo: «Es mejor prevenir que curar».

16. Importancia a los programas financieros expresados en el mejoramiento y el control de los ingresos (procesos de facturación para normalizar los recaudos, revisiones continuadas de las cotizaciones obrero-patronales, controles del debido cobrar); en la protección de las reservas técnicas de los seguros económicos y en el establecimiento de una contabilidad o control de costos.

17. Previsión hacia el futuro con la realización de estudios actuariales de los seguros, con el fin de conocer sobre cifras reales las futuras obligaciones del ISS y las necesidades de ingresos, de los próximos 10 años, para garantizar el cumplimiento de dichas obligaciones.

NOTAS:

1. Según ponencia presentada en la reunión Iberoamericana sobre Seguridad social. Brasilia, julio de 1980.
2. ISS. *Informe de actividades 1982-1986*. Bogotá, agosto de 1986.
3. Bustamante Alvarez, Rodrigo. *Informe del primer Año de Labores*. Marzo 87-marzo 88 p. 9.

HISTORIA DEL SUBSIDIO EN COLOMBIA

Caja de Compensación Familiar de Antioquia (Comfama)

A lo largo de los años treinta y cuarenta, que fue cuando surgió en el país la gran inquietud por elaborar una legislación laboral acorde con el proceso de transformación social que se vivía, muy pocas personas estaban enteradas de las realizaciones en Europa del principio del salario familiar y de su expresión a través del subsidio familiar. Menos todavía eran los que conocían adecuadamente el pensamiento de los Papas sobre este tema. Sólo algunos pocos jefes sindicales reivindicaban este derecho como una aspiración remota hacia una justicia social que entonces se creía que habría de ser un privilegio sólo reservado a los trabajadores de los países más ricos, y muy alejado de las posibilidades de los proletarios de un país pobre como el nuestro.

La Segunda Guerra Mundial y los años posteriores fueron un período de gran agitación de ideas y de movimientos sobre el trabajo y sobre el régimen legal del trabajo. Fruto de esas inquietudes fue la primera Ley General del Trabajo, la Ley 6a. de 1945. Una de sus numerosas disposiciones en bien de los trabajadores fue la de autorizar al Gobierno para señalar salarios mínimos por regiones o por actividades, teniendo en cuenta, entre otras cosas, el costo de la vida. Pero en 1950, el Código Sustantivo del Trabajo (Decretos 2663 y 3747 de dicho año) definió el salario mínimo como el salario vital o familiar, de acuerdo con el pensamiento que habían expresado los Pontífices.

En efecto, el artículo 145 del Código dice: «El salario mínimo es el que todo trabajador tiene derecho a percibir para subvenir sus necesidades normales y a las de su familia, en el orden material, moral y cultural».

Sin embargo es oportuno reconocer que, así fuera de manera muy tímida, la Ley 90 de 1946, que creó el sistema de la seguridad social y el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, estableció como una de las funciones de esta última entidad la de organizar cajas de compensación, aunque no definió la naturaleza ni el funcionamiento de éstas sino que las menciona como forma de atender los subsidios familiares que llegaren a establecerse en el país. El texto de esa norma es el siguiente:

«Ley 90 de 1946

por la cual se establece el seguro social obligatorio

Art.7o. Son funciones del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales:

7. Organizar los seguros facultativos; los adicionales para el reconocimiento a los asegurados obligatorios y a los miembros de sus familias que dependen exclusivamente de ellos, de prestaciones más favorables que las determinadas en la presente ley, y las cajas de compensación destinadas a atender a los subsidios familiares que algunos patronos decidan asumir en beneficio de los asegurados obligatorios que lleguen a establecerse por Ley especial o en las convenciones colectivas de trabajo».

Pero esta función que se le señaló, nunca fue llevada a la práctica por el Instituto.

Por primera vez aparece el subsidio familiar en Colombia como una prestación nueva y con este nombre, al firmarse el 22 de febrero de 1949 una convención laboral colectiva entre la empresa del Ferrocarril de Antioquia y sus trabajadores. Cabe recordar, como dato histórico de interés, que se subsidiaba a los trabajadores casados y con hijos de 15 años de edad, o menores, con la suma de tres pesos mensuales por cada uno de estos hijos.

Dado este primer paso, era de esperar que pronto se habría de generalizar. Pero probablemente las graves condiciones de perturbación del orden público en que entró Colombia en ese momento, no lo permitieron. Fue necesario que transcurrieran cinco años antes de que el reclamo del subsidio volviera a hacerse sentir. Pero esta vez fue en voz alta, cuando se reunió el Quinto Plenum Nacional de la Unión de Trabajadores de Colombia (UTC) en Medellín, en marzo de 1954.

A ese plenum se presenta una nutrida documentación preparada por la Unión de Trabajadores de Antioquia, Utrán, y orientada por don Antonio Díaz García, en la cual se demostraba la validez y la justicia del principio del salario familiar, el cual debería ser llevado a la práctica en forma de un subsidio al trabajador con hijos, y que debería recaudarse y pagarse a través de cajas de compensación a las cuales los patronos deberían aportar ciertas sumas proporcionales a los salarios que se pagaran al nivel de cada empresa.

En esta propuesta los dirigentes de la Utrán y de la U.T.C. se sintieron quizá apoyados por los escritos de algunas personas como el doctor Jaime Sanín Echeverri quien presentó la tesis en forma de diálogo en un artículo titulado: «¿Es Posible en Colombia el Salario Familiar?» y que fue publicado por la Revista Javeriana en junio de 1953.

El plenum de la U.T.C. en 1954 aprobó por unanimidad la siguiente recomendación, que se cita íntegramente en virtud de su importancia histórica:

Creación del Subsidio Familiar en el Ferrocarril de Antioquia

En Medellín, a veintidos de febrero de mil novecientos cuarenta y nueve, entre los suscritos, a saber: Diego Restrepo Jaramillo, J. Antonio Rico, Fernando Cano Echandía y Alejandro González, negociantes los tres primeros y Jefe de Asuntos Sociales el último por parte del Ferrocarril de Antioquia, Empresa de propiedad del Departamento; y Pedro Alvarez Henao, Clemente Morales Cano, Pedro Pablo Marín Osorio y Luis Eduardo Arenas García, los tres primeros como negociadores del Sindicato Industrial de Trabajadores, y el último como Asesor Jurídico del mismo, con la asistencia del señor Jefe Seccional del Trabajo doctor Luis Sánchez, se ha celebrado la convención colectiva de trabajo que se expresa en las siguientes cláusulas:

SEGUNDA: Establécese «el subsidio familiar» para los trabajadores del Ferrocarril de Antioquia. Una Junta compuesta por el señor Gobernador o su delegado, por un miembro elegido por la Junta del Ferrocarril, y por otro escogido por la Junta del Sindicato Ferroviario de Antioquia, reglamentará este auxilio, cuyo monto anual se fija en la suma de doscientos mil pesos (\$200,000.00). Es entendido que el gasto de empleados, útiles de escritorio, etc. que demande el funcionamiento del subsidio familiar, correrán por cuenta del Ferrocarril. Este subsidio empezará a operar desde el primero de enero del corriente año.

Conclusiones sobre Salario Familiar

- 1o. Los trabajadores colombianos deben reivindicar como conquista próxima, fácil, conveniente a la vez al capital y al trabajo, el derecho de justicia que los asiste a un subsidio familiar igual y general por cada hijo, pagado por Cajas de Compensación, a las cuales contribuyan los patronos.

- 2o. Como medida transaccional, los trabajadores podrían contribuir al Fondo de la Caja de Compensación con una quinta parte del aporte general, y consideran que los patronos podrían dar el doble que ellos, y el Estado una suma igual al de los patronos. Estas cotizaciones no deberán exceder para el trabajador del 1% de sus salarios.
- 3o. Se amonesta a todos los sindicatos afiliados para que presenten pliegos de peticiones, en los cuales se exija el subsidio familiar y el establecimiento de Cajas de Compensación.
- 4o. Se solicita respetuosa y encarecidamente al Gobierno Nacional, el establecimiento de Cajas de Subsidio Familiar, en primer lugar para los trabajadores del Estado y de las entidades semioficiales, y una legislación eficaz que haga posible, y ojalá obligatorio, el subsidio familiar como lo describe la definición que del salario da nuestro Código Sustantivo del Trabajo.
- 5o. Ofrecer a los patronos la más sincera colaboración para dar este paso de transformación en nuestro sistema de salarios dentro de la mayor armonía, en la seguridad de que se trata de una medida que favorece tanto al Capital como al trabajador.
- 6o. La Directiva de la U.T.C. asesorará permanentemente a los Sindicatos, a los trabajadores y patronos interesados en el establecimiento del salario familiar por medio de subsidios pagados por Cajas de Compensación.
- 7o. Solicítase respetuosamente del Gobierno Nacional la creación de una oficina permanente, destinada a adelantar los estudios sobre subsidio familiar, ojalá dependiente del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, entidad que por su naturaleza dispone de las estadísticas necesarias para la inmediata prospectación de Cajas de Compensación en las ciudades en que ha establecido sus servicios.

Don Antonio Díaz en persona transmitió esta resolución al doctor José Guatiérrez Gómez, presidente entonces de la Asociación Nacional de Industriales. Y la exhortación de los trabajadores congregados en la U.T.C. cayó en terreno fértil. En efecto, en la Andi tanto su presidente, doctor Diego Tobón Arbeláez, en Medellín, oyeron el clamor de los obreros y se dieron cuenta de su importancia y de su justicia. Así fue como, antes de transcurrir un mes del plenum de la

UTC, el doctor Gutiérrez Gómez dio instrucciones al director de investigaciones económicas de la ANDI, Ingeniero Alvaro López Toro, para iniciar los estudios actuariales, demográficos y económicos que fueran necesarios para establecer un sistema de subsidio familiar entre las empresas afiliadas a esa importante asociación, en forma voluntaria. En las actas de la junta directiva de la asociación en su oficina central de Medellín, a partir del mes de abril, se registran alusiones continuas a la iniciativa de formar una caja de subsidio. Bajo la dirección inteligente del doctor Gutiérrez Gómez, orientado por la brillante concepción jurídica del doctor Tobón Arbeláez y apoyada en los estudios del Ingeniero López Toro, el proyecto avanzó y maduró con celeridad. Ya en el mes de mayo el doctor Tobón tenía listo el proyecto de estatutos, y la junta directiva decidió llevar al tema a la próxima asamblea general de la Asociación. Y en efecto: El 14 de mayo de 1954 se reunió la XI Asamblea General de la Andi, en Medellín, y aprobó la siguiente proposición que marca un hito histórico en la relación entre empleadores y trabajadores colombianos.

Proposición No.2

Sobre Subsidio Familiar

La XI Asamblea General de la Asociación Nacional de Industriales

CONSIDERANDO:

- 1o. Que ha sido tradición de los dirigentes industriales del país promover el bienestar de los trabajadores y que algunas empresas tienen establecidas diversas clases de subsidios en favor de las familias de éstos; 2o. Que el costo de la subsistencia determina situaciones de extrema dificultad en la familia obrera; 3o. Que esta Asociación concibe la industria como un todo del cual son partes esenciales tanto el capital como el trabajo; y 4o. Que el establecimiento de un subsidio familiar constituiría estímulo eficaz a la consolidación de la familia, que es base de la nacionalidad,

RESUELVE:

- 1o. Autorizar a la Junta Central de la Asociación para que establezca y organice, con aportes de las empresas que voluntariamente quieran hacerlo, Cajas de

Compensación autónomas que concedan subsidios familiares, en favor de los trabajadores de esas empresas;

- 2o. Invitar a sus asociados a inscribirse en esas instituciones, destinadas a atender a las necesidades del hogar obrero en proporción al número de hijos a cargo del jefe de familia; y
- 3o. Sugerir respetuosamente al Gobierno Nacional que, con la colaboración de los diversos gremios, estudie la posibilidad y conveniencia de extender esta iniciativa a todo el territorio nacional y a las distintas actividades económicas.

A partir de este momento, la oficina central de la Andi en Medellín se dedicó afanosamente a organizar la primera caja de subsidio familiar por compensación con el nombre de «Caja de Compensación Familiar de Antioquia» que hoy, todavía conserva. Así mismo, la oficina central de Medellín inició un proceso de estímulo a todas sus oficinas seccionales para hacer lo propio. De todas maneras, la primera que se creó fue la caja promovida en Medellín, que cobró vida legal el día 30 de junio de 1954, cuando se asentó el acta de constitución de la Caja de Compensación Familiar de Antioquia, COMFAMA. La Caja inició de inmediato sus labores en oficinas tomadas en arrendamiento en el Edificio Gran Colombia, en Medellín, bajo la orientación sabia del doctor Diego Tobón Arbeláez, como director encargado, con la suplencia del doctor Alfonso Restrepo Moreno. Su primer Consejo Directivo estuvo formado por los señores Pedro Olarte S., Jesús Mora C., Jorge Arango C. y Bernardo Cock V. como principales, y los señores Guillermo Correa C., Ignacio Betancur C., Horacio Ramírez G. y Juan Vieira J. como suplentes.

POLÍTICA NACIONAL DEL SUBSIDIO FAMILIAR

Germán Bula Escobar
Presidencia de la república

El Plan Nacional de Desarrollo Cambio con Equidad plantea entre sus grandes objetivos el ordenamiento del cambio social, dirigido a lograr mayor equilibrio en la distribución de oportunidades de promoción y progreso para la población colombiana, propósito al cual deben contribuir la totalidad de las políticas en el campo social.

En este contexto, la política de trabajo y seguridad social ha establecido como objetivos, en el área laboral, disminuir los niveles de desempleo abierto de la economía y mejorar las condiciones de trabajo de los grupos más desprotegidos de la población ocupada y en el área de seguridad social, mejorar la calidad en la prestación de los servicios y ampliar la cobertura. Entre las acciones diseñadas para el efecto se encuentran políticas orientadas al incremento en los niveles de remuneración en función de aumentos en la productividad, la extensión de servicios a grupos prioritarios hasta ahora desvinculados de los beneficios del desarrollo y la atención integral a la familia.

Las Cajas de Compensación Familiar deben cumplir al respecto un papel de vital importancia, dada su posibilidad de atender simultáneamente diversos frentes, conforme a las funciones de seguridad social que desarrollan. De una parte, por medio del subsidio familiar monetario, que implica un incremento de los ingresos reales y nominales de los trabajadores y, de otra, mediante la atención al núcleo familiar a través del subsidio en servicios o especie reconocido en salud, nutrición, educación, vivienda, crédito de fomento para industrias familiares, recreación y mercadeo, que conllevan un aumento en la capacidad adquisitiva de la población.

Por lo anterior, la política laboral y de seguridad social asigna al subsidio familiar la responsabilidad de continuar y perfeccionar la redistribución de recursos y la reasignación del gasto social en favor de las familias de los trabajadores de medianos y menores ingresos, en proporción al número de personas a su cargo.

La política en este campo se concentrará en el aumento de coberturas, el pago del subsidio monetario y la orientación de los servicios sociales, de acuerdo con las normas legales vigentes.

La Superintendencia del Subsidio Familiar dará impulso a mecanismos ágiles de control, vigilancia y asesoría para que el desarrollo, coordinación, dirección y manejo de la política del subsidio familiar esté dentro del cumplimiento de las normas legales vigentes para tal fin, de manera que se cumplan los objetivos y prioridades previstos para dicha prestación.

La Política Nacional del Subsidio Familiar constituye el marco general que, sin perjuicio de las necesarias y posibles adaptaciones, orientará las acciones generales de las entidades encargadas de recaudar los aportes y pagar las asignaciones del subsidio familiar.

ENFOQUE DEL SUBSIDIO FAMILIAR

El Subsidio Familiar es una prestación social y constituye un valioso instrumento para la consecución de los objetivos de las políticas social y laboral del gobierno, dentro de las cuales la participación en el bienestar no dependa del tipo, forma o condiciones de trabajo, sino del hecho de ser miembro activo de una comunidad en la que el hombre debe vivir y desarrollarse plenamente con seguridad social. Por ello, es necesario modificar el énfasis dado a la seguridad social en su conjunto, para inspirarla en el principio de universalidad y evitar que sólo se beneficie una parte de la clase trabajadora, generalmente ubicada en empresas de mayor tamaño y en áreas geográficas de mayor desarrollo relativo. Dentro de este marco debe desenvolverse el régimen del Subsidio Familiar, apoyando y fortaleciendo los esquemas de compensación como la base fundamental de su desarrollo.

La concepción del subsidio familiar tiene, entre otros, los siguientes elementos básicos: En primer lugar, es un mecanismo de redistribución de ingresos con criterios de bienestar y solidaridad. El bienestar se refiere a que lo prioritario es la búsqueda de niveles de ingresos que permitan la completa satisfacción de las necesidades del trabajador y su familia, independientemente de la distribución monetaria del ingreso. La solidaridad implica la unión de voluntades, el desprendimiento y el reconocer al hombre su remuneración como la recompensa justa a su digno esfuerzo, de forma que se haga efectiva la transferencia de recursos, en dinero y en servicios, del capital al trabajo y de los trabajadores de más altos ingresos a los más pobres, así como la igualdad de oportunidades.

En segundo lugar, es un elemento de cambio y de progreso social, dirigido a dignificar al trabajador como persona. Para el efecto, el subsidio contribuirá a proporcionar al trabajador las condiciones adecuadas para que éste desarrolle una labor digna y acorde con su condición humana, para lo cual se fortalecerán las acciones hacia la atención de los grupos de menores ingresos y a la incorporación de sectores laborales aún desprotegidos, de modo que, de acuerdo con el marco legal los esfuerzos se traduzcan en mejores niveles de vida para la población.

En tercer lugar, el subsidio familiar estará dirigido a la atención integral del trabajador y de su familia, en condiciones de máxima eficiencia social. La forma como está estructurado el subsidio permite tomar a la familia como la unidad indivisible en la que se genera la fuerza de trabajo y se realiza el hombre, unidad que debe ser atendida con servicios básicos garantizando una real protección a sus integrantes. Las acciones buscarán la mayor efectividad social y, en consecuencia, se estimulará la necesaria coordinación interinstitucional y la optimización de los recursos, dirigidos a lograr una más adecuada utilización de la infraestructura existente, sin que ello implique, por supuesto, el abandono de criterios de productividad y de economía de uso, necesarios para el incremento del patrimonio que manejan las entidades que recaudan y pagan el Subsidio Familiar, en la búsqueda de una eficaz y mejor prestación del servicio social.

Para el cumplimiento de estos objetivos y conscientes de la importancia de las cajas de compensación familiar como herramientas de desarrollo social, el Consejo Superior del Subsidio Familiar diseñará y concertará mecanismos de apoyo y de asesoría con el propósito de garantizar la estabilidad y superación del sistema.

Finalmente, es necesario anotar que la adopción e impulso de la concepción descrita requiere la participación del gobierno, los empresarios y los trabajadores, para que, dentro del enfoque de la concertación y de la participación comunitaria, comprometan su capacidad de acción en el desarrollo de las políticas y programas que de allí puedan derivarse.

DIAGNÓSTICO

El presente trabajo tiene como propósito lograr una rápida caracterización del comportamiento del subsidio familiar, a nivel de las cajas de compensación y de la Caja Agraria para el sector urbano y rural. Se analizarán básicamente los

aspectos de cobertura de las entidades, los recaudos y pago del subsidio monetario y el pago del subsidio en servicio y en especie.

Es oportuno anotar que se utilizó la información de FEDECAJAS para el período 1976-1979, de la Superintendencia del Subsidio Familiar para 1980-1982 y en algunos casos la de ASOCAJAS y otras entidades o personas que han adelantado estudios sobre la materia. Aunque como es obvio existen diferencias entre la información absoluta proporcionada por una y otra fuente, ello no altera significativamente las tendencias observadas.

1. COBERTURA

La cobertura absoluta del subsidio familiar ha presentado un elevado dinamismo, especialmente a partir del segundo quinquenio de la década de 1970. El número de trabajadores beneficiarios del subsidio monetario, a nivel nacional, pasó de 357,000 en 1976 a 631,000 en 1982, registrando un incremento promedio anual del 10.0%. El número de hijos beneficiarios pasó de 1.032,000 a 1.445.000 con una tasa de crecimiento de 5.8% por año. Así mismo el volumen de trabajadores de empresas afiliadas se elevó de 1.316,000 en 1980 a 1.615.000 en 1982, lo que representa un aumento promedio anual de 10.8% durante el período (cuadro No.1).

Para analizar la cobertura de las cajas de compensación es necesario tener en cuenta las normas anteriores a la Ley 21 de 1982, en materia de afiliación de los empleadores del sector público y del sector primario, en las regiones donde opera esa entidad. Por esta razón no son comparables los índices de cobertura del I.S.A. en relación con las cajas. No obstante, en el cuadro No.2 se presentan los índices para uno y otro caso.

Se tiene, entonces, que el I.S.S. cubría en 1981 el 40.9% y las cajas el 32.0% de la población asalariada, señalando una baja cobertura que está en relación directa con los problemas mencionados: el énfasis asignado hacia trabajadores de empresas modernas de mayor tamaño y particularmente en áreas geográficas de mayor desarrollo relativo.

La situación anterior también se refleja al comparar los recaudos para subsidio familiar efectivamente captados por las cajas en 1981, por valor de \$9.348 millones, respecto del volumen potencial existente en el país. Durante este año los distintos sectores económicos generaron en salarios un total de \$630.059

millones (1) concepto por el cual se han debido transferir \$25.202 millones como aportes del 4%, con lo cual se obtiene una captación del 37.1%; debe recordarse lo anteriormente expresado respecto de afiliación del sector primario, con 13.3% de participación en la estructura del empleo en 1980.

Otros elementos que explican esta situación se refieren a las restricciones legales existentes antes de la Ley 21 de 1982, que limitaban el acceso obligatorio al régimen del subsidio familiar a las empresas con más de 10 trabajadores o con más \$50,000 de capital, el desconocimiento de empleadores y trabajadores respecto de las obligaciones y derechos en la materia y la ausencia de políticas de ampliación de coberturas y de normas que estimulen los mecanismos necesarios para extender los beneficios a grupos rurales y urbanos aún desprotegidos. Tales factores considerados en este punto, lo mismo que el incumplimiento deliberado de normas, pueden agravarse cuando hay recesión o cuando los instrumentos de control no son ágiles y adecuados.

2. RECAUDOS Y SUBSIDIO MONETARIO

Los recaudos del 4% captados por las Cajas de Compensación se elevaron de \$1.994 millones en 1976 a \$6.979 en 1980, lo que representa un crecimiento del 250%. Para 1981 esta cifra ascendió a \$9.348 millones, y en 1982 llegó a \$12.457 millones, mostrando para el período 1976-1982 un incremento promedio anual de 35.7% (cuadro No.3). En términos reales, a precios de 1970, los recaudos tuvieron igualmente un comportamiento creciente, con una tasa promedio anual de 7.7% entre 1976 y 1982 (cuadro No.4).

El subsidio monetario pagado total tuvo un incremento algo mayor a precios corrientes, pues se elevó a una tasa de 36.6% anual, al pasar de \$957 millones en 1976 a \$6.204 millones en 1982, lo cual representa un crecimiento total de 548.3% en el período. En pesos constantes el crecimiento fue de 8.4% anual entre 1976 y 1982.

Las variaciones anuales en los rubros anteriores han provocado fluctuaciones importantes en la proporción que el subsidio monetario representa en los recaudos del 4%. Este porcentaje disminuyó de 48.0% en 1976 a 43.4% en 1978, presentando luego una tendencia ascendente hasta llegar a 47% en 1980, a pesar de lo cual aún no alcanza el nivel registrado en la primera fecha. En 1981 ascendió a 49.9% y en 1982 a 49.8%, indicador frente al cual se debe anotar que si bien la Ley 21 de 1982 contempla la destinación de un mínimo

del 55% para subsidio en dinero, la misma norma estableció un régimen de excepción por un período de tres años, contados a partir de la vigencia de la norma y mediante el cual determinadas cajas pueden, previo el lleno de los requisitos previstos, pagar como subsidio en dinero una suma no inferior al cuarenta por ciento (40%) de los recaudos para subsidio familiar. Las Cajas no incluidas en el régimen de excepción y que no cumplen con las disposiciones legales vigentes, deben adecuarse a ellas de inmediato.

El subsidio promedio pagado por hijo se elevó entre 1976 y 1982 de \$77 a \$357 en pesos corrientes y de \$26.1 a \$31.3 en pesos constantes de 1970, lo que implica crecimientos anuales de 29.1% y 3.1% respectivamente. Por el contrario, el subsidio promedio pagado por trabajador, aunque se incrementa en términos nominales, se reduce en términos reales a una tasa de 0.8% anual al pasar de \$77.3 en 1976 a \$75.0 en 1980, con una recuperación hasta 1982, año en que llega a \$77.0, nivel que es aún 0.4% más bajo que en 1976. Este resultado debe ser analizado a la luz de la diversidad de cajas, la compensación interna de cada una de ellas y el desarrollo de los servicios.

De igual manera, hay que tener en cuenta el número promedio de hijos por trabajador, que pasó de 2.9 en 1976 a 2.3 en 1982. A su vez, ello ha provocado una pérdida de importancia del subsidio promedio por trabajador en relación con sus ingresos, pues pasó de representar el 14.3% del salario mínimo en 1976 a 10.9% en 1980, aumentando a 12.3% en 1981, para ubicarse en 12.0% en 1982.

Las tendencias señaladas reflejan el comportamiento promedio de las cajas de compensación. Existen, en razón de la diversidad de estructura interna, pluralidad de situaciones que conducen a la necesidad de identificar algunos elementos básicos al respecto. Con este objetivo se ha tomado la situación de las cinco cajas más grandes del país (cuadro No.5), clasificadas como las de mayor captación de recursos del 4%. Al efecto se establece una comparación entre 1981, como período ex-ante y 1982 como período ex-post a la vigencia de la Ley 21 de 1982. De conformidad con dicho cuadro puede observarse que para 1981, con excepción de «Colsubsidio», las restantes cajas destinaban por encima del 45% de los recaudos para subsidio monetario. Para 1982 el rango está entre 43.9% y 59.8%. Para este último ejercicio las Cajas pueden hacer ajustes para llegar por lo menos al 55% previsto en la Ley 21/82, si al terminar la vigencia no habían alcanzado esta proporción, o la proporción correspondiente según el parágrafo segundo del artículo 65 de la Ley 21/82 (2). Estos ajustes

pueden ser efectuados dentro del semestre inmediatamente siguiente (artículo 7o. del Decreto 2337 de 1982).

Naturalmente, debe advertirse que si la anterior situación se presenta para las cajas de mayores recaudos, hay casos de cajas de menores recaudos cuya proporción de reparto es alta, sin llegar a pagar las más altas cuotas mensuales con persona a cargo, debido al grado particular de compensación. En otros casos, la proporción está por debajo del 55% pero igual o por encima del 40% previsto en el régimen de excepción. En síntesis, puede afirmarse que antes de la Ley 21/82 existió alguna tendencia promedio para distribuir por lo menos la mitad del 90% de los recaudos (descontados los porcentajes para funcionamiento e instalación) y después de la Ley, las cajas han debido adaptarse a la nueva norma, sin desconocer las dificultades que para algunas, especialmente pequeñas y medianas, representa el cambio.

Al observar la gráfica No. 1 se comprueba el resultado desigual en materia de cuota monetaria a nivel nacional: Cuatro cajas reconocen una cuota monetaria entre 100 y 200 pesos; 23 entre 200 y 300; 14 entre 300 y 400; 22 entre 400 y 500; 8 entre 500 y 600; 4 entre 600 y 700 y una reconoce una cuota de 1.050 pesos por persona a cargo del trabajador beneficiario. Como es obvio, esta situación genera desequilibrios regionales en el pago de una cuota igual para el trabajador beneficiario, apreciación que resalta en las variaciones del pago que por departamentos se efectúa por dicho concepto. Esta situación fue apreciada por el legislador y al respecto el artículo 88 de la Ley 21/82 estableció: «Para los efectos de garantizar a los trabajadores beneficiarios el reconocimiento de asignaciones monetarias equivalentes, y para evitar que se concentre en algunas cajas la afiliación de los empleadores que a partir de esta Ley quedan obligados al pago del Subsidio Familiar, la autoridad competente de la Superintendencia del Subsidio Familiar, previo el debido estudio estadístico financiero, señalará a cada caja el número de aportantes que necesariamente deberá admitir como afiliados».

La gráfica No. 2 señala la cuota monetaria mensual por beneficiario, en donde se aprecia que las más elevadas se encuentran en los Departamentos de mayor desarrollo relativo (Antioquia, Atlántico, Cundinamarca, Norte de Santander, Risaralda y Valle), en tanto las más bajas se presentan en las regiones relativamente menos desarrolladas (Cauca, Chocó, Putumayo y San Andrés). Debe advertirse, no obstante, que en los departamentos de mayor desarrollo

relativo la compensación varía de uno a otro y lo mismo ocurre, guardadas las proporciones, en el caso de los de menor desarrollo, de donde se deriva que la riqueza per-cápita de una caja está dada por la relación recaudos número de personas a cargo; es lógico que la estructura de los salarios también determina el nivel de los recaudos.

La gráfica No.3 muestra la incidencia del subsidio monetario por trabajador en el salario mínimo, el cual implica un aumento de ingresos que oscila entre 2.8% y 13.0% pero, por las razones antes explicadas, el mayor impacto se obtiene en las regiones más desarrolladas.

La anterior situación puede encontrarse o no compensada por el pago de la prestación en servicios y en especie, dependiendo de los servicios administrativos por cada caja y el grado de respuesta positiva de los mismos a necesidades sentidas, no cubiertas de otra forma.

De ello se deriva la necesidad de procurar la consolidación y creación de sistemas redistributivos que estimulen puntos de equilibrio de mejores ingresos, todo lo cual debe redundar en el incremento de las condiciones de vida de los trabajadores y sus familias, tanto en el plano regional como nacional.

3. SUBSIDIO EN SERVICIO

Del total de recaudos por concepto del 4% en 1981 se destinó sólo el 18.2% al pago del subsidio en servicios, y en 1982 se destinó el 19.6%, mostrando así un incremento de 1.4 puntos con respecto a 1981. La distribución de estos porcentajes muestra que el gasto en salud se elevó de 9.6% a 10.5% del total, otorgándole la mayor prioridad conforme a lo establecido por la Ley. Para los demás servicios, el gasto permaneció virtualmente constante, al reducirse en educación de 4.4% a 4.3%; se elevó en formación y capacitación de 1.1% a 1.6% y en recreación de 3.1% a 3.3%. Ello, sin embargo muestra una baja participación del gasto en servicios dentro del total de recaudos, así como muy leves variaciones en la estructura de los mismos entre los años considerados. El incremento anotado de 1.4 puntos para el pago de subsidio en servicios se reflejó en una mayor asignación relativa para salud, educación y recreación, con detrimento del rubro formación y capacitación.

El análisis desde un punto de vista global debe tener en cuenta la participación del subsidio monetario en cada caja y la destinación para gastos de

administración e instalación. Para este último rubro las normas legales establecen hasta un 10% en términos generales; el régimen de excepción antes citado, contemplado por la Ley 21/82, lo eleva hasta un 15%. El índice mencionado llegó, en forma global, a un 13.6% en 1981 y a 11.9% para la vigencia del año siguiente.

39 cajas destinan a gastos de administración una proporción hasta el tope previsto por la norma general; 37 están por encima de este nivel, sin olvidar el régimen de excepción varias veces citado. Si algunas cajas destinan para gastos de administración e instalación sumas superiores a las autorizadas, es claro que tendrán que adaptarse rápidamente a las mismas. Resalta el hecho que a pesar del tope legal, algunas dirigen a este concepto una tasa superior al 20%, considerada significativamente alta, lo cual conlleva una desviación del subsidio familiar. Las cinco Cajas de mayores recaudos -CAFAM, COLSUBSIDIO, COMFAMA, COMFAMILIAR ANDI CALI y COMFENALCO BOGOTA- destinaron entre el 7% y el 12% de sus recaudos. Las Cajas de una menor proporción, hasta el 5% son Comfamiliar Guajira, Comfamiliar Ingenio Riopaila y Comindustria Palmira.

El rubro de inversiones a término y reserva legal pasó del 19.5% en 1981 al 21.9% en 1982 con respecto al total de recaudos del 4%. La cifra de este rubro para 1981 fue de \$1.824 millones y en 1982 de \$2.728 millones, observándose un incremento del 49.5% en el período. El subsidio en especie fue de 1.2% en 1982 (cuadro No.6).

La distribución del gasto total en servicios discriminado por cada uno de sus componentes muestra que en orden de importancia la mayor proporción corresponde al subsidio pagado en salud, con una participación en 1981 y 1982 de 52.6% y 53.7%, respectivamente; le sigue el rubro educación con el 24.4% y 21.7%; recreación con el 17.1% y 16.6% y, finalmente, formación y capacitación con el 5.9% y 7.9% en los años de referencia (cuadro No.7).

El servicio de mercadeo de las cajas de compensación familiar, por su magnitud, por el manejo que le es propio y por su incidencia, no se trata en este diagnóstico. Será objeto de estudios posteriores globales y específicos que servirán para conocer integralmente la actividad y, en especial, detectar si la orientación del mercadeo que adelantan las cajas de compensación familiar cumple con las normas legales vigentes y si se vienen enjugando déficits con dineros no aplicables al fondo general del subsidio. Igualmente debe evaluarse el impacto

social y económico de los servicios de mercadeo y el sistema contable empleado para presentar el movimiento y resultados de las operaciones a la Superintendencia del Subsidio Familiar para efectos de inspección y vigilancia.

Al analizar la situación financiera del servicio de mercadeo de las cajas para 1982, se observa que el total de excedentes es de aproximadamente \$473.3 millones para el conjunto de cajas y los resultados negativos ascienden en el mismo período a \$184.3 millones, lo que representa un balance final positivo de la actividad cercano a los \$289.0 millones, sobre unas ventas brutas de \$35.224.2 millones, que implica un margen neto de 0.8%. Los mayores excedentes positivos los registró CAFAM con \$329.2 millones, para un volumen de ventas de \$15.627.3 millones y un margen de utilidad de 2.1%, y los mayores negativos se presentan en ANDI-CALI, con pérdidas de \$33.4 millones, para ventas de \$945.2 millones y un margen de 3.5%.

De las 52 cajas que registran este servicio el 63.5% refleja pérdidas operacionales y el 48.1% pérdidas netas, luego de contabilizar otros ingresos y gastos complementarios. En cifras absolutas, 33 cajas de compensación figuran con resultados negativos operacionales y 25 con resultados negativos netos.

Respecto de vivienda, las cajas de compensación están incursionando en el pago del subsidio familiar a través de esta modalidad de servicio

Siguiendo la política de vivienda trazada por el gobierno, existen en la actualidad planes concertados para los beneficiarios del subsidio con inversiones que se ejecutarán en el quinquenio 1983-1988. Las fuentes de financiación son múltiples e integran al sector público y privado, tomando en cuenta además la participación del trabajador con sus recursos propios.

Como un ejemplo de lo anterior, por iniciativa de ASOCAJAS se está tramitando un convenio interinstitucional para programas conjuntos de vivienda, en el cual tendrán participación la Asociación mencionada, FEDECAJAS, el Banco Central Hipotecario y las Corporaciones de Ahorro y Vivienda. El propósito básico del acuerdo es el de aunar esfuerzos en bien del desarrollo integral de la vivienda, con énfasis en los estratos socio-económicos de menores y medianos ingresos, con el fin de atender el déficit habitacional existente. En el momento el proyecto de convenio se encuentra en la etapa de estudio y aprobación para su posterior puesta en marcha.

Conviene también recordar que el parágrafo 2o. del artículo 65 de la Ley 21 de 1982 preceptúa que «Cuando el cociente de recaudos para subsidio familiar de una Caja resultare superior al 110% (ciento diez por ciento) del cociente nacional, deberá invertir al año siguiente un mínimo del 10% (diez por ciento) de sus recaudos para programas de vivienda. Del resto se tomará el porcentaje para subsidio monetario según la regulación general prevista en el artículo 43 de la presente Ley». Para esta norma también está contemplado un régimen de excepción (parágrafo 4o. del mismo artículo 65): «El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social podrá exonerar de esta obligación cuando, además de darse especiales circunstancias que así lo justifiquen, los recaudos para subsidio en la respectiva Caja no superen el quince por ciento (15%) de la Caja de recaudos más altos».

4. SUBSIDIO FAMILIAR DEL SECTOR PRIMARIO 3

El Subsidio Familiar para los trabajadores asalariados del campo fue creado en 1957 por el Decreto 118 del mismo año. A partir de 1974 la Caja Agraria actuó como la única entidad legalmente autorizada para recaudar los aportes de los patronos y pagar las cuotas de subsidio en efectivo a los beneficiarios.

La Ley 21 de 1982 introduce modificaciones en el subsidio del sector primario en tres aspectos importantes. Abre la posibilidad de que las cajas de compensación regionales recauden y paguen el subsidio familiar campesino. Todos los empleadores que ocupen uno o más trabajadores permanentes quedan obligados a pagar el subsidio familiar; anteriormente sólo obligaba a aquellos que tuvieran más de diez trabajadores permanentes. La distribución del recaudo de aportes percibidos por la Caja Agraria se destina en un 86% para el pago de subsidio en dinero, aunque la Superintendencia puede autorizar a la Caja Agraria destinar un 15% para la realización de obras y programas sociales, lo cual reduciría al 71% el pago en efectivo; un 8% para gastos de administración; y un 6% para el fondo de reserva.

En el año de 1975 los recaudos correspondientes al 4% fueron de \$66 millones, mostrando luego una tendencia ascendente hasta llegar a \$247 millones en 1981, estancándose durante 1982 al nivel de \$248 millones, lo que arroja un crecimiento promedio anual del 20.8% durante todo el período (cuadro No.8).

En valores, a pesos de 1975, tuvo un crecimiento entre 1975 y 1978, al pasar de \$27.4 millones a \$35.1 millones; a partir de 1979 los recaudos presentan un

rápido descenso pasando de \$33.4 millones en este año a \$28.7 millones en 1980, \$26.8 millones en 1981 y \$21.5 millones en 1982, lo que implicó que el monto de aportes entre 1975 y 1982 presentara una disminución equivalente a una tasa promedio del 3.5% anual. (cuadro No.9)

El subsidio monetario pagado a los trabajadores del sector agrícola presentó una tendencia similar a la de los recaudos. El subsidio monetario nominal se elevó de \$56.1 millones en 1975 a \$202.0 millones en 1982, con un crecimiento promedio del 20.1% anual. En pesos constantes aumentó de \$23.3 millones en 1975 a \$31.5 millones en 1977, para posteriormente disminuir a \$29.0 millones en 1978 y \$17.5 millones en 1982. Como se puede apreciar la tendencia general es descendente, reflejando una tasa de decrecimiento del 4.0% anual en el período 1975-1982.

La participación porcentual del subsidio monetario en relación con el total del recaudo es muy elevada, pero con tendencia descendente, pues en 1975 era del 85.0% la cual aumentó a 94.2% en 1977, para llegar finalmente a 76.0% en 1982. Ello puede estar explicado por la existencia de problemas administrativos y por la ausencia de programas sociales en el sector rural.

La pérdida de importancia del subsidio familiar campesino se hace más evidente cuando se observan las cifras del número de trabajadores e hijos beneficiarios. Los primeros, pasan de 52,000 en 1976 a 27,000 en 1982, con un descenso del 10.1% anual. Los hijos beneficiarios disminuyeron de 99,500 a 62,000 en 1982, presentando una tasa anual negativa del 6.6%. De igual forma, el número de patronos cotizantes descendió de 13,990 en 1976 a 9,170 en 1982, lo que significa un decrecimiento del 6.8% por año.

El valor del subsidio mensual por hijo presentó un incremento promedio anual del 30.3% entre 1975 y 1982. El monto del subsidio se elevó de \$47 a \$300 en pesos corrientes y de \$20 a \$26 en pesos constantes de 1970.

El valor promedio del subsidio por trabajador presentó igualmente un aumento al pasar en términos nominales de \$112 en 1976 a \$616 en 1982 y en términos reales de \$39 a \$53, lo que representa aumentos del 32.9% y de 5.2% respectivamente. Este crecimiento se explica por el aumento en número promedio de hijos por trabajador que pasó de 2.0 en 1976 a 2.3 en 1982 y por la disminución en el número de trabajadores beneficiarios la cual fue mayor que la caída de los recaudos y la del subsidio monetario pagado.

Las tendencias mencionadas han contribuido a que la participación del subsidio en efectivo respecto al salario mínimo tenga un comportamiento heterogéneo durante el período, a pesar de lo cual ésta se eleva de 8.5% en 1976 a 9.8% en 1981, observándose que en 1982 desciende a 8.8%.

Si bien, en el caso de las actividades agroindustriales, antes de la vigencia de las normas sobre subsidio familiar campesino (año de 1957) muchos patronos se encontraban afiliados a cajas, no es descartable que la autorización expresa posterior al año citado para que las actividades bananera, cafetera y los ingenios azucareros pudiesen pagar el subsidio a través de las cajas, haya influido en la disminución de afiliaciones a la Caja Agraria. Otros factores pueden estar representados en la creciente evasión para el pago de aportes y el pago irregular del subsidio por parte de empleadores del sector primario.

Se calcula que la evasión está cercana al 95% si se tiene en cuenta el estimativo de la Caja Agraria. Únicamente entre usuarios de crédito de esta entidad, el número de empresarios rurales obligados a aportar sobrepasaría la cifra de 200,000.

Puede pensarse que los empleadores que en un comienzo pagaron a través de la Caja Agraria, posteriormente tomaron la decisión de afiliarse a otra caja de compensación que prestara a sus afiliados servicios complementarios distintos al pago de subsidio en dinero. Debe recordarse, sin embargo, que la legislación vigente hasta el 4 de febrero/82 sólo permitía a la Caja Agraria realizar el pago del subsidio familiar del sector primario, excepto agroindustria, a los trabajadores de ese sector.

Además, se presenta el caso de patronos que pagan en efectivo a sus trabajadores una suma igual a la que reconoce la caja por cada hijo a cargo. Este proceder irregular coloca en desventaja a dichos empleadores, por cuanto las normas vigentes consideran tales pagos como prestaciones extralegales.

Esta situación puede tener una doble explicación. Por una parte, para el empresario es menos oneroso (aunque no sea legal) efectuar el pago directamente en lugar de aportar el 6% del valor de su nómina. Por otra parte, como la Caja Agraria no ha brindado servicios complementarios, para el trabajador es indiferente quien le pague el subsidio en dinero (patrono o caja).

Tradicionalmente la Caja Agraria se ha limitado a pagar el subsidio en dinero, a pesar de que en la actualidad el fondo de reserva asciende a más de \$200 millones y debería utilizarse en programas para el pago de la prestación en servicios. Sólo en 1982 la Caja Agraria y la Cooperativa de Caficultores de Pereira acordaron un convenio, por medio del cual la cooperativa prestará a los beneficiarios del subsidio familiar campesino servicios en las áreas consulta médica, odontología, laboratorio y droga con descuento. El costo acordado por la prestación de estos servicios durante un año asciende a \$1.5 millones y se cubrirá con recursos del fondo de reserva.

En la Sabana de Bogotá se adelantan convenios similares con los hospitales de Madrid, Mosquera, Suba, Chía, Cajicá, Zipaquirá y Ubaté, al igual que con la Federación de Cafeteros para prestar servicios médicos a la población rural en las zonas donde tiene influencia.

En síntesis, desde la creación del Subsidio Familiar Campesino, la Caja Agraria no ha adelantado una estrategia de entrega de servicios complementarios a los beneficiarios. Los convenios que se implementan son un primer paso en esta dirección pero todavía no existen resultados para poder evaluarlos.

POLÍTICA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

La política que oriente la acción del subsidio familiar, sin detrimento de la naturaleza privada de las cajas de compensación familiar (artículo 39, Ley 21 de 1982), debe estar enmarcada en la Ley, en los lineamientos generales de las políticas social y de trabajo y seguridad social y en la concepción básica del subsidio. Igualmente, debe ser un instrumento para el logro de las prioridades nacionales y para la ejecución de las políticas en el campo social.

En este sentido, la Política Nacional del Subsidio Familiar debe entenderse como un esfuerzo de concertación en el cual los trabajadores, empleadores, las cajas de compensación y el Gobierno participan en el desarrollo de acciones que promuevan el bienestar de la población ocupada del país y de sus familias.

El objetivo de la Política Nacional del Subsidio Familiar será:

- Mejorar los niveles de ingresos reales de los trabajadores colombianos de mediana y menor remuneración, buscando la completa satisfacción de sus

necesidades básicas de conformidad con sus cargas familiares, para lo cual la prestación social en dinero, especie o servicios, estará orientada por claras normas de prioridades establecidas por la Ley.

Los objetivos específicos serán:

- Incrementar los servicios a los grupos más desprotegidos de la población laboral y sus familias.
- Elevar la eficiencia en el gasto de recursos por parte de las cajas de compensación.
- Incorporar al sistema del subsidio familiar a los grupos aún no vinculados al mismo.
- Fortalecer la contribución del sistema al bienestar de los trabajadores buscando su completa satisfacción laboral.

Conforme a los objetivos expuestos, se impulsarán las siguientes políticas específicas:

1. Ampliaciones de Coberturas

La cobertura de la seguridad social y del subsidio familiar como parte de ella se concentra básicamente en la población urbana vinculada al sector moderno de la economía. Por lo tanto, el incremento de la misma se orientará a extender la cobertura a los beneficiarios por Ley que aún no han sido incluidos en el sistema. En este orden de ideas se realizarán programas hacia los asalariados de medianos y menores ingresos del sector informal y del sector moderno, a la población asalariada del sector primario, a aquellos grupos ubicados en el sector moderno de la economía que aún no son atendidos por esta modalidad de seguridad social y, en una etapa posterior si técnicamente ello es viable, a los trabajadores independientes.

Las estrategias pertinentes deben ser específicas de acuerdo a las características de las diferentes poblaciones y a las situaciones particulares de cada región o zona de influencia. Para las pequeñas empresas urbanas y para los asalariados rurales la Ley 21 de 1982 constituye un marco legal adecuado al obligar a todo empleador a vincular a sus trabajadores a una caja de compensación. No

obstante, es necesario reconocer que las simples medidas coactivas, aunque indispensables, no son suficientes en este campo, pues muchas pequeñas empresas en buena parte no se afilian a las entidades de seguridad social debido a su incapacidad económica y administrativa, al desconocimiento de la Ley y de los mecanismos operativos para su cumplimiento y a la resistencia de los trabajadores que ignoran las ventajas generales de la seguridad social. En consecuencia, se impulsarán acciones de divulgación de la legislación y de educación de la población en materias relacionadas con los beneficios del subsidio y se estimularán acciones conjuntas con instituciones que adelanten programas de atención a la pequeña empresa, con el propósito de lograr un apoyo mutuo para alcanzar objetivos concretos que se traduzcan en beneficios tangibles para los trabajadores y sus familias.

Para el sector moderno, se desarrollará un programa integrado de promoción y control de la legislación laboral, en el cual participarán directamente el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, la Superintendencia del Subsidio Familiar y las cajas de compensación familiar.

Dado que para los trabajadores independientes no existe una base legal que permita determinar las modalidades posibles de afiliación al subsidio, se orientarán esfuerzos para el estudio de las realidades de dicho sector y la viabilidad de vinculación al sistema de subsidio familiar, lo cual podría ser a través de asociaciones o cooperativas, cuyo fondo de solidaridad podría ser utilizado para el cubrimiento de las cotizaciones o el pago de cuotas para la utilización de algunos servicios sociales de las cajas.

Igualmente, se conformarán esquemas de información que permitan un mayor conocimiento de la evolución general de las cajas, de tal manera que se pueda apreciar la situación de cada corporación tendiente a la labor de afiliación. El impulso de estas acciones estará a cargo de la Superintendencia del Subsidio Familiar.

2. Cumplimiento del Subsidio Monetario Legal

La Ley 21 de 1982 obliga, sin perjuicio del régimen de excepción contemplado en la misma, a que el 55% de los recaudos del 4% captados por las cajas sean destinados al pago del subsidio monetario. Los esfuerzos en este campo se dirigirán al mejoramiento de los mecanismos de control para el cumplimiento de las normas vigentes.

Se buscarán mecanismos para alcanzar una adecuada compensación en el subsidio monetario a nivel del país. Es necesario analizar el fenómeno de la llamada «descompensación de las cajas de compensación», que origina rangos muy diversos, al dividir lo realmente captado por el número de personas a cargo. En consecuencia, es indispensable emprender estudios sobre la materia para lograr que los beneficios recibidos sean concordantes con los requerimientos de los diversos grupos afiliados a las cajas, de acuerdo con el orden de prioridades establecido por la Ley.

3. Orientación del Gasto Social

La prioridad fundamental en este campo es la de orientar los servicios sociales de las cajas hacia los grupos de población definidos en la Ley como objeto de su cobertura, con énfasis en los menores ingresos. Tales servicios se guiarán por las prioridades establecidas en la Ley: salud, nutrición y distribución de productos básicos alimenticios, educación y vivienda, crédito de fomento para industrias familiares, recreación social y mercadeo de productos diferentes a los antes enunciados.

Los criterios al respecto serán los siguientes:

- *Salud*

Esta prioridad estará referida a la medicina preventiva y a la curativa y tendrá en cuenta los siguientes puntos:

- a. Disminuir la morbilidad causada por enfermedades infecciosas y parasitarias mediante el incremento de los programas de medicina preventiva, el apoyo a los programas de suministro de agua potable, alcantarillado y vacunación.
- b. Aumentar los servicios de protección de la salud en zonas rurales.
- c. Aumentar y mejorar sin duplicar los servicios de salud al grupo materno infantil con énfasis para reducir la morbilidad de niños, especialmente en las edades más críticas de su desarrollo biológico.
- d. Racionalizar cada vez más los recursos disponibles, dentro de la filosofía inherente al subsidio familiar.

Igualmente, se promoverán programas de salud ocupacional, de educación en salud y nutrición en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y otras entidades públicas y privadas. Se impulsarán esquemas de servicios ambulatorios e integración y contratación de servicios tanto entre cajas como entre éstas y las entidades de seguridad social del Estado, el Sistema Nacional de Salud y el sector privado. Se apoyará la desconcentración de servicios buscando racionalizar el uso de recursos, como mecanismo para el mejoramiento de su calidad y el aumento de cobertura.

- Nutrición y Distribución de Productos Alimenticios

Las cajas de compensación disponen de una infraestructura básica para mercadeo que consiste fundamentalmente en supermercados ubicados en los grandes centros urbanos de consumo; además, el sector formal cuenta con una infraestructura que debe ser optimizada. El ideal es conservar y fortificar toda esta infraestructura con que cuenta el país.

Dentro de la segunda prioridad contemplada en la Ley para servicios sociales, las acciones serán orientadas a canales de comercialización de carácter masivo, a través de mecanismos que permitan a las clases populares acceder más oportunamente a los puntos de distribución, optimizando el uso de las instalaciones propias y permitiendo la contratación con el sector formal que resulte adecuada para el objetivo buscado. Se hará énfasis en el mercadeo de alimentos de la canasta familiar y de drogas. Así mismo, se impulsarán programas de descentralización de manera que las cajas puedan servir como mayoristas a las cooperativas de consumo y mercadeo y a otras formas asociativas comunitarias y de organización de la distribución.

Si en casos específicos lo anterior no es técnica o económicamente viable, la estructuración de mercados móviles y los esquemas de contratación, de apertura e impulso de tiendas populares fijas y/o de abastecedores de pequeños tenderos particulares a través del crédito para actividades familiares en este campo, serán otros caminos para alcanzar el objetivo anotado, todo lo cual será tenido en cuenta por la Superintendencia del Subsidio Familiar en desarrollo de sus funciones de inspección y vigilancia.

En todos los casos descritos estas acciones se orientarán a la población de menores y mediano ingresos, con énfasis en los primeros, con el propósito de lograr un amplio impacto en el poder adquisitivo real de estos grupos, por

medio de actividades que permitan un efectivo abaratamiento en los precios de los productos. Igualmente se procurará, en el contexto de lo dicho, operar sobre la base de la infraestructura legal existente y en consonancia con la política global de generación de empleo del Estado. Esta labor deberá ser fortalecida con programas específicos de nutrición que permitan una adecuada orientación de la demanda, buscando eliminar la comercialización indiscriminada de bienes.

- Educación

Se dará mayor importancia a aquellos mecanismos que permitan una más amplia cobertura, tales como el otorgamiento de becas y créditos educativos, especialmente para educación secundaria y superior, pudiéndose definir fondos rotatorios, administrados directamente o por contratación siempre que, en este último caso, los costos de administración y las seguridades de recuperación de cartera así lo aconsejen. Previos los estudios pertinentes la Superintendencia podrá autorizar la creación de los programas en este campo y la contratación con entidades educativas públicas y privadas.

- Vivienda

Directamente o mediante convenios con otras cajas, con sindicatos, patronos y cooperativas las cajas adelantarán planes de construcción, financiación y mejora de la vivienda, garantizando su fácil acceso a los beneficiarios del subsidio familiar. En especial, se impulsarán programas concertados entre el sector financiero para vivienda, los organismos especializados públicos y privados, los constructores, y las cajas de compensación, con el fin de estimular la necesaria especialización en el sector y facilitar el acceso a la solución habitacional, con énfasis en las viviendas denominadas populares, sin olvidar la importancia del concepto integral de «habitat», el cual dista de la simple construcción de casas.

Dentro del campo de las centrales de acopio y en forma coordinada con las políticas generales del Estado, las cajas de compensación fomentarán la comercialización de insumos para la construcción, apoyando especialmente los programas asociativos y de autoconstrucción.

Tomando en cuenta que las cajas de compensación familiar son entidades sometidas a la insepección y vigilancia de la Superintendencia del Subsidio Familiar y que los programas de vivienda que desarrollan estas corporaciones

se dirigen a los trabajadores beneficiarios de la prestación social, se buscará en coordinación con la Superintendencia Bancaria establecer la adecuada claridad sobre el régimen jurídico para el control de dichos programas, al igual que dar mayor agilidad a los trámites pertinentes.

- Crédito de fomento para industrias familiares

En coordinación con las entidades de los sectores público y privado que tengan programas de atención a la pequeña empresa, se promoverán acciones de fomento y crédito. De igual manera se prestará atención a los programas de microempresas o empresas populares no sólo en la fase de organización sino en la distribución de sus productos. Además, las cajas apoyarán en este contexto, la creación de cooperativas de producción, comercialización y vivienda.

- Recreación Social

Las acciones del Sistema de la Compensación Familiar en este campo considerarán tres aspectos básicos: desarrollo de infraestructura física, ejecución de programas y población usuaria de los servicios.

El objetivo del primer punto será el de optimizar el uso de la planta física con que cuenta el país, tanto de las cajas de compensación familiar como del sector formal del área turística, particular y del Estado. Para el efecto, se impulsarán esquemas de coordinación y de contratación de servicios entre las corporaciones y entre estas y las entidades públicas y privadas pertinentes, siempre y cuando la disponibilidad institucional, la calidad y el costo así lo permitan.

En este contexto, se promoverá la integración entre cajas mediante la conformación de programas conjuntos que faciliten a los beneficiarios de diversas entidades acceder a instalaciones comunes, buscando una adecuada integración de la población a nivel local, regional y nacional. A la vez, la ejecución de estos programas se orientará a aprovechar la capacidad de compra del sistema para lograr, en orden de prioridades: una mayor contratación entre partes, y por ende una más amplia cobertura; la adquisición de infraestructura ya existente que resulte apropiada para estos propósitos; finalmente, la construcción de nuevas instalaciones con mayor capacidad de forma en que se puedan alcanzar más altos niveles de economía de escala.

Se autorizará la compra o construcción de instalaciones por parte de las cajas individualmente, cuando se trate de ampliaciones debidamente justificadas o cuando no sea posible la coordinación o la integración.

Para la compra o construcción de infraestructura se tendrá en cuenta la utilización real de la existente en el área de influencia y se buscará su mejor utilización antes de emprender las obras correspondientes. Se permitirán inversiones en centros vacacionales y de recreación en tanto se hayan logrado índices de ocupación adecuados, dependiendo de las características regionales y de las necesidades de los trabajadores de empresas afiliadas.

En relación con la ejecución de programas, el desarrollo de la recreación social buscará dar un mayor acceso a los grupos de población de medianos y menores ingresos.

Se dará mayor énfasis a los programas recreacionales desarrollados en instalaciones ubicadas dentro de las ciudades o cercanas a estas, con el impulso de los mecanismos de transporte que se consideren adecuados. Se apoyará la coordinación e integración interinstitucional, la utilización para este fin de los centros de recreación y de vacaciones existentes y, si las necesidades de los trabajadores beneficiarios a nivel regional así lo requieren, la construcción o adquisición de centros de recreación, parques, clubes, restaurantes populares, etcétera.

Se fortalecerán los programas vacacionales, para lo cual se fomentará la concertación en el ámbito del sector; con las líneas aéreas y demás medios de transporte, las organizaciones de hoteles, las agencias de viajes y las entidades públicas y privadas especializadas en el área, se buscará la implementación de mecanismos para programas de descanso, vacacionales, fomento del deporte y recreación.

Complementariamente se crearán e impulsarán fondos de crédito, líneas de financiación y esquemas de servicios y de precios accesibles, que permitan a los trabajadores beneficiarios del subsidio familiar posibilidades recreativas y vacacionales, de las que han tenido pocas posibilidades de acceso en razón de sus niveles de ingreso. Al respecto, se analizará y definirá la posibilidad de destinar un porcentaje de los recaudos del 4% para estimular fondos o líneas de financiación en este campo.

De otra parte, se promoverán mecanismos legales, operativos y financieros orientados a garantizar el acceso de los trabajadores beneficiarios del subsidio familiar a programas vacacionales con énfasis en el efectivo descanso mediante la utilización adecuada del tiempo libre.

Respecto de la población usuaria, los servicios de recreación social de las cajas de compensación podrán ser abiertos al público, según lo dispuesto por la Ley 21 de 1982. No obstante, en la asignación de cupos y en el acceso a los programas que se desarrollen se dará prioridad, en orden de importancia, a los beneficiarios del subsidio familiar, a los trabajadores de empresas afiliadas no beneficiarios y a los no afiliados. Conforme a las normas legales vigentes, solamente los beneficiarios podrán tener acceso a tarifas subsidiadas, de acuerdo con las escalas definidas por las corporaciones. Para los trabajadores de empresas afiliadas no beneficiarios y para los no afiliados las tarifas se establecerán de acuerdo con la Ley sin perder de vista que las normas autorizan la organización conjunta de programas sociales entre las cajas y que está dentro del contexto de la política concertada fomentar, en desarrollo de la Ley, la utilización de servicios comunes con el fin de lograr una mejor y más económica atención en todos los casos que ello resulte posible.

En todos los casos descritos los programas específicos tomarán como base el núcleo familiar y tendrán especialmente en cuenta a la población menor de edad y a los grupos de la tercera edad, pensionados y prepensionados.

Las cajas de compensación familiar podrán facilitar las instalaciones de los centros de recreación social para la celebración de convenciones, congresos y actos similares, buscando incrementar el uso de la capacidad existente, con el cumplimiento de tres requisitos mínimos: Dichos eventos serán subsidiarios respecto de la ocupación por parte de los beneficiarios de la prestación social, se efectuarán a tarifas legales y las utilidades que se puedan obtener se dirigirán a fortalecer los fondos de crédito o las líneas de financiamiento antes señaladas, para beneficio de los titulares del derecho, o al subsidio directo para la recreación de los mismos.

Para la ejecución de la política descrita, se buscará que las cajas puedan acudir a los fondos de desarrollo urbano y a las líneas de fomento que para la construcción e impulso del sector turístico existen en el país.

. Mercadeo de productos diferentes a los enunciados en el ordinal segundo del Artículo 62 de la Ley 21/82.

De conformidad con las normas vigentes y en especial con la orientación existente para el efecto dentro del marco de la Ley, las cajas de compensación podrán abrir nuevos programas dentro de los cuales se incluye el mercadeo de productos diferentes a los contemplados en el numeral segundo del artículo 62 de la Ley 21/82. Estos servicios deberán localizarse en zonas de fácil acceso para las clases populares.

En ningún caso se permitirán programas de mercadeo suntuario subsidiados con recursos de la prestación. Se optimizará el uso de la infraestructura existente. En todo caso se dará prioridad a la producción nacional.

Conforme se mencionó en el diagnóstico se desarrollarán estudios globales y específicos que permitan conocer integral y adecuadamente la actividad de mercadeo que adelantan las cajas de compensación. En especial se analizará si la orientación del mercadeo de las corporaciones cumple con las normas legales vigentes y si se vienen enjugando déficits con dineros no aplicables al fondo general del subsidio. Se evaluará el impacto social y económico de los servicios de mercadeo y el sistema contable empleado para presentar el movimiento y resultados de las operaciones a la Superintendencia del Subsidio Familiar para efectos de inspección y vigilancia.

4. Integración de Servicios

Con el fin de aumentar la eficiencia en los servicios prestados por las cajas y elevar su impacto social, se desarrollarán esfuerzos para fortalecer la integración de acciones entre diferentes cajas y entre éstas y otras instituciones que estén en capacidad legal, administrativa y técnica de hacerlo.

Esta integración se impulsará en el área de salud mediante la complementación de servicios en diferentes especialidades, a través de contratos o de la creación de una infraestructura común que pueda ser utilizada por los afiliados a distintas cajas. De igual manera, se buscará la coordinación con las entidades de seguridad social y con el Sistema Nacional de Salud, de forma que se evite la segmentación de servicios y la duplicidad de esfuerzos, si las posibilidades reales de dichas organizaciones así lo permiten y aseguran una buena prestación del servicio.

En las áreas de vivienda, educación, recreación y demás previstas en las normas vigentes, también deberán ser estimulados programas conjuntos y de coordinación, buscando acumular mayores volúmenes de recursos que permitan obtener economías de escala y una mayor cobertura social.

5. Mejoramiento del Subsidio Familiar del Sector Primario

Dadas las características propias de la población trabajadora rural y el esquema del subsidio familiar campesino, se requieren propuestas específicas orientadas a alcanzar mayores niveles de eficiencia y cobertura en el área rural.

Tres aspectos fundamentales se consideran en este caso. En primer lugar, el fortalecimiento administrativo y financiero del esquema institucional del subsidio familiar del sector primario, mediante la reestructuración de la dependencia pertinente con el fin de que la Caja Agraria pueda prestar servicios eficientes y tenga capacidad para adelantar acciones de promoción, fomento y control dirigidas a los empleadores obligados a reconocer el subsidio familiar. En segundo lugar, se incorporarán programas de prestación de servicios sociales tales como salud, educación y vivienda, de conformidad con la Ley, directamente o a través de la contratación con entidades del sector público o privado y con las cajas de compensación. En tercer lugar se estimulará que los beneficios de la compensación lleguen en la mejor forma posible al trabajador rural, para lo cual han de tenerse en cuenta las características propias de cada región

Debido a que la Ley 21/82 consagra la libertad de afiliación para los empleadores del sector primario, se deben definir políticas operativas para lograr los mejores resultados sociales posibles en bien del trabajador rural. El diseño de modelos específicos para el pago del subsidio familiar en el sector primario debe constituir un imperativo de estudio y análisis. No hacerlo así sería desconocer que la participación en el bienestar no debe depender del tipo, forma o condiciones de trabajo, sino en el hecho de ser miembro activo de una comunidad en la que el hombre debe vivir y desarrollarse con seguridad social.

6. Aspectos Jurídicos

Las cajas de compensación familiar son corporaciones de derecho privado y configuran la denominada descentralización por colaboración, originada -según los tratadistas - cuando el Estado va adquiriendo mayor ingerencia en la vida privada y, como consecuencia, se le va presentando problemas para cuya solución

se requiere una preparación técnica de que muchas veces carecen las entidades públicas.

En consecuencia, el desarrollo reglamentario de la Ley debe tener como base la política expuesta y ser producto del análisis concertado para buscar que las normas estimulen la mejor prestación de los servicios y sean suficientes para prevenir desviaciones y corregir fallas.

En este sentido se adelantará el trabajo para la reglamentación completa de las leyes fundamentales del sistema del subsidio familiar y se buscará que el trámite legislativo de nuevas iniciativas contenga la participación del sector, evitando en todo la distorsión de aspectos orgánicos por proyectos aislados no coherentes con la filosofía general. Desde luego, al respetar la independencia de los poderes públicos, la política de concertación debe contribuir al análisis sereno y reflexivo y al aporte de datos oportunos dirigidos hacia quienes tienen la capacidad legal de tomar decisiones.

Como filosofía general, la política de concertación considera que debe mantenerse la estructura de corporaciones privadas para las cajas de compensación familiar, con el control legal del Estado.

7. Implementación de la Política Concertada

El presente documento contiene los parámetros generales de política en relación con el subsidio familiar y como tales deben interpretarse. En consecuencia, no es incompatible el análisis de casos particulares a la luz de las circunstancias especiales de una región, zona de influencia o entidad y, en todos los casos, el régimen de excepción consagrado por el legislador ha de ser tenido en cuenta para la aplicación de políticas generales cuando medien las circunstancias que así lo justifiquen.

De igual manera, es apenas lógico que si llega a presentarse contradicción entre la política concertada en el Consejo Superior del Subsidio Familiar y la Ley o sus reglamentos, la primera adquiere el carácter de simple propósito.

PLANES Y PROGRAMAS PARA LA EJECUCIÓN DE LA POLITICA

Para el desarrollo y ejecución de las políticas trazadas se han previsto planes y programas a cargo de las diversas entidades vinculadas al subsidio familiar.

Dentro de los anteriores se distinguen los de ejecución y los de control. En primer aspecto las entidades encargadas del recaudo y pago del subsidio familiar presentarán a la Superintendencia del Subsidio Familiar los planes y programas correspondientes para ser tramitados conforme a las disposiciones vigentes. En el segundo caso, la Superintendencia agilizará su estudio y decisión, buscando en todo el efectivo cumplimiento de la política concertada dentro del ámbito legal.

Campaña de Divulgación de la Legislación sobre subsidio familiar

La Superintendencia, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las cajas y las entidades de seguridad social, promoverán la adecuada difusión sobre los contenidos fundamentales de la Ley 21 de 1982 y disposiciones complementarias. Lo anterior, con el propósito de estimular el aumento de cobertura y el cumplimiento de las normas legales vigentes. Para la campaña antes descrita serán utilizados los diversos medios de comunicación social, con el fin de ilustrar al trabajador y al empleador sobre sus derechos y deberes en cuanto a subsidio familiar se refiere.

Estudios e Investigaciones

Estarán encaminados a detectar focos de evasión de aportes y a la organización de mecanismos ágiles que faciliten el aumento de cobertura del subsidio familiar. Adicionalmente, se realizarán estudios para medir el impacto social y económico de las acciones de las cajas.

El primer tipo de estudio se adelantará para el sector privado en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el ISS, ICBF, SENA y asociaciones de cajas. La información recogida será importante para el desarrollo de acciones coordinadas en materia de capacitación, seguridad social y control de la evasión a las normas de legislación laboral. Respecto del sector público se buscará que el D.A.S.C., la ESAP, las oficinas de personal de entidades públicas y las cajas de previsión, colaboren estrechamente con la Superintendencia para el logro de los objetivos de este programa.

Esta acción será importante también para estimular la racionalización de los recursos financieros técnicos, humanos y de infraestructura física de las cajas de compensación familiar y de otras entidades de los sectores público y privado

que desarrollan actividades para el bienestar social de la familia, principalmente en los sectores de salud, educación, nutrición, vivienda, crédito para industrias familiares, recreación y mercadeo.

Los resultados de los estudios sobre los beneficios sociales y económicos del subsidio familiar, servirán como mecanismos de evaluación del impacto de la política de trabajo y seguridad social.

Asesoría

La Superintendencia adelantará programas de asesoría dirigidos a las cajas en los campos financiero, contable, administrativo y para la elaboración y ejecución de programas sociales. Esta acción es importante dentro del criterio de considerar las labores de control y vigilancia no solo en el aspecto punitivo sino, también de colaboración para que los diversos programas estén acordes con las normas legales vigentes.

Control

La Ley 25 de 1981, por la cual se crea la Superintendencia del Subsidio Familiar y se dictan otras disposiciones, y la Ley 21 de 1982, por la cual se modifica el régimen de subsidio familiar y se dictan otras disposiciones, lo mismo que las normas concordantes en la materia, asignan funciones precisas a la Superintendencia y son, al mismo tiempo, el parámetro general para el cumplimiento de las mismas. La superintendencia, dentro del anterior marco, velará para que la formación de los entes sobre los cuales debe ejercer la inspección y vigilancia, su funcionamiento y su actuar, se ajusten a las normas legales vigentes. Establecerá mecanismos de control ágil y eficiente, decretará y practicará las visitas necesarias y solicitará la presentación de los documentos que considere indispensables y deban ser presentados por las entidades, buscando que el control esté encaminado a todo el campo previsto por la Ley. Desde luego, la Superintendencia establecerá los correctivos y sanciones pertinentes, cuando hayan sido detectadas y comprobadas anomalías en el manejo de los entes que le corresponde vigilar.

Notas:

1. Calculado conforme a las estimaciones del DANE, como el 75% de la remuneración a los asalariados establecida en las Cuentas Nacionales (840.079). DANE, Oficina de cuentas Nacionales, información directa.
2. Artículo 65, párrafo 2º " Cuando el cociente de recaudos para subsidio familiar de una caja resultare superior al 110% (ciento diez por ciento) de sus recaudos para programas de vivienda, del resto se tomará el porcentaje para subsidio monetario según la regulación general prevista en el artículo 43 de la presente Ley."
3. Tomado del documento: MINISTERIO DE AGRICULTURA. *Subsidio Familiar Campesin. Documento de Trabajo, Bogotá, septiembre de 1982.*

CUADRO No. 1
CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COBERTURA ABSOLUTA - TOTAL NACIONAL
1976 - 1982

AÑO	TRABAJADORES AFILIADOS	TRABAJADORES BENEFICIARIOS	HIJOS BENEFICIARIOS
1976		356.780	1.032.312
1977		388.166	1.091.081
1978		435.396	1.099.141
1979		461.221	1.176.068
1980	1.315.981	506.513	1.279.138
1981	1.449.847	555.398	1.386.232
1982	1.614.847	630.619	1.444.517
Incremento promedio anual 1976-1982(%)	10.8	10.0	5.8

FUENTE: FEDECAJAS. Información directa (1976 - 1979).
 Superintendencia del Subsidio Familiar. Información Directa (1980-1982).
 Cálculos DNP- UDS - DTSS.

CUADRO 2
CAJAS DE COMPENSACION FAMILIAR
COBERTURA RELATIVA - TOTAL NACIONAL
1981

	(1) ISS	(2) Cajas de Compensación	Relación (2/1)
No. de empresas Afiliadas	150.475	70.155	46.6
No. de Afiliados	1.856.254	1.449.847	78.1
Relación entre población afiliada y población asalariada ¹	40.9	32.0	

FUENTE: ISS, Informe Nacional de Estadística 1981.
 Superintendencia del Subsidio Familiar, Información directa.
 Cálculos UDS, DTSS.

1. El total de población asalariada del país en 1981 fue de 4.532.466 (excluye empleados oficiales).
 Cálculo del ISS, con base en proyecciones del censo 1973

CUADRO No. 3

**CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
RECAUDOS Y SUBSIDIO MONETARIO - TOTAL NACIONAL
1976 - 1982
Pesos Corrientes**

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	Incremento Promedio Anual %
Recaudos 4% ¹	1.994.153	2.634.133	3.544.224	4.864.486	6.978.973	9.347.619	12.457.418	35.7
Subsidio monetario pagado ¹	956.829	1.226.050	1.543.353	2.238.389	3.278.241	4.664.441	6.203.584	36.6
Participación porcentual	48.0	46.5	43.4	46.0	47.0	49.9	49.8	-
Promedio de hijos ² por trabajador	2.9	2.8	2.5	2.5	2.5	2.5	2.3	-
Valor promedio del subsidio por hijo mensual ²	77	94	117	159	223	280	357	29.1
Valor promedio del subsidio por trabajador	223	263	293	398	539	699	815	24.1
Salario mínimo ²	1.560	1.815	2.460	3.450	4.500	5.700	7.410	29.7
Participación del subsidio promedio por trabajador en el salario mínimo	14.3	14.5	11.9	11.5	10.9	12.3	12.0	-

FUENTE: FEDEJACAS. Información directa (1976-1979)
Superintendencia del Subsidio Familiar. Información (1980-1982)
Cálculos DNP-UDS-DTSS.

1. Miles de pesos corrientes

2. Pesos corrientes

3. Información a Diciembre 31.

CUADRO No. 4
CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
RECAUDOS Y SUBSIDIO MONETARIO - TOTAL NACIONAL
1976 - 1982
Pesos Constantes de 1970

	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982 ³	Incremento Promedio Anual %
Recaudos 4%	691.694	671.852	781.182	859.602	969.975	1.012.414	1.078.471	7.7
Subsidio Monetario Pagado ¹	331.887	315.504	340.170	395.545	455.944	505.192	537.060	8.4
Valor Promedio del subsidio por hijo ²	26.1	24.2	25.8	28.1	31.0	30.3	31.3	3.1
Valor Promedio del Subsidio por trabajador ²	77.3	67.7	64.6	70.3	75.0	75.7	77.0	0.1

FUENTE: Cuadro No. 3
Cálculos DNP-UDS-DTSS

1. Miles de pesos constantes de 1970

2. Pesos constantes de 1970

3. A Diciembre 31.

CUADRO No. 5

**SITUACIÓN DEL SUBSIDIO FAMILIAR EN LAS PRINCIPALES
CAJAS DE COMPENSACION ¹
1981 - 1982 ²**

	RECAUDOS 4% ³		Proporción destinada a subsidio Monetario		Subsidio Monetario Mensual por Hijo			
	1981	1982	1981	1982	1981		1982	
					Nominal ⁴	Real ⁵	Nominal ⁴	Real ⁵
CAFAM	1.475.1	1.938.3	45.4	43.9	400	43.3	500	43.3
COMFAMA	1.285.8	1.672.6	71.2	59.8	400	43.3	400	34.6
COLSUBSIDIO	1.212.3	1.653.8	26.3	39.6	300	32.5	600	51.9
COLFAMILIAR ANDI- CALI	735.2	950.5	58.2	53.0	400	43.3	500	43.3
CONFENALCO BOGOTA	372.1	474.0	53.9	53.1	450	48.7	650	56.3

FUENTE: Superintendencia del Subsidio Familiar. Información Directa.

1. Las de mayor captación de recaudos del 4%

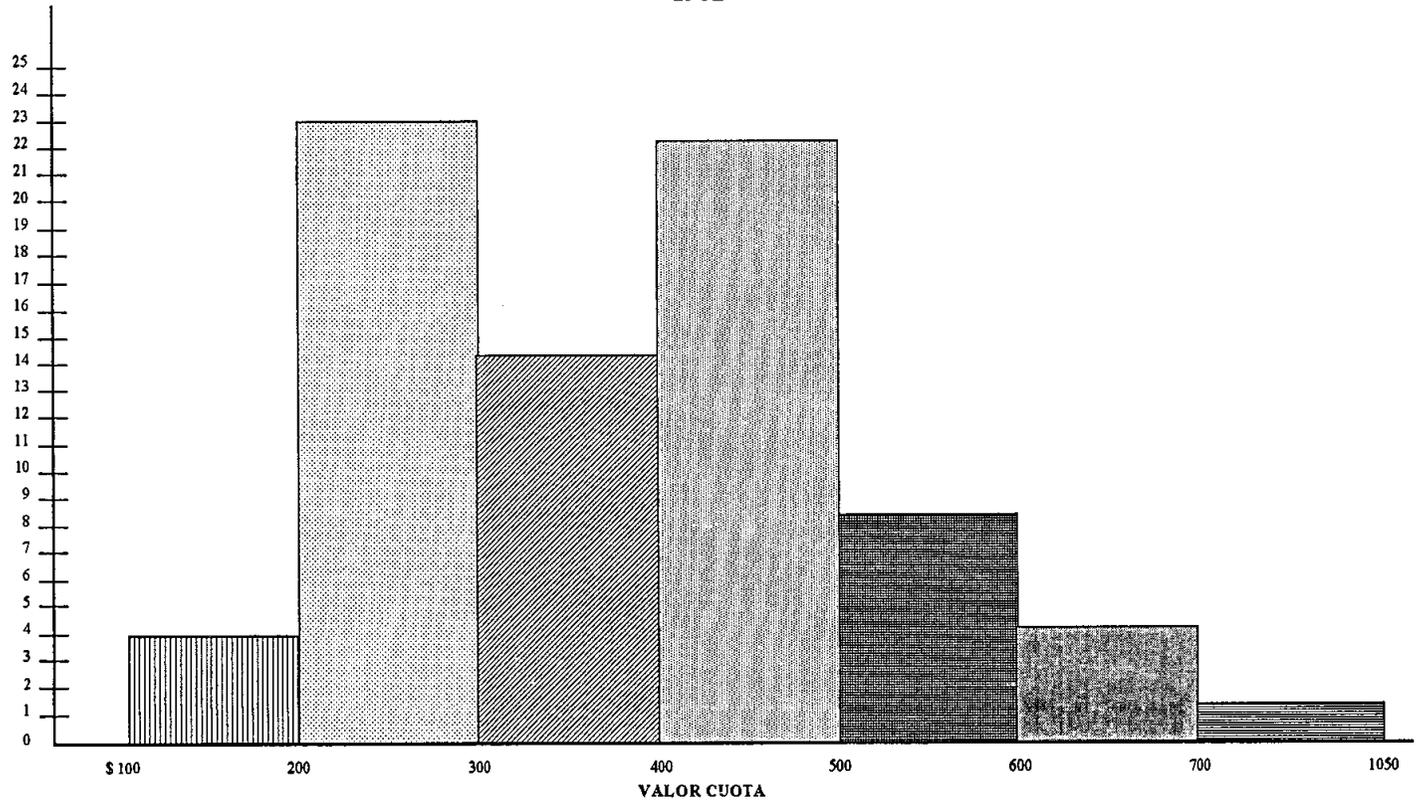
3. Millones de pesos.

2. Para 1982, la información es a Diciembre 31

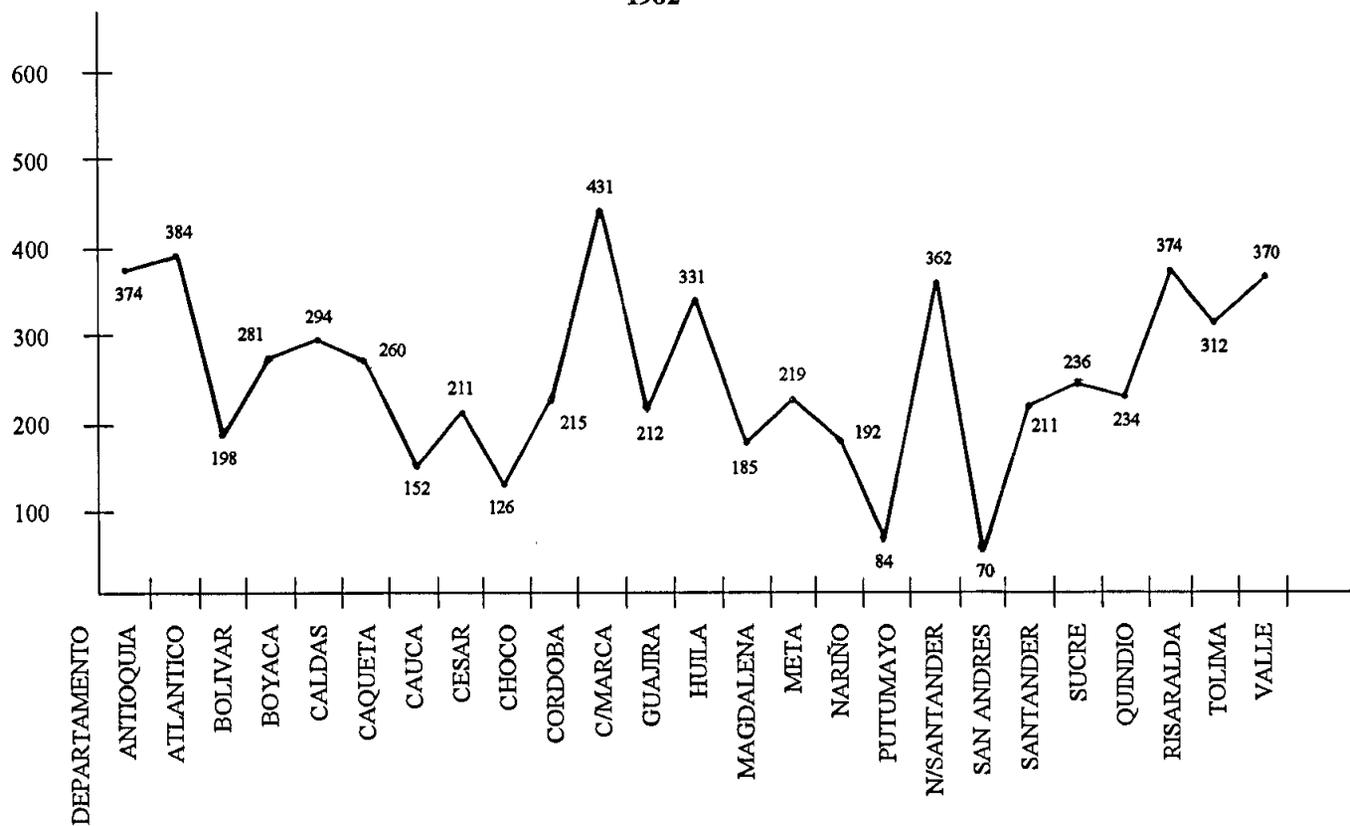
4. Pesos Corrientes

5. Pesos Constantes de 1970

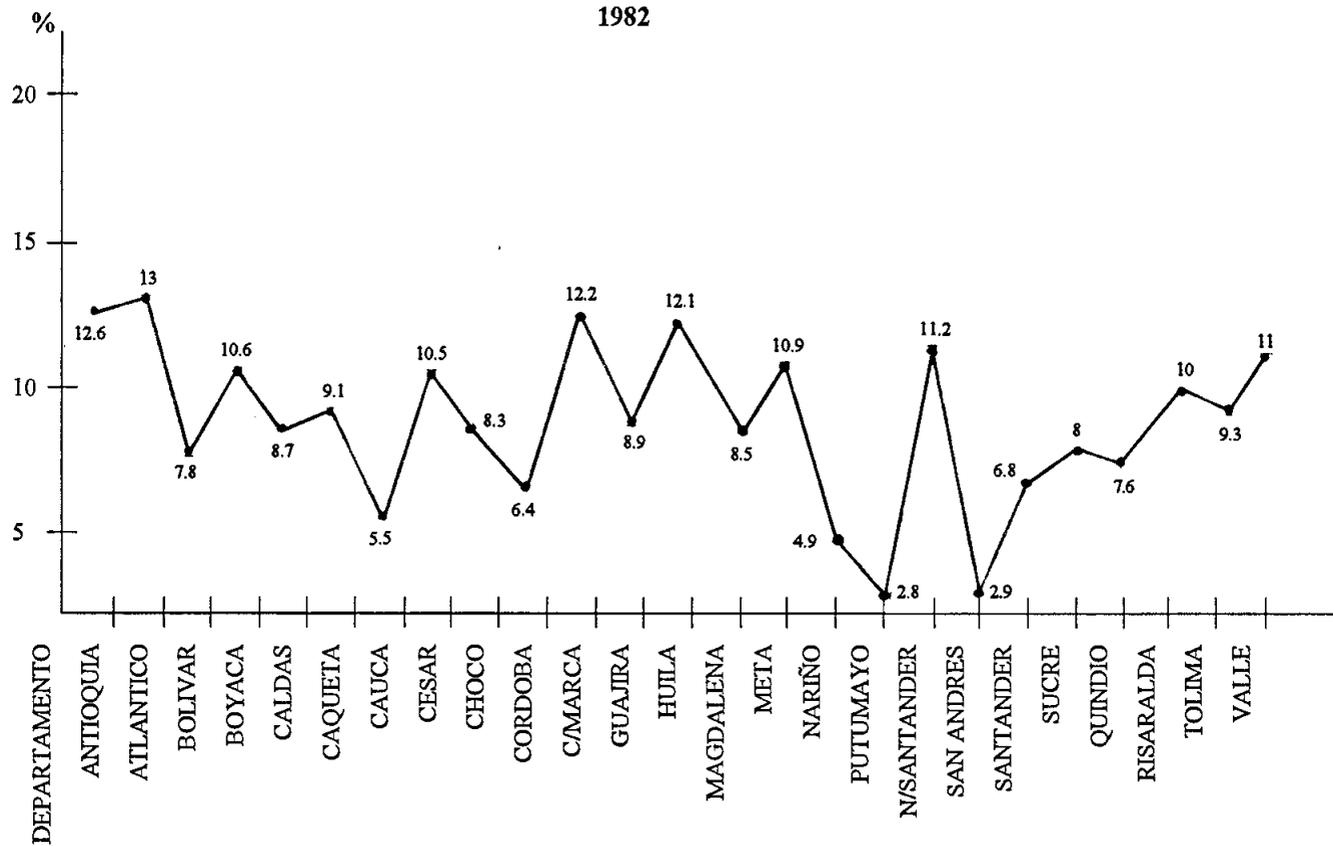
GRAFICA 1
DISTRIBUCIÓN DE LA CUOTA MONETARIA
DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR A NIVEL NACIONAL
1982

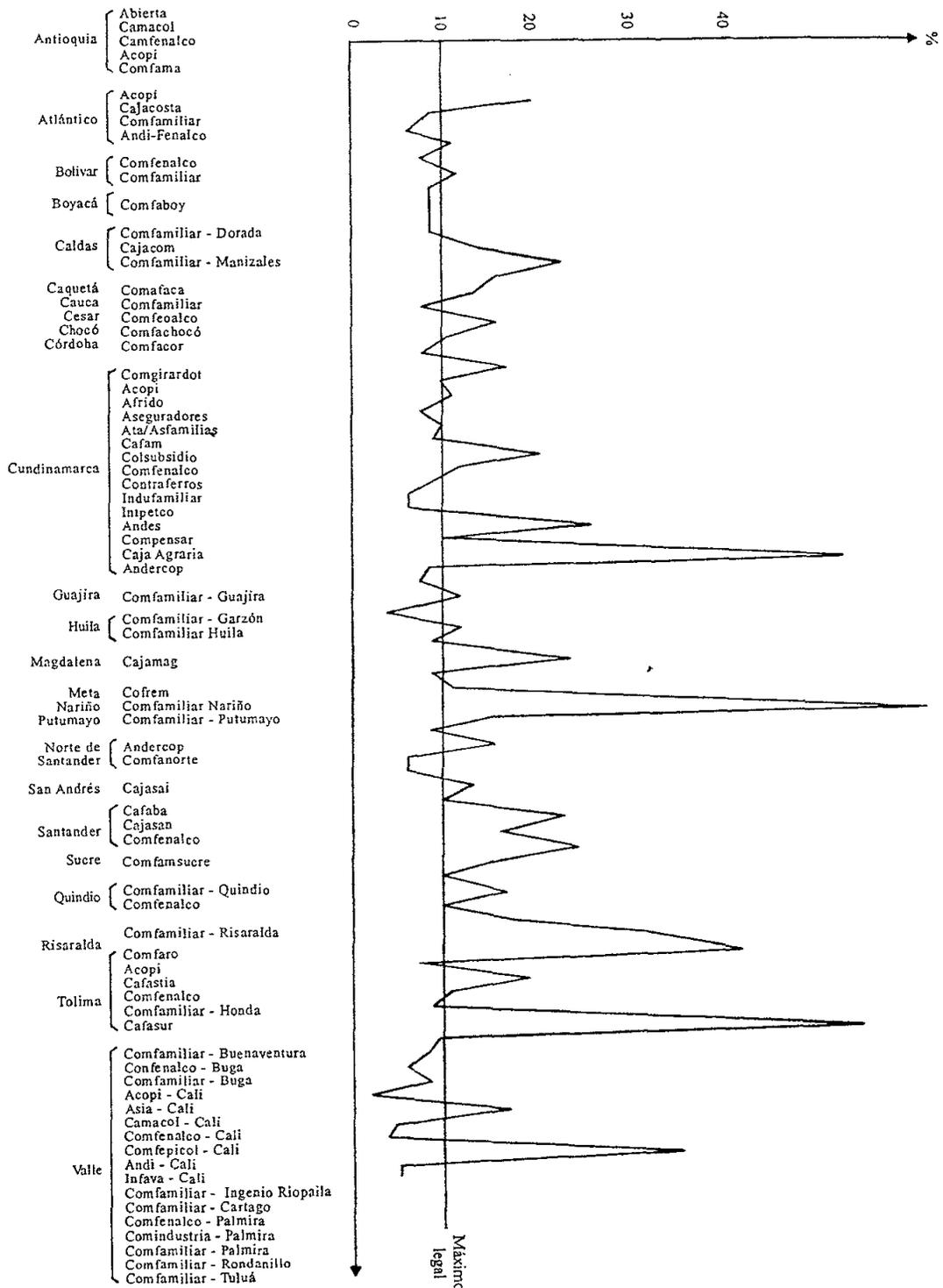


GRAFICA 2
PROMEDIO CUOTA MONETARIA MENSUAL POR DEPARTAMENTO
1982



GRAFICA 3
INCIDENCIA DEL SUBSIDIO MONETARIO EN EL INGRESO MÍNIMO FAMILIAR
1982





Gráfica No. 4
PORCENTAJE DE GASTOS DE
ADMINISTRACIÓN 1992.

CUADRO No. 6
CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
DISTRIBUCION DE LOS RECURSOS DEL 4% SEGUN GASTO
1981 - 1982

	1981	%	1982	%
Recaudo del 4%	9.347.618.799	100.0	12.457.418.465	100.0
Subsidio en efectivo	4.664.440.707	49.9	6.203.583.778	49.8
Subsidio en especie			152.485.593	1.2
Subsidio en servicio	1.702.020.527	18.2	2.438.936.112	19.6
- Salud	896.493.049	9.6	1.309879.104	10.5
- Educación	414.827.300	4.4	529.592.537	4.3
- Formación y Capacitación	100.424.819	1.1	193.687.115	1.6
- Recreación	290.275.359	3.1	405.777.356	3.3
- Otros Egresos ¹	2.981.157.563	31.9	3.662.412.982	29.4

FUENTE: Superintendencia del Subsidio Familiar. Información directa.

1. Los constituyen gastos de administración, instalación, funcionamiento, inversiones a término, reserva legal, etc.

CUADRO No. 7
CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
DISTRIBUCIÓN DEL SUBSIDIO EN SERVICIOS
1981 - 1982

	1981	%	1982	%
Subsidio pagado en servicios	1.702.020.527	100.0	2.438.936.112	100.0
- Salud	896.493.049	52.6	1.309.879.104	53.8
- Educación	414.827.300	24.4	529.592.537	21.7
- Formación y Capacitación	100.424.819	5.9	193.687.115	7.9
- Recreación	290.275.359	17.1	405.777.356	16.6

FUENTE: Superintendencia del Subsidio Familiar. Información directa.

*

CUADRO No. 8
SUBSIDIO FAMILIAR CAMPESINO
EVOLUCIÓN GENERAL - TOTAL NACIONAL
1975 - 1982

	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	Incremento Promedio Anual %
Recaudos 4% ¹	66.032	99.766	130.095	159.595	189.013	206.314	247.172	247.973	20.8
Subsidio Monetario ¹	56.092	69.554	122.613	131.589	109.641	123.244 ³	187.983	202.322	20.1
Participación porcentual	85.0	70.0	94.2	82.4	58.0	59.7	75.7	76.0	-
Trabajadores beneficiarios	-	51.833	46.692	41.950	35.147	25.150	30.444	27.368	-10.1
Hijos Beneficiarios	99.525	102.590	91.733	98.937	87.932	71.309	69.176	61.911	-6.6
Promedio hijos por trabajador	-	2.0	2.0	2.3	2.5	2.8	2.3	2.3	-
Valor promedio mensual subsidio por hijo	47	56	111	111	104	144	226	300	30.3
Valor promedio ² subsidio por trabajador	-	112	222	255	260	408	519	616	32.9
Número de patronos	-	13.993	13.342	13.354	12.254	10.479	9.893	9.176	-6.8
Salario Mínimo	1.020	1.320	1.670	2.205	3.150	4.200	5.310	7.020	-
Participación del subsidio en el salario mínimo	-	8.5	13.3	11.6	8.3	9.7	9.8	8.8	-

FUENTE: Superintendencia del Subsidio Familiar. Información directa.

1. Miles de pesos corrientes 2. Pesos corrientes 3. Incluye cuota extraordinaria.

CUADRO No. 9
SUBSIDIO FAMILIAR CAMPESINO
EVOLUCIÓN GENERAL - TOTAL NACIONAL
1975 - 1982
Pesos Constantes de 1970

	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	Incremento Promedio Anual %
Recaudos 4%	27.479	34.605	33.478	35.176	33.400	28.695	26.770	21.468	-3.5
Subsidio monetario	23.342	24.126	31.552	29.004	19.375	17.141	20.360	17.516	-4.0
Valor promedio subsidio por hijo	20	19	29	24	18	20	24	26	3.8
Valor promedio subsidio por trabajador	-	39	57	56	46	57	56	53	5.2

FUENTE: Superintendencia del Subsidio Familiar. Información directa.

DOCTRINA Y JURISPRUDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

Superintendencia del Subsidio Familiar

EL SUBSIDIO FAMILIAR DENTRO DEL CONTEXTO DEL DERECHO LABORAL COLOMBIANO

1. PRESTACIONES SOCIALES

Para un mayor entendimiento en torno a la íntima relación existe entre el subsidio familiar y el derecho laboral es preciso remitirnos al artículo 25 de nuestra Carta Magna, el cual expresa: «El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado, toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas».

La sociedad requiere del concurso de sus miembros para lograr su adecuado desarrollo; a su turno, el individuo tiene derecho de formar parte de un conglomerado social y por ende gozar de todos los beneficios de la colectividad a la que le debe corresponder. Hay entonces reciprocidad hombre-sociedad sociedad-hombre. De ahí que para Aristóteles éste fuera un ser social toda vez que no se concibe aislado del grupo.

El precepto constitucional plasmado en el artículo 25 implica que todo individuo con capacidad laboral debe incorporarse al proceso productivo del país y a la vez el Estado le brinda a esta actividad una especial protección; en aras de ello están las autoridades jurisdiccionales y administrativas del trabajo para propender porque las relaciones obrero-patronales estén revestidas de la juridicidad que le son propias y que estén rodeadas de todas las garantías necesarias; se yergue pues como un derecho que goza de tantos beneficios, al punto de que se elevó a la categoría de delito sancionable penalmente el hecho de que se atente contra el derecho de asociación, derecho éste que debe

entenderse en un doble sentido, por qué no decirlo de un lado hacia los empleadores y de otro hacia la clase trabajadores básicamente a la subordinada, no podemos desconocer que los empleadores (para hablar aquí de los dos extremos de la relación laboral), también están desarrollando una actividad personal que en términos constitucionales es igualmente defendida por el Estado. (Art.39 C.N.).

Si el trabajo es un deber, correlativamente es un derecho, por lo tanto el Estado debe propiciarle al individuo el medio eficaz e idóneo donde a través del trabajo, de su actividad personal, se desarrolle como persona, ejecutando la labor para la cual es apto e idóneo y nadie puede perturbar este derecho, el que se traduce en el ejercicio de actividades lícitas bien en el orden intelectual o material.

El Estado no puede ser un simple expectante de la realidad laboral, cuenta con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social a través del cual se deben trazar las políticas en materia de empleo y de seguridad social en general, se torna en el principal empleador, no siendo el único por lo que comparte esta responsabilidad con el sector privado.

Es pues, el derecho del trabajo una realidad y no una simple expectativa, revestida de la libertad connatural del hombre para escoger aquella actividad que le permita su realización y desarrollo integral. Esta libertad conlleva implícita la facultad de poder escoger entre varias alternativas y de optar por aquella que más satisfaga sus apetencias laborales en consonancia con el grado de preparación y aptitudes que posea. Es pues un derecho eminentemente social, que ha desarrollado fruto de conquistas de la clase trabajadora, unos mecanismos especiales de protección y que goza del mismo principio de la seguridad social cuando el artículo 14 del Código Sustantivo del Trabajo expresa «Carácter de orden público, irrenunciabilidad. Las disposiciones legales que regulan el trabajo humano son de orden público y por consiguiente, los derechos y prerrogativas que ellas conceden son irrenunciables, salvo los casos expresamente exceptuados por la ley».

Se torna así en ilícito jurídico, el objeto sobre el cual versa una negociación entre empleador y trabajador, si ésta atenta contra el mínimo de derechos de éste último (del trabajador), todo ello implica que sea de orden público este derecho pues aquí el Estado entra a regular la voluntad de las partes como supremo rector de la conducta de las personas; en aquellos eventos en que no

se lesionan derechos de los asalariados sí prevalece el mutuo acuerdo.

Por ser de orden público que entraña un interés social, tiene efecto inmediato y aparece como regulador de esas realidades con miras a proteger al elemento considerado débil económicamente hablando en esa relación laboral.

Otras disposiciones constitucionales que protegen el trabajo son los artículos 53, 54, 55, 56 y 57. El artículo 53 le imparte al Congreso la obligación de expedir el estatuto del trabajo. Como principios mínimos que debe contener la ley están el de igualdad de oportunidades para los trabajadores, remuneración mínima vital proporcional al trabajo, estabilidad del empleo, e irrenunciabilidad a los derechos mínimos que consagran las normas laborales, la facultad de conciliar o transigir en aquellos derechos que no son ciertos; aplicar la norma más favorable al trabajador en caso de duda entre la aplicación e interpretación de las fuentes formales de derecho; la primacía de la realidad sobre las formalidades establecidas por los sujetos de la relación laboral, garantía a la seguridad social, capacitación, adiestramiento, descanso, protección especial a la mujer, a la maternidad y al menor trabajador. Prevé que el Estado debe ser garante del pago oportuno de las pensiones y su reajuste.

Los convenios internacionales ratificados, los consagra como parte de nuestro ordenamiento jurídico.

La ley, los contratos, acuerdos y convenios no pueden atentar contra los derechos de los trabajadores, ni ir contra la libertad y la dignidad de la persona.

El artículo 54 le impone al Estado y a los empleadores, la obligación de habilitar profesional y técnicamente a quienes lo requieran. La ubicación profesional de las personas en edad de trabajar le compete al Estado, así como el de garantizar a los minusválidos un trabajo acorde con su condición de salud.

El artículo 55 garantiza el derecho de celebrar negociaciones colectivas.

El artículo 56 garantiza el derecho de huelga, excepto en los servicios públicos.

El artículo 57 le impone a la ley la obligación de crear estímulos y los medios para que los trabajadores participen en la gestión de las empresas.

Adentrándose en el ámbito específico de nuestro estatuto del trabajo tenemos que el artículo 21 del Código Sustantivo del Trabajo preceptúa: «Normas más favorables. En caso de conflicto o duda sobre la aplicación de normas vigentes de trabajo, prevalece la más favorable al trabajador. La norma que se adopte debe aplicarse en su integridad».

Esta disposición legal consagra el principio *In Dubio Pro Operario* que en decir de la Corte Suprema de Justicia (sentencia del 11 de abril de 1983) «es éste un principio básico característico del derecho laboral y que corresponde a su naturaleza tuitiva o protectora. Sin embargo, está consagrado en nuestro derecho positivo únicamente para los casos de conflicto o duda sobre la aplicación de normas vigentes de trabajo (ley, convenios, laudo arbitral, reglamento o contrato), caso en el cual prevalece la más favorable al trabajador, según el texto claro y preciso del artículo 21 del Código Sustantivo del Trabajo... una cosa es la interpretación de la norma laboral según su motio legis (su principio protector), para favorecer al trabajador, y otra bien distinta es la apreciación de la prueba en procura de la verdad real».

Dentro de este esquema, vemos que la legislación laboral cuenta con unas prerrogativas que giran en torno del trabajador en las que podemos destacar las prestaciones sociales que constituyen el conjunto de derechos, beneficios o garantías consagradas en favor de los trabajadores, o de sus beneficiarios, por prestar un servicio subordinado, su razón de ser es el buscar mejorar las condiciones de vida del trabajador y su familia.

1.1 CLASIFICACIÓN DE LAS PRESTACIONES SOCIALES

- a. **Legales:** Son legales si se originan en la ley, un decreto, una ordenanza, o un acuerdo.
- b. **Extralegales:** Su origen es la voluntad de las partes, de un fallo arbitral o de la voluntad del empleador.
- c. **En Dinero:** Por su contenido pueden ser en dinero, si se cubre en efectivo, por ejemplo: las cesantías, la pensión de jubilación.
- d. **En Especie:** Si se cubren en servicios o bienes de consumo como atención médica, zapatos, vestido de labor, etc.

- e. **Directas:** Según sea su destinatario son directas cuando las disfruta directamente el trabajador.
- f. **Indirectas:** Cuando se otorgan a beneficiarios o causahabientes del trabajador como el caso del pago del Subsidio Familiar.
- g. **Ordinarias:** Esta clasificación obedece a su naturaleza. Son ordinarias las que deben pagar todas las empresas a sus trabajadores, estas son: el auxilio de cesantía, la prima de servicios, prestaciones por accidente de trabajo y enfermedades profesionales, auxilio monetario por enfermedad no profesional, protección a la maternidad, gastos funerarios, auxilio de transporte y el subsidio familiar.

Son especiales, las que corresponden a determinadas empresas, ya sea por su capital o nómina mensual de salarios, esto es, en razón de su capacidad económica; entre éstas tenemos: el establecimiento de escuelas, las becas para los trabajadores o sus hijos, auxilio por enfermedad no profesional e invalidez, la pensión de jubilación y el seguro de vida obligatorio.

1.2. PROTECCIÓN

Hay principios que protegen las prestaciones sociales a saber: «irrenunciabilidad», la «inembargabilidad» y la prohibición de «cederlas». Como norma general contamos con que las prestaciones sociales son irrenunciables, no obstante hay casos en los cuales se tornan renunciables, aspectos que por considerar no son de la incumbencia de esta obra y por ser objeto de un mayor análisis apenas sí lo anunciamos.

El artículo 343 del Código Sustantivo del Trabajo, expresa que no produce ningún efecto la cesión que de sus prestaciones sociales haga el trabajador.

El artículo 344 de la obra en cita preceptúa: «Principio y Excepciones».

- a. Son inembargables las prestaciones sociales, cualquiera que sea su cuantía.
- b. Exceptuarse de lo dispuesto en el inciso anterior los créditos a favor de las cooperativas legalmente autorizadas y los provenientes de las pensiones a que se refieren los artículos 411 y concordantes del código civil. Pero el

monto del embargo o retención no puede exceder del cincuenta por ciento (50%) valor de la prestación respectiva.

Lo hasta aquí expuesto nos ayuda a entender el por qué del subsidio familiar que de conformidad con la Ley 21 de 1982 artículo 1o. se cataloga entre las prestaciones sociales al preceptuar: «El subsidio familiar es una prestación social pagadera en dinero, especie y servicios a los trabajadores de medianos y menores ingresos, en proporción al número de personas a cargo, y su objetivo fundamental consiste en el alivio de las cargas económicas que representa el sostenimiento de la familia como núcleo básico de la sociedad.»

Parágrafo: Para la reglamentación, interpretación y en general, para el cumplimiento de esta ley se tendrá en cuenta la presente definición del subsidio familiar».

El hecho de ser prestación social implica que es una prerrogativa de carácter económico y social diferente al salario establecido legalmente y en pro de los trabajadores y a cargo de los empleadores.

Ello es el reconocimiento de que el salario como tal posee un bajo poder adquisitivo y por ende adicionalmente a éste el empleador debe acudir a cubrir esa insuficiencia económica. Ese hecho ha dado origen a la seguridad social, además que las prestaciones sociales son de un alto contenido social al igual que el derecho del que forman parte; se le permite con ello al beneficiario sufragar unos gastos que por sí no lo puede hacer; pero de ninguna manera podemos entrar a confundirla con los dictados de la beneficencia.

Entre las prestaciones sociales es preciso diferenciar las reparadoras de las preventivas. Las primeras tienden como su nombre bien lo indica a resacir un mal que se ha producido realmente; en tanto que las segundas, tienden a prevenir o a evitar que ocurra un insuceso. Se puede decir que éstas son indemnizaciones en dinero, resarcimiento en especie o también pueden ser servicios: Verbigracia el pago de una suma de dinero a quien ha sufrido un accidente de trabajo.

Estas prestaciones económicas pueden constituir sumas periódicas o también se puede hablar de pensiones, esto es, cuando son a largo plazo e incluso pueden tener un carácter de pensiones vitalicias, estas prestaciones pueden ser en dinero como ya quedó dicho o en especie predominando las primeras.

Goza el subsidio familiar de esa protección especial de la ley cuando la ley 21 en el artículo 4 estatuye que el subsidio familiar es inembargable, salvo en los procesos de alimentos que se instauren en favor de las personas a cargo que le dan derecho al trabajador al reconocimiento y pago de esta prestación.

En los proceso de ejecución que instaure el Instituto de Crédito Territorial hoy INURBE, el Banco Central Hipotecario, el Fondo Nacional del Ahorro, las cooperativas y las cajas de compensación familiar por el incumplimiento de las obligaciones originadas en la adjudicación de vivienda.

La citada norma dispone que no podrá compensarse, deducirse, ni retenerse salvo autorización expresa del trabajador beneficiario.

El subsidio familiar tampoco es gravable fiscalmente. Los pagos efectuados por concepto de subsidio familiar y Sena son deducibles para efectos de la liquidación de impuestos sobre la renta y complementarios.

Para que las sumas pagadas por concepto de subsidio familiar y aportes al Sena sean deducibles, se requiere que el contribuyente presente certificados de paz y salvo con estas entidades en donde conste el pago de los aportes por el respectivo año fiscal (Ley 21 de 1982 artículo 3).

1.3. FINES

- a. Resarcir riesgos, esto cuando se materializa la contingencia para el beneficiario bien sea sobre la persona o sus bienes.
- b. Atención de cargas familiares, se les conoce como «subsídios, o asignaciones familiares». Pueden ser ocasionadas por el número de hijos, la maternidad, escolaridad, y demás.
- c. La subsistencia de clases pasivas, es el caso de quien ya no es económicamente activo, ya sea por que se desvincula laboralmente; se tipifican pues así las pensiones de retiro.

El subsidio familiar como las garantías de que está revestido el derecho laboral es fruto de conquistas de la clase trabajadora. Entre nosotros los primeros asomos se dieron en el departamento de Antioquia hacia 1949, consecuencia de un

convención celebrada entre el Ferrocarril de Antioquia y sus trabajadores.

Posteriormente hacia 1954 la U.T.C. reunida en Medellín en el mes de marzo recomendó la fundación de las cajas de compensación familiar con un aporte si era del caso, del 1% del salario de los trabajadores.

La onceava Asamblea General de la Asociación Nacional de Industriales «ANDI», aprobó autorizar a la junta para que organizara con aportes de empresas que voluntariamente quisieran cajas de compensación familiar que concedieran subsidio familiar en favor de trabajadores de esas empresas, invitó a los asociados a inscribirse en éstas y que se le propusiera al gobierno, hacer extensiva a todo el país la iniciativa.

El Decreto 0118 del 21 de junio de 1957 estableció el subsidio familiar a partir del 1 de octubre. Desde entonces ha pasado por distintos momentos hasta tener lo que en la actualidad es una protección de los servidores no solo pertenecientes al sector privado sino también oficial.

1.4. LAS ASIGNACIONES FAMILIARES

Ya lo expresamos que son prestaciones económicas que recibe el trabajador, con lo que coopera al sostenimiento de su familia ayudando a su desarrollo. Reciben también el nombre de subsidio o subvenciones familiares.

Es por lo general una suma de dinero proporcional al número de personas a cargo o en relación con los hijos menores de una cierta edad, que es recibida por el jefe de familia, junto con su retribución salarial o por separado por razón de sus obligaciones alimentarias que pesan sobre el trabajador y que por ciertas condiciones laborales gozan de éste privilegio.

La Asociación Internacional de la Seguridad Social, basada en disposiciones de 18 países dispuso que por «Asignaciones Familiares» se debe entender cualquier asignación en dinero o especie cuya finalidad es la de facilitar la constitución y el desarrollo normal de la familia, ya sea mediante una contribución regular o permanente para el mantenimiento de las personas que están a cargo del jefe de familia, ya sea fija o mediante una ayuda especial en ciertos momentos de la vida de la familia, particularmente con motivo de la creación de la familia, independiente de toda idea de cobertura de un riesgo

social. Accesoriamente una asignación familiar puede tener por objetivo el momento de la natalidad o la promoción de una política sanitaria. «Las asignaciones familiares son prestaciones concedidas a un jefe de familia en función de la carga que representa para él la manutención de cierto número de personas en el hogar; en primer lugar y sobre todo sus hijos; eventualmente, su cónyuge; a veces, sus ascendientes y colaterales» (Pierre Larroque).

Para Ferro, estas prestaciones se proponen complementar remuneraciones insuficientes o bien adecuar el salario, en la parte que se presume destinada a atender el sostenimiento de la familia del trabajador, al número de personas a su cargo.

Se basan pues las asignaciones familiares en el salario familiar, considerando como insuficiente y tiende por ello a complementarlo.

1.4.1 Antecedentes y Fundamentos

En 1891, el industrial (Francés) Emilio Romanet, estableció una bonificación mensual para los obreros que tuvieran hijos menores de trece años. En 1918, junto con otros industriales fundó la casa de compensación de los constructores, mecánicos, calderos y fundidores del I.S.E.R.E; esas imitaciones tardaron mucho tiempo en tener eco de ley.

En Nueva Zelandia, hacia 1926, se dicta la primera ley. Nueva Gales del Sur en 1929. En Bélgica en 1930 y en Francia en 1938. Más tarde y hasta el estallido bélico de 1930, el régimen se propagó a muchos países del viejo mundo. En 1944 la O.I.T., en recomendaciones sobre seguridad de los medios de vida, redactada en Filadelfia, declaró que deberían establecerse subsidios públicos en dinero o en ambas formas, a fin de garantizar el sano desarrollo de los niños, ayudar al mantenimiento de las familias numerosas y complementar las medidas tomadas por el seguro social a través de la niñez.

1.4.2 Carácter y Esquema General de los Subsidios Familiares

La obligación de otorgar un sobre sueldo al reducido que ganaba el trabajador con una familia numerosa, conduce a un incremento del desempleo para los trabajadores y originó despidos de aquellos que tenían numerosos descendientes, o personas dependientes en contraposición a los que no. Esto condujo a que

las prestaciones familiares fueran costeadas por igual por todos los empresarios, con la contribución de un porcentaje por el trabajador. Más tarde la caja le daría a cada protegido la cantidad de dinero que le correspondiese por persona a cargo y aparece así una igualdad en las cargas.

Esta protección condujo a que el trabajador con familia numerosa rindiera más por temor a perder su empleo. Vemos como entonces el subsidio familiar no forma parte integral del salario en los términos convenidos por las partes, más bien tiene carácter de asistencial propio de la seguridad social y su base es la familia. Se denominó inicialmente salario familiar por lo que estuvo a cargo del empleador y se le consideró como parte del salario; razón por la que se le criticó al considerarse que en nada tenía que ver con el trabajo en sí, sino que guardaba más bien una relación directa con la familia.

Tiene así, una naturaleza alimentaria, y no pueden retenerse, ni embargarse además que lo recibe directamente el titular del salario y no cada miembro de la familia. Posteriormente se estableció que si ambos cónyuges trabajan solamente uno tenía derecho a percibir el subsidio.

Cuando se le consideró salario al perder la persona el empleo, automáticamente perdía ese derecho pero donde formaba parte del sistema de la seguridad social, los afiliados a la caja conservaban esas entradas a los que se les solía dar como parte adicional una pensión por razón del desempleo a que se veía avocado el trabajador.

El Subsidio Familiar así concebido, tiene éstas características:

- Es periódico, su pago fue mensual.
- Sólo lo percibía el trabajador, se diferencia de las pensiones benéficas o de asistencia social.
- Se le calificó como sobresueldo, por constituir una adición para los trabajadores.
- Se le considera como una contribución indirecta, para que se active el comercio en relación con los productos de primera necesidad.

Adicionalmente tenemos que va emergiendo el subsidio escolar a cargo de diferentes instituciones; se facilita la adquisición de textos escolares, la venta de éstos con descuentos, surgen los comedores infantiles y las cantinas económicas, esto como complemento de enseñanza gratuita y obligatoria por iniciativa de colegios religiosos.

Se dan descuentos especiales cuando varios miembros de la familia estudian en el mismo plantel, se dan rebajas progresivas, se otorgan becas para hijos de familia numerosas que acceden a grados superiores.

1.4.3. Subsidios Indirectos

Aquí en vez de otorgarse en dinero se confieren descuentos monetarios evitando con ello mayores gastos.

En Francia y en algunos países de Europa, los jefes de familia deben acreditar su condición para poder tener derecho a descuentos en el comercio y en medios de transporte principalmente en los ferrocarriles y barcos.

En unos países se otorga matrícula gratuita por el solo hecho de formar parte de una familia numerosa. Se exonera de cargas fiscales al jefe de familia, por razón del cónyuge, hijos cuya subsistencia corresponde por vínculo, edad, sexo.

Se van dando otros beneficios de carácter eminentemente social así:

Aparecen unas colaboraciones que se le dan al trabajador en determinados eventos o para facilitar expansiones para la familia, no constituye un ingreso directo, pero sí le permite un ahorro, es el caso de las colonias de vacaciones gratuitas, costeadas por organismos del Estado o por particulares a hijos de trabajadores con ingresos bajos. Aparece también el turismo social, por el cual se le facilitan temporadas en lugares propicios, con rebajas en hoteles, por estadía entre 10 ó 30 días.

Ciertos organismos públicos y empresas privadas conceden preferencia para vincular parientes de su personal activo laboralmente o en eventos de ser extraños, preferían a quienes tuvieran un mayor número de hijos siempre y cuando los subsidios a pagar no pesaran directamente sobre la empresa sino sobre un fondo, desde luego éste (el fondo) tenía un carácter de compensación; este hecho produjo beneficios para la empresa, por lo que el trabajador con una familia numerosa, temeroso de perder su empleo con el ingreso que provenía

de éste lo mantenía, se desempeñaba mejor en el desarrollo de su labor.

Posteriormente aparecen las guarderías infantiles, salacunas, en grandes empresas, su única razón de ser era proteger a la familia.

Aparecen también organizaciones médicas que conceden beneficios, esto es, rebajas en atención a los restantes miembros de la familia, siempre que este servicio fuera demandado permanentemente; presentaba un ahorro por servicios clínicos, quirúrgicos que prestara la unidad médica.

2. LA FAMILIA COMO OBJETO DEL SUBSIDIO FAMILIAR

Ya expusimos que la Ley 21 de 1982 en el artículo 1 ubica a la familia como objeto fundamental del subsidio familiar, al expresar que es el alivio de las cargas económicas que representa su sostenimiento como núcleo básico que es de la sociedad.

El concepto familia ha comprendido diferentes acepciones pero para nuestro caso debe limitarse a un núcleo más o menos cerrado, basado en lazos de afecto y que satisface necesidades básicas del individuo que convive y que posee la conciencia de unidad; así tenemos entonces que la familia comprende a los cónyuges, hijos, padres, hermanos, vale decir, ascendientes, descendientes, colaterales, incluye además vínculos creados por la afinidad y la adopción. La familia es la base de la sociedad, hace que el mundo de lo jurídico se ocupe de ella, que goce de una especial tutela por parte del Estado; así nuestra Carta Magna dispone en el artículo 42 que «la familia es el núcleo fundamental de la sociedad», se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla

El Estado y la sociedad garantizan su protección integral; dispone así mismo que los hijos habidos en el matrimonio o fuera de él, adoptados o procreados naturalmente o con asistencia científica tienen iguales derechos y deberes.

Es connatural al hombre la familia y de su seno surgen instituciones tan importantes para el mundo jurídico como son la patria potestad, la sociedad conyugal.

La familia es la gestadora de la especie humana, soporte psico-físico de la sociedad, con funciones de crianza, subsistencia, educación de la prole, (hasta tanto pueda valerse por sí), el hogar es escuela de afectos, allí se aprende, el idioma, el comportamiento social, es transmisora de tradiciones, de creencias religiosas, políticas y sociales.

En otras épocas, la subsistencia se obtenía por la actividad de la familia desarrollada hacia su interior, pero la evolución de la sociedad ha llevado a que ésta dependa del trabajo asalariado de los jefes o miembros con lo cual contribuyen todos mancomunadamente a su mejor estar.

Las necesidades de la familia han hecho que se desarrolle la ayuda social para así aliviar cargas económicas; surgen entonces las prestaciones de diferente índole desde las pecuniarias directas, asistencia sanitaria, subsidios escolares, se le brindan facilidades de esparcimiento, para ponerla a tono con los avances y el progreso.

La seguridad social gira en torno a la familia y en concreto para el caso nuestro del subsidio familiar por orden de la Ley 21 de 1982.

Es primera instancia de diferentes procesos y cambios en la sociedad, soporta las cargas de manutención de sus miembros en diferentes etapas de la vida; se incorpora además como grupo o individualmente por sus miembros a los procesos de producción, dándose la interacción familia, sociedad, Estado.

Dentro de este esquema, vemos que la legislación laboral cuenta con unas prerrogativas que giran en torno del trabajador en la que podemos destacar las prestaciones sociales que constituyen el conjunto de derechos, beneficios o garantías consagradas en favor de los trabajadores, o de sus beneficiarios, por prestar un servicio subordinado, dependiente y permanente, su razón de ser es el de buscar mejorar las condiciones de vida del trabajador y su familia.

CONCEPTO Y NATURALEZA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

La naturaleza del subsidio familiar ya se vislumbraba en el decreto 180 de 1956, dictado con el propósito de estimular la implantación del subsidio familiar en Colombia, cuando en su artículo 1o. dispuso:

«El subsidio familiar, establecido o que establezcan las entidades, empresas o

patronos del país, bien oficiales o particulares, no es salario ni se computará como factor del salario en ningún caso».

El decreto legislativo 118 de 1957 añadió al subsidio el carácter de inembargable y prohibió compensarlo.

La finalidad social del subsidio fue plasmada en el artículo 1o. del decreto 1521 de 1957, en los siguientes términos:

«El establecimiento del subsidio familiar tiene por objeto básico la defensa integral de la familia como estructura y núcleo social, desde el punto de vista del cumplimiento de los deberes de sus miembros, de su preparación para la vida y de su protección económica...».

Finalmente la Ley 21 de 1982, ley marco en materia de subsidio familiar en Colombia, consagró su naturaleza de «prestación». Al efecto, determina:

«El subsidio familiar es una prestación social pagadera en dinero, especie y servicios a los trabajadores de medianos y menores ingresos, en proporción al número de personas a cargo, y su objetivo fundamental consiste en el alivio de las cargas económicas que representa el sostenimiento de la familia como núcleo básico de la sociedad».

Esta ley establece de manera sistemática los principios que rigen el subsidio familiar, y unifica su prestación a través de tres formas de pago: El subsidio en dinero, el subsidio en servicios y el subsidio en especie.

*Todos los valores expresados en dólares, se calcularon con base en la tasa representativa del mercado del día 13 de mayo de 1994. U.S. \$ 100 igual a \$800 pesos colombianos.

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR - COLSUBSIDIO

Dr. Luis Carlos Arango Vélez

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Colsubsidio nació en un momento en que resurgía la democracia en Colombia, después de un período de cruel dictadura. Surgió con la esperanza de una nueva prestación social, que llevaría alivio a un gran número de familias de escasos recursos económicos.

En efecto, el sector privado, atendiendo el llamado del Gobierno, procedió, al finalizar el año de 1957, a crear la mayoría de cajas de compensación que hoy existen en el país.

Una de ellas, Colsubsidio, se fundó por iniciativa de gerentes de 37 empresas y del Presidente de la oficina de la Asociación Nacional de Industriales, quienes se reunieron el 19 de septiembre de 1957 con el propósito de sentar las bases sobre las cuales habría de construirse la Caja Colombiana de Subsidio Familiar, Colsubsidio.

Dentro del propósito de colaborar con el Gobierno, con los patronos y con los trabajadores, en la ejecución del decreto legislativo 118 de 1957, que determinó que a partir del primero (1º) de octubre de 1957, los patronos y establecimientos públicos descentralizados con capital igual o superior a US \$119 (*) y con un número no inferior a 20 trabajadores, estaban obligados a cumplir con el subsidio familiar, nació Colsubsidio, entidad que inicialmente se concibió para prestar servicio únicamente a los afiliados de la Asociación Nacional de Industriales, pero que ante la cantidad de solicitudes presentadas por comerciantes, ganaderos, agricultores, docentes, etc., decidió abrir generosamente sus puertas, política que se reflejó en un vertiginoso crecimiento de la Caja, cuyo número de afiliados pasó en sólo 15 meses de 37 a 758 empresas. Hoy en día, Colsubsidio cuenta con 18.928 empleadores y 409.491 trabajadores afiliados, consolidándose así como la primera caja del país en número de trabajadores y patronos afiliados.

La función básica de Colsubsidio en sus inicios, se limitaba, según lo ordenaban

las normas vigentes en ese entonces, a recaudar los aportes patronales para repartirlos, mensualmente, en cheques a los trabajadores de las empresas afiliadas. Aunque desde el principio se vislumbraba que la filosofía del subsidio familiar se basaba principalmente en el deseo de consolidar el núcleo familiar, ayudando al sostenimiento de los hijos, era evidente la necesidad de abrir horizontes más amplios que le permitieran convertirse en un instrumento que apoyara una verdadera política social.

Colsubsidio, conciente de la necesidad de apoyar al Estado en la solución de los problemas sociales, ha luchado durante sus 36 años de existencia por aunar los esfuerzos del sector privado y de los organismos gestores de la seguridad social, para intervenir en campos tan variados como el mercadeo, la salud, la recreación, la cultura, la vivienda y la producción. A finales del año 1962, los esfuerzos y gestiones de Colsubsidio para reorientar el subsidio familiar, ampliando su campo de acción, tuvieron feliz acogida por parte del Ministro de Trabajo y Seguridad Social, institución que a través del decreto 3151 del mismo año, abrió las puertas a los servicios sociales de las cajas de compensación familiar. Poco tiempo después Colsubsidio inauguró su primer supermercado y su primera droguería de descuento, en su lucha en favor del bienestar del pueblo colombiano, fijando así nuevos derroteros al concepto de seguridad social.

Superada esa discusión, Colsubsidio entró a seleccionar los frentes que debía atender. El primero, el de mercadeo, suscitó la protesta de los comerciantes, quienes sintieron afectados sus intereses ante la competencia de una entidad, que empezaba a vender los productos, con descuentos hasta del 35%. Lo que en principio fue un caso aislado en la lucha contra la carestía, pronto se transformó en la red de distribución más grande que existe en el país, que ya no es sólo obra de Colsubsidio, sino de las otras cajas de compensación.

Años después, luego de las primeras experiencias positivas en el campo del mercadeo, Colsubsidio decidió penetrar otros campos de acción social.

En la actualidad, toda la sociedad reconoce la ingente labor desarrollada por las cajas de compensación familiar, a través de las cuales el sector empresarial y los trabajadores han luchado por el mejoramiento de la calidad de vida de millones de colombianos, porque las bondades del subsidio familiar no se han dado en forma gratuita, sino que han sido el fruto de un valioso ensayo concertado.

CAPÍTULO II

LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA

II

LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA

- Cobertura de la Seguridad Social
- Servicios del Instituto de Seguros Sociales
- Informe Estadístico 1993 del Instituto de Seguros Sociales
- Superintendencia del Subsidio Familiar
- Estadísticas de la Superintendencia del Subsidio Familiar
- Caja Colombiana de Subsidio Familiar

COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

República de Colombia, Ministerio de Salud
Instituto Nacional de Salud. División de
Investigaciones Especiales.

Los resultados obtenidos en los estudios realizados por el Instituto Nacional de Salud: Investigación Nacional de Morbilidad 1965-66, Estudio Nacional de Salud 1977-80 y la Encuesta Nacional sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Salud (CAPS) 1986-89 dan a conocer cual ha sido la tendencia y el avance en Colombia de la seguridad social.

Los cambios ocurridos en el lapso de las tres encuestas son importantes y se pueden observar en el cuadro 1 Cobertura de la Seguridad Social, en donde los no beneficiarios de algún sistema alcanzaban la cifra de 92.0% en 1965-66, descendían a 84.2% en 1977-80 y finalmente en 1986-89 comprendían un 76.2% de la población general. Estos resultados obtenidos en los estudios permiten afirmar que la población protegida por la seguridad social ha venido gradualmente en aumento, pero existe todavía una gran proporción de población general, que debe ser atendida por instituciones asistenciales del estado.

En efecto la cobertura de la seguridad social respecto a la población total ha tenido un incremento importante a través del tiempo analizado, pasando de 8.0% en 1965 a 15.8% en 1977 y a 23.8% en 1989 (gráfico 1).

Por otra parte, analizando este aumento de la cobertura de la seguridad social ocurrido entre los citados períodos y por condición de beneficiario, como se muestra en el cuadro 2, el mayor crecimiento ocurrió entre 1965 y 1980 (174.9%) con un incremento promedio anual de 11.7%.

A su vez el Instituto de los Seguros Sociales que continúa siendo la más importante de las entidades del sector de la seguridad social, tuvo una gran ampliación en la cobertura de sus beneficiarios en el mismo período con un promedio de 13.4% anual, el cual descendió en la última década a 7.4%.

En el período comprendido entre 1980 y 1989 la extensión de la seguridad social fue menor (86.4%) y su crecimiento promedio anual de 9.6% destacándose el de los beneficiarios de otra seguridad social (12.1%), que superó al del ISS.

Esta ampliación en la cobertura de los sistemas de seguridad social diferentes al ISS puede ser debida a las nuevas disposiciones que en materia de subsidio familiar expidió el Congreso de la República en los años 81 y 82 que permitieron un incremento de la cobertura del régimen del subsidio familiar y también a la necesidad de la población no afiliada a los sistemas clásicos del ISS y cajas de previsión, de disponer de un seguro de salud a través de sistemas prepagados privados, que han extendido sus servicios en el campo de la salud, con modalidades que amparan a los usuarios para riesgos diversos que van desde la simple atención ambulatoria (consulta médica), hasta hospitalizaciones y cirugía de muy alta especialidad, como analizaremos posteriormente. Por otra parte, algunas instituciones y empresas preocupadas por la desprotección de los familiares de sus trabajadores han asumido parcialmente la prestación de estos servicios.

Cobertura de la Seguridad Social por Regiones

En el cuadro 3 donde aparece la cobertura de la seguridad social por regiones se contempla que la población de la región Bogotá es la que presenta el mayor porcentaje de protección (49.4%), seguida por la región Pacífica, la Central, la Oriental y finalmente la Atlántica.

Cabe anotar que aún existe una alta proporción de la población que está desprotegida por la seguridad social en todas las regiones. En Bogotá alcanza a la mitad de su población (50.6%), y en las demás regiones a más de las tres cuartas partes (gráfico 2).

Al comparar los resultados obtenidos en las dos últimas encuestas con relación a la cobertura de la seguridad social por regiones se destaca el aumento que tuvo la región de Bogotá, que de un 31.0% pasó a 49.4% debido especialmente al incremento de los beneficiarios de otra seguridad social. De la misma manera pero en menor proporción se aprecia en las regiones Central y Oriental. En cambio para la Atlántica este aumento fue a expensas de los beneficiarios del Instituto de los Seguros Sociales que duplicó su cobertura, explicable por la extensión de estos servicios a la familia.

La cobertura de la Seguridad Social por Instituciones y su relación con el ISS

En Colombia el sector de la seguridad social ha ido creciendo institucionalmente sin obedecer a un esquema único o centralizado. Este sistema lo conforman una gama de instituciones con características propias y diversas como la Caja Nacional de Previsión que atiende los funcionarios públicos del nivel nacional de la administración pública, el Instituto de Seguros Sociales orientado a los trabajadores del sector privado y numerosas cajas de previsión departamentales y municipales y de grandes empresas públicas y privadas (ferrocarriles, energía, telecomunicaciones, Ecopetrol, etc.). Todas estas entidades deben atender los riesgos de salud así como, los riesgos económicos de incapacidad laboral, invalidez, vejez y muerte de sus trabajadores afiliados y cubrir, total o parcialmente, la atención médica de sus familiares. Para efectos de comparación es conveniente señalar las diferencias de las instituciones en cuanto a su régimen financiero y administrativo y al número de afiliados y servicios que prestan.

Las Cajas de Compensación Familiar se han incorporado al sector de la seguridad social. Sus recursos que en principio tenían como objetivo el pago de subsidio familiar en dinero, se han orientado además de prestar diversos servicios entre ellos el de salud que ha alcanzado gran desarrollo.

Los seguros médicos privados, aunque no son propiamente entidades o instituciones de seguridad social en sentido estricto, constituyen otra clase o grupo de opción de cobertura por cuanto sus servicios de salud se dan mediante un pre-pago colectivo o individual por parte de sus usuarios.

Con toda esta variada y amplia gama de instituciones del sector de la seguridad social, podría esperarse significativas coberturas poblacionales. Sin embargo, los resultados de los tres estudios demuestran que si bien en los períodos analizados han ocurrido incrementos importantes en el conjunto del país, aún son mayores las poblaciones que carecen de estos sistemas de protección en seguridad social y resulta frecuente la superposición de diversas alternativas de servicio para un mismo afiliado.

Un análisis comparativo de la cobertura alcanzada por las instituciones de la seguridad social obtenidas por las tres encuestas, nos muestra como durante ese lapso las instituciones de seguridad social han aumentado su cobertura

poblacional de manera muy importante, a pesar de que los servicios prestados a los afiliados y derecho-habientes son diferentes según la institución y van desde la prestación de servicios de salud, pago de subsidio familiar, servicios sociales como recreación, capacitación, mercadeo y vivienda, hasta la sola atención ambulatoria ya sea individual o integral como es el caso de los servicios médicos privados prepagados.

Como se observa en el cuadro 4 las cajas de compensación son las que mayor aumento tuvieron durante el tiempo transcurrido entre los dos últimos estudios aumentando en más de un cien por ciento su cobertura pasando de 3.4% a 8.2%, le siguieron los seguros médicos privados, el ISS, otros sistemas de seguridad y por último están las cajas de previsión que tuvieron un escaso aumento en su cobertura (gráfico 3).

Por otra parte al comparar las instituciones en cuanto a su cobertura según los datos del último estudio, encontramos que el ISS continúa siendo la institución que mayor población protege en el país (11.3%), aparecen luego las cajas de compensación familiar (8.2%), otros sistemas de seguridad social (5,7%) representado por los servicios prestados en las Fuerzas Armadas, Ecopetrol, energía, ferrocarriles, telecomunicaciones y algunas empresas privadas que bien por disposiciones legales o por convenciones prestan servicios de salud incluyendo a la familia. Finalmente aparecen los servicios médicos privados con 2.9% y las cajas de previsión 2.3%.

La proporción de afiliados al ISS que reciben servicios de las otras entidades de seguridad social es cada día mayor, es así como mientras que en 1977-80 el 16.8% de los afiliados al ISS recibían servicios en cajas de compensación familiar, en 1986-89 se aumentó a 39.3%. De manera similar aunque en menor proporción ocurre con los otros sistemas de seguridad, los seguros médicos privados y las cajas de previsión (cuadro 5).

Cobertura de las Instituciones por regiones

Al igual que en el total del país el ISS presenta las mayores coberturas en todas las regiones, la afiliación al ISS en Bogotá según la encuesta CAPS duplica a todas las demás. Las cajas de compensación familiar como ya se anotó fueron las que tuvieron un mayor incremento en los dos últimos estudios, destacándose el de la región Atlántica el cual aumentó casi en cinco veces, le siguió la Oriental con un aumento de tres, luego Bogotá con dos y por último están las regiones

Central y Pacífica las cuales prácticamente duplicaron su cobertura.

A excepción de la región Oriental que presentó una disminución en su cobertura respecto a los seguros médicos privados, las demás regiones muestran un importante incremento cercano al doscientos por ciento.

Por último las instituciones que menor crecimiento alcanzaron fueron las Cajas de Previsión y los demás sistemas de Seguridad Social distintos a los ya analizados.

La cobertura según categorías de fuerza de trabajo. Población inactiva y no asalariados.

Una de las causas más importantes para explicar las bajas tasas de afiliación a la seguridad social la constituye la participación de la población en el sistema productivo del país. Los colombianos dependientes ya sean económicamente inactivos, o población infantil para 1986-89 llegan a un 63.3% (cuadro 6) que si bien es menor a la de 1980 (66.0%) y a la de 1965 (72.0%) (*) denota claramente que más de las tres quintas partes de los colombianos están excluidos de los sistemas clásicos de protección.

La cobertura de los inactivos ha tenido aumentos considerables, de 4.4% en 1965-66 se triplicó en 1977 (11.3%) y entre este período y 1989 casi se duplicó, llegando a un 20.2%. Estos aumentos parecen ser el resultado de los programas de extensión de cobertura a la familia de los trabajadores en los cuales las instituciones de seguridad social diferentes al ISS han tenido una importante contribución.

Los trabajadores no asalariados que constituyen el sector informal de la economía (trabajadores independientes, el servicio doméstico, ayudantes familiares no remunerados) duplicaron su cobertura en el conjunto de las instituciones de seguridad social entre los dos primeros estudios y entre el segundo y tercero alcanzó un crecimiento ligeramente mayor al primero, indicando ésto que a pesar de los esfuerzos por cubrir a los trabajadores independientes y al servicio doméstico, el sistema de seguridad social en Colombia continúa protegiendo básicamente a los trabajadores asalariados.

Con respecto al grupo de asalariados del sector privado, universo del ISS, es importante anotar el escaso aumento en su cobertura apenas en 2.6% en los

dos últimos estudios, situación bien diferente a la que se observó en los dos primeros donde su cobertura se duplicó.

La cobertura por ramas de la actividad económica

En todas las ramas de la actividad económica se presenta un importante déficit en el cubrimiento de la población por la seguridad social. En el sector primario la población dedicada a la agricultura, silvicultura, caza y/o pesca, la desprotección alcanza un 89.6%; en el sector terciario llega a un 69.3% para los dedicados al comercio, restaurantes y hoteles, un 57.9% para los de servicios comunales, sociales y personales; y en la industria manufacturera la mitad de la población se encuentra desprotegida por la seguridad social.

Respecto a la cobertura de la seguridad social en las diferentes ramas de la actividad económica consideradas, el ISS continúa siendo la entidad que alcanza la mayor cobertura en todas ellas. Sin embargo los cubrimientos son bajos en términos generales, el mayor se presenta en la industria manufacturera del sector secundario de la economía (43.4%), seguido por las actividades del sector terciario correspondientes a los servicios comunales, sociales y personales (24.9%) y el comercio, restaurantes y hoteles con 22.5%. Finalmente el sector primario representado por la agricultura, silvicultura, caza y/o pesca sólo está protegido en un 7.1% situación que evidencia la desprotección de la mayoría de la población rural del país (gráfico 4).

Si comparamos estos resultados con los del Estudio de Salud de 1977-1980 la cobertura de la seguridad social ha aumentado en todas las principales ramas de la actividad económica, especialmente en comercio, restaurantes y hoteles y en la industria manufacturera.

Con relación a los beneficiarios del ISS se destaca el aumento en la agricultura, silvicultura y en los servicios comunales y personales.

En detalle se presenta la participación de la afiliación de trabajadores, por actividad económica, en los cuadros estadísticos de Instituto de Seguros Sociales.

Cobertura según ocupación

Tal como sucede en las ramas de actividad económica, para las diversas

ocupaciones tanto del sector de asalariados como de no asalariados se observa el mismo fenómeno en la cobertura de los sistemas de seguridad social (cuadro 7).

Con respecto a los asalariados las ocupaciones más desprotegidas son las de obreros de entidad particular (75.8%), seguida por los empleados del sector privado, los obreros de gobierno y finalmente los empleados de gobierno.

Por otro lado en las ocupaciones de los no asalariados a excepción de los patronos donde la desprotección llega al 72.0%, en las demás sobrepasa el 80.0%.

Dentro del grupo de no beneficiarios son significativos los porcentajes de desprotección en las ocupaciones de: trabajador familiar no remunerado (93.8%), empleado doméstico y trabajador por cuenta propia, a pesar de que el ISS desde 1983 ha venido desarrollando programas de extensión de cobertura a estos grupos vulnerables de la población, sin obtener los resultados esperados, situación que ha obligado a realizar modificaciones y replanteamientos de los mismos.

En referencia a las ocupaciones de los asalariados el ISS es la entidad que alcanza una mayor protección sobre los empleados y obreros del sector privado. Los otros sistemas de seguridad social protegen la mayor proporción de los empleados de gobierno (56.2%).

Cobertura por edad y sexo

De conformidad a las agrupaciones por edad consideradas, la distribución de la población en edades activas (15 a 64 años) y dependientes (menores de 15 y de 65 y más años) nos permite asegurar que la cobertura lograda por el ISS según el estudio de 1977-80 como en la encuesta CAPS de 1986-89 es mayor en las edades activas con relación a los beneficiarios de otra seguridad social y menor en los grupos dependientes, especialmente en los menores de 15 años. Mientras el ISS apenas cubre 6.7% de los menores cinco años y 4.3% de los de 5-14 las otras instituciones protegen a 13% y 15% respectivamente (gráfico 5).

Si comparamos las coberturas obtenidas entre los dos estudios se observa un aumento en todos los grupos de edad por parte de la seguridad social. Se destaca el incremento en el grupo 65 y más años de otra seguridad social, que de 4.8% pasó a 12.8% logrando así superar en 1986-89 al ISS que en el anterior estudio

presentaba un porcentaje mayor en esta población. Esta situación puede ser debida a las recientes disposiciones del gobierno nacional de incorporar a los pensionados con el carácter de beneficiarios al sector de las cajas de compensación familiar a partir de 1982 y a los programas sociales, que para la tercera edad vienen desarrollando la Caja Nacional de Previsión y las Cajas de Compensación Familiar.

En los cuadros estadísticos del Instituto de Seguros Sociales se muestra la distribución de los afiliados por sexo.

Con relación a los no beneficiarios en todos los grupos de edad más de las tres cuartas partes continúan desprotegidos por parte de la seguridad social.

Con respecto a la cobertura de la seguridad social por grupos de edad y sexo (cuadro 8) se observa un mayor porcentaje de hombres en la población cubierta por el ISS, contrario a lo que sucede con los beneficiarios de otra seguridad social.

Por otro lado en los no beneficiarios existe una mayor proporción de hombres en la población hasta 14 años y de mujeres en la población mayor de 15 años.

Razones de masculinidad y dependencia

Con respecto a la relación hombre-mujer se han estimado las razones de masculinidad y dependencia (cuadro 9) y de su análisis se puede afirmar que, en el ISS por cada 1.2 hombres hay una mujer, razón de masculinidad superior a la de la población estimada en 0.98 hombres por cada mujer.

En los beneficiarios de otra seguridad social por cada 0.8 hombres está vinculada una mujer, razón de masculinidad inferior a la de la población total.

La proporción de beneficiarios en edades activas y dependientes arroja una gran diferencia entre el ISS y las otras entidades de seguridad social. Así tenemos que en éste por cada cuatro beneficiarios en edades activas hay una persona dependiente; mientras que, para los otros sistemas de seguridad social se requieren 1.19 beneficiarios en edades activas por una persona dependiente, y en la población total 1.5 activo por un dependiente.

Cobertura por nivel de urbanismo

El aumento de la cobertura institucional de la seguridad social en las distintas regiones del país ha continuado siendo eminentemente urbana, debido en parte al crecimiento poblacional de las ciudades y a la disminución de la población en áreas dispersas y de menos de 2.500 habitantes.

La proporción de beneficiarios aumenta a medida que avanza el nivel de urbanismo tanto para el ISS como para los demás sistemas de seguridad social, en especial entre las localidades con población dispersa y menos de 2.500 habitantes y aquéllas con población entre 2.500 y 99.999.

Si comparamos la cobertura de las instituciones por nivel de urbanismo en las poblaciones con menos de 100.000 habitantes observamos que éstas son muy semejantes en los dos estudios. Sin embargo, los porcentajes de protección de esta población comparados con los demás núcleos urbanos son todavía bastante bajos y sólo alcanzan en la última encuesta 6.2% en la población dispersa y menos de 2.500 habitantes y un 20.0% en la de 2.500 a 99.999.

En las ciudades intermedias (100,000 a 499.999 habitantes) y en los grandes núcleos urbanos se presenta un incremento de 5.8% y de 10.5% a expensas de la población protegida por otros sistemas de seguridad social. Mientras el ISS aumentó un 0.1% y 1.1% respectivamente en estos niveles urbanos, la otra seguridad presenta incrementos de 5.7% y 9.4%.

La proporción de la población no beneficiaria de la seguridad social continúa siendo muy significativa. A pesar de la disminución en todos los niveles de urbanismo se presentan porcentajes importantes de desprotección, especialmente en los núcleos con menos de 100.000 habitantes.

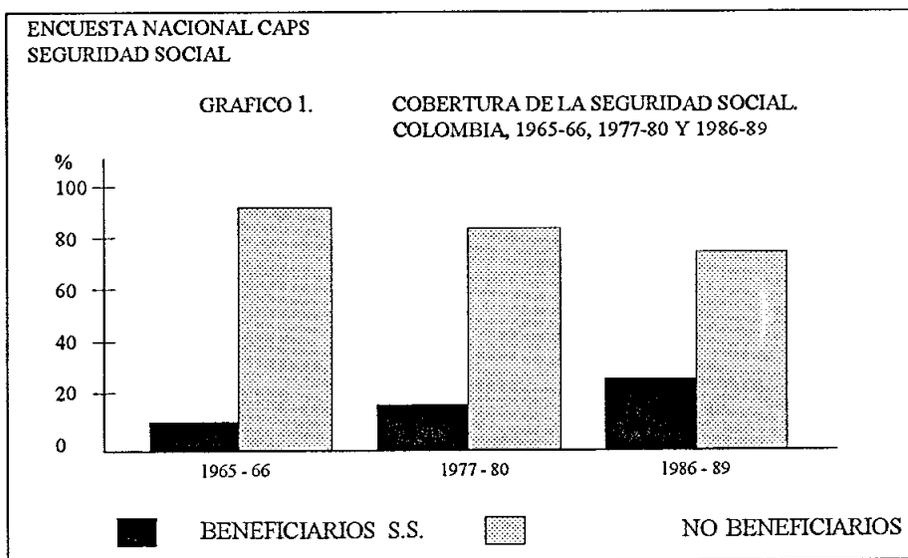
Si comparamos las coberturas de los sistemas de seguridad social en los dos estudios, es importante destacar que en 1986-89 las otras entidades de seguridad social alcanzaron las mayores proporciones en todos los niveles de urbanismo, logrando así superar al ISS que presentaba las más altas coberturas en el Estudio Nacional de 1977-80.

(*) Ocampo de Herrán, M.C. y otros. Seguridad Social en Colombia. Estudio Nacional de Salud.

**ENCUESTA NACIONAL CAPS
SEGURIDAD SOCIAL**

**Cuadro 1. COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, SEGÚN
CONDICIÓN DE BENEFICIARIO. COLOMBIA, 1965-66,
1977-80 Y 1986-89**

CONDICION DE BENEFICIARIO	1965-66		1977-80		1986-89	
	No.	%	No.	%	No.	%
Beneficiarios ISS	686.830	3.9	2.068.174	8.4	3.445.891	11.3
Beneficiarios Otra SS	730.721	4.1	1.828.163	7.4	3.816.137	12.5
Subtotal SS	1.417.551	8.0	3.896.337	15.8	7.262.028	23.8
No beneficiarios	16.361.941	92.0	20.735.865	84.2	23.288.813	76.2
Total ***	17.779.492	100.0	** 24.632.202	100.0	* 30.550.841	100.0
* Se excluyen	10.32		casos sin información de Seguridad Social			
** Se excluyen	29.340		casos sin información de Seguridad Social			
*** Se excluyen	290.230		casos sin información de Seguridad Social			



**ENCUESTA NACIONAL CAPS
SEGURIDAD SOCIAL**

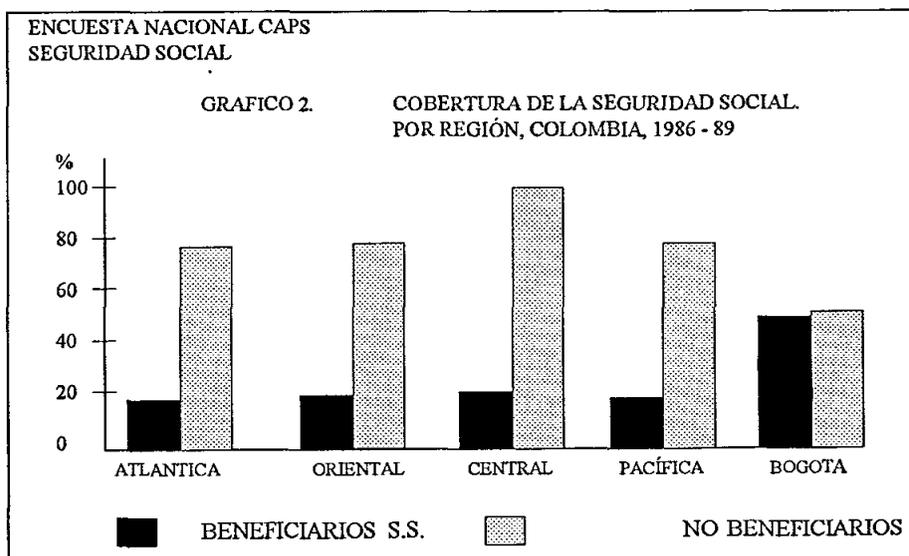
Cuadro 2. INCREMENTO DE COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR CONDICION DE BENEFICIARIO SEGUN ENCUESTAS. COLOMBIA, 1965-80 Y 1980-89

CONDICION DE BENEFICIARIO	%	1965-80 Incremento promedio anual	%	1980-89 Incremento promedio anual
Beneficiarios ISS	201.1	13.4	66.6	7.4
Beneficiarios Otra SS	150.2	10.0	108.7	12.1
Subtotal SS	174.9	11.7	86.4	9.6
No beneficiarios	26.7	1.8	12.3	1.4
Total	38.5	2.6	24.0	2.7

**ENCUESTA NACIONAL CAPS
SEGURIDAD SOCIAL**

**Cuadro 3. COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL, SEGÚN
CONDICIÓN DE BENEFICIARIO. POR REGIÓN,
COLOMBIA 1986 - 89**

CONDICION DE BENEFICIARIO	ATLANTICA	ORIENTAL	CENTRAL	PACIFICA	BOGOTA	TOTAL
Beneficiarios ISS	10.2	10.0	9.0	10.3	20.3	3.445.891
Beneficiarios Otra SS	6.3	8.9	11.0	13.1	29.1	3.816.137
Subtotal SS	16.5	18.9	20.0	23.4	49.4	7.262.028
No beneficiarios	83.5	81.1	80.0	76.6	50.6	23.288.813
Total	6.728.351	5.906.615	4.318.050	8.504.631	5.093.190	30.550.841
%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

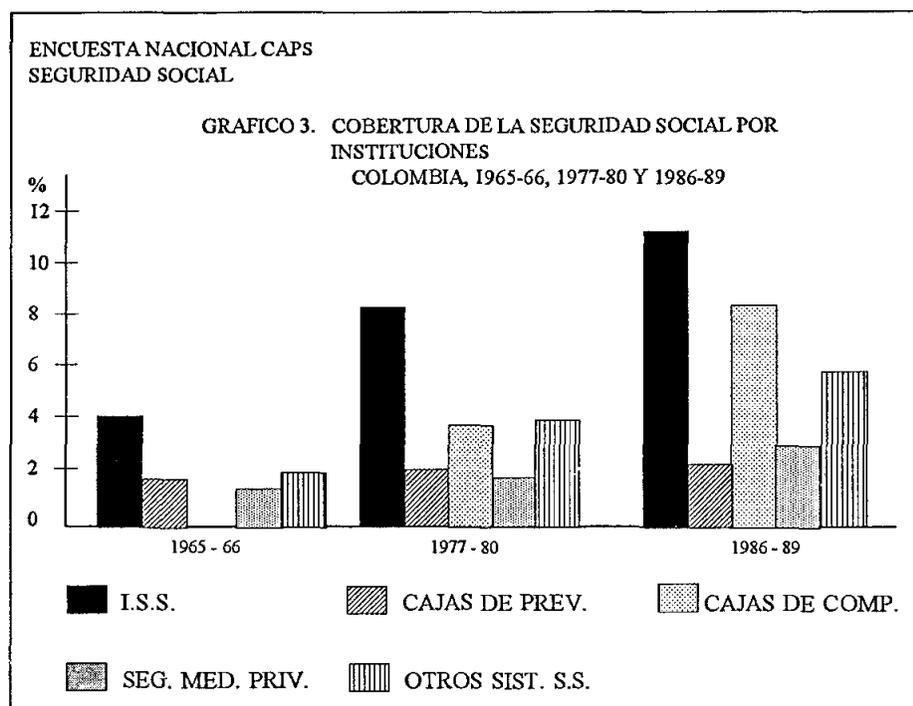


**ENCUESTA NACIONAL CAPS
SEGURIDAD SOCIAL.**

Cuadro 4. COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR INSTITUCIONES COLOMBIA, 1965-66, 1977-80, 1986-89

INSTITUCIÓN	1965-66		1977-80		1986-89	
	No.	%	No.	%	No.	%
ISS	686.830	3.9	2.068.174	8.4	3.445.891	11.3
Cajas de Previsión	266.692	1.5	421.673	2.0	709.717	2.3
Caja de compensación	***	-	836.799	3.4	2.499.714	8.2
Seguros médicos privados	160.015	0.9	368.683	1.5	880.262	2.9
Otros sistemas S.S.	444.487	2.5	1.010.610	4.1	1.740.672	5.7
Población	17.779.492		24.632.202		30.550.841	

*** En este estudio no se incluyeron las cajas de compensación familiar.



**ENCUESTA NACIONAL CAPS
SEGURIDAD SOCIAL**

**Cuadro 5. PROPORCION DE AFILIADOS DE OTRAS INSTITUCIONES
DE SEGURIDAD SOCIAL CON RESPECTO AL
ISS. COLOMBIA, 1977-1980 y 1986-89**

INSTITUCION	A F I L I A D O S			
	No.	1977-80 %	1986-89 No.	%
ISS	1.456.412	100.0	2.262.474	100.0
Cajas de Compensación	246.112	16.8	889.747	39.3
Otros Sistemas	82.726	5.6	232.288	10.3
Seguros Médicos				
Privados	107.545	7.3	185.801	8.2
Cajas de Previsión	22.749	1.6	89.980	4.0

**ENCUESTA NACIONAL CAPS
SEGURIDAD SOCIAL**

**Cuadro 6. COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL SEGUN
POBLACION OCUPADA E INACTIVA. COLOMBIA, 1986-89**

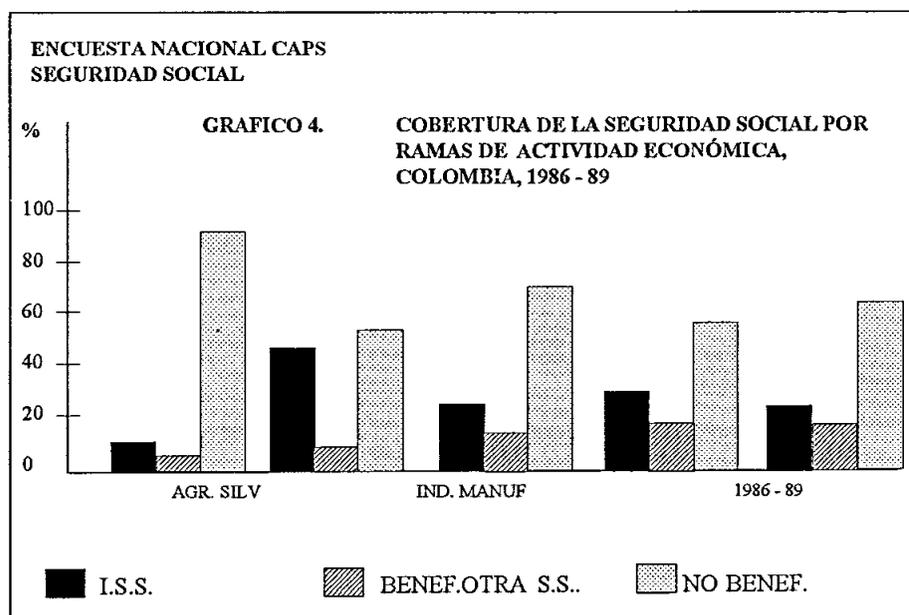
CONDICION DE BENEFICIARIO	ASALARIADO	NO ASALARIADO	POBLACION INACTIVA	MENORES DE 5 AÑOS	TOTAL
Beneficiarios ISS	34.3	5.1	5.9	6.7	3.445.891
Beneficiario Otra S.S	12.3	6.9	14.3	13.1	3.816.137
Subtotal S.S.	46.6	12.0	20.2	19.8	7.262.028
No beneficiarios	53.4	88.0	79.8	80.2	23.288.813
TOTAL	5.835.791	5.391.911	15.621.326	3.701.813	30.550.841^(*)
Porcentaje	19.1	17.6	51.1	12.2	100.0

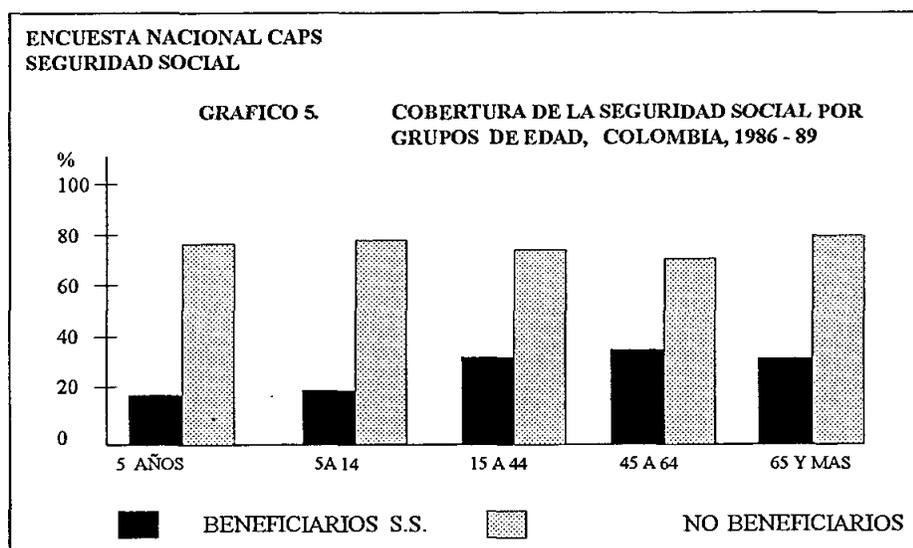
(*) Se excluyeron 10.323 casos sin información de SS.

**ENCUESTA NACIONAL CAPS
SEGURIDAD SOCIAL**

Cuadro 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS BENEFICIARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL SEGUN OCUPACION. COLOMBIA, 1986-89

OCUPACION	BENEF. ISS	BENEF. OTRA S S	SUBTOTAL SS	NO BENEF.	TOTAL
Obrero Particular	21.6	2.6	24.2	75.8	2.673.339
Empleado particular	50.4	7.6	58.0	42.0	2.282.589
Obrero gobierno	40.3	34.0	74.3	25.7	94.019
Empleado gobierno	29.7	56.2	85.9	14.1	785.844
Empleado doméstico	6.6	3.9	10.5	89.5	584.439
Patrón	13.4	14.6	28.0	72.0	239.183
Trab. cuenta propia	5.8	8.9	14.7	85.3	3.217.167
Trab. famil.sin remun.	2.2	4.0	6.2	93.8	764.874
Total	21.4	10.3	31.7	68.3	10.641.454





**ENCUESTA NACIONAL CAPS
SEGURIDAD SOCIAL**

Cuadro 8. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS BENEFICIARIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. COLOMBIA, 1986-89

CONDICION DE BENEFICIARIO	< 5 AÑOS		5 A 14		15 A 44		45 A 64		65 Y MAS	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Benefic. ISS	3.8	2.9	2.1	2.2	8.1	6.8	8.9	6.5	7.1	4.1
Benefc. otra S.S.	6.5	6.6	7.8	7.2	4.7	6.4	5.8	6.6	6.3	6.5
Subtotal S.S.	10.3	9.5	9.9	9.4	12.8	13.2	14.7	13.1	13.4	10.6
No beneficiario	40.6	39.6	41.0	39.7	35.8	38.2	35.0	37.2	34.2	41.8
Total Personas	3.701.813		7.323.798		14.760.468		3.565.114		1.199.648	
%	100.0		100.0		100.0		100.00		100.00	

**ENCUESTA NACIONAL CAPS
SEGURIDAD SOCIAL**

**Cuadro 9. RAZONES DE MASCULINIDAD Y DEPENDENCIA, SEGUN CONDICIÓN DE BENEFICIARIO DE LA
SEGURIDAD SOCIAL. COLOMBIA, 1986 - 89**

CONDICION DE BENEFICIARIO	RELACION DE MASCULINIDAD			RAZÓN DE DEPENDENCIA		
	HOMBRES	MUJERES	RAZÓN H/M*	5 AÑOS Y MAYOR DE 65	POBLACION DE 15 A 64	RAZON DE DEPENDENCIA**
Beneficiarios ISS	1.892.116	1.553.775	1.22	695.770	2.750.121	3.25
Benef. otra SS	1.783.995	2.032.995	0.88	1.736.534	2.079.603	1.19
Subtotal SS	3.676.111	3.585.917	1.03	2.432.304	4.829.724	1.98
No beneficiario	11.437.184	11.851.629	0.97	9.792.995	13.495.858	1.38
TOTAL	15.113.295	15.437.546	0.98	12.225.259	18.325.582	1.49

* Indica el número de hombres por cada mujer

** Indica el número de personas entre 15 y 64 años por cada menor de 15 años y mayor de 65.

SERVICIOS DEL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES

Instituto de Seguros Sociales

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991

ARTÍCULO 48

La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.

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

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

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

PRESTACIONES ECONÓMICAS

AFILIACIÓN

El sistema General de Pensiones tiene por objeto garantizar a la población, el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, mediante el reconocimiento de las pensiones y prestaciones que se determinan en la presente ley (ley 100 de 1993), así como propender por la ampliación

progresiva de cobertura a los segmentos de población no cubiertos con un sistema de pensiones.

POBLACIÓN BENEFICIARIA

La población beneficiaria del ISS está conformada por los afiliados, los pensionados y sus derechohabientes. Su clasificación es la siguiente:

AFILIADOS

Serán afiliados al Sistema General de Pensiones:

1. En forma obligatoria:

Todas aquellas personas vinculadas mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, salvo las excepciones previstas en la ley (ley 100 de 1993). Así mismo, los grupos de población que por sus características o condiciones socioeconómicas sean elegibles para ser beneficiarios de subsidios a través del Fondo de Solidaridad Pensional, de acuerdo con las disponibilidades presupuestales.

2. En forma voluntaria

Los trabajadores independientes y en general todas las personas naturales residentes en el país y los colombianos domiciliados en el exterior, que no tengan la calidad de afiliados obligatorios y que no se encuentren expresamente excluidos por la presente ley.

Los extranjeros que en virtud de un contrato de trabajo permanezcan en el país y no estén cubiertos por algún régimen de su país de origen o de cualquier otro.

DERECHOHABIENTES

Son los familiares del afiliado y del pensionado.
Tienen derecho a recibir atención en salud.

Según la cobertura asistencial, los derechohabientes se dividen en dos grandes grupos, de acuerdo con el sistema de atención vigente en cada región, así:

MEDICINA TRADICIONAL O CLASICA.

Ha sido el sistema aplicado desde que se creó el ISS y cobija:

- . A la esposa o compañera permanente, por maternidad.
- . Al hijo menor de un año, para todos los servicios de salud, o por el tiempo que sea necesario, solo si existe pronóstico favorable de curación diagnosticado durante el primer año de vida. Sistema vigente hasta el 31 de diciembre de 1994.

MEDICINA FAMILIAR

A partir del año 1975 se estableció este sistema con el fin de ampliar el servicio de atención médica a la familia del afiliado. Como este sistema se ha puesto en funcionamiento en forma gradual, actualmente no cubre la totalidad de la población afiliada.

El Plan de Salud Obligatorio tendrá cobertura familiar. Para estos efectos, serán beneficiarios del Sistema el (o la) cónyuge o el compañero o la compañera permanente del afiliado cuya unión sea superior a 2 años; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges, que haga parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de éste; los hijos mayores de 18 años con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de éste.

ADSCRIPCIÓN

Es el registro que el ISS hace de los derechohabientes del afiliado, para que puedan recibir los servicios de salud a que tienen derecho por Enfermedad General y Maternidad y para el Seguro Médico Familiar, donde existe este sistema.

Para que el derechohabiente pueda solicitar estos servicios el ISS le expide una tarjeta que lo acredita y lo identifica. Es importante presentarla siempre con el

documento de identidad, en el Centro de Atención Básica más cercano a su lugar de residencia.

Es requisito indispensable para la adscripción llenar correctamente el formulario que proporciona el ISS a través de las Oficinas de Afiliación y Registro.

TARJETA DE COMPROBACIÓN DE DERECHOS

Es el documento expedido por el Instituto, previa inscripción y afiliación del trabajador, que le da derecho a exigir los servicios médico-asistenciales.

El Instituto de Seguros Sociales proporciona a sus afiliados y pensionados una tarjeta plastificada para lograr identidad con la institución.

La tarjeta de comprobación de derechos certifica:

1. Que el trabajador está afiliado al ISS.
2. Que el patrono o empresa está a paz y salvo con el ISS.
3. Que el trabajador está pagando mensualmente al ISS una suma de dinero o aporte.

El trabajador debe presentar la tarjeta y el documento de identidad, cada vez que necesite solicitar los servicios de la entidad.

Cuando la empresa o empleador no se encuentre a paz y salvo con el ISS, debe hacerse responsable por los gastos de servicios médico o incapacidades que ocasionen sus trabajadores.

El afiliado necesita haber cotizado un mínimo de cuatro semanas para recibir los servicios que ofrece el Instituto.

En caso de pérdida de la tarjeta, el afiliado debe poner en conocimiento de su empresa o patrono, o dirigirse a la Oficina de Afiliación y Registro asignada a la empresa, donde una vez comprueben que los derechos están vigentes y se presente una denuncia por pérdida, se le expedirá una TARJETA PROVISIONAL.

Para la tarjeta provisional se requiere presentar el último recibo de pago debidamente cancelado y el formato de inscripción del Trabajador, donde conste el sello de recibido por parte del ISS.

Si el afiliado sufre un accidente en el lugar de trabajo, la atención es inmediata con la tarjeta provisional y el documento de identidad, o con la copia de la afiliación y con el recibo de la última cuenta de cobro cancelada, en caso de no haber recibido la tarjeta de comprobación de derechos.

El Instituto de Seguros Sociales, en su desarrollo informático, viene adelantando el programa SCAD, que es el Sistema de Comprobación Automática de Derechos, que permite comprobar en forma automática los derechos y a la vez verificar el estado de pago del patrono, y adicionalmente permite:

1. Establecer inventarios de medicamentos
2. Asignar citas entre centros de atención ambulatoria (CAA), y con consultorios a contrato.

PERÍODO DE PROTECCIÓN

Existe un «PERÍODO DE PROTECCIÓN» para el afiliado, que consiste en brindar amparo en salud al trabajador que se retira de la empresa, hasta por dos meses contados a partir de la fecha de su desvinculación laboral. Debe haber estado afiliado como mínimo cuatro semanas para reclamar este derecho.

Durante el período de protección, no hay derecho a pagos en dinero por incapacidad. Solamente se tendrá en cuenta si al momento de la desvinculación laboral el trabajador se encuentra disfrutando de una incapacidad, caso en el cual puede ser extendida hasta por 180 días. Si la incapacidad se ha producido por un accidente de trabajo o enfermedad profesional, la prórroga la determina el médico laboral del ISS.

Aun si nació un hijo después de la desvinculación laboral, el menor tiene derecho a la asistencia médica durante el primer año de edad. Igualmente obtendrá atención el hijo mayor de un año, si tiene derecho a prórroga de servicios por enfermedad detectada durante el primer año de vida con pronóstico favorable de curación.

En el caso de la afiliada, de la esposa o compañera permanente del afiliado que se encuentre en estado de embarazo al momento de la desvinculación o del «reporte de novedades laborales», tendrá igualmente derecho a la atención médica, siempre y cuando la concepción haya ocurrido con anterioridad al retiro y se compruebe haber estado afiliado un mínimo de cuatro semanas.

Esta normatividad estará vigente hasta la reglamentación de la Ley 100, en lo tocante al seguro de salud.

PAGO DE SEGUROS EN DINERO

Las prestaciones en dinero son canceladas por el ISS en los siguientes casos:

Afiliados

1. Incapacidades por enfermedad general, accidentes de trabajo y enfermedad profesional.
2. Licencias de Maternidad o Paternidad.
3. Pensiones de Invalidez y Vejez.
4. Indemnizaciones de Invalidez y Vejez.
5. Auxilio Funerario.

Derechohabientes

1. Pensión de sobrevivientes
2. Indemnización

ENFERMEDAD GENERAL Y MATERNIDAD (EGM)

A través de este seguro el ISS otorga servicios de salud y prestaciones económicas.

En el SISTEMA DE MEDICINA TRADICIONAL para el Seguro de Enfermedad General y Maternidad, los aportes son pagados conjuntamente por el empleador y el trabajador afiliado, en una cuantía equivalente al 7% del salario de base. De este porcentaje el trabajador aporta una tercera parte y el

empleador las otras dos terceras partes. Es decir, el patrono el 67% de la cotización total y el afiliado un 33%.

A partir del 1° de abril de 1994 la cotización del seguro de EGM tradicional es del 8%.

En las regiones del país donde se ha establecido el SISTEMA DE MEDICINA FAMILIAR, los aportes varían, ya que son equivalentes al 12% del salario base, sin embargo, se pagan de la misma manera, es decir, en una tercera parte por el afiliado y dos terceras partes por el empleador o empresa.

SEGURO POR INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE (IVM)

Frente a estos riesgos el ISS otorga a sus afiliados prestaciones económicas.

La tasa de cotización para la pensión de vejez, será del 8% en 1994, 9% en 1995 y del 10% a partir de 1996, calculado sobre el ingreso base y se abonarán en las cuentas de ahorro pensional en el caso de los fondos de pensiones. En el caso de ISS, dichos porcentajes se utilizarán para el pago de pensiones de vejez y capitalización de reservas, mediante la constitución de un patrimonio autónomo destinado exclusivamente a dichos efectos.

Para pagar la pensión de invalidez, la pensión de sobrevivientes y los gastos de administración del sistema, incluida la prima del reaseguro con el fondo de garantías, la tasa será, tanto en el ISS como en los fondos de pensiones, del 3.5%.

Sin embargo, en la medida en que los costos de administración y las primas de los seguros se disminuyan, dichas reducciones deberán abonarse como un mayor valor en las cuentas de ahorro de los trabajadores o de las reservas en el ISS, según el caso.

La cotización total será el equivalente a la suma del porcentaje de cotización para pensión de vejez y la tasa de que trata el inciso anterior.

Los empleadores pagarán el 75% de la cotización total y los trabajadores, el 25% restante.

Para financiar las pensiones de invalidez y de sobrevivientes de los actuales y futuros afiliados al ISS, se podrá trasladar de las reservas de pensión de vejez a las de invalidez y sobrevivientes un monto equivalente al que se obtendría por el bono de reconocimiento de conformidad con esta ley.

El Gobierno Nacional reglamentará el funcionamiento de las cuentas separadas en el Instituto de Seguros Sociales, de manera que en ningún caso se puedan utilizar recursos de las reservas de pensión de vejez, para gastos administrativos u otros fines distintos.

Los afiliados que tengan un ingreso mensual igual o superior a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes, tendrán a su cargo un aporte adicional de un punto porcentual (1%) sobre su base de cotización, destinado al Fondo de Solidaridad Pensional, previsto por los artículos 25 y siguientes de la ley 100 de 1993.

La entidad a la cual esté cotizando el afiliado deberá recaudar y trasladar al Fondo de Solidaridad Pensional, el punto porcentual adicional a que se refiere el inciso anterior, dentro de los plazos que señale el Gobierno Nacional.

SEGURO POR ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL (ATEP)

A través del seguro ATEP el afiliado recibe atención médica y prestaciones económicas. La cotización y el pago de aportes al ISS está exclusivamente a cargo del empleador.

El valor lo determina el ISS de acuerdo con los riesgos de Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional a que están expuestos los trabajadores y según la actividad económica desarrollada por la empresa. Esta tasa varía entre el 0.28% y el 7%.

A partir del acuerdo 048 de enero de 1994, se reformó la clasificación de empresas y aportes para el seguro ATEP.

SALARIO MENSUAL DE BASE

Salario es todo aquello que recibe el trabajador en dinero o en especie, además de la remuneración fija que represente retribución de servicios.

Si el salario del trabajador es variable, trimestralmente el patrono deberá informar al ISS el promedio mensual correspondiente.

El salario mensual de base se constituye sumando tres elementos:

1. El salario básico,
2. La parte variable mensual (como horas extras, recargos nocturnos, dominicales o feriados, bonificaciones, comisiones), y
3. Las primas semestrales.

En el ISS no se puede cotizar por debajo del salario mínimo, con excepción del servicio doméstico. El valor máximo de cotización no podrá ser superior a 20 salarios mínimos vigentes.

Cuando se tiene más de un empleador, se debe estar afiliado por cada uno de ellos, pero no se debe aportar en su totalidad por un valor superior al salario base asegurable: .

El empleador siempre debe informar al ISS el salario real de sus trabajadores: sueldo básico, auxilios, comisiones y todos aquellos pagos que constituyen salario.

APORTES Y COTIZACIONES

El ISS se financia con aportes de empleadores y trabajadores, de acuerdo con lo establecido por la Ley, para la obtención de los recursos que permitan atender la prestación de los servicios de salud y el pago de las prestaciones económicas que cubre.

SEMANAS COTIZADAS

Esta es una denominación con la cual se debe familiarizar el trabajador afiliado. Se llama así a la suma de los períodos trabajados e informados al ISS, no importa el tiempo y número de empresas a las cuales el trabajador haya estado

vinculado. La unidad de tiempo cotizado es la semana, por tanto el tiempo de afiliación se mide en número de semanas cotizadas y con base en éstas se reconoce la pensión.

SEGURO POR ENFERMEDAD GENERAL Y MATERNIDAD (E.G.M.)

INCAPACIDADES

Cuando el asegurado se encuentra en imposibilidad de trabajar por causa de enfermedad común o por maternidad, el Instituto le concede una prestación en dinero que se denomina subsidio por incapacidad.

El derecho al pago por incapacidad prescribe en un año, que se cuenta a partir del momento en que se causa este derecho.

A partir del primero de mayo de 1991, el ISS estableció el Sistema de Cruce de Cuentas para el reconocimiento y pago de todas las incapacidades y licencias de maternidad que expide el Instituto.

El sistema denominado «Cruce de Cuentas» pretende terminar en forma definitiva con las demoras injustificadas en el reconocimiento de estas prestaciones económicas. Consiste, básicamente, en que todo empleador presentará en forma agrupada todas las incapacidades que ha pagado a los trabajadores a su servicio, dentro de los 10 primeros días calendario de cada mes, en las Oficinas de Prestaciones Económicas en todo el país. El Instituto descontará, en la siguiente factura el monto de todas ellas.

El trabajador recibirá oportunamente, durante su enfermedad, la parte que el ISS está obligado a reconocerle, sin perjuicio al empleador, quien verá descontado, el mismo valor, en posterior factura del Instituto.

En caso de incapacidad, por cruce de cuentas, el empleador pagará subsidios equivalentes a las 2/3 partes del salario de base en E.G.M. y el total del salario promedio de base en ATEP y Licencia por Maternidad.

No participan en este sistema:

- . Empleadores de trabajadores del servicio doméstico,
- . Madres comunitarias
- . Trabajadores independientes, y
- . Comunidades religiosas

INCAPACIDAD AMBULATORIA

- . La liquidación se hace a partir del cuarto día, siempre y cuando no sea prórroga de otra.
- . Cuando la incapacidad se amplía, la liquidación se hará a partir del primer día de la prórroga. La prórroga se concederá cuando entre la primera y la segunda incapacidad, no haya un tiempo mayor a 30 días. La incapacidad prórroga tiene un término máximo de 180 días, continuos o discontinuos, siempre que no exista una interrupción de 30 días entre una incapacidad y otra, y que todas correspondan a la misma enfermedad.
- . La incapacidad se reconoce sobre las dos terceras partes (2/3) del salario mensual de base del período de tiempo inmediatamente anterior a su causación.

INCAPACIDAD HOSPITALARIA

- . La liquidación se hace desde el primer día de permanencia en el hospital y hasta un máximo de 180 días (ciento ochenta días).
- . La incapacidad se reconoce sobre las dos terceras partes (2/3) del salario mensual de base del período de tiempo inmediatamente anterior a su causación.
- . Puede prorrogarse si el asegurado al cumplir los primeros ciento ochenta días tiene derecho a prestaciones por invalidez.

El régimen contributivo reconocerá las incapacidades generadas en enfermedad general, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. Para el cubrimiento de estos riesgos las Empresas Promotoras de Salud podrán subcontratar con compañías aseguradoras. Las incapacidades originadas en

enfermedades profesional y accidente de trabajo serán reconocidas por las Entidades Promotoras de Salud y se financiarán con cargo a los recursos destinados para el pago de dichas contingencias en el respectivo régimen, de acuerdo con la reglamentación que se expida para el efecto.

Se reconocerá y pagará a cada una de la Entidad Promotora de Salud, la licencia por maternidad, de conformidad con las disposiciones legales vigentes. El cumplimiento de esta obligación será financiado por el Fondo de Solidaridad, de su subcuenta de compensación, como una transferencia diferente a las Unidades de Pago por Capitalización- UPC.

LICENCIA POR MATERNIDAD

Parto natural

- . La afiliada tendrá derecho a un subsidio diario en dinero durante 12 semanas equivalente al 100% del salario mensual de base.
- . Este subsidio es reconocido cuando se ha cotizado un mínimo de 12 semanas durante el período de embarazo y si a la iniciación de la incapacidad está vinculada laboralmente.
- . En caso de madre adoptante de menores de 7 años, se adquirirá el derecho de subsidio por 12 semanas, liquidado sobre el 100% del salario mensual de base.
- . Se concede licencia por paternidad al padre adoptante del menor de 7 años de edad, que no tenga cónyuge o compañera permanente.

Parto Prematuro con criatura no viable o aborto

- . Se otorga la incapacidad como enfermedad común
- . Se reconoce sobre las dos terceras partes (2/3) del salario mensual de base.
- . Se otorga por 28 días.

INCAPACIDADES SUPERIORES A 180 DIAS

Aquellas incapacidades mayores a ciento ochenta (180) días continuos deben ser presentadas directamente por el trabajador en los sitios de recepción y se pagan con cargo al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM).

Estas incapacidades, antes de ser presentadas al sitio de recepción, deben ser evaluadas y autorizadas por la Sección de Medicina Laboral y por el Jefe de la División de Seguros Económicos respectivo. Para que se proceda a su cancelación, el afiliado debe haber cotizado un mínimo de ciento cincuenta (150) semanas en los seis (6) últimos años o trescientas (300) en cualquier tiempo.

RECONOCIMIENTO Y TRANSCRIPCIÓN DE INCAPACIDADES

Para el reconocimiento de la incapacidad, el afiliado debe presentar al ISS o a su empleador el correspondiente certificado expedido por su médico u odontólogo tratante en el ISS.

Cuando fuere atendido por un médico u odontólogo ajeno al ISS, en el caso en que éste le expida incapacidad o licencia por maternidad, debe solicitar al coordinador del Centro de Atención Básica que le haya sido asignado, la transcripción del certificado dentro de los 30 días siguientes a su expedición.

PENSIONES

SEGURO POR INVALIDEZ, VEJEZ Y MUERTE (I.V.M.)

PENSIÓN POR VEJEZ

La Pensión por Vejez es un derecho que adquiere el trabajador una vez cumplidos los requisitos exigidos por el ISS. Es cancelada por mesadas en cuantía equivalente al tiempo y los salarios cotizados por el asegurado.

Al solicitar la Pensión por Vejez, es importante colocar en el formulario que proporciona el ISS, todos los números de afiliación anteriores (si los hay), así como el actual, para la suma del total de su tiempo de cotización al ISS.

Para solicitar la Pensión por Vejez, el afiliado debe dirigirse a la Oficina de Atención al Pensionado más cercana a su residencia. Es importante que se diligencien todos los datos requeridos en forma clara y correcta, lo cual evitará demoras y pérdidas de tiempo.

Igualmente, debe anexar al formulario los documentos exigidos, los cuales serán indicados por el funcionario encargado de la Oficina de Atención al Pensionado.

Para tener derecho a la Pensión de Vejez, el afiliado deberá reunir las siguientes condiciones:

1. Haber cumplido cincuenta y cinco (55) años de edad si es mujer, o sesenta (60) años de edad si es hombre.
2. Haber cotizado un mínimo de mil (1.000) semanas en cualquier tiempo.

Para efectos del cómputo de las semanas se tendrá en cuenta:

- a. El número de semanas cotizadas en cualesquiera de los dos regímenes del sistema general de pensiones.
- b. El tiempo de servicio como servidores públicos remunerados.
- c. El tiempo de servicio como trabajadores vinculados con empleadores que tienen a su cargo el reconocimiento y pago de la pensión, siempre que la vinculación laboral se encuentre vigente o se inicie con posterioridad a la vigencia de la ley 100 de 1993.
- d. El número de semanas cotizadas a cajas previsionales del sector privado que tuviesen a su cargo el reconocimiento y pago de la pensión.

En los casos previstos en los literales c) y d), el computo será procedente siempre y cuando el empleador o la caja, según el caso, trasladen, con base en el cálculo actuarial, la suma correspondiente del trabajador que se afilie, a satisfacción de la entidad administradora.

Se entiende por semana cotizada el período de siete (7) días calendario. La facturación y el cobro de los aportes se hará sobre el número de días cotizados en cada período.

No obstante el requisito establecido en el numeral dos (2) de este artículo, cuando el trabajador lo estime conveniente, podrá seguir trabajando y cotizando durante 5 años más, ya sea para aumentar el monto de la pensión o para completar los requisitos si fuera el caso.

A partir del (1º) de Enero del año dos mil catorce (2014) las edades para acceder a la pensión de vejez se reajustarán a cincuenta y siete (57) años si es mujer y sesenta y dos (62) años si es hombre.

En el año 2013 la Asociación Nacional de Actuarios, o la entidad que haga sus veces, o una comisión de actuarios nombrados por las varias asociaciones nacionales de actuarios si las hubiere, verificará, con base en los registros demográficos de la época, la evolución de las expectativa de vida de los colombianos, y en consecuencia con el resultado podrá recomendar la inaplicabilidad del aumento de la edad previsto en este artículo, caso en el cual dicho incremento se aplazará hasta que el Congreso dicte una nueva ley sobre la materia.

El monto mensual de la pensión de vejez, correspondiente a las primeras 1000 semanas de cotización, será equivalente al 65% del ingreso base de liquidación. Por cada 50 semanas adicionales a las 1000 hasta las 1200 semanas, este porcentaje se incrementará en un 2%, llegando a este tiempo de cotización al 73% del ingreso base de liquidación. Por cada 50 semanas adicionales a las 1200 hasta las 1400, este porcentaje se incrementará en 3% en lugar del 2%, hasta completar un monto máximo del 85% del ingreso base de liquidación.

El valor total de la pensión no podrá ser superior al 85% del ingreso base de liquidación, ni inferior a la pensión mínima.

El monto mensual de la pensión mínima de vejez o jubilación no podrá ser inferior al valor del salario mínimo legal mensual vigente.

La edad para acceder a la pensión de vejez, continuará en cincuenta y cinco (55) años para las mujeres y sesenta (60) para los hombres, hasta el año 2014, fecha en la cual la edad se incrementará en dos años, es decir, será de 57 años para las mujeres y 62 para los hombres.

La edad para acceder a la pensión de vejez, el tiempo de servicio o el número de semanas cotizadas, y el monto de la pensión de vejez de las personas que

al momento de entrar en vigencia el Sistema tengan treinta y cinco (35) o más años de edad si son mujeres o cuarenta (40) o más años de edad si son hombres, o quince (15) o más años de servicios cotizados, será la establecida en el régimen anterior al cual se encuentren afiliados. Las demás condiciones y requisitos aplicables a estas personas para acceder a la pensión de vejez, se registrarán por las disposiciones contenidas en la ley 100 de 1993.

El ingreso base para liquidar la pensión de vejez de las personas referidas en el inciso anterior que les faltare menos de diez (10) años para adquirir el derecho, será el promedio de lo devengado en el tiempo que les hiciera falta para ello, o el cotizado durante todo el tiempo si este fuere superior, actualizado anualmente con base en la variación del Índice de Precios al consumidor, según certificación que expida el DANE. Sin embargo, cuando el tiempo que les hiciera falta fuese igual o inferior a dos (2) años a la entrada en vigencia de la ley 100, el ingreso base para liquidar la pensión será el promedio de lo devengado en los dos (2) últimos años, para los trabajadores del sector privado y de un (1) año para los servidores públicos.

Lo dispuesto para las personas que al momento de entrar en vigencia el régimen tengan treinta y cinco (35) o más años de edad si son mujeres o cuarenta (40) o más años de edad si son hombre, no será aplicable cuando estas personas voluntariamente se acojan al régimen de ahorro individual con solidaridad, caso en el cual se sujetarán a todas las condiciones previstas para dicho régimen.

Tampoco será aplicable para quienes habiendo escogido el régimen de ahorro individual con solidaridad decidan cambiarse al de prima media con prestación definida.

Quienes a la fecha de vigencia de la presente ley hubiesen cumplido los requisitos para acceder a la pensión de jubilación o de vejez conforme a normas favorables anteriores, aun cuando no se hubiese efectuado el reconocimiento, tendrán derecho, en desarrollo de los derechos adquiridos, a que se les reconozca y liquide la pensión en las condiciones de favorabilidad vigentes al momento en que cumplieron tales requisitos.

Las personas que habiendo cumplido la edad para obtener la pensión de vejez no hayan cotizado el mínimo de semanas exigidas, y declaren su imposibilidad

de continuar cotizando, tendrán derecho a recibir, en sustitución, una indemnización equivalente a un salario base de liquidación promedio semanal multiplicado por el número de semanas cotizadas, al resultado así obtenido se le aplica el promedio ponderado de los porcentajes sobre los cuales haya cotizado el afiliado.

El pensionado y sus derechohabientes tienen derecho a la prestación de servicios de salud, por el cual el ISS descuenta al pensionado un porcentaje del 3.96%. Para la obtención de los servicios de salud, el pensionado y sus derechohabientes deben presentar la Tarjeta de Comprobación de Derechos que el ISS entrega en el lugar donde se reclama la pensión. A partir del 1° de abril de 1994, la cotización es del 12%.

El ISS realiza el pago de pensiones a través de Adpostal, Entidades Bancarias y Corporaciones de Ahorro y Vivienda. En el formulario, el solicitante puede elegir el sitio más cercano a su residencia para el cobro de la misma, llenando la casilla «lugar donde desea recibir el pago».

El pensionado puede mediante un poder autenticado solicitar autorización al ISS para efectuar el pago a otra persona.

El ISS paga al afiliado una INDEMNIZACION cuando no cumple con el número de semanas requeridas para la pensión por vejez. Este pago se realiza una sola vez y requiere de un mínimo de 100 semanas de cotización al ISS por parte del trabajador.

PENSIÓN POR INVALIDEZ

Se considera inválida la persona que por cualquier causa de origen no profesional, no provocada intencionalmente, hubiere perdido el 50% o más de su capacidad laboral.

Tendrán derecho a la pensión de invalidez, los afiliados que sean declarados inválidos y cumplan alguno de los siguientes requisitos:

- a. Que el afiliado se encuentre cotizando al régimen y hubiere cotizado

por lo menos veintiséis (26) semanas, al momento de producirse el estado de invalidez.

- b. Que habiendo dejado de cotizar al sistema, hubiere efectuado aportes durante por lo menos veintiséis (26) semanas del año inmediatamente anterior al momento en que se produzca el estado de invalidez.

El monto mensual de la pensión de invalidez será equivalente a:

- a. el 45% del ingreso base de liquidación, más el 1.5% de dicho ingreso por cada cincuenta (50) semanas de cotización que el afiliado tuviese acreditadas con posterioridad a las primeras quinientas (500) semanas de cotización, cuando la disminución en su capacidad laboral sea igual o superior al 50% e inferior al 66%.
- b. El 54% del ingreso base de liquidación, más el 2% de dicho ingreso por cada cincuenta (50) semanas de cotización que el afiliado tuviese acreditadas con posterioridad a las primeras ochocientas (800) semanas de cotización, cuando la disminución en su capacidad laboral es igual o superior al 66%.

La pensión por invalidez no podrá ser superior al 75% del ingreso base de liquidación.

En ningún caso la pensión de invalidez podrá ser inferior al salario mínimo legal mensual.

La pensión de invalidez se reconocerá a solicitud de parte interesada y comenzará a pagarse, en forma retroactiva, desde la fecha en que se produzca tal estado.

El estado de invalidez será determinado con base en el manual único para la calificación de la invalidez, expedido por el Gobierno Nacional, que deberá contemplar los criterios técnicos de evaluación, para calificar la imposibilidad que tenga el afectado para desempeñar su trabajo por pérdida de la capacidad laboral.

En las capitales de departamento y en aquellas ciudades en las cuales el volumen de afiliados así lo requiera, se conformará una comisión

interdisciplinaria que calificará en primera instancia la invalidez y determinará su origen.

Las comisiones estarán compuestas por un número impar de expertos, designados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, quienes actuarán de conformidad con la reglamentación que para tal efecto expida el Gobierno Nacional.

Los honorarios de los miembros de la comisión serán pagados por la entidad de previsión o seguridad social o la sociedad administradora a la que esté afiliado el solicitante.

Crease la Junta Nacional para la Calificación de los Riesgos de Invalidez con sede en la capital de la República, integrada por un número impar de miembros designados por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Esta Junta, que será interdisciplinaria, tiene a su cargo la resolución de las controversias que en segunda instancia sean sometidas para su decisión por las juntas regionales o seccionales respectivas.

Los honorarios de los miembros de la Junta serán pagados, en todo caso por la entidad de previsión o seguridad social correspondiente.

El Gobierno Nacional reglamentará la integración, financiación y funcionamiento de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, de su secretaria técnica y de las Juntas regionales o seccionales, el procedimiento de apelación, el manual único para la calificación de la invalidez y demás normas necesarias para su adecuado funcionamiento.

Los miembros de la Junta Nacional y los de las Juntas Regionales de Calificación de Invalidez no tienen el carácter de servidores públicos.

El estado de invalidez podrá revisarse:

- a. Por solicitud de la entidad de previsión o seguridad social correspondiente cada tres (3) años, con el fin de ratificar, modificar o dejar sin efectos el dictamen que sirvió de base para la liquidación de la pensión que disfrutaba su beneficiario y proceder a la extinción, disminución o aumento de la misma, si a ello hubiere lugar.

El pensionado tendrá un plazo de tres (3) meses contados a partir de la fecha de dicha solicitud, para someterse a la respectiva revisión del estado de invalidez. Salvo casos de fuerza mayor, si el pensionado no se presenta o impide dicha revisión dentro de dicho plazo, se suspenderá el pago de la pensión. Transcurridos doce (12) meses contados desde la misma fecha sin que el pensionado se presente o permita el examen, la respectiva pensión prescribirá.

Para readquirir el derecho en forma posterior, el afiliado que alegue permanecer invalido deberá someterse a un nuevo dictamen. Los gastos de este nuevo dictamen serán pagados por el afiliado.

b. Por solicitud del pensionado en cualquier tiempo y a su costa.

El afiliado que al momento de invalidarse no hubiere reunido los requisitos exigidos para la pensión de invalidez, tendrá derecho a recibir, en sustitución, una indemnización equivalente a la que le hubiere correspondido en el caso de la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez.

**SEGURO POR ACCIDENTE DE TRABAJO
Y ENFERMEDAD PROFESIONAL
PENSIÓN POR INVALIDEZ
(De origen profesional)
- ATEP-**

El Seguro ATEP, Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional, cubre todo lo referente a los servicios de salud y prestaciones económicas ocasionadas por accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

La calificación del estado de invalidez derivado de accidente de trabajo o enfermedad profesional se sujetará a lo dispuesto para la calificación de la invalidez por riesgo común.

En el régimen de ahorro individual con solidaridad, los seguros para amparar la invalidez por riesgo común y la invalidez por accidente de trabajo o enfermedad profesional, podrán ser contratados de manera conjunta con una

misma compañía de seguros, cuando los trabajadores y empleadores así lo decidan. En este evento, el amparo para el riesgo de invalidez por accidente de trabajo o enfermedad profesional, deberá ser equivalente o superior, al otorgado por el seguro de accidente de trabajo y enfermedad profesional a cargo del Instituto de Seguros Sociales o del que actualmente les aplica, en el caso de los trabajadores de la rama jurisdiccional.

La compañía de seguros señalará el monto de la cotización para el seguro de accidentes de trabajo y enfermedad profesional a cargo del empleador, y dejará de ser obligatoria la cotización al Instituto de Seguros Sociales por dicho concepto.

Cuando el seguro para amparar el riesgo por accidente de trabajo o enfermedad profesional se contrate en la forma prevista, le serán aplicables en lo pertinente las disposiciones de los seguros de invalidez por riesgo común.

Cuando un afiliado al régimen de ahorro individual con solidaridad se invalide por accidente de trabajo o enfermedad profesional, además de la pensión por invalidez que cubre la cotización a cargo del empleador, se le entregará la totalidad del saldo abonado en su cuenta individual de ahorro pensional y en este caso no habrá lugar a bono pensional.

Los servicios de salud derivados de accidente de trabajo o enfermedad profesional, serán prestados por las Entidades Promotoras de Salud, quienes repetirán contra las entidades encargadas de administrar los recursos del seguro de accidente de trabajo y enfermedad profesional a que esté afiliado el respectivo trabajador.

INCAPACIDAD POR ATEP

La incapacidad por ATEP se cancela mediante el sistema de «cruce de cuentas» y se reconoce desde el mismo día de ocurrencia del accidente de trabajo y en el caso de enfermedad profesional, a partir de su comprobación por parte de los médicos del ISS.

El subsidio diario en dinero a que tiene derecho será liquidado así:

Hasta 180 días:

Durante los primeros 180 días el ISS paga el equivalente al 100% del salario

de base, según la categoría sobre la cual haya cotizado en el mes inmediatamente anterior al de la incapacidad.

Si no hubiese cotizado, se reconocerá sobre el salario de base asignado en el momento de su vinculación a la empresa.

Más de 180 días

Transcurridos los primeros 180 días y mientras no sea declarada la incapacidad permanente, la cuantía será equivalente a las dos terceras partes (2/3) del salario mensual de base.

La pensión comienza a pagarse desde la fecha en que se declare la incapacidad. Pero si en esta fecha estuviere recibiendo subsidio por incapacidad temporal, el pago de la pensión comenzará al terminar el goce del subsidio.

El pago de subsidio o de la pensión por invalidez, se suspenderá si el asegurado se niega a cumplir las prescripciones médicas o rehusa el control de los servicios asistenciales del ISS.

- . Cuando la incapacidad es mayor a 180 días continuos no debe ser cobrada por la empresa mediante el sistema de cruce de cuentas sino a través del sistema de nómina.
- . Estas incapacidades, sólo podrán ser expedidas por el director o coordinador del centro de atención respectivo, previo concepto de Medicina Laboral.

Existe un Derecho a INDEMNIZACIÓN o pago en los casos en que el asegurado haya perdido su capacidad laboral entre un 5% y un 20%. El pago de esta prestación es único y equivalente a tres años de la pensión que le hubiese correspondido.

Al trabajador pensionado por ATEP se le descuenta el 3.96% del valor de la pensión otorgada para que él y las personas a su cargo reciban las prestaciones médico-asistenciales que otorga el ISS.

Para el reconocimiento de la pensión el afiliado afectado debe diligenciar el formulario y adjutar los documentos exigidos, los cuales le serán indicados en la Oficina de Atención al Pensionado.

El ISS paga estas pensiones, a través de las oficinas de Adpostal, Corporaciones de Ahorro y Vivienda y Bancos. El pensionado elige el sitio más cercano a su residencia y lugar donde se le cancelará su pensión mensualmente.

En caso de impedimento, el pensionado puede autorizar para el cobro a una tercera persona mediante un poder autenticado ante Notario. El ISS cancela también a domicilio cuando así lo requiera el pensionado.

AUXILIO FUNERARIO

El ISS concede un auxilio para gastos de sepelio del afiliado que acredite un mínimo de cinco semanas cotizadas con anterioridad a la muerte, originada por enfermedad o accidente común. Si la muerte se produce por accidente de trabajo no requiere cotización de semanas previas.

Si durante el período de protección el afiliado fallece y acredita un mínimo de cinco semanas de cotización, tiene derecho al pago por concepto de auxilio funerario.

El auxilio se paga a quien sufrague los gastos de las exequias de quien ha cotizado el número de semanas. El valor del auxilio funerario difiere así:

La persona que compruebe haber sufragado los gastos de entierro de un afiliado o pensionado, tendrá derecho a percibir un auxilio funerario equivalente al último salario base de cotización, o al valor correspondiente a la última mesada pensional recibida, según sea el caso, sin que éste auxilio pueda ser inferior a cinco (5) salarios mínimos legales mensuales vigentes, ni superior a diez (10) veces dicho salario.

Cuando los gastos funerarios por disposición legal o reglamentaria deban estar cubiertos por una póliza de seguros, el Instituto de Seguros Sociales, cajas, fondos o entidades del sector público podrán repetir contra la entidad aseguradora que lo haya amparado, por las sumas que se paguen por este concepto.

ATENCIÓN EN SALUD

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA 1991

Artículo 49

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

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA

Instituto de Seguros Sociales

La atención médica que ofrece el Seguro Social a los afiliados y derechohabientes, comprende los servicios de cuidado médico y odontológico, los cuales se suministran en primera instancia, en los Centros de Atención Básica, localizados en las diferentes ciudades del país.

El Instituto de Seguros Sociales, estableció tres niveles de atención en salud, conocidos con los nombres de: básico, intermedio y especializado. El nivel básico comprende consulta médica general, odontología, servicio de laboratorio y programas de salud comunitaria. El nivel intermedio ofrece servicio en cuatro especialidades, estas son: medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría, cirugía y servicios especializados de laboratorio y rayos X. El nivel especializado atiende servicios de alto nivel médico, con personal científico y modernos recursos tecnológicos.

La atención médica se suministra a través de un equipo de profesionales conformado por médicos y odontólogos, con sus respectivos auxiliares, responsables de atender la consulta de los usuarios, brindándoles la atención adecuada para su completa recuperación.

Desde la primera cita médica, al afiliado o derechohabiente se le asigna el médico u odontólogo que le atenderá. En caso que requiera servicios especializados, el médico tratante lo remite al Centro o Clínica que pueda suministrarlos oportunamente.

Estos centros son las Unidades de Atención Intermedia (UAI) o Especializadas (UPI) y tienen a su disposición diferentes servicios para su beneficio. Los afiliados y derechohabientes en el sistema tradicional, se asignan a los Centro de Atención Básica más cercano al sitio de trabajo y en el sistema de Medicina Familiar al Centro de Atención más cercano al lugar de residencia.

CITA MÉDICA

Todo beneficiario del Seguro Social puede recibir los servicios médicos, a partir del momento en que separe la cita correspondiente que indica la hora, la fecha y el lugar en el cual será atendido.

El trámite es el siguiente:

1. Con la tarjeta vigente de comprobación de derechos y el documento de identidad, el afiliado puede dirigirse al Centro de Atención Básica que se le haya asignado. El derechohabiente requiere de la tarjeta vigente de comprobación de derechos y el carné correspondiente.

2. Consulte su caso en la Unidad de Recepción, Información y Registro, URIR, del Centro de Atención Básica, para que se le otorgue la cita con el médico u odontólogo encargado de atender su consulta de salud.
3. No acuda a otros sitios sin que haya sido remitido previamente por el médico u odontólogo del Centro de Atención al cual usted pertenece.

Se recuerda, que los únicos casos que se atienden sin cita médica, son los de urgencias por accidente o enfermedad grave. Se procura no congestionar ese servicio para atender oportunamente a los usuarios que realmente lo necesitan.

URGENCIAS

Se entiende por urgencia la alteración de la integridad física o psíquica, por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiera de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas. Los servicios de urgencias se prestan en el Instituto a nivel de las clínicas especializadas, las Unidades de Cuidado Intermedio y, en algunos Centros de Atención Básica.

Se recuerda que todas las instituciones hospitalarias del país públicas o privadas, están obligadas a atenderlo en caso de urgencia sin exigir al paciente un pago anticipado.

Cuando se presente la urgencia, el paciente debe acudir a cualquiera de los Centros antes señalados, más cercano al lugar en donde se encuentre. En estos casos no se requiere de cita previa.

La atención de urgencias estará bajo el cuidado de un médico general quien será el responsable de evaluar su estado de salud, estabilizarlo si fuere posible, definir las conductas a seguir y cerciorarse que la atención que requiere el paciente sea inmediata.

COMO ATENDER LOS CASOS DE ACCIDENTES

Cuando ocurra un accidente en un lugar distante a los Centros de Atención del Seguro, o en una localidad donde el Instituto no posee servicios médicos propios

o contratados y, cuando el traslado del beneficiario constituye un riesgo para su vida, se debe acudir al Centro hospitalario, público o privado, más cercano.

Por atención médica en caso de urgencia prestada al beneficiario en centros distintos a los del ISS, el Instituto no hace el reembolso de gastos. Estos los factura la institución que prestó el servicio directamente al Instituto, En consecuencia el beneficiario debe abstenerse de cancelarlos. Las clínicas y hospitales están en la obligación de prestarle los servicios durante las primeras 48 horas, tiempo en el cual se estudiará la situación del paciente para trasladarlo a un Centro de Atención del ISS o a una institución a contrato.

Al término de la atención y dentro de los 30 días siguientes el afiliado debe solicitar al médico que lo trató la expedición del certificado de incapacidad para presentarlo en el Centro de Atención al cual está asignado y legalizar el reconocimiento del subsidio en dinero a que tiene derecho.

CENTROS DE ATENCIÓN EN SALUD

CENTRO DE ATENCIÓN BÁSICA-CAB

Es la puerta de entrada para la atención en salud del afiliado o derechohabiente, previa asignación del grupo familiar a un equipo médico y odontológico. Cada Centro tiene delimitada una zona geográfica de influencia y un número de usuarios bajo su cuidado.

En estos Centros encuentra los siguientes servicios:

1. Consulta médica y odontológica
2. Exámenes de laboratorio clínico y radiológico
3. Suministro de medicamentos
4. Atención a la materna
 - a. Identificación temprana del embarazo
 - b. Preparación física y psicológica para el parto
 - c. Seguimiento física y psicológica para el parto
 - d. Control odontológico periódico
 - e. Prevención y control del aborto
 - f. Seguimiento del puerperio

5. Actividades en beneficio de los menores:

- a. Seguimiento y evaluación del crecimiento y desarrollo sicomotor y afectivo.
- b. Protección contra las enfermedades inmuno-prevenibles.
- c. Prevención y control de las caries dental
- d. Diagnóstico precoz de los defectos de audición, el lenguaje, la visión y la locomoción, entre otros.

UNIDAD DE ATENCIÓN INTERMEDIA - UAI-

Atiende los casos remitidos por el equipo médico u odontológico del Centro de Atención Básica, al cual se encuentra adscrito el usuario.

Dispone en la consulta externa y en los servicios de hospitalización y de urgencias de los recursos necesarios para brindarle atención especializada de pediatría, obstetricia, ginecología, oftalmología, otorrinolaringología y traumatología.

Dependiendo de su capacidad instalada ofrece atención en otras especialidades. Tiene los servicios de apoyo asistencial, tales como: laboratorio clínico, radiología, nutrición, cardiología, patología y rehabilitación. Igualmente, desarrolla actividades en el área de salud ocupacional.

UNIDAD PROGRAMÁTICA INSTITUCIONAL -UPI-

Es la clínica de más alta especialidad científica y tecnológica, en la cual se practican exámenes y procedimientos médicos de gran cuidado y complejidad.

Para recibir los servicios, usted debe presentar la hoja de referencia para el examen o tratamiento, expedida por el médico especialista, así como el documento de identidad y la tarjeta de servicios o carné en el caso de los derechohabientes.

El Instituto de Seguros Sociales, dispone de cuatro Centros de Atención de alta especialidad, clasificados como Unidades Programáticas Institucionales, UPIS.

REMISIÓN

El afiliado o derechohabiente es remitido a un Centro de Atención Especializada, cuando el médico u odontólogo del equipo de profesionales encargado de atender su consulta de nivel básico, considere necesario transferir el cuidado del paciente a un especialista, o a un Centro que posea los servicios indispensables para su recuperación.

La remisión se produce una vez el médico tratante determine la complejidad de la afección y evalúe si se tienen o no los recursos humanos y físicos necesarios para atender al paciente. Para remitir una personal, el médico tratante escribe en la orden de referencia todos los datos del usuario y, el coordinador del Centro de Atención Básica ordena el trámite correspondiente y hace entrega de la documentación al beneficiario para que acuda a la institución médica asignada para su atención.

Los resultados de los exámenes y procedimientos de diagnóstico practicados, al igual que las recomendaciones del especialista, se envían al médico general que le atiende en el CAB, con el objeto de continuar evaluando su comportamiento de salud.

SERVICIOS DE APOYO ASISTENCIAL

Está integrado por un grupo de profesionales capacitados en diferentes áreas de la salud y complementan el trabajo desarrollado por el equipo de atención médica y odontológica de los Centros de Atención Básica, Intermedia y Especializada, con el objeto de prestar al usuario del ISS un servicio integral y oportuno. El grupo de apoyo asistencial cumple, entre otras, las siguientes funciones:

LABORATORIO CLÍNICO

Practica los exámenes de laboratorio ordenados por el médico tratante para diagnosticar el origen de sus problemas de salud.

El servicio se presta en la mayoría de los Centros de Atención Básica, Intermedia y Especializada. También puede delegarse a entidades a contrato, previa remisión del médico tratante.

RADIOLOGÍA

Atiende los servicios de rayos X ordenados por el médico tratante. El afiliado debe informarse a través de la auxiliar del equipo médico o, en la Unidad de Recepción, Información y Registro, URIR, del Centro de Atención, sobre la fecha, el sitio y la preparación que requiere para que se le practique el examen.

MEDICAMENTOS

Una vez el médico le formule los medicamentos, diríjase a la farmacia del Centro de Atención donde le fue expedida la fórmula y preséntela en la ventanilla de atención junto con la tarjeta de servicios y su documento de identidad para adquirir la droga recetada. Firme el comprobante respectivo, que indica que recibió a satisfacción lo ordenado por el médico u odontólogo.

Si por alguna razón no hay existencia de un medicamento, el despachador le informará el día en que usted puede regresar a reclamarlo.

MATERNIDAD

ATENCIÓN PARA MATERNAS

Es el derecho que adquiere la afiliada, para recibir los servicios de atención médica y odontológica, a partir del momento en que ha cotizado cuatro (4) semanas al ISS.

En las zonas donde no se ha extendido el Seguro Médico Familiar, la esposa o la compañera del afiliado solamente tiene derecho por el Seguro de Enfermedad General y Maternidad, E.G.M. a la asistencia médica, odontológica y obstétrica, durante el embarazo, parto y puerperio.

El hijo del afiliado en donde sólo hay Seguro de E.G.M., tiene derecho a atención hasta el primer año de vida. Después, si se pronostica enfermedad dentro del primer año, y según concepto médico, existe pronóstico favorable de curación.

ATENCIÓN MÉDICA PARA MATERNAS

El cuidado prenatal se presta en el Centro de Atención Básica al cual está adscrita la beneficiaria.

A la cuarta semana de inscripción al ISS, la esposa o compañera del trabajador recibe un carné de beneficiaria de maternidad que le da derecho a disfrutar de la atención materna que ofrece el Seguro.

Durante el embarazo, la madre posee un carné de control prenatal en el cual se registran las consultas médicas, los controles de enfermería y las citas para asistir a las conferencias que programe el CAB o la clínica donde le será atendido el parto.

La madre tiene derecho a la asistencia médica, obstétrica, odontológica y paramédica, durante el embarazo, el parto y el puerperio.

El parto se atiende en las clínicas del ISS en todo el país, o en los Centros Hospitalarios Especializados con los cuales el Seguro tiene contratos. Para tener derecho a atención del parto y a la Licenciada por Maternidad, se requieren doce (12) semanas de cotización previas.

DERECHO DEL RECIEN NACIDO

El recién nacido tiene protección por parte del ISS durante el primer año de edad y se debe inscribir ante el Seguro con los siguientes requisitos: registro civil de nacimiento, tarjeta de comprobación de derechos vigente y constancia de nacimiento cuando la madre es atendida en una clínica diferente al Seguro.

El niño recibe el servicio de atención médica en las Unidades Pediátricas del CAB o, en las clínicas o centros especializados del ISS. Para ser atendido, se expide un carné de pediatría a nombre del menor, con el cual los padres pueden solicitarle los servicios de salud, vacunación, control de crecimiento y desarrollo, durante el primer año de vida, a través del sistema de medicina clásica y hasta los 18 años por el sistema de medicina familiar. Esta última disposición sólo rige para algunas seccionales del país, aún cuando la política institucional hacia el futuro es ampliar su cobertura a nivel nacional.

Es importante destacar, que al igual que los adultos, los niños también cuentan con los servicios de centros de Alta Especialidad, como la CLINICA DEL NIÑO «JORGE BEJARANO» en Santafé de Bogotá, que atiende a beneficiarios del ISS de todo el país, previa remisión del médico que trata al infante.

ATENCIÓN EN SALUD POR ACCIDENTE DE TRABAJO O ENFERMEDAD PROFESIONAL

SALUD OCUPACIONAL Y MEDICINA LABORAL

La Salud Ocupacional es otro de los servicios que el Instituto de los Seguros Sociales brinda a sus beneficiarios, a través del cual se persiguen objetivos de prevención, atención médica y prestaciones económicas, relacionados todos ellos con las actividades laborales y con los riesgos que ellas mismas pueden implicar.

El propósito fundamental de este servicio es la preservación de la salud y de las condiciones físicas del trabajador mediante la prevención de circunstancias y eventos que puedan lesionarlo.

En caso que el trabajador se vea afectado por un quebranto de salud, es importante establecer la vinculación de dicha enfermedad con su actividad laboral, lo cual permite un diagnóstico y un tratamiento más acertado, así como la formulación de estrategias de prevención de posibles situaciones futuras que comprometan la salud y el bienestar del trabajador.

Esta rama de la atención en salud, se ocupa por tanto de todas aquellas enfermedades profesionales o asociadas con el trabajo, que puedan sobrevenir durante el período en que el trabajador desarrolle una actividad específica. Se entiende como tal los estados patológicos que se producen como consecuencia directa de la clase de trabajo que desempeña el asegurado o del ambiente en que se vea obligado a laborar.

También se clasifican las enfermedades asociadas con el trabajo relativas a problemas de salud preexistentes en el trabajador -previos a su vinculación a un trabajo determinado- que pueden verse agravadas o desencadenadas por la exposición a ciertos agentes de riesgo, como pueden ser:

Químicos: Humo, polvo, gas o vapor de cualquier sustancia que pueda incorporarse al ambiente y ocasionar lesiones al entrar el trabajador en contacto con ellos.

Físicos: Ruido excesivo, vibraciones, temperaturas extremas, radiaciones, etc.; que pueden repercutir en las condiciones físicas del trabajador.

Biológicos: Virus, bacterias, hongos, parásitos, insectos y otros agentes semejantes que están potencialmente presentes en diversas actividades desarrolladas por el ser humano.

Ergonómicos: Malas posturas en el trabajo, carga mental, fatiga, esfuerzos físicos excesivos, etc. que pueden afectar principalmente los sistemas psicológico y músculo-esquelético del trabajador.

Estos agentes de riesgo son clasificados y evaluados en cada empresa mediante visitas que realiza el Equipo de Salud del ISS, encargado de velar por la salud y las condiciones en que laboran los afiliados.

SERVICIOS MÉDICOS EN EL EXTERIOR

Sólo dos situaciones de salud pueden justificar la atención médica quirúrgica de un afiliado o derechohabiente en el exterior.

1. Cuando el beneficiario requiera de un procedimiento médico que no se practique en el país y exista pronóstico favorable de curación. En este caso, siempre debe existir la remisión previa por parte del Instituto, y
2. Cuando el afiliado se encuentre transitoriamente en otro país y sufra un accidente o enfermedad grave que produzca riesgo inminente de muerte o agravamiento severo.

En la primera situación, el ISS le suministrará el pasaje de ida y de regreso al sitio en donde va a ser atendido y le concede un avance en dinero para sufragar los gastos correspondientes a los servicios de salud que le presten. A su regreso al país, legalizará el avance y el Instituto le reconocerá la diferencia.

En la última situación, el afiliado presentará dentro de los 60 días hábiles siguientes a su regreso al país, los siguientes documentos:

1. Resumen de la historia clínica que se elaboró en el hospital en donde fue atendido, con el objeto de establecer la naturaleza de la urgencia, conocer las indicaciones del médico para continuar con su tratamiento y la duración de la incapacidad.
2. Cuentas debidamente canceladas por los servicios médicos prestados.
3. Copia autenticada de la Tarjeta de Comprobación de Derechos del afiliado o derechohabiente, vigente a la fecha en que se presentó la urgencia.

Los dos primeros documentos, deben estar reconocidos por el consulado de Colombia o el de una nación amiga, más cercano al hospital en donde fue atendido y solicitar en el Ministerio de Relaciones Exteriores su traducción al idioma español.

Con los anteriores documentos, el Instituto le reconocerá los gastos-estrictamente médicos-ocasionados, liquidados a las tarifas oficiales del ISS.

SERVICIOS SOCIALES COMPLEMENTARIOS PARA LOS PENSIONADOS

Establécese un programa de auxilios para los ancianos indigentes que cumplan los siguientes requisitos:

- a. Ser Colombiano;
- b. Llegar a una edad de sesenta y cinco o más años;
- c. Residir durante los últimos diez años en el territorio nacional;
- d. Carecer de rentas o de ingresos suficientes para su subsistencia, o encontrarse en condiciones de extrema pobreza o indigencia, de acuerdo con la reglamentación que para tal fin expida el Consejo Nacional de Política Social.
- e. Residir en una institución sin ánimo de lucro para la atención de

ancianos indigentes, limitados físicos o mentales y que no dependan económicamente de persona alguna. En estos casos el monto se podrá aumentar de acuerdo con las disponibilidades presupuestales y el nivel de cobertura. En este evento parte de la pensión se podrá pagar a la respectiva institución.

El Gobierno Nacional reglamentará el pago de los auxilios para aquellas personas que no residan en una institución sin ánimo de lucro y que cumplan los demás requisitos.

Cuando se trate de ancianos indígenas que residan en sus propias comunidades, la edad que se exige es de cincuenta (50) años o más. Esta misma edad se aplicará para dementes y minusválidos.

Las entidades territoriales que establezcan este beneficio con cargo a sus propios recursos, podrán modificar los requisitos anteriormente definidos.

El programa para los ancianos tendrá por objeto apoyar económicamente y hasta por el 50% del salario mínimo legal mensual vigente, a las personas que cumplan las condiciones señaladas y de conformidad con las metas que el CONPES establezca para tal programa.

El programa se financiará con los recursos del presupuesto general de la nación que el Conpes destine para ello anualmente, y con los recursos que para tal efecto puedan destinar los departamentos, distritos y municipios.

El Gobierno Nacional reglamentará los mecanismos y procedimientos para hacer efectivo el programa contemplando mecanismos para la cofinanciación por parte de los departamentos, distritos y municipios. El programa podrá ser administrado y ejecutado de manera descentralizada. Así mismo, el Gobierno podrá modificarlos requisitos dependiendo de la evolución demográfica y la evolución de la población beneficiaria del programa.

EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

El trabajador independiente o autónomo es aquel que realiza actividades laborales de manera personal y directa, sin depender de un jefe o entidad.

También es trabajador independiente el patrono que labora en su propia empresa.

El afiliado por el sistema de trabajador independiente tiene derecho a las prestaciones asistenciales y económicas señaladas en los reglamentos generales de los seguros de enfermedad general y maternidad y, de invalidez, vejez y muerte, vigente para los trabajadores asalariados, tan pronto hayan cotizado el número mínimo de semanas previsto para cada caso.

AFILIACIÓN

La afiliación del trabajador independiente es voluntaria y puede hacerla personalmente o a través de un gremio o asociación. Esta última actúa como intermediaria ante el ISS para efectos de la afiliación y el pago de los aportes del trabajador.

El porcentaje de las cotizaciones y aportes para los seguros de enfermedad general, maternidad, médico-familiar e invalidez, vejez y muerte, son los mismos que rigen para el trabajador asalariado.

TRÁMITE

Los trámites para diligenciar los formularios de afiliación son:

- . Llenar el formato de registro y novedades patronales, el cual se adquiere de manera gratuita en las oficinas de afiliación y registro correspondientes.

TARJETA DE COMPROBACIÓN DE DERECHOS

La tarjeta de «comprobación de derechos», se le entregará cada dos meses en el sitio que se indica en la factura de cobro. Cada vez que se necesite los servicios médicos debe presentar esta tarjeta junto con su documento de identidad.

LIQUIDACIÓN DE APORTES

Los aportes de los trabajadores independientes son los mismos que contempla la ley para los trabajadores dependientes.

Los aportes se hacen mensualmente, mediante el pago de las facturas que expide el ISS y su valor puede cancelarse en los bancos autorizados por el Seguro.

TRABAJADOR DEL SERVICIO DOMÉSTICO

Es la persona que a cambio de una remuneración presta su servicio personal en forma directa, de manera permanente residiendo o no en el lugar de trabajo. Esta persona realiza tareas de aseo, cocina, lavado, planchado y demás labores del hogar.

A las personas del servicio doméstico comúnmente se llaman «internas». A quienes se desplazan a su sitio de trabajo les llaman «por días».

El Estado financia el 50% de las cotizaciones, mediante recursos generados por IVA social.

SERVICIOS DE SALUD Y PRESTACIONES ECONÓMICAS

El Instituto de Seguros Sociales tiene reglamentado para los trabajadores domésticos los mismos servicios de atención médica y odontológica que protegen a todos sus afiliados. Estos son: enfermedad general y maternidad, E.G.M.; invalidez, vejez y muerte, I.V.M.; y accidente de trabajo y enfermedad profesional, A.T.E.P., esta última producida durante el período de afiliación al Seguro.

TERMINACIÓN DEL SERVICIO

- . Si transcurren tres (3) meses consecutivos de mora en el pago, el Seguro desafiliará automáticamente al trabajador.
- . Al finalizar la relación laboral el patrono debe acercarse inmediatamente a la oficina donde efectuó la afiliación para anularla, mediante la elaboración del correspondiente formulario de novedad.
- . El ISS se reserva el derecho de investigar en cualquier momento la veracidad o exactitud de la información consignada en los formularios de afiliación.

- . Si no avisa el retiro de su empleada seguirá recibiendo cuentas de cobro.
- . Al contratar o recibir otra empleada debe hacer otra afiliación.
- . Los trámites y formularios de inscripción no tiene ningún costo.

SACERDOTES DIOCESANOS Y MIEMBROS DE LAS COMUNIDADES RELIGIOSAS DE LA IGLESIA CATÓLICA

Bajo esta modalidad de Seguros Sociales, los sacerdotes diocesanos y los miembros de las comunidades religiosas de la iglesia católica pueden recibir los servicios que presta el ISS, en la modalidad de seguro médico familiar, en las zonas donde el Instituto atiende a los trabajadores asalariados.

Los miembros de dichas comunidades están amparados contra los riesgos de invalidez, vejez y muerte y enfermedad general.

SEGURO SOCIAL PARA LAS MADRES COMUNITARIAS

Este seguro protege a las madres que trabajan para los hogares de Bienestar Familiar e incluye los beneficios en enfermedad general y maternidad. Lo anterior se fundamenta en el Decreto 1791 de 1990.

La afiliación de las madres comunitarias se hace a través de la Asociación de Padres de Familia; el valor de los aportes es del 8% sobre el salario mínimo legal vigente. Las prestaciones económicas se cancelan de acuerdo con las normas que regulan el seguro de enfermedad general y maternidad.

MENOR TRABAJADOR

Es toda persona menor de dieciocho (18) años.

Es obligación del empleador afiliar al menor trabajador. Según el Acuerdo No. 044 de 1989.

El empleador que no afilie al menor trabajador, deberá pagar la indemnización y prestará además los servicios de rehabilitación cuando en caso de accidente se requiera.

CONDICIONES DE TRABAJO DEL MENOR

De acuerdo con la Ley del menor trabajador, al empleador no le es permitido:

- Trasladar al menor del lugar de su domicilio
- Ejecutar, autorizar o permitir todo acto que atente contra la salud física, moral o síquica del menor trabajador.
- Retener suma alguna, salvo en caso de retención en la fuente, aporte del Instituto de Seguros Sociales y cuotas sindicales.
- Ordenar o permitir labores prohibidas para menores de edad tales como:
 1. Trabajos que tengan que ver con sustancias tóxicas o nocivas para la salud.
 2. Trabajos a temperaturas anormales o en ambientes sin ventilación.
 3. Trabajos de minería de toda índole y los que tengan agentes nocivos, tales como contaminantes.
 4. Trabajos en altos hornos de fundición de metales, en hornos de recocer metales.
 5. Trabajos donde el menor trabajador esté expuesto a ruidos que sobrepasen ochenta (80) decibeles.
 6. Trabajos donde se tenga que manipular con sustancias radioactivas, rayos X, pinturas luminiscentes, exposición a radiaciones ultravioletas, infrarrojas.
 7. Todo tipo de labores que impliquen exposición a corrientes eléctricas de alto voltaje.
 8. Trabajos submarinos.

9. Trabajo en basurero o en cualquier otro tipo de actividades donde se generen agentes biológicos patógenos.
10. Aquellos que impliquen el manejo de sustancias explosivas, inflamables o cáusticas.

MENOR NO AFILIADO

Cuando un trabajador mayor de doce (12) años y menor de dieciocho (18) años no se encuentre afiliado y requiera los servicios de salud como consecuencia de un accidente de trabajo, enfermedad profesional, enfermedad general y maternidad, deberá solicitar la asistencia médica en el Centro de Atención Básica -CAB- cerca del sitio de trabajo. El Instituto le prestará los correspondientes servicios de salud, pero exigirá al empleador el reembolso respectivo.

CENTROS DE ATENCION BASICA Y SU POBLACION ADSCRITA POR SECCIONALES

SECCIONAL MUNICIPIOS	NOMBRE CAB	NUMERO BENEFICIARIOS ₁
AMAZONAS		
LETICIA		3.222
TOTAL BENEFICIARIOS		3.222
ANTIOQUIA		
MEDELLIN	BARRIO COLOMBIA	67.853
MEDELLIN	CAMPO VALDES	54.381
MEDELLIN	CENTRAL	110.546
MEDELLIN	CORDOBA	80.029
MEDELLIN	GUSTAVO URIBE E.	95.206
MEDELLIN	SAN JUAN DE DIOS	71.913
MEDELLIN	HERNAN POSADA	92.528
MEDELLIN	OCCIDENTE	36.931
TOTAL MEDELLIN ₂		609.387
AMAGA	AMAGA	8.927
ANGELOPOLIS	ANGELOPOLIS	761
APARTADO	APARTADO	26.008
BARBOSA	BARBOSA	7.648
BELLO	BELLO	61.604
CALDAS	CALDAS	19.723
CAREPA	CAREPA	9.559
CARMEN DE VIBORAL	EL CARMEN	4.156
CHOGOROGO	CHOGORODO	11.667
COPACABANA	COPACABANA	11.687
EL RETIRO	EL RETIRO	3.003
ENVIGADO	ENVIGADO	53.244
GIRARDOTA	GIRARDOTA	7.711
GUARNE	GUARNE	3.653
LA ESTRELLA	LA ESTRELLA	9.090
LA CEJA	LA CEJA	8.280
MARINILLA	MARINILLA	3.815
RIONEGRO	RIONEGRO	20.454

SECCIONAL MUNICIPIOS	NOMBRE CAB	NUMERO BENEFICIARIOS ₁
SABANETA	SABANETA ₂	
FREDONIA	FREDONIA	3.001
SANTUARIO	SANTUARIO	1.096
SONSON		1.112
YARUMAL		1.339
TITIRIBI	TITIRIBI	1.251
VENECIA	VENECIA	815
ABEJORRAL		338
DON MATIAS		19
BERRIO		2
TOTAL BENEFICIARIOS		889.350
ATLANTICO		
BARRANQUILLA	CENTRO	187.153
BARRANQUILLA	NORTE	112.937
BARRANQUILLA	SUR ₄	237.705
TOTAL BENEFICIARIOS		537.795
BOLIVAR		
CARTAGENA	CENTRAL	54.901
CARTAGENA	EL BOSQUE	17.099
CARTAGENA	MAMONAL	6.386
CARTAGENA	PEDRO DE HEREDIA	24.618
TOTAL CARTAGENA	RECURSO PROPIO	103.004
MAGANGUE	MAGANGUE	6.428
BENEFICIARIOS, MUNICIPIOS ATENDIDOS EN MUNICIPIOS CON SERVICIOS		3.554
PENSIONADOS Y DERECHOHABIENTES		9.648
TOTAL DE BENEFICIARIOS		122.634
BOYACA		
TUNJA	TUNJA	38.838
SOGAMOSO	SOGAMOSO	36.205
CHIQUINQUIRA	CHIQUINQUIRA	9.583
STA. ROSA DE V.	SANTA ROSA DE VITERBO	660
PAZ DEL RIO	SIDEBOYACA	3.465

SECCIONAL MUNICIPIOS	NOMBRE CAB	NUMERO BENEFICIARIOS ₁
DUITAMA	DUITAMA	28.362
GUATEQUE	GUATEQUE	2.859
PAIPA	PAIPA	3.855
SAMACA	SAMACA	2.019
SANTA MARIA	SANTA MARIA	1.753
SOTAQUIRA	SOTAQUIRA	92
YOPAL (CASANARE)	YOPAL	10.911
BENEFICIARIOS, MUNICIPIOS ATENDIDOS EN MUNICIPIOS CON SERVICIOS		27.950
PENSIONADOS Y SUS DERECHOHABIENTES		12.866
TOTAL BENEFICIARIOS		179.427
CALDAS		
MANIZALES	1	30.400
MANIZALES	2	30.621
MANIZALES	3	23.054
TOTAL MANIZALES		84.075
LA DORADA		15.444
AGUADAS		2.080
ARANZAZU		1.078
FILADELFIA		1.177
LA MERCED		515
MARULANDA		276
MANZANARES		968
MARQUETALIA		344
NEIRA		4.285
PÁCORÁ		1.359
PALESTINA		4.528
PENSILVANIA		1.493
RISARALDA		2.117
SALAMINA		2.477
SAMANÁ		497
VICTORIA		664
CHINCHINÁ		13.990
ANSERMA		4.818
RIOSUCIO		3.430
SUPÍA		1.766
MARMATO		1.088
TOTAL BENEFICIARIOS		148.469

SECCIONAL MUNICIPIOS	NOMBRE CAB	NUMERO BENEFICIARIOS ₁
CAQUETA		
FLORENCIA	FLORENCIA	7.311
BENEFICIARIOS OTROS MUNICIPIOS ATENCION BASICA PRESTADA POR ACTIVIDAD		1.722
PENSIONADOS Y SUS DERECHOHABIENTES		301
TOTAL BENEFICIARIOS		9.334
CAUCA		
POPAYAN ₅	VICTOR CHAUX VILLAMIL	67.558
CORINTO	CORINTO	3.467
MIRANDA	MIRANDA	4.144
PUERTO TEJADA	PUERTO TEJADA	32.503
SANTANDER DE Q.	SANTANDER DE QUILICHAO	10.466
PATIA	(Atendido por otros municipios)	2.467
PURACE	(Atendido por otros municipios)	1.495
PENSIONADOS Y SUS DERECHOHABIENTES ₆		8.418
TOTAL BENEFICIARIOS		130.518
CESAR		
VALLEDUPAR	VALLEDUPAR	64.817
CODAZZI	CODAZZI	11.046
EL ROBLE	EL ROBLE	1.992
AGUACHICA	AGUACHICA	4.974
PENSIONADOS Y DERECHOHABIENTES		1.741
TOTAL BENEFICIARIOS		84.570
CHOCO		
QUIBDO ₇	QUIBDO	11.644
ISTMINA	ISTMINA	942

SECCIONAL MUNICIPIOS	NOMBRE CAB	NUMERO BENEFICIARIOS _i
-------------------------	------------	--------------------------------------

BENEFICIARIOS, MUNICIPIOS ATENDIDOS EN MUNICIPIOS CON SERVICIOS		588
--------------------------------------------------------------------	--	-----

PENSIONADOS Y SUS DRECHOHABIENTES		238
-----------------------------------	--	-----

TOTAL BENEFICIARIOS		13.412
---------------------	--	--------

CORDOVA

MONTERIA _s	CENTRAL	20.872
-----------------------	---------	--------

SAN BERNARDO	SAN BERNARDO	528
--------------	--------------	-----

CERETE	CERETE	1.728
--------	--------	-------

CHINU	CHINU	1.082
-------	-------	-------

LORICA	LORICA	4.400
--------	--------	-------

MONTELIBANO	MONTELIBANO	8.294
-------------	-------------	-------

PLANETA RICA	PLANETA RICA	4.758
--------------	--------------	-------

SAHAGUN	SAHAGUN	3.197
---------	---------	-------

TIERRALTA	TIERRALTA	1.448
-----------	-----------	-------

AYAPEL	AYAPEL	1.188
--------	--------	-------

PENSIONADOS Y DERECHOHABIENTES		1.496
--------------------------------	--	-------

TOTAL BENEFICIARIOS		48.989
---------------------	--	--------

CUNDINAMARCA

9

BOGOTA	CENTRAL	172.108
--------	---------	---------

BOGOTA	SANTAFE	73.804
--------	---------	--------

BOGOTA	LOS ALCAZARES	70.558
--------	---------------	--------

BOGOTA	CENTRO NORTE	29.619
--------	--------------	--------

BOGOTA	LA GRANJA	51.934
--------	-----------	--------

BOGOTA	CHAPINERO	252.140
--------	-----------	---------

BOGOTA	SANTA BARBARA	84.246
--------	---------------	--------

BOGOTA	USAQUEN	36.825
--------	---------	--------

BOGOTA	CARLOS ECHEVERRI	127.835
--------	------------------	---------

BOGOTA	EL DORADO	52.510
--------	-----------	--------

BOGOTA	FONTIBON	34.465
--------	----------	--------

BOGOTA	KENNEDY	33.836
--------	---------	--------

BOGOTA	PAIBA	158.033
--------	-------	---------

BOGOTA	20 DE JULIO	35.538
--------	-------------	--------

BOGOTA	ALQUERIA	51.384
--------	----------	--------

BOGOTA	COMERCIAL Y BANCARIO	116,020
--------	----------------------	---------

BOGOTA	QUIROGA	37,893
--------	---------	--------

BOGOTA	SAN CARLOS	12.827
--------	------------	--------

SECCIONAL MUNICIPIOS	NOMBRE CAB	NUMERO BENEFICIARIOS ₁
BOGOTA	SANTA ISABEL	41.262
BOGOTA	TUNUELITO	25.233
MUÑA (BOGOTA)	MUÑA	13.324
SUBA (BOGOTA)	SUBA	23.981
TOTAL BOGOTA ₁₀		1.535.375
SOACHA	SOACHA	14.612
BOSA	BOSA	44.492
CAJICA	CAJICA	9.372
CHIA	CHIA	11.032
SOPO	SOPO	5.510
UBATE	UBATE	6.872
ZIPAQUIRA	ZIPAQUIRA	30.418
FACATATIVA	FACATATIVA	19.644
FUNZA	FUNZA	18.118
GUADUAS	GUADUAS	3.791
MADRID	MADRID	19.422
MOSQUERA	MOSQUERA	6.764
VILLETA	VILLETA	7.547
FUSAGASUGA	FUSAGASUGA	21.174
GIRARDOT	GIRARDOT	24.283
ZONA NORTE	(Afiliados de Suesca, Sesquilé Guatavita, Tocancipá, Gachancipá, Chocontá y Villapinzón, atendidos por contratos de paquetes de atención básica para 1.000 beneficiarios)	10.991
TOTAL BENEFICIARIOS		1.789.417
GUAJIRA		
RIOHACHA	RIOHACHA	38.523
ALBANIA	ALBANIA	(*)
HATO NUEVO	HATO NUEVO	(*)
MAICAO	MAICAO	9.448
PUERTO BOLIVAR	PUERTO BOLIVAR	(*)
BENEFICIARIOS, MUNICIPIOS ATENDIDOS POR MUNICIPIOS CON SERVICIOS		
		7.555
TOTAL BENEFICIARIOS		55.526

(*) AFILIADOS SISTEMA A.L.A. INCLUIDO EN POBLACION DE RIOHACHA.

HUILA

SECCIONAL MUNICIPIOS	NOMBRE CAB	NUMERO BENEFICIARIOS _i
NEIVA	NEIVA	35.433
CAMPO ALEGRE	No. 2	3.240
GIGANTE	No. 3	2.044
GARZON	No. 4	6.917
LA PLATA	No. 5	2.365
PITALITO	No. 6	5.134
BENEFICIARIOS, MUNICIPIOS, ATENDIDOS EN MUNICIPIOS CON SERVICIOS		6.814
PENSIONADOS Y SUS DERECHOHABIENTES		4.000
TOTAL BENEFICIARIOS		65.947
MAGDALENA		
SANTA MARTA	SANTA MARTA	106.787
CIENAGA	CIENAGA	39.481
EL BANCO	EL BANCO	2.927
FUNDACION	FUNDACION	9.745
PIVIJAY	PIVIJAY	2.416
EL PLATO	EL PLATO	2.369
ARACATACA ATENDIDO POR MUNICIPIO CON SERVICIOS		7.178
PENSIONADOS Y SUS DERECHOHABIENTES		6.272
TOTAL BENEFICIARIOS		177.175
META		
VILLAVICENCIO	1	79.761
ACACIAS	2	8.511
SAN MARTIN	3	4.113
GRANADA	4	5.481
PUERTO LOPEZ	5	3.054
VILLANUEVA	7	
CUMARAL	8	3.770
BENEFICIARIOS MUNICIPIOS ATENDIDOS POR MUNICIPIOS CON SERVICIOS		6.483
PENSIONADOS Y SUS DERECHOHABIENTES		2.645
TOTAL BENEFICIARIOS		113.818

SECCIONAL MUNICIPIOS	NOMBRE CAB	NUMERO BENEFICIARIOS:
NARIÑO		
PASTO	BARRIOS SURORIENTALES	42.953
PASTO	MARIDIAZ	26.326
TOTAL PASTO	RECURSO PROPIO	69.279
IPIALES	IPIALES	9.137
TUMACO	TUMACO	6.615
BENEFICIARIOS, MUNICIPIOS ATENDIDOS POR MUNICIPIOS CON SERVICIOS		2.190
TOTAL BENEFICIARIOS		87.221
NORTE DE SANTANDER		
CUCUTA	ATALAYA	18.370
CUCUTA	GUAYMARAL	113.013
CUCUTA	PATIOS	5.669
TOTAL CUCUTA		137.052
PAMPLONA	PAMPLONA	6.287
OCANA	OCANA	6.461
ARAUCA	ARAUCA (inactivo)	1.070
TOTAL BENEFICIARIOS		150.870
QUINDIO		
ARMENIA	HERNANDO VELEZ U.	41.478
ARMENIA	LIGIA NIETO DE JARAMILLO	33.936
TOTAL ARMENIA		75.414
CALARCA	ALDEMAR DUQUE	6.727
BUENAVISTA	BUENAVISTA	426
CIRCASIA	CIRCASI	1.649
CORDOBA	CORDOBA	415
FINLANDIA	FINLANDIA	1.376
GENOVA	GENOVA	1.047
LA TEBAIDA	LA TEBAIDA	2.102
MONTENEGRO	MONTENEGRO	3.566
PIJAO	PIJAO	1.147

SECCIONAL MUNICIPIOS	NOMBRE CAB	NUMERO BENEFICIARIOS
QUIMBAYA	QUIMBAYA	3.360
SALENTO	SALENTO	1.103
PENSIONADOS Y SUS DERECHOHABIENTES		10.011
TOTAL BENEFICIARIOS		108.342
RISARALDA		
PEREIRA	MARAYA	84.731
TOTAL PEREIRA		84.731
DOSQUEBRADAS	DOSQUEBRADAS	12.999
LA VIRGINAI	LA VIRGINIA	3.570
BENEFICIARIOS, MUNICIPIOS ATENDIDOS EN MUNICIPIOS CON SERVICIOS		7.388
PENSIONADOS Y SUS DERECHOHABIENTES		20.669
TOTAL BENEFICIARIOS		129.357
SAN ANDRES		
SAN ANDRES	SAN ANDRES	23.133
SANTANDER		
BUCARAMANGA	CENTRAL	69.889
BUCARAMANGA	NORTE	26.168
BUCARAMANGA	ORIENTE	26.168
TOTAL BUCARAMANGA		122.225
FLORIDABLANCA	BUCARICA	8.048
BARBOSA	BARBOSA	1.303
BARRANCABERMEJA	BARRANCABERMEJA	17.569
GIRON		
GIRON	GIRON	3.906
LEBRIJA	LEBRIJA	3.129
PIEDRECUESTA	PIEDRECUESTA	9.473
PUERTO WILCHES	PUERTO WILCHES	6.823
SAN GIL	SAN GIL	13.361
SOCORRO	SOCORRO	4.805

SECCIONAL MUNICIPIOS	NOMBRE CAB	NUMERO BENEFICIARIOS _i
BENEFICIARIOS, MUNICIPIOS ATENDIDOS POR MUNICIPIOS CON SERVICIOS		
		1.044
PENSIONADOS Y SUS DERECHOHABIENTES		
		16.884
TOTAL BENEFICIARIOS		
		208.569
SUCRE		
SINCELEJO	SINCELEJO	13.992
COROZAL	COROZAL	896
PENSIONADOS Y SUS DERECHOHABIENTES		
		707
TOTAL BENEFICIARIOS		
		15.595
TOLIMA		
IBAGUE	IBAGUE	118.817
AMBALEMA	AMBALEMA	1.416
CHAPARRAL	CHAPARRAL	1.605
ESPINAL	ESPINAL	14.894
FLANDES	FLANDES	824
FRESNO	FRESNO	1.408
GUAMO	GUAMO	2.668
GUAYABAL	GUAYABAL	2.782
LIBANO	LIBANO	1.679
MARIQUITA	MARIQUITA	4.657
PURIFICACION	PURIFICACION	1.511
HONDA	SIMON BOLIVAR	7.524
VENADILLO	VENADILLO	1.682
BENEFICIARIOS, MUNICIPIOS ATENDIDOS POR MUNICIPIOS CON SERVICIOS		
		1.117
PENSIONADOS Y SUS DERECHOHABIENTES		
		9.415
TOTAL BENEFICIARIOS		
		171.999
VALLE		
CALI	SENA_SALOMIA	46.834
CALI	ALFONSO LOPEZ	71.544
CALI	LA FLORA	69.343

SECCIONAL MUNICIPIOS	NOMBRE CAB	NUMERO BENEFICIARIOS ¹
CALI	LA SELVA	59.359
CALI	LOS CAMBULOS	86.992
CALI	OASIS	67.949
CALI	VILLA COLOMBIA	62.235
CALI	VILLA DEL SUR	39.787
TOTAL CALI		504.043
BUGALAGRANDE	BUGALAGRANDE	3.851
CERRITO	CERRITO	11.202
BUENAVENTURA	BUENAVENTURA	22.067
GUACARI	GUACARI	5.787
JAMUNDI	JAMUNDI	10.424
LA FLORIDA	LA FLORIDA	6.676
PRADERA	LA PRADERA	10.823
PALMIRA	LIBERTADORES	75.677
YUMBO	YUMBO	18.994
ZARZAL	ZARZAL	12.965
CANDELARIA	CANDELARIA	11.021
GINEGRA	GINEBRA	2.254
TULA	TULUA	28.079
BUGA	BUGA	32.633
CARTAGO	CARTAGO	24.720
ALCALA	ALCALA	588
ULLOA	ULLOA	283
SEVILLA	SEVILLA	5.392
CAICEDONIA	CAICEDONIA	3.101
TORO	TORO	706
UNION	UNION	7.283
EL CAIRO	EL CAIRO	168
VERSALLES	VERSALLES	2.382
DOVIO	EL DOVIO	20
TRUJILLO	TRUJILLO	457
DARIEN	DARIEN	1.253
DAGUA	DAGUA	3.117
EL AGUILA	EL AGUILA	26
TOTAL		805.991

1. Población asignada.
2. Incluye 8 consultorios de empresas
3. La población está adscrita al CAB ENVIGADO
4. Incluye la población del CAB de Sabanalarga
5. Incluye Sistema ALA
6. Incluye los pensionados de IVM y ATEP
7. Incluye sistema ALA
8. Incluye sistema ALA
9. Población asignada por adscripción

10. Incluye beneficiarios Sistema ALA y pensionados.
11. Incluido en Villavicencio
12. Incluye Villa del Rosario, Zulía y Pensionados
13. No reportan afiliados (En proceso de afiliación)
14. Incluye un consultorio de empresa
15. Incluye un consultorio de empresa
16. Incluye 1 consultorio de empresa
17. Incluye un consultorio de empresa

CLINICAS DEL ISS**ANTIOQUIA**

- | | |
|--------------------------------------|----------|
| 1. CLINICA LEON XIII | MEDELLIN |
| 2. CLINICA MARIA DEL ROSARIO | ITAGUI |
| 3. CLINICA SANTA GERTRUDIS | ENVIGADO |
| 4. CLINICA VICTOR CARDENAS JARAMILLO | BELLO |

ATLANTICO

- | | |
|-------------------|--------------|
| 5. CLINICA ANDES | BARRANQUILLA |
| 6. CLINICA CENTRO | BARRANQUILLA |
| 7. CLINICA NORTE | BARRANQUILLA |
| 8. CLINICA SUR | BARRANQUILLA |

BOLIVAR

- | | |
|----------------------|-----------|
| 9. CLINICA CARTAGENA | CARTAGENA |
|----------------------|-----------|

BOYACA

- | | |
|----------------------------|------------|
| 10. CLINICA BELENCITO | NOBSA |
| 11. CLINICA SANTA TERESITA | PAZ DE RIO |
| 12. CLINICA JULIO SANDOVAL | SOGAMOSO |

CALDAS

- | | |
|-----------------------|-----------|
| 13. CLINICA MANIZALES | MANIZALES |
|-----------------------|-----------|

CAUCA

- | | |
|------------------------|---------------|
| 14. CLINICA DEL NORTE | PUERTO TEJADA |
| 15. CLINICA DEL FUTURO | POPAYAN |

CESAR

16. CLINICA ANA MARIA VALLEDUPAR

CUNDINAMARCA

17. CLINICA PEDIATRICA JORGE BEJARANO BOGOTA
18. CLINICA SAN PEDRO CLAVER BOGOTA
19. CLINICA SAN CARLOS BOGOTA
20. CLINICA SAN RAFAEL GIRARBOT

GUAJIRA

21. CLINICA MAICAO MAICADO
22. CLINICA RIOHACHA RIOHACHA

HUILA

23. CLINICA FEDERICO LLERAS ACOSTA NEIVA

MAGDALENA

24. CLINICA SANTA MARTA SANTA MARTA

META

25. CLINICA CARLOS HUGO ESTRADA VILLAVICENCIO

NARIÑO

26. CLINICA MARIDIAZ PASTO

NORTE SANTANDER

27. CLINICA ISS CUCUTA CUCUTA

QUINDIO

28. CLINICA SAN JOSE ARMENIA

RISARALDA

29. CLINICA PIO XII PEREIRA

SAN ANDRES

30. CLINICA ISS SAN ANDRES

SANTANDER

31. CLINICA LOS COMUNEROS BUCARAMANGA
32. CLINICA PRIMERO DE MAYO BARRANCABERMEJA

TOLIMA

33. CLINICA IBAGUE IBAGUE
34. CLINICA MEDICA DEL ESPINAL ESPINAL

VALLE

35. CLINICA NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN BUGA
36. CLINICA NUESTRA SEÑORA DE LA PAZ CARTAGO
37. CLINICA SANTA ANA TULUA
38. CLINICA SANTA ISABEL DE HUNGRIA PALMIRA
39. CLINICA RAFAEL URIBE URIBE CALI

INFORME ESTADÍSTICO 1993 DEL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES

PRESENTACIÓN

El Instituto de Seguros Sociales -ISS- se complace en entregar el Informe Estadístico del año 1993 que compendia la información básica del sistema de los seguros económicos y de salud, de su población aportante y beneficiaria (empleadores, afiliados pensionados y sus respectivos derechohabientes), así como de las operaciones y servicios que atiende el Instituto en sus áreas de salud y prestaciones económicas.

El ISS es la principal y más grande empresa de seguridad social del país. Existen seccionales en la mayoría de los departamentos del país, donde se tiene organizada la prestación de los servicios de salud en forma directa y en algunos casos se complementan con la contratación con otras entidades públicas y privadas. En el año 1993 se respondió a la mayor demanda de servicios con la mejora y racionalización de la oferta propia y una mayor contratación en atención básica y especializada. En las mismas seccionales se atiende el pago de las prestaciones económicas de los seguros económicos, correspondientes a: incapacidades de los seguros EGM y ATEP; pensiones de invalidez, vejez y muerte del seguro IVM y de invalidez y muerte del seguro ATEP. El sistema permite que estos pagos sean liquidados y atendidos directamente por los empleadores.

Del análisis de algunas de las estadísticas presentadas, se extrae la siguiente información y relaciones:

Los ingresos recaudados (aportes, más rendimientos financieros y otros) totalizaron \$1.102.571 millones de pesos, distribuidos \$524.292 millones del seguro EGM; \$474.713 del seguro IVM, y \$103.566 del seguro ATEP.

En 1993, el total de personas beneficiarias del ISS ascendió a 6.070.680, de los que un 56% corresponde a los afiliados como trabajadores de las empresas y trabajadores independientes; un 35% como derechohabientes (núcleo familiar inscrito del afiliado); y un 9% los pensionados y sus

derechohabientes (un 4.6% los pensionados y un 4.5% sus derechohabientes).

La población afiliada creció en un 8.1%, en tanto que la población de pensionados lo hizo en el 8.3%. La relación pensionado/afiliado es de 1/13.

El aporte (ingreso) promedio por beneficiario fue de \$74.571, en tanto que el gasto promedio por beneficiario fue de \$77.153, siendo deficitaria la operación del seguro EGM, particularmente en la medicina familiar.

Los servicios de atención básica del ISS son prestados en 329 establecimientos, de ellos 235 Centros de Atención Básica - CAB - y 94 consultorios instalados en grandes empresas.

Los servicios de salud de medicina intermedia y alta especialización, son atendidos en 228 centros, de ellos 40 instituciones hospitalarias del ISS y 188 instituciones públicas y privadas, vinculadas por relación contractual.

Para atender la población de beneficiarios del ISS, dispuso en 1993 de 6.075 camas, de éstas un 76% en instituciones propias y el 24% restante en instituciones a contrato.

Se atendieron 136.913 partos; 392.147 intervenciones quirúrgicas; 17.086.526 consultas (14.197.063 Médicas y 2.889.463 Odontológicas) y, por consulta ambulatoria despachó 11.995.043 fórmulas.

Se expidieron 11.619.473 días de incapacidades por valor de \$39.581 millones.

Las reservas actuariales ascendieron a \$779.375 millones de pesos, de éstas \$650.245 millones del seguro IVM y \$129.130 millones del seguro ATEP.

Para una mejor comprensión de los conceptos e información estadística, a

continuación se presente un glosario de los términos utilizados con su respectiva definición:

- P.E.A.:** Población Económicamente Activa.
- SECCIONALES:** El número de Seccionales es 25.
- MEDICINA CLÁSICA:** Se refiere a la que cubre al trabajador, la maternidad de la esposa o compañera y el primer año de vida del hijo.
- MEDICINA FAMILIAR:** Se refiere a la que cubre al trabajador, su esposa e hijos hasta los 18 años de edad. Cuando el trabajador es soltero, la atención ampara a sus padres.
- AFILIADOS:** Corresponde al número de trabajadores que aportan al ISS, incluidos los trabajadores independientes y del servicio doméstico.
- DERECHO-HABIENTE:** Quien recibe un servicio o prestación, con base en la dependencia que tenga con el afiliado y el pensionado.
- BENEFICIARIOS:** Quien recibe un servicio prestacional en forma directa, ésto es sin tener en cuenta a otras personas de las cuales pueda depender. Se comprende dentro de este término a los afiliados, los pensionados y sus correspondientes derecho-habientes.
- PENSIONADOS:** La edad legal de pensión por el ISS es de 55 años de las mujeres y 60 años los hombres.
- En el caso de los trabajadores del Instituto, para su jubilación las edades se reducen en cinco (5) años en cada grupo.

Además de la edad, el pensionado debe reunir requisitos mínimos de semanas cotizadas al ISS.

A partir del año 2014 las edades se incrementan a 57 años para las mujeres y 62 años para los hombres.

EGM:

Seguro de enfermedad general y maternidad. Su tarifa es del 7% en la medicina clásica y del 12% en la familiar.

En medicina clásica se eleva al 8% a partir del 1° de abril de 1994.

A partir del 1° de enero de 1995, habrá cobertura total de medicina familiar, con «Unidad de Pago Percapita -UPC», que cubrirá un plan básico de salud, con una cotización única hasta del 12%.

La tarifa se liquida sobre el valor de la nómina y el empleador cancela 2/3 partes y el trabajador 1/3 parte.

El trabajador independiente asume el total de la tarifa. Un punto de la cotización se destina al Fondo de Solidaridad y Garantía de Salud.

IVM:

Seguro de invalidez, vejez y muerte. Hasta el 31 de marzo de 1994 la cotización se mantiene en el 8%. A partir del 1° de abril se eleva al 11.5%.

En 1995 será del 12.5% y a partir de 1996 el 13.5%. Los empleadores pagarán el 75% de la cotización total y los trabajadores el 25% restante.

El trabajador independiente asume el total de la tarifa.

Quien devengue salario o remuneración superior

a cuatro salarios mínimos mensuales, debe cotizar un punto adicional con destino al Fondo de Solidaridad Pensional.

ATEP:

Seguro de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. Su tarifa oscila entre 0.28% y el 7%, dependiendo de la ubicación de la empresa o establecimiento de trabajo y del riesgo o ambiente en que labora el trabajador.

El total del costo del seguro está a cargo del empleador.

No cubre al trabajador independiente.

Las tarifas se pueden reducir en forma automática para las empresas que tengan adecuados programas de salud industrial y ocupacional y presenten disminuciones en el porcentaje de siniestros amparados por el seguro.

La fuente de la información contenida en este informe es la Oficina Nacional de Planeación (ONPE), que la toma de los registros y reportes que en forma mensual efectúan las unidades administrativas y operativas del Instituto.

En el año 1993, el ISS redefinió su misión/valores/visión, elementos básicos para orientar el proceso de reorganización y cambios requeridos para adecuarse al nuevo entorno que será competitivo y de libre elección. se definieron así:

MISIÓN

Describe nuestra razón de ser. Ser líder en la protección del asegurado y su familia, ofreciendo servicios integrales de salud y prestaciones económicas, con eficiencia y calidad.

VISIÓN

Describen cómo queremos hacer las cosas en el Instituto.

TRABAJAMOS CON ESTUSIASMO Y COMPROMISO PARA:

- Ser la empresa de Seguridad Social preferida de los colombianos por la calidad de sus servicios y la mayor cobertura nacional.
- Contar con el mejor equipo humano, orgulloso de pertenecer al Instituto de Seguros Sociales.
- Disponer de tecnología e infraestructura suficiente y apropiada, que satisfagan las necesidades y expectativas del asegurado y su familia.
- Funcionar con procesos ágiles y oportunos.
- Ser una empresa sólida y rentable que genere progreso, crecimiento y confianza.

VALORES

Describe hacia dónde queremos ir. Lo que queremos ser en el futuro, y cómo conseguirlo.

- Somos una gran empresa nacional con unidad de políticas y procedimientos.
- Nuestra razón de ser: la satisfacción del cliente, mediante el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios.
- Contamos con personal calificado en permanente proceso de superación al cual reconocemos sus méritos.
- Laboramos con honestidad, ética y compromiso.
- Trabajamos en forma descentralizada y autónoma; exigimos responsabilidad y eficiencia en el manejo de los recursos.
- Constituimos la más grande red de servicios de seguros económicos y de atención en salud, con óptima utilización de la información y las comunicaciones.

PRINCIPALES MACRO INDICADORES ISS 1993

AFILIADOS	3'424,986	54.4%
DERECHOHABIENTES	2'363,465	38.9%
PENSIONADOS	282,229	4.7%
MUNICIPIOS CUBIERTOS	312	
EMPRESAS	427,819	
CONSULTAS MEDICAS	14'197,063	
CONSULTAS ODONTOLOGICAS	2'889,463	
TRATAMIENTOS ODONT.(OPER, PERI, ENDO, CIRUG, M. ORAL)	3'153,525	
CAMAS PROPIAS	4,604	
EGRESOS	390,541	
CIRUGIA	392,147	
% OCUPAC	82.0	
DIAS X ESTANCIA	4,7	
FORMULAS DESPACHADAS	11'955.043	
EXA. DE LABORATORIO	12'347.716	
DIAS DE INCAPACIDAD	11'619.473	
PAGOS INCAPACIDAD	39.6 MILLONES	
INGRESOS		
EGM	524.292	
IVM	474.713	
ATEP	103.566	
TOTAL	1'102.571	
GASTO TOAL	958.484	
TOTAL BENEFICIARIOS	6'070.680	100%

INFORMACION BASICA DEL ISS 1992 - 1993

	1992	1993	VARIACION %
1. COBERTURA POBLACIONAL Y GEOGRAFICA			
POBLACIÓN TOTAL PAIS *	33,593,455	34,156,474	1.68
POBLACIÓN ECONOMICAMENTE ACTIVA	13,941,284	14,174,937	1.68
TOTAL BENEFICIARIOS	5,565,888	6,070,680	9.07
AFILIADOS	3,167,149	3,424,986	8.14
DERECHO-HABIENTES AFILIADOS	1,882,705	2,090,560	11.04
PENSIONADOS	260,510	282,229	8.34
DERECHO HABIENTES PENSIONADOS	255,524	272,905	6.80
NUMERO DE AFILIADOS / PEA	22.7	24.2	1.44
BENEFICIARIOS POBLACIÓN TOTAL	16.6	17.8	1.20
MUNICIPIOS CUBIERTOS	302	312	3.31
Medicina Clásica	96	96	0.00
Medicina Familiar	206	216	4.85
2. PRINCIPALES ACTIVIDADES DE SALUD			
CONSULTA MEDICA (TOTAL)	13,053,633	14,197,063	8.76
Medicina General	7,732,484	8,433,884	8.76
Urgencias	2,609,700	2,988,967	14.53
Especializada	2,711,449	2,774,212	2.31
CONSULTA ODONTOLOGICA	2,503,664	2,889,453	15.41
FORMULAS DESPACHADAS	10,873,124	11,955,043	9.95
EXAMANES DE LAB.CLINICO	11,783,370	12,347,716	4.79
NUMERO EGRESOS HOSP.	375,939	390,541	3.88
PROMEDIO NAC. % OCUPACIONAL	78.0	82.0	4.00
PROMEDIO NAC. DIAS DE ESTANCIA	4.7	4.7	0.00
NUMERO INTEVENCIONES QUIRURG.	318,310	392,147	23.20
NUMERO DE PARTOS	130,688	136,913	4.76
CAMAS DISPONIBLES PROPIAS	4,542	4,604	1.37
CAMAS CONT.SEGUN EST. OCUP.	1,422	1,471	3.45
CLINICAS (PROPIAS)	39	40	2.56
CENTROS DE ATENCION BAS.(CABS)	234	235	0.43

INT. HOSPITALARIAS A CONTRATO	170	188	10.59
RELACION CONSULTAS MEDICAS			
POR BENEFICIARIO	2.3	2.3	0.00
COBERTURA SALUD	27.0	39.2	12.20
CONCENTRACION EN CONSULTA	6.9	4.8	(2.10)
PORCENTAJE (%) EG/BENEF.	6.7	6.4	(0.30)
PORCENTAJE (%)INTERV.QUIRURG./BENEF.	5.7	6.5	0.80
EXAMENES DE LAB. POR CONSULTA	0.9	0.9	0.00
FORMULA MEDICA PORCONSULTA	0.8	0.8	0.00
TASA DE NATALIDAD	23.4	22.6	(0.80)
RELACION ABORTO/EMBARAZO	8.5	8.4	(0.10)

3. PRINCIPALES ACTIVIDADES SEGUROS ECONÓMICOS

No. EMP. AFILIADAS (No.PATRON.)	377,600	427,819	13.30
DIAS DE INCAPACIDAD	9,119,268	11,619,473	27.42
VALOR CAUSADO POR INCAP.*	24,918	39,581	58.85
PROM. DIAS DE INCAP. X AFILIADO	2.9	3.4	0.50
PROM. COSTO DE INC. X AFILIADO	7,868	11,557	46.89
RELACION AFILIADOS/PENS. IVM	13	13	0.00
AFILIADOS SEGUN SALARIO MINIMO			
HASTA1 SALARIO MINIMO	9.6	5.3	(4.30)
MAS DE 1 SALARIO Y HASTA 2	70.8	73.1	2.30
MAS DE 2 SALARIOS Y HASTA 3	9.0	10.9	1.90
MAS DE 3 SALARIOS Y HASTA 4	4.0	3.8	(0.20)
MAS DE 4 SALARIOS MINIMOS	6.6	6.9	0.30

4. SITUACION FINANCIERA *

INGRESOS TOTALES	790,925	1,102,571	39.40
E.G.M	396,544	524,292	32.22
I.V.M.	324,072	474,713	46.48
A.T.E.P.	70,309	103,566	47.30
GASTOS TOTALES	732,695	958,645	30.84
SERVICIOS PERSONALES	118,139	139,080	17.73
GASTOS GENERALES	157,348	190,194	20.87
TRANSFERENCIAS (1)	379,668	521,635	37.39
INVERSION FISICA	17,261	4,762	(72.41)
DEUDA INTERNA	362	236	(34.81)

*Millones de pesos

DEUDA EXTERNA	2,856	1,808	(36.69)
INVERSION FINANCIERA	57,061	95,930	68.12
PROTECCION Y FOMENTO AL TRAB.	0	5,000	
(1)INCLUYE PRESTACIONES ECONÓMICAS	297,469	409,655	37.71
E.G.M.	24,113	35,772	48.35
I.V.M.	255,003	349,640	37.11
A.T.E.P.	18,353	24,243	32.09

* millones de \$

APORTE PROMEDIO EGM X AFILIADO (EN\$)	106,758	132,174	23.81
APORTE PROMEDIO EGM X BENEFICIARIO (\$)	71,245	74,571	4.67
GASTO PROMEDIO EGM X BENEFICIARIO 1/(\$)	64,351	77,153	19.89

1/(NO INCLUYE INFRAESTRUCTURA FÍSICA)

INVERSION FINANCIERA RESERVAS ACTUARIALES:

Reservas I.V.M.	516,366	650,245	25.93
Reservas A.T.E.P.	80,536	129,130	60.34
Total Inversión reservas	596,902	779,375	30.57

DEBIDO COBRAR:

E.G.M.	88,582	116,292	31.28
I.V.M.	81,973	104,947	28.03
A.T.E.P.	24,965	21,181	(15.16)
Intereses	8,373	26,960	221.99
Total	203,893	269,380	32.12

5. FUNCIONARIOS EN PLATA A DIC. 31/93

- Area administrativa	8,900	10,545	18.48
- Area Asistencial	16,477	14,003	(15.01)
TOTAL	25,377	24,548	(3.27)

Número Jubilados del ISS /a diciembre 31/93)	8,530	9,336	9.45
Número contratos Administrativos. (a dic.31/93)	4,879	3,601	(26.19)

**OFICINA NACIONAL DE PLANEACION
MUNICIPIOS CUBIERTOS SEGUN SISTEMA DE PRESTACION
DE SERVICIOS**

SECCIONALES	TOTAL M/PIO DEPTOS (1)	MUNICIPIOS CUBIERTOS POR EL I S S						
		TOTAL		% COBER 1993	CLASICO		FAMILIAR	
		1992	1993		1992	1993	1992	1993
AMAZONAS	8	1	1	12.5	0	0	1	1
ANTIOQUIA	125	28	28	22.4	14	14	14	14
ATLANTICO	23	2	2	8.7	0	0	2	2
BOLIVAR	32	5	5	15.6	1	1	4	4
BOYACA	122	29	29	23.8	0	0	29	29
CALDAS	25	23	23	92.0	2	2	21	21
CAQUETA	15	4	4	26.7	1	1	3	3
CAUCA	37	7	7	18.9	0	0	7	7
CESAR	24	6	6	25.0	0	0	6	6
CHOCO	20	4	4	20.0	0	0	4	4
CORDOBA	26	10	10	38.5	2	2	8	8
CUNDINAMARCA	115	34	35	30.4	20	20	14	15
GUAJIRA	10	8	9	90.0	0	0	8	9
HUILA	37	23	23	62.2	2	2	21	21
MAGDALENA	22	7	7	31.8	0	0	7	7
META	25	10	10	40.0	0	0	10	10
NARIÑO	56	6	6	10.7	1	1	5	5
NORTE STDER	37	5	6	16.2	0	0	5	6
QUINDIO	12	12	12	100.0	0	0	12	12
RISARALDA	14	16	16	114.3	16	16	0	0
SAN ANDRES	2	1	1	50.0	0	0	1	1
SANTANDER	86	11	11	12.8	6	6	5	5
SUCRE	24	2	2	8.3	2	2	0	0
TOLIMA	46	15	15	32.6	0	0	15	15
VALLE	42	33	40	95.2	29	29	4	11
T O T A L	985	302	312	31.7	96	96	206	216

* INCLUYE DOS (2) MUNICIPIOS DE LA SECCIONAL CALDAS, VITERBO Y BELALCAZAL.

(1) CORRESPONDEN A LOS DEPARTAMENTOS DONDE TIENE PRESENCIA EL I.S.S.

FUENTE: O.N.P.E. - I.S.S.

**OFICINA NACIONAL DE PLANEACION
VARIACION PORCENTUAL DE AFILIADOS
1992 - 1993**

SECCIONALES	AFILIADOS		
	1992	1993	VARIACION
AMAZONAS	851	895	5.2
ANTIOQUIA	566,700	621,509	9.7
ATLANTICO	160,967	154,979	(3.7)
BOLIVAR	77,146	84,411	9.4
BOYACA	46,107	52,543	14.0
CALDAS	74,329	77,109	3.7
CAQUETA	5,086	6,341	24.7
CAUCA	32,733	34,298	4.8
CESAR	21,310	23,665	11.1
CHOCO	2,911	3,229	10.9
CORDOBA	19,816	24,061	21.4
CUNDINAMARCA	1,187,009	1,278,800	7.7
GUAJIRA	16,723	17,072	2.1
HUILA	33,155	35,283	6.4
MAGDALENA	44,307	47,473	7.1
META	31,023	33,385	7.6
NARIÑO	27,303	29,811	9.2
NORTE STDER	39,461	44,705	13.3
QUINDIO	31,626	33,446	5.8
RISARALDA	81,400	88,402	8.6
SAN ANDRES	8,698	9,665	11.1
SANTANDER	121,253	138,333	14.1
SUCRE	10,957	11,581	5.7
TOLIMA	52,396	57,047	8.9
VALLE	473,882	516,943	9.1
TOTAL	3,167,149	3,424,986	8.1

FUENTE: DIVISIÓN DE INFORMATICA (CAN).

OFICINA NACIONAL DE PLANEACION
VARIACION PORCENTUAL DE PENSIONADOS
1992 - 1993

SECCIONALES	PENSIONADOS SECCIONALES		
	1992	1993	VARIACION %
AMAZONAS			
ANTIOQUIA	58,527	62,589	6.9
ATLANTICO	12,118	13,660	12.7
BOLIVAR	4,555	4,996	9.7
BOYACA	5,326	5,770	8.3
CALDAS	9,091	9,842	8.3
CAQUETA	84	101	20.2
CAUCA	3,412	3,726	9.2
CESAR	623	716	14.9
CHOCO	105	115	9.5
CORDOBA	563	646	14.7
CUNDINAMARCA	77,554	83,901	8.2
GUAJIRA	27	146	15.0
HUILA	1,749	1,892	8.2
MAGDALENA	3,003	3,239	7.9
META	1,049	1,182	12.7
NARIÑO	2,070	2,216	7.1
NORTE STDER	2,425	2,703	11.5
QUINDIO	4,592	4,963	8.1
RISARALDA	9,529	10,383	9.0
SAN ANDRES	162	186	14.8
SANTANDER	7,070	7,970	12.7
SUCRE	268	312	16.4
TOLIMA	4,213	4,613	9.5
VALLE	52,295	56,362	7.8
TOTAL	260,510	282,229	8.3

FUENTE: DIVISION DE INFORMÁTICA (CAN).

OFICINA NACIONAL DE PLANEACION
RELACION AFILIADOS Y PENSIONADOS POR I.V.M.

AÑOS	AFILIADOS	PENSIONADOS	RELACION AFILIADOS/ PENSIONA.
1971	1,014,947	5,613	181
1980	1,803,891	58,807	31
1990	2,724,340	207,718	13
1992	3,167,149	244,339	13
1993	3,424,986	265,265	13

FUENTE: DIVISION DE INFORMATICA

**COBERTURA I. S. S.
COBERTURA NACIONAL: POBLACIONAL Y GEOGRAFICA
AÑO 1993**

		%
AFILIADOS	3'424.986	56.4
DERECHOHABIENTES/AFILIADOS	2'090.560	34.4
PENSIONADOS	282.229	4.7
DERECHOHABIENTES/PENSIONADOS	272.905	4.5
TOTAL BENEFICIARIOS	6'070.680	100.0
MUNICIPIOS CUBIERTOS POR EL ISS	312	
EMPRESAS INSCRITAS EL EL ISS	427.819	

**NUMERO DE AFILIADOS, PENSIONADOS, DERECHOHABIENTES
Y TOTAL BENEFICIARIOS EN EL I.S.S. POR SECCIONALES
DICIEMBRE 31 DE 1993**

SECCIONALES	AFILIADOS	DERECHO/HABIENTE/ AFILIADOS	PENSIONADOS	DERECHO/HABIENTE/ PENSIONADOS	TOTAL BENEFICIARIOS
AMAZONAS	895	2,327			3,222
ANTIOQUIA	621,509	142,677	62,589	62,575	889,350
ATLANTICO	154,979	356,452	13,660	12,704	537,795
BOLIVAR	84,411	28,575	4,996	4,652	122,634
BOYACA	52,543	114,018	5,770	7,096	179,427
CALDAS	77,109	50,963	9,842	10,555	148,469
CAQUETA	6,341	2,962	101	200	9,334
CAUCA	34,298	87,803	3,726	4,691	130,518
CESAR	23,665	59,164	716	1,025	84,570
CHOCO	3,229	9,945	115	123	13,412
CORDOBA	24,061	23,432	646	850	48,989
C/MARCA	1,278,800	353,620	83,901	73,096	1,789,417
GUAJIRA	17,072	38,071	146	237	55,526
HUILA	35,283	26,664	1,892	2,108	65,947
MAGDALENA	47,473	123,5430	3,239	3,033	177,175
META	33,385	77,788	1,182	1,463	113,818
NARIÑO	29,811	52,657	2,216	2,537	87,221
N.S/DER	44,705	100,361	2,703	3,101	150,870
QUINDIO	33,446	64,885	4,963	5,048	108,342
RISARALDA	88,402	20,286	10,383	10,286	129,357
SAN ANDRES	9,665	13,144	186	138	23,133
SANTANDER	138,333	53,352	7,970	8,914	208,569
SUCRE	11,581	3,307	312	395	15,595
TOLIMA	57,047	105,537	4,613	4,802	171,999
VALLE	516,943	179,410	56,362	53,276	805,991
TOTAL 1992	3,424,986	2,090,560	282,229	272,905	6,070,680

FUENTE: O.N.P.E. - I.S.S.

**OFICINA NACIONAL DE PLANEACION
AFILIADOS SEGUN SEXO POR SECCIONALES
AÑO 1993**

SECCIONALES TOTAL	HOMBRES	%	MUJERES	%	
AFILIADOS					
AMAZONAS	491	54.86	404	45.14	895
ANTIOQUIA	385,769	62.07	235,740	37.93	621,509
ATLANTICO	100,340	64.74	54,639	35.26	154,979
BOLIVAR	52,946	62.72	31,465	37.28	84,411
BOYACA	36,369	69.22	16,174	30.78	52,543
CALDAS	48,679	63.13	28,430	36.87	77,109
CAQUETA	3,629	57.23	2,712	42.77	6,341
CAUCA	23,823	69.46	10,475	30.54	34,298
CESAR	15,188	64.18	8,477	35.82	23,665
CHOCO	1,526	47.26	1,703	52.74	3,229
CORDOBA	14,599	60.67	9,462	39.33	24,061
CUNDINAMARCA	727,684	56.90	551,116	43.10	1,278,800
GUAJIRA	12,400	72.63	4,672	27.37	17,072
HUILA	21,425	60.72	13,858	39.28	35,283
MAGDALENA	33,519	70.61	13,954	29.39	47,473
META	23,220	69.55	10,165	30.45	33,385
NARIÑO	18,022	60.45	11,789	39.55	29,811
NORTE STDER	27,257	60.97	17,448	39.03	44,705
QUINDIO	20,995	62.77	12,451	37.23	33,446
RISARALDA	52,701	59.62	35,701	40.38	88,402
SAN ANDRES	4,785	49.51	4,880	50.49	9,665
SANTANDER	79,854	57.73	58,479	42.27	138,333
SUCRE	7,024	60.65	4,557	39.35	11,581
TOLIMA	35,931	62.98	21,116	37.02	57,047
VALLE	323,153	62.51	193,790	37.49	516,943
TOTAL	2,071,329	60.48	1,353,657	39.52	3,424,986

**OFICINA NACIONAL DE PLANEACION
VARIACION PORCENTUAL DE EMPRESAS
1992 - 1993**

SECCIONALES	EMPRESAS		
	1992	1993	VARIACION
AMAZONAS	284	276	(2.8)
ANTIOQUIA	64,502	74,241	15.1
ATLANTICO	14,055	10,636	(24.3)
BOLIVAR	10,894	12,723	16.8
BOYACA	7,544	8,888	17.8
CALDAS	13,837	15,293	10.5
CAQUETA	1,344	1,829	36.1
CAUCA	4,473	4,939	10.4
CESAR	3,389	4,171	23.1
CHOCO	700	904	29.1
CORDOBA	3,229	4,477	38.6
CUNDINAMARCA	118,617	128,797	8.6
GUAJIRA	1,726	2,063	19.5
HUILA	6,125	7,227	18.0
MAGDALENA	6,792	7,779	14.5
META	6,556	7,451	13.7
NARIÑO	3,961	4,615	16.5
NORTE STDER	5,918	7,140	20.6
QUINDIO	7,597	8,370	10.2
RISARALDA	14,026	14,840	5.8
SAN ANDRES	1,568	1,639	4.5
SANTANDER	18,721	24,692	31.9
SUCRE	1,709	2,002	17.1
TOLIMA	7,814	8,663	10.9
VALLE	52,219	64,164	22.9
T O T A L	377,600	427,819	13.3

FUENTE: DIVISION DE INFORMÁTICA (CAN).

**OFICINA NACIONAL DE PLANEACIÓN
COMPARATIVO DE EMPRESAS Y AFILIADOS
SEGUN ACTIVIDAD ECONÓMICA 1992 - 1993**

COD.	ACTIVIDAD ECONÓMICA (CIU-PRIMERA REVISIÓN)	EMPRESAS 1992	EMPRESAS 1993	VARIACIÓN %	AFILIADOS 1992	AFILIADOS 1993	VARIAC. %
01 -04	AGRIG. SELVIC.CAZA Y PESCA	28,601	30,386	6.2	232,227	238,595	2.7
11 - 19	INDUSTRIAS EXTRACTIVAS	1,076	1,216	13.0	20,772	22,248	7.1
20 - 39	INDUSTRIAS MANUFACTURERAS	50,735	55,318	9.0	825,902	877,073	6.2
40	CONSTRUCCION	11,328	13,969	23.3	124,968	162,347	29.9
50	ELECTRIC.GAS,AGUA Y SERV. SANITARIOS	900	1,050	16.7	26,748	26,740	(0.0)
60	COMERCIO	79,350	85,436	7.7	666,893	701,269	5.2
70	TRANSPORTES, BODEGAS,COMUNICACIONES	19,437	22,945	18.0	167,169	186,092	11.3
80	SERVICIOS PRESTADOS AL PUBLICO	69,331	74,038	6.8	738,212	791,636	7.2
90	ACTIVIDADES MAL DESIGNADAS	116,516	143,093	22.8	225,433	254,686	13.0
	AFILIADOS SISTEMA ALA	326	368	12.9	138,825	164,300	18.4
	T O T A L	377,600	427,819	13.3	3,167,149	3,424,986	8.1

NOTA:LOS DATOS DE EMPRESAS Y AFILIADOS DEL SISTEMA ALA 1993 ES A OCTUBRE 31/93
FUENTE:DIVISION DE INFORMATIVA (CAN)

**INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES
OFICINA NACIONAL DE PLANEACION
AFILIADOS SEGUN RANGO DE SALARIOS MINIMOS
TOTAL NACIONAL 1993**

Hasta 1 salario mínimo	181,716	5.31	5.31
Más de un salario y hasta 2	2,503,517	73.10	78.41
Más de 2 salarios y hasta 3	372,119	10.86	89.27
Más de 3 salarios y hasta 4	130,994	3.82	93.10
Más de 4 salarios y hasta 5	89,232	2.61	95.70
Más de 5 salarios y hasta 6	56,960	1.66	97.36
Más de 6 salarios y hasta 7	22,962	0.67	98.03
Más de 7 salarios y hasta 8	44,6121.30	99.34	
Más de 8 salarios y hasta 9	7,995	0.23	99.57
Más de 9 salarios y hasta 10	4,714	0.14	99.71
Más de 10 salarios y hasta 11	1,134	0.03	99.74
Más de 11 salarios y hasta 12	1,747	0.05	99.79
Más de 12 salarios y hasta 13	1,463	0.04	99.83
Más de 13 salarios y hasta 14	514	0.02	99.85
Más de 14 salarios y hasta 15	1,107	0.03	99.88
Más de 15 salarios y hasta 16	423	0.01	99.89
Más de 16 salarios y hasta 17	420	0.01	99.91
Más de 17 salarios y hasta 18	285	0.01	99.91
Más de 18 salarios y hasta 19	669	0.02	99.93
Más de 19 salarios mínimos	2,403	0.02	99.93
TOTAL	3,424,986	100.0	

FUENTE: DIVISION DE INFORMÁTICA (CAN)

NOTA: Salario Mínimo Legal \$81,510.00 U.S. \$ 116.44

NOTA 2= La información de la Seccional Cundinamarca y el Sistema ALA sólo viene discriminada hasta la categoría 54

Incluye Sistema A.L.A. por rangos (Dato a Octubre 31/93).

OFICINA NACIONAL DE PLANEACION
DIAS DE INCAPACIDAD CON SUBSIDIOS CAUSADOS
1993

SECCIONALES	DIAS	VALOR EN MILES	AFILIADOS	PROM. DIAS AFILIADO	VALOR PERCAPITA	PROM. VALOR-DIA
AMAZONAS	4,248	14,238	895	4.7	15,909	3,352
ANTIOQUIA	2,119,428	7,043,422	621,509	3.4	11,333	3,323
ATLANTICO	585,025	1,859,823	154,979	3.8	12,000	3,179
BOLIVAR	366,228	1,212,687	84,411	4.3	14,366	3,311
BOYACA	160,300	585,065	52,543	3.1	11,135	3,650
CALDAS	268,371	878,906	77,109	3.5	11,398	3,275
CAQUETA	29,641	88,202	6,341	4.7	13,910	2,976
CAUCA	140,096	487,074	34,298	4.1	14,201	3,477
CESAR	78,922	247,709	23,665	3.3	10,467	3,139
CHOCO	15,751	37,815	3,229	4.9	11,711	2,401
CORDOBA	56,343	170,753	24,061	2.3	7,097	3,031
CUNDINAMARCA	3,776,086	13,398,213	1,278,800	3.0	10,477	3,548
GUAJIRA	49,818	146,905	17,072	2.9	8,605	2,949
HUILA	188,197	576,250	35,283	5.3	16,332	3,062
MAGDALENA	136,171	426,086	47,473	2.9	8,975	3,129
META	94,127	283,562	33,385	2.8	8,494	3,013
NARIÑO	98,424	288,740	29,811	3.3	9,686	2,934
NORTE STDER	159,247	505,385	44,705	3.6	11,305	3,174
QUINDIO	104,014	310,022	33,446	3.1	9,269	2,981
RISARALDA	296,573	888,408	88,402	3.4	10,050	2,996
SAN ANDRES	38,006	87,152	9,665	3.9	9,017	2,293
SANTANDER	561,982	1,763,002	138,333	4.1	12,745	3,137
SUCRE	36,105	98,081	11,581	3.1	8,469	2,717
TOLIMA	191,145	490,615	57,047	3.4	8,600	2,567
VALLE	2,065,225	7,692,870	516,943	4.0	14,881	3,725
TOTAL 1993	11,619,473	39,580,985	3,424,986	3.4	11,557	3,406
TOTAL 1992	9,119,268	24,918,437	3,167,149	2.9	7,868	2,733
VARIACION %	27.4	58.8	8.1	17.8	46.9	24.7

NOTA: LA UPNE DE SAN ANDRES NO ENVIO INFORMACION DE LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE

NUMERO DIAS DE INCAPACIDAD
Y VALOR CAUSADO AÑO 1993

TIPO	DIAS	MILLONES \$
ENFERMEDAD GENERAL	5'355.143	15,934.3
MATERNIDAD	4'974.692	18,481.4
ACCIDENTE DE TRABAJO	1'239.195	5'044.4
ENFERMEDAD PROFESIONAL	6.369	20.8
INVALIDEZ	44.074	100.4
TOTAL	11'619.473	39.581.0

OFICINA NACIONAL DE PLANEACIÓN
DIAS DE INCAPACIDAD CON SUBSIDIOS CAUSADOS
SEGUROS DE E.G.M. - A.T.E.P. - INVALIDEZ AÑO 1993

SECCIONALES	TOTAL E.G.M.		TOTAL A.T.E.P.		TOTAL INVALIDEZ		TOTAL NACIONAL	
AMAZONAS	4,130	13,795,786	118	442,494	0	0	4,248	14,238,280
ANTIOQUIA	1,743,331	5,622,541,047	359,406	1,392,802,094	16,691	28,079,058	2,119,428	7,043,422,199
ATLANTICO	499,627	1,501,591,660	84,103	355,931,409	1,295	2,299,491	585,025	1,859,822,560
BOLIVAR	330,185	1,066,157,600	32,715	139,007,351	3,328	7,521,883	366,228	1,212,686,834
BOYACA	138,088	459,794,302	22,212	125,271,054	0	0	160,300	585,065,356
CALDAS	220,624	737,453,645	47,747	141,452,291	0	0	268,371	878,905,936
CAQUETA	27,191	79,975,467	2,450	8,226,280	0	0	29,641	88,201,747
CAUCA	113,649	358,982,921	26,447	128,091,352	0	0	140,096	487,074,273
CESAR	74,321	230,725,325	4,601	16,983,757	0	0	78,922	247,709,082
CHOCO	15,031	36,133,250	720	1,681,771	0	0	57,751	37,815,021
CORDOBA	53,032	160,803,525	3,311	9,949,575	0	0	56,343	170,753,100
C/MARCA	3,516,487	12,395,829,676	253,762	994,204,345	5,837	8,178,983	3,776,086	13,398,231,004
GUAJIRA	47,581	133,478,667	2,237	13,425,995	0	0	49,818	146,904,622
HUILA	169,161	523,631,656	19,036	52,618,629	0	0	188,197	576,250,285
MAGDALENA	113,322	341,937,562	22,849	84,148,701	0	0	136,171	426,086,263
META	86,272	254,884,913	6,817	27,128,992	1,038	1,548,239	94,127	283,562,094
NARIÑO	94,487	272,708,693	3,937	16,031,321	0	0	98,424	288,740,014
N/SDER	145,718	452,130,955	13,529	53,254,098	0	0	159,247	505,385,053
QUINDIO	94,656	279,139,533	9,146	30,428,233	212	393,764	104,014	310,021,530
RISARALDA	259,954	765,648,266	35,638	120,661,795	981	2,098,286	296,573	888,408,347
SAN ANDRES	36,417	81,767,968	1,589	5,384,057	0	0	38,006	87,152,025
SANTANDER	514,310	1,577,066,089	41,864	174,153,813	5,808	11,782,359	561,982	1,763,002,261
SUCRE	33,902	90,745,432	1,474	5,066,527	729	2,668,716	36,105	98,080,675
TOLIMA	172,666	419,671,533	18,479	70,943,220	0	0	191,145	490,614,753
VALLE	1,825,693	6,559,055,522	231,377	1,097,603,106	8,155	36,211,281	2,065,225	7,692,869,909
TOTAL	10,329,835	34,415,650,993	1,245,564	5,064,952,170	44,074	100,382,060	11,619,473	39,580,985,223

FUENTE: DIVISION DE INFORMATICA (CAM)

NOTA: LA UPNE DE SAN ANDRES NO ENVIÓ INFORMACION DE LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE

OFICINA NACIONAL DE PLANEACIÓN
DÍAS DE INCAPACIDAD CON SUBSIDIOS CAUSADOS
SEGUROS DE ACCIDENTE DE TRABAJO Y ENFERMEDAD PROFESIONAL AÑO 1993

SECCIONALES	ACCIDENTE DE TRABAJO		ENFERMEDAD PROFESIONAL		TOTAL A.T.E.P.	
AMAZONAS	118	442,494	0	0	118	442,484
ANTIOQUIA	355,603	1,380,930,466	3,803	11,871,628	359,406	1,392,802,094
ATLANTICO	83,129	352,364,825	974	3,566,584	84,103	355,931,409
BOLIVAR	32,446	138,417,320	269	590,031	32,715	139,007,351
BOYACA	22,212	125,271,054	0	0	22,212	125,271,054
CALDAS	47,747	141,452,291	0	0	47,747	141,452,291
CAQUETA	2,450	8,226,280	0	0	2,450	8,226,280
CAUCA	26,447	128,091,352	0	0	26,447	128,091,352
CESAR	4,601	16,983,757	0	0	4,601	16,983,757
CHOCO	700	1,642,184	20	39,587	720	1,681,771
CORDOBA	3,263	9,768,636	48	180,939	3,311	9,949,575
C/MARCA	2552,981	991,172,078	781	3,032,267	253,762	994,204,345
GUAJIRA	2,237	13,425,955	0	0	2,237	13,425,955
HUILA	19,036	52,618,629	0	0	19,036	52,618,629
MAGDALENA	22,849	84,148,701	0	0	22,849	84,148,701
META	6,637	26,944,625	180	184,317	6,817	27,128,942
NARIÑO	3,937	16,031,321	0	0	3,937	16,031,321
N.S/DER	13,529	53,254,098	0	0	13,529	53,254,098
QUINDIO	9,049	30,190,092	97	298,141	9,146	30,488,233
RISARALDA	35,638	120,661,795	0	0	35,638	120,661,795
SAN ANDRES	1,589	5,384,057	0	0	1,589	5,384,057
SANTANDER	41,667	173,085,241	187	1,068,572	41,864	174,153,813
SUCCRE	1,474	5,066,527	0	0	1,474	5,066,527
TOLIMA	18,479	70,943,220	0	0	18,479	70,943,220
VALLE	231,377	1,097,603,106	0	0	231,377	1,097,603,106
TOTAL	1,239,195	5,044,120,104	6,359	20,832,066	1,245,564	5,064,952,170

FUENTE: DIVISION DE INFORMATICA (CAN)

NOTA: LA UPNE DE SAN ANDRES NO ENVIO INFORMACION DE LOS MESES DE OCTUBRE A DICIEMBRE.

OFICINA NACIONAL DE PLANEACION
CONSULTA MEDICA GENERAL, ESPECIALIZADA Y URGENCIAS
1992 - 1993

SECCIONALES	SECCIONALES 1992	ESPECIAL 1992	URGENCIAS 1992	GENERAL 1993	ESPECIAL 1993	URGENCIAS 1993	VARIACION GENERAL	VARIACION ESPECIAL	VARIACION URGENCIAS
AMAZONAS	7,287	0	0	7,903	178	115	8.5	N.A.	N.A.
ANTIOQUIA	1,229,686	424,899	538,890	1,439,156	404,059	631,018	17.0	(4.9)	17.1
ATLANTICO	511,017	233,015	267,337	516,251	260,717	290,060	1.0	11.9	8.5
BOLIVAR	149,092	100,163	72,831	168,166	118,891	82,637	12.8	18.7	13.5
BOYACA	241,702	55,539	48,017	257,746	54,305	48,570	6.6	(2.2)	1.2
CALDAS	249,735	63,437	122,410	260,950	59,801	124,291	4.5	(5.7)	1.5
CAQUETA	24,248	2,021	1,824	27,966	3,167	1,566	15.3	56.7	(14.1)
CAUCA	176,113	45,622	47,474	181,322	50,159	49,202	3.0	9.9	3.6
CESAR	94,722	40,635	32,950	112,048	49,066	37,876	18.3	20.7	14.9
CHOCO	23,434	2,513	1,336	25,715	4,238	1,886	9.7	68.6	41.2
CORDOBA	88,952	26,378	6,154	107,227	32,262	17,644	20.5	22.3	186.7
C/MARCA	1,904,524	714,779	581,293	1,938,623	661,602	628,444	1.8	(7.4)	8.1
GUAJIRA	101,253	10,233	18,489	100,046	15,736	26,947	(1.2)	53.8	45.7
HUILA	112,337	35,251	49,410	130,123	46,743	61,383	15.8	32.6	24.2
MAGDALENA	186,238	65,318	34,816	219,914	74,643	37,638	18.1	14.3	8.1
META	123,967	39,428	45,376	150,378	34,125	50,740	21.3	(13.4)	11.8
NARIÑO	145,033	34,877	26,925	154,630	35,986	37,505	6.6	3.2	39.3
N.S/DER	212,656	77,191	94,931	226,383	77,154	106,801	6.5	(0.0)	12.5
QUINDIO	169,831	49,795	47,524	202,152	47,872	54,085	19.0	(3.9)	13.8
RISARALDA	199,943	80,749	106,972	224,480	67,610	138,986	12.3	(16.3)	29.9
SAN ANDRES	20,146	0	18,565	26,843	0	24,958	33.2	N.A.	34.4
SANTANDER	328,584	104,174	133,849	405,987	114,543	162,233	23.6	10.0	21.2
SUCRE	40,535	20,242	0	49,150	25,757	0	21.3	27.2	N.A.
TOLIMA	188,859	55,603	90,470	221,245	54,264	101,723	17.1	(2.4)	12.4
VALLE	1,202,590	429,587	221,857	1,279,480	481,334	272,659	6.4	12.0	22.9
TOTAL 1992	7,732,484	2,711,449	2,609,700	8,433,884	2,774,212	2,988,967	9.1	2.3	14.5

FUENTE: O.N.P.E.- I.S.S.

INSTITUTOS DE SEGUROS SOCIALES
OFICINA DE PLANEACIÓN E INFORMÁTICA
PRINCIPALES ACTIVIDADES ODONTOLÓGICAS POR EL ISS AÑO 1993

SECCIONALES	CONSUL. ODONT.		TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO											
	1ª VEZ EN EL I.S.S.	TOTAL	PACIENTE INICIA-DO	PACIENTE TERMI-NADO	EXODON. No. DIENT. EXTRAID.	OPERATORIA		PERIODONCIA		ENDODONCIA		CIRUGÍA ORAL	MEDICINA ORAL	OTROS
						1ª VEZ Y REPETIDA	No. DIENT. OBTURAD.	1ª VEZ Y REPETIDA	CURETAJE DE TARTRA	1ª VEZ Y REPETIDA	No. DIENTES TERMIN.	1ª VEZ Y CONTROL	1ª VEZ Y CONTROL	1ª VEZ Y REPETIDA
AMAZONAS	586	4,472	590	267	359	2,961	3,280	293	249	510	92	228	71	97
ANTIOQUIA	96,811	386,119	69,453	40,766	36,903	223,119	285,677	64,163	47,795	60,386	20,534	17,496	90,500	13,734
ATLANTICO	64,992	225,994	29,047	17,425	20,631	110,103	124,260	29,016	24,865	44,231	12,856	8,800	35,972	17,134
BOLIVAR	12,885	51,567	9,764	4,630	4,080	31,274	39,184	9,314	9,668	8,918	3,045	1,838	7,562	5,084
BOYACA	26,455	131,935	14,225	6,927	13,155	75,522	74,413	12,089	9,774	25,615	4,427	2,235	11,067	8,611
CALDAS	21,850	91,636	20,202	14,519	10,034	61,629	61,401	12,067	8,894	7,902	1,972	4,335	9,580	4,678
CAQUETA	2,092	11,941	1,290	1,176	622	7,454	10,008	1,381	947	1,567	350	174	1,417	222
CAUCA	20,146	48,644	20,036	14,887	7,850	31,713	43,591	6,330	2,929	7,297	2,526	2,877	8,325	1,168
CESAR	9,269	64,426	5,668	5,456	4,879	29,588	30,718	8,894	8,894	14,028	1,344	897	10,179	3,235
CHOCO	1,955	8,645	1,415	969	985	5,813	5,127	874	660	964	161	90	1,317	314
CORDOBA	5,297	24,704	300,985	200,547	2,517	17,371	21,117	2,573	2,227	2,519	664	477	500,045	1,287
C/MARCA	140,610	720,582	87,194	55,664	70,845	433,594	428,290	90,987	72,660	121,909	23,523	37,159	107,257	58,452
GUAJIRA	9,390	40,646	5,932	4,621	3,456	25,479	26,189	7,697	5,854	5,006	1,551	1,448	7,212	2,893
HUILA	10,774	40,736	7,442	6,066	4,844	25,868	34,609	6,942	5,761	5,686	1,468	1,002	9,054	13,138
MAGDALENA	14,088	58,269	9,109	4,534	7,644	39,825	44,736	6,596	4,916	6,285	1,274	1,548	11,747	2,204
META	12,474	66,505	10,447	5,233	5,313	36,257	40,213	6,591	6,463	12,822	13,388	1,297	7,515	3,264
NARIÑO	13,442	73,985	9,666	8,186	8,455	47,695	50,800	6,743	5,562	9,984	2,620	1,118	9,111	1,963
N/SDER	19,980	96,805	12,366	12,377	9,927	60,821	51,006	4,706	2,968	8,562	2,164	2,865	15,890	6,200
QUINDIO	20,965	69,029	17,963	14,284	7,538	41,165	60,793	10,161	8,050	10,049	2,925	2,253	91,094	3,753
RISARALDA	30,817	122,740	19,833	22,416	13,446	69,266	111,127	20,903	19,131	20,793	5,431	4,216	34,845	4,824
SAN ANDRES	1,832	6,308	1,208	1,029	789	4,117	3,991	534	497	718	104	36	1,612	242
SANTANDER	32,446	132,806	22,136	9,005	11,608	79,630	83,390	14,212	13,328	13,883	4,383	4,066	28,019	17,048
SUCRE	1,258	13,315	1,864	1,323	1,018	8,921	11,561	1,403	1,155	1,641	249	136	703	132
TOLIMA	19,892	89,968	12,764	3,664	10,314	63,594	59,254	10,293	8,951	13,683	3,412	5,733	18,457	8,611
VALLE	103,982	307,686	79,953	36,158	41,495	211,159	236,441	15,528	7,580	42,401	14,224	14,172	41,821	34,710
TOTAL	694,288	2,889,463	473,552	294,129	298,707	1,743,938	1,941,176	350,290	279,478	447,359	114,687	166,566	495,372	212,998

FUENTE: O.N.P.E. - I.S.S.

OFICINA NACIONAL DE PLANEACIÓN
PRINCIPALES ACTIVIDADES SALUD ORAL 1993

SECCIONALES	CONSULTA ODONTOLÓGICA			RELACIÓN PACIENTE INICIADO/ TERMINADO	NÚMERO DE EXODENCIAS	NÚMERO DE DIENTES OBTURADOS	CURETAJE Y DETARTRAJE	ENDODONCIA NÚMERO DE DIENTES TERMINADOS	CIRUGIA ORAL 1ª VEZ Y CONTROL	MEDICINA ORAL 1ª VEZ Y CONTROL
	1992	1993	VARIACIÓN							
AMAZONAS	4,203	4,472	6.4	2.2	359	3,280	249	92	228	71
ANTIOQUIA	319,143	386,119	21.0	1.7	36,903	285,677	47,795	20,534	17,496	90,500
ATLANTICO	175,888	225,994	28.5	1.7	20,631	124,260	24,865	12,856	8,800	35,972
BOLIVAR	47,517	51,567	8.5	2.1	4,080	39,184	9,368	3,045	1,838	7,562
BOYACA	117,226	131,935	12.5	2.1	13,155	74,413	9,774	4,427	2,235	11,067
CALDAS	80,525	91,636	13.8	1.4	10,034	61,401	8,894	1,972	4,335	9,580
CAQUETA	8,832	11,941	35.2	1.1	622	10,008	947	350	174	1,417
CAUCA	45,233	48,644	7.5	1.3	7,850	43,591	2,929	2,526	2,877	8,325
CESAR	45,149	64,426	42.7	1.0	4,879	30,718	8,894	1,344	897	10,179
CHOCO	7,305	8,645	1823	1.5	985	5,127	660	161	90	1,317
CORDOBA	22,390	24,704	10.3	1.6	2,517	21,117	2,227	664	477	5,045
C/MARCA	718,270	720,582	0.3	1.6	70,845	428,290	72,660	23,523	31,159	107,257
GUAJIRA	37,278	40,646	9.0	1.3	3,456	26,189	5,854	1,551	1,448	7,212
HUILA	37,935	40,736	7.4	1.2	4,844	34,609	5,761	1,468	1,002	9,054
MAGDALENA	47,530	58,269	22.6	2.0	7,644	44,736	4,916	1,274	1,548	11,747
META	60,890	66,505	9.2	2.0	5,313	40,213	6,463	3,388	1,297	7,515
NARIÑO	58,165	73,985	27.2	1.2	8,455	50,800	5,562	2,620	1,188	9,111
N./SDER	97,387	96,805	(0.6)	1.0	9,927	51,006	2,968	2,164	2,865	15,890
QUINDIO	54,666	69,029	26.3	1.3	7,538	60,793	8,050	2,925	2,253	21,094
RISARALDA	64,442	122,740	90.5	0.9	13,446	111,127	19,131	5,431	4,216	34,845
SAN ANDRES	3,312	6,308	90.5	1.2	789	3,991	497	104	36	1,612
SANTANDER	97,196	132,806	36.6	2.5	11,608	83,390	13,328	4,383	4,066	28,019
SUCRE	12,060	13,315	10.4	1.4	1,018	11,561	1,155	249	136	703
TOLIMA	67,113	89,968	34.1	3.5	10,314	59,254	8,951	3,412	5,733	18,457
VALLE	274,009	307,686	12.3	2.2	41,495	236,441	7,580	14,224	14,172	41,821
TOTAL	2,503,664	2,889,463	15.4	1.6	298,707	1,941,176	279,478	114,687	116,566	495,372

FUENTE; O.N.P.E. - I.S.S.

OFICINA NACIONAL DE PLANEACIÓN
COMPARATIVO DE INDICADORES BASICOS DE ATENCION EN SALUD EN EL I.S.S.
AÑOS 1992 - 1993

SECCIONALES	COBERTURA ATENCIÓN BÁSICA		CONCENTRACIÓN		RELACION CONSULTA ODONTOL./ BENEF.		RELACION FORMULAS/ CONSULTA MÉDICA		RELACION EXAMEN LABORAT/ TOT. CONSUL.		RELACION CONSULTA MÉDICA/ BENEFIC.		RELACION CONSULTA GENERAL/ BENEFIC.		RELACION CONSULTA ESPEC/ GENERAL		RELACION CONSULTA URGENC/ GENERAL	
	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993	1992	1993
AMAZONAS	22.1	39.0	10.7	6.4	1.4	1.4	0.03	0.03	1.3	0.1	2.4	2.5	2.4	2.5	0.0	0.0	0.0	0.6
ANTIOQUIA	31.6	41.1	6.6	5.7	0.4	0.4	0.8	0.8	0.7	0.8	2.6	2.8	1.4	1.6	0.3	0.3	0.4	1.0
ATLANTICO	34.7	46.4	4.0	3.2	0.3	0.4	0.9	0.9	1.5	1.4	1.8	2.0	2.09	1.0	0.5	0.5	0.5	0.7
BOLIVAR	3.8	35.2	52.0	5.8	0.4	0.4	0.8	0.9	0.0	0.8	2.8	3.0	1.3	1.4	0.7	0.7	0.5	1.1
BOYACA	24.8	24.0	7.4	7.1	0.7	0.7	0.8	0.9	0.6	0.6	2.2	2.0	1.5	1.4	0.2	0.2	0.2	1.0
CALDAS	45.2	50.5	5.8	5.1	6.0	6.0	9.9	0.9	0.6	0.8	3.1	3.0	1.8	1.8	0.3	0.2	0.5	1.3
CAQUETA	59.7	78.2	6.4	4.0	1.3	1.3	0.8	0.9	0.7	0.6	4.1	3.5	3.6	3.0	0.1	0.1	0.1	1.6
CAUCA	25.3	35.6	71.1	5.0	0.4	0.4	0.9	0.9	1.0	0.8	2.2	2.2	1.4	1.4	0.3	0.3	0.3	0.9
CESAR	16.0	25.8	1.5	6.9	0.6	0.8	1.0	0.9	0.8	0.9	2.2	2.4	1.2	1.3	0.4	0.4	0.3	1.4
CHOCO	19.9	31.6	10.3	6.5	6.6	6.6	6.7	6.9	6.2	6.3	2.3	2.4	1.9	1.9	0.1	0.2	0.1	0.5
CORDOBA	32.8	34.0	7.4	7.5	0.6	0.5	1.2	1.0	0.5	0.6	3.1	3.2	2.3	2.2	0.3	0.3	0.1	0.9
C/MARCA	16.4	38.7	9.5	3.7	0.5	0.4	0.7	0.8	0.1	1.0	2.0	1.8	1.2	1.1	0.4	0.3	0.3	1.0
GUAJIRA	15.2	20.7	14.5	11.0	0.7	0.7	0.8	0.7	0.7	0.6	2.4	2.6	1.9	1.8	0.1	0.2	0.2	1.0
HUILA	33.7	66.3	7.9	4.4	0.6	0.6	0.9	0.8	1.0	0.7	3.2	3.6	1.8	2.0	0.3	0.4	0.4	1.6
MAGDALENA	17.6	31.9	7.6	4.6	0.3	0.3	0.8	0.9	0.9	0.7	1.7	1.9	1.1	1.2	0.4	0.3	0.2	0.8
META	9.4	26.0	17.1	6.8	0.6	0.6	0.9	0.8	1.2	0.7	2.0	2.1	1.2	1.3	0.3	0.2	0.4	0.6
NARIÑO	33.8	33.7	6.4	6.5	0.7	0.9	0.9	0.9	0.8	0.8	2.6	2.6	1.8	1.8	0.2	0.2	0.2	1.0
N/SDER	21.0	49.4	10.8	4.5	0.7	0.6	0.9	0.8	1.2	0.8	2.8	2.7	1.6	1.5	0.4	0.3	0.4	1.1
QUINDIO	27.2	44.3	7.8	5.3	0.5	0.6	0.8	0.8	0.7	0.6	2.6	2.8	1.7	1.9	0.3	0.2	0.3	1.0
RISARALDA	57.9	62.7	4.5	4.5	0.5	1.0	0.7	0.8	0.7	1.0	3.3	3.3	1.7	1.7	0.4	0.3	0.5	1.3
SAN ANDRES	64.2	68.6	2.9	3.3	0.2	0.3	0.6	1.1	0.3	1.1	1.9	2.2	1.0	1.2	0.0	0.0	0.9	0.6
SANTANDER	44.9	44.6	5.8	6.1	0.6	0.6	0.9	0.9	0.6	0.8	3.2	3.3	1.9	1.9	0.3	0.3	0.4	1.4
SUCRE	19.3	40.6	14.3	7.8	0.8	0.9	0.8	0.7	0.5	0.5	4.1	4.8	2.8	3.2	0.5	0.5	0.0	0.9
TOLIMA	19.3	22.6	9.2	8.3	0.4	0.5	0.9	1.0	0.9	1.0	2.1	2.2	1.2	1.3	0.3	0.2	0.5	1.0
VALLE	37.9	35.5	5.4	5.4	0.4	0.4	1.0	0.9	0.7	0.8	2.7	2.5	1.7	1.6	0.4	0.4	0.2	1.0
TOTAL	27.0	39.2	6.9	4.8	4.4	0.5	0.8	0.8	0.9	0.9	2.3	2.3	1.4	1.4	0.4	0.3	0.3	1.0

*EXISTEN SUBREGISTROS EN LA CONSULTA DE PRIMERA VEZ

**REPORTAN ÚNICAMENTE LAS PRESCRITAS POR LOS ESPECIALISTAS. LA ATENCION BASICA ES POR PAQUETE.

FUENTE: O.N.P.E. - I.S.S.

OFICINA NACIONAL DE PLANEACION
PRINCIPALES INDICADORES HOSPITALARIOS
1992 - 1993

SECCIONALES	PORCENTAJE OCUPADO			NÚMERO DE EGRESOS			PROMEDIO DIAS ESTANCIA		
	1992	1993	VARIACION %	1992	1993	VARIACION %	1992	1993	VARIACION %
AMAZONAS	62.9	81.2	29.1	209	195	(6.7)	3.1	3.0	(3.2)
ANTIOQUIA	80.0	82.8	3.5	62,223	66,263	6.5	4.5	4.4	(2.2)
ATLANTICO	67.5	75.0	11.1	20,249	23,231	14.7	4.5	4.3	(4.4)
BOLIVAR	64.5	79.9	23.9	7,620	8,401	10.2	3.9	4.7	20.5
BOYACA	72.3	75.9	5.0	11,584	12,121	4.6	4.4	4.2	(4.5)
CALDAS	71.8	72.7	1.3	11,665	12,131	4.0	4.2	4.2	0.0
CAQUETA	56.5	63.1	11.7	993	1,219	22.8	2.8	2.9	3.6
CAUCA	78.0	65.8	(15.6)	6,682	6,689	0.1	3.7	4.3	16.2
CESAR	48.4	43.0	(11.2)	4,702	5,586	18.8	3.8	3.7	(2.6)
CHOCO	82.3	80.2	(2.6)	530	541	2.1	3.6	3.2	(11.1)
CORDOBA	82.1	84.3	2.7	3,595	4,061	13.0	3.2	3.4	6.2
C/MARCA	92.0	98.0	6.5	105,360	98,690	(6.3)	6.0	6.5	8.3
GUAJIRA	31.0	18.4	(40.6)	2,334	2,044	(12.4)	2.5	2.5	0.0
HUILA	54.5	57.5	5.5	6,325	7,262	14.8	3.8	3.5	(7.9)
MAGDALENA	69.0	71.5	3.6	8,323	8,374	0.6	4.0	4.0	0.0
META	90.9	97.0	6.7	5,886	6,775	15.1	3.8	3.7	(2.6)
NARIÑO	91.1	75.3	(17.3)	5,786	5,379	(7.0)	4.0	4.3	7.5
N.S/DER	79.0	75.9	(3.9)	9,470	10,080	6.4	5.1	4.5	(11.8)
QUINDIO	63.7	79.5	24.8	5,659	6,587	16.4	4.3	4.3	0.0
RISARALDA	66.5	71.8	8.0	10,791	11,308	4.8	3.9	3.7	(5.1)
SAN ANDRES	69.5	96.7	39.1	1,174	1,087	(7.4)	3.7	4.6	24.3
SANTANDER	77.0	81.0	5.2	19,753	22,852	15.7	4.0	3.7	(7.5)
SUCRE	91.6	88.8	(3.1)	1,577	1,651	4.7	2.8	2.9	3.6
TOLIMA	66.6	62.9	(5.6)	9,891	10,906	10.3	3.8	3.9	2.6
VALLE	68.6	75.8	10.5	53,558	57,108	6.6	4.0	3.9	(2.5)
TOTAL	77.8	81.8	5.1	375,939	390,541	3.9	4.7	4.7	0.0

FUENTE: O.N.P.E. - I.S.S.

**OFICINA NACIONAL DE PLANEACION
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
1992 - 1993**

SECCIONALES	1992	1993	VARIACION
AMAZONAS	75	115	53.3
ANTIOQUIA	51,732	74,574	44.2
ATLANTICO	15,009	22,069	47.0
BOLIVAR	6,373	10,031	57.4
BOYACA	8,718	11,303	29.7
CALDAS	7,033	9,971	41.8
CAQUETA	319	1,060	232.3
CAUCA	4,870	6,447	32.4
CESAR	1,862	3,814	104.8
CHOCO	314	358	14.0
CORDOBA	2,213	3,118	40.9
CUNDINAMARCA	91,334	106,102	16.2
GUAJIRA	2,263	2,694	19.0
HUILA	6,070	6,385	5.2
MAGDALENA	4,565	6,272	37.4
META	5,416	4,721	(12.8)
NARIÑO	3,256	4,730	45.3
NORTE STDER	5,286	8,072	52.7
QUINDIO	4,050	5,319	31.3
RISARALDA	14,142	11,612	(17.9)
SAN ANDRES	603	1,224	103.0
SANTANDER	19,280	27,146	40.8
SUCRE	948	1,484	56.5
TOLIMA	5,870	7,738	31.8
VALLE	56,709	55,788	(1.6)
TOTAL	318,310	392,147	23.2

FUENTE: O.N.P.E. I.S.S.

**OFICINA NACIONAL DE PLANEACION
ACTIVIDAD MATERNO INFANTIL
1992 - 1993**

SECCIONALES	1992	1993	VARIACION %
AMAZONAS	68	52	(23.5)
ANTIOQUIA	24,628	26,934	9.4
ATLANTICO	6,463	6,268	(3.0)
BOLIVAR	3,701	4,040	9.2
BOYACA	3,003	2,978	(0.8)
CALDAS	3,762	3,881	3.2
CAQUETA	380	480	26.3
CAUCA	1,266	1,285	1.5
CESAR	1,283	1,334	4.0
CHOCO	112	122	8.9
CORDOBA	1,159	1,296	11.8
CUNDINAMARCA	40,196	43,818	9.0
GUAJIRA	714	608	(14.8)
HUILA	2,350	1,494	(36.4)
MAGDALENA	1,886	1,927	2.2
META	1,454	1,677	15.3
NARIÑO	1,333	1,492	11.9
NORTE STDER	2,180	2,296	5.3
QUINDIO	1,534	1,766	15.1
RISARALDA	3,724	3,593	(3.59)
SAN ANDRES	311	370	19.0
SANTANDER	6,989	8,351	19.5
SUCRE	708	793	12.0
TOLIMA	2,813	3,059	8.7
VALLE	18,671	15,999	(14.3)
TOTAL	130,688	135,913	4.0

FUENTE: O.N.P.E. I.S.S.

OFICINA NACIONAL DE PLANEACION
FORMULAS DESPACHADAS
1992 - 1993

SECCIONALES	FORMULAS		VARIACION
	1992	1993	
AMAZONAS	2,182	(1) 268	(87.7)
ANTIOQUIA	1,827,932	2,012,087	10.1
ATLANTICO	924,045	931,413	0.8
BOLIVAR	272,363	341,853	25.5
BOYACA	282,567	311,322	10.2
CALDAS	379,798	409,375	7.8
CAQUETA	23,567	28,370	20.4
CAUCA	255,283	248,868	(2.5)
CESAR	167,654	182,542	8.9
CHOCO	20,325	27,131	33.5
CORDOBA	147,991	154,998	4.7
CUNDINAMARCA	2,193,787	2,408,015	9.8
GUAJIRA	99,701	104,935	5.2
HUILA	168,641	196,259	16.4
MAGDALENA	242,318	281,464	16.2
META	179,282	185,428	3.4
NARIÑO	185,903	210,641	13.3
NORTE STDER	663,810	334,902	(7.9)
QUINDIO	220,974	233,695	5.8
RISARALDA	280,358	354,735	26.5
SAN ANDRES	22,529	* 58,619	160.2
SANTANDER	508,362	609,349	19.9
SUCRE	47,801	55,575	16.3
TOLIMA	289,993	663,342	25.4
VALLE	1,765,958	1,909,557	8.1
TOTAL	10,873,124	11,955,043	10.0

* INFORMACION HASTA EL MES DE JUNIO

(1) LA MAYORIA DE LAS FORMULAS ESTAN INCLUIDAS EN LA CONTRATACION DE LOS PAQUETES DE 1.000

FUENTE: O.N.P.E. - I.S.S

INGRESOS POR SEGUROS
(MILLONES DE \$)

TOTAL INGRESOS	790,925	1,077,471	1,102,271	102.33
INGRESOS EGM	396,544	517,803	524,292	101.25
* Cotizaciones	312,090	413,868	426,724	103.11
* Multas e intereses	612	1,092	1,174	107.51
* Ventas de Servicios	530	450	401	89.11
* Rendimientos Corporaciones	31,255	36,361	31,617	86.95
* Rendimientos fpds	978	667	889	133.28
* Ingresos Varios	426	2,970	1,346	45.32
* Recursos de Balance	47,719	49,890	49,890	
* Plan especial vivienda	1,129	2,183	2,062	94.46
* Ley 33	1,546	2,200	2,067	93.95
* Aportes de la nación	250	8,122	8,122	100.00
INGRESOS IVM	324,072	455,596	474,713	104.20
* Cotizaciones	248,639	391,871	406,531	103.74
* Multas e intereses	415	764	846	110.73
* Rendimientos Financieros	29,554	39,423	41,528	105.34
* Rendimientos Corporaciones	3,619	7,069	9,153	129.48
* Rendimientos FSSC	1,610	1,889	2,075	109.85
* Amortizaciones	16,576			
* Recursos del Balance	21,795	12,598	12,598	
* Aportes de la Nación	1,864	1,982	1,982	100.00
INGRESOS ATEP	70,309	104,072	103,566	99.51
* Cotizaciones	54,461	73,978	76,234	103.05
* Multas e intereses :	123	244	251	502.87
* Rendimientos Financieros	14,220	21,595	18,666	86.44
* Rendimientos Corporaciones		50	0	0.00
* Rendimientos FPSI	1,181	780	990	126.22
* Amortizaciones	20	0	0	
* Recursos del Balance	232	5,307	5,307	
* Aportes de la Nación	72	2,118	2,118	100.00

FUENTE: Ejecución presupuestal - Subdirección Financiera.

**INGRESOS TOTALES RECAUDADOS POR SECCIONALES
Y NIVEL NACIONAL
(MILLONES DE \$)**

SECCIONALES		RECAUDO 1992	APROPIADO 1993	VARIACION %	RECAUDO A DIC./93	% RECAUDO
AMAZONAS	(a)	173	262	51.4	230	87.8
ANTIOQUIA		112,480	161,897	43.9	161,781	99.9
ATLANTICO	(a)	33,926	51,569	52.0	53,337	103.4
BOLIVAR		14,136	21,974	55.4	19,333	88.0
BOYACA	(a)	13,010	17,137	31.7	16,742	97.7
CALDAS		12,509	17,295	38.3	18,105	104.7
CAQUETA		701	1,071	52.8	1,165	108.8
CAUCA	(a)	6,683	900,711	45.3	900,624	99.1
CESAR	(a)	4,182	5,291	26.5	6,185	116.9
CHOCO	(a)	463	768	65.9	782	101.8
CORDOBA		3,647	4,837	32.6	5,462	112.9
CUNDINAMARCA		252,172	352,701	39.9	366,740	104.0
GUAJIRA	(a)	8,515	8,816	3.5	9,803	111.2
HUILA		6,505	9,413	44.7	8,688	92.3
MAGDALENA	(a)	7,521	10,739	42.8	10,587	98.6
META	(a)	6,508	9,092	39.7	9,181	101.0
NARIÑO	(a)	5,114	8,144	59.2	7,273	89.3
NORTE STDER	(a)	8,901	13,224	48.6	12,986	98.2
QUINDIO	(a)	6,254	9,140	46.1	8,986	98.3
RISARALDA		13,235	17,888	35.2	18,796	105.1
SAN ANDRES	(a)	1,343	1,969	46.6	2,248	114.2
SANTANDER		20,642	29,563	45.3	31,771	107.5
SUCRE		1,712	2,597	51.7	2,519	97.0
TOLIMA	(a)	11,546	16,951	46.8	16,350	96.5
VALLE		90,194	130,714	44.9	137,884	105.5
TOTAL		641,772	912,763	42.2	936,558	102.6

(a) Seccionales con Medicina Familiar

FUENTE: SUBDIRECCION FINANCIERA I S S

RECAUDOS TOTALES DE EGM
(MILLONES DE \$)

SECCIONALES		TOTAL INGRESOS EGM 1992	TOTAL APROPIADO EGM 1993	VARIACION %	RECAUDO EGM A DIC. / 93	% RECAUDO
AMAZONAS	(a)	109	155	42.2	135	87.1
ANTIOQUIA		55,210	73,447	33.0	74,564	101.5
ATLANTICO	(a)	20,711	29,844	44.1	30,176	101.1
BOLIVAR		6,772	9,993	47.6	8,395	84.0
BOYACA	(a)	7,848	9,752	24.3	9,533	97.8
CALDAS		6,730	8,705	29.3	8,892	102.1
CAQUETA		341	530	55.4	539	101.7
CAUCA	(a)	4,165	5,897	41.6	5,554	94.2
CESAR	(a)	2,626	3,167	20.7	3,639	114.9
CHOCO	(a)	295	493	67.1	508	103.0
CORDOBA		1,924	2,298	19.4	2,742	119.3
CUNDINAMARCA		130,762	166,462	27.3	170,136	102.2
GUAJIRA	(a)	5,595	4,381	(21.7)	6,398	146.0
HUILA		3,434	4,518	31.6	4,225	93.5
MAGDALENA	(a)	4,790	6,359	32.8	6,260	84.4
META	(a)	4,127	5,545	34.4	5,596	100.9
NARIÑO	(a)	3,177	5,000	57.4	4,157	83.1
NORTE STDER	(a)	5,515	7,529	36.5	7,446	98.9
QUINDIO	(a)	3,990	5,662	41.9	5,319	93.9
RISARALDA		6,866	8,444	23.0	8,604	101.9
SAN ANDRES	(a)	832	1,271	52.8	1,342	105.6
SANTANDER		10,223	13,459	31.7	14,563	108.2
SUCRE		926	1,282	38.4	1,263	98.5
TOLIMA	(a)	7,269	9,876	35.9	9,541	96.6
VALLE		43,883	61,836	40.9	63,168	102.2
TOTAL SECCIONAL		38,117	445,905	31.9	452,695	101.5
CAN		58,427	71,898	23.1	71,597	99.6
TOTAL NACIONAL		396,544	517,803	30.6	524,292	101.3

(a) Seccionales con Medicina Familiar.

FUENTE: Subdirección Financiera ISS

**VARIACION INGRESOS TOTALES SEGUROS EGM
POR SECCIONALES Y POR AFILIADO 1992 - 1993**

SECCIONALES	RECAUDO EGM (*)			INGRESO POR AFILIADO		
	1992	1993	VAR. %	1992	1993	VAR. %
AMAZONAS (a)	109	135	23.9	128,085	150,839	17.8
ANTIOQUIA	55,210	74,564	35.1	97,424	119,973	23.1
ATLANTICO (a)	20,711	30,176	45.7	128,666	194,710	51.3
BOLIVAR	6,772	8,395	24.0	87,782	99,454	13.3
BOYACA (a)	7,848	9,533	21.5	170,213	181,432	6.6
CALDAS	6,730	8,892	32.1	90,543	115,317	27.4
CAQUETA	341	539	58.1	67,047	85,002	26.8
CAUCA (a)	4,165	5,554	33.3	127,242	161,934	27.3
CESAR (a)	2,623	3,639	38.7	123,088	153,771	24.9
CHOCO (a)	295	508	72.2	101,340	157,324	55.2
CORDOBA	1,924	2,742	42.5	97,093	113,960	17.4
CUNDINAMARCA	130,762	170,136	30.1	110,161	133,043	20.8
GUAJIRA (a)	5,595	6,398	14.4	334,569	374,766	12.0
HUILA	3,434	4,225	23.0	103,574	119,746	15.6
MAGDALENA (a)	4,790	6,260	30.7	108,109	131,864	22.0
META (a)	4,127	5,596	35.6	133,030	167,620	26.0
NARIÑO (a)	3,177	4,157	30.8	116,361	139,445	19.8
NORTE STDER (a)	5,515	7,446	35.0	139,758	166,559	19.2
QUINDIO (a)	3,990	5,319	33.3	126,162	159,032	26.1
RISARALDA	6,866	8,604	25.3	84,349	97,328	15.4
SAN ANDRES (a)	832	1,342	61.3	95,654	138,852	45.2
SANTANDER	10,223	14,563	42.5	84,311	105,275	24.9
SUCRE	926	1,263	36.4	84,512	109,058	29.0
TOLIMA (a)	7,269	9,541	31.3	138,732	167,248	20.6
VALLE	43,883	63,168	43.9	92,603	122,195	32.0
TOTAL SECCIONAL	338,117	452,695	33.9	106,758	132,174	23.8

* VALOR EN MILLONES DE PESOS.

(a) Seccionales con Medicina Familiar.

FUENTE: SUBDIRECCION FINANCIERA ISS

BENEFICIARIOS SEGUN INFORME ESTADISTICO

GASTOS DE FUNCIONAMIENTO EGM (b)
(MILLONES DE \$)

SECCIONALES	TOT. GASTOS EGM 1992	TOTAL APROPIADO EGM 1993	VARIACION %	EJECUCION EGM A DIC./93	% EJECUCION
AMAZONAS	(a) 207	304	46.9	241	79.3
ANTIOQUIA	53,492	80,605	50.7	76,019	94.3
ATLANTICO	(a) 25,750	33,636	30.6	29,830	88.7
BOLIVAR	8,731	11,047	26.5	10,244	92.7
BOYACA	(a) 9,536	11,442	20.0	9,924	86.7
CALDAS	8,852	12,342	39.4	11,859	96.1
CAQUETA	670	1,126	68.1	960	85.3
CAUCA	(a) 6,272	8,751	39.5	8,201	93.7
CESAR	(a) 4,513	5,445	20.7	4,999	91.8
CHOCO	(a) 638	912	42.9	784	86.0
CORDOBA	2,874	4,804	67.2	4,171	86.8
CUNDINAMARCA	116,021	148,955	28.4	136,127	91.4
GUAJIRA	(a) 2,525	3,446	36.5	3,020	87.6
HUILA	5,370	6,763	25.9	5,977	88.4
MAGDALENA	(a) 6,155	8,350	35.7	7,872	94.3
META	(a) 4,060	5,374	32.4	4,838	90.0
NARIÑO	(a) 5,039	6,514	29.3	6,202	95.2
NORTE STDER	(a) 8,357	11,532	38.0	10,301	89.3
QUINDIO	(a) 7,169	9,522	32.8	8,359	87.8
RISARALDA	9,473	13,349	40.9	12,863	96.4
SAN ANDRES	(a) 1,266	2,003	58.2	1,749	87.3
SANTANDER	14,075	19,060	35.4	17,068	89.5
SUCRE	1,236	1,858	50.3	1,567	84.3
TOLIMA	(a) 8,662	11,837	36.7	10,709	90.5
VALLE	47,230	69,699	47.6	66,205	95.0
TOTAL SECCIONAL	358,173	488,676	36.4	450,089	92.1
CAN		59,341		18,285	30.8
TOTAL RUBRO	358,173	548,017	53.0	468,374	85.5

(a) Seccionales con Medicina Familiar.

(b) Servicios personales, Gastos generales y Transferencias

FUENTE: Subdirección financiera ISS

GASTOS POR RUBRO EJECUTADO / 92.- APROPIACION Y EJECUCION A DICIEMBRE / 93
(MILLONES DE \$)

CONCEPTO	EJECUTADO 1992	APROPIADO 1993	VARIACIÓN %	EJECUCIÓN A DIC/93	% EJECUCIÓN
TOTAL GASTOS	732,695	1,077,472	47.1	958,645	89.0
SERVICIOS GENERALES	118,139	150,894	27.7	139,080	92.2
GASTOS GENERALES	157,348	230,822	46.7	190,194	82.4
TRANSFERENCIAS (1)	379,668	557,230	46.8	521,635	93.6
INVERSION FISICA	17,261	24,469	41.8	4,762	19.5
DEUDA INTERNA	362	340	(6.1)	236	69.4
DEUDA EXTERNA	2,856	2,622	(8.2)	1,808	69.0
INVERSION FINANCIERA	57,061	106,095	85.9	95,930	90.4
PROTEC. Y FOMENTO AL TRAB.		5,000		5,000	100.0

(1) INCLUIDO PRESTACIONES ECONOMICAS DE EGM -IVM -ATEP

PRESTACIONES ECONÓMICAS	297,469	428,729	44.1	409,655	95.6
PRESTACIONES ECONOMICAS EGM	24,113	53,651	122.5	35,772	66.7
PRESTACIONES ECONOMICAS IVM	255,003	350,578	37.5	349,640	99.7
PRESTACIONES ECONOMICAS ATEP	18,353	24,500	33.5	24,243	99.0

FUENTE: SUBDIRECCION FINANCIERA

GASTOS FUNCIONAMIENTO E INVERSIÓN POR SEGURO
(MILLONES DE \$)

CONCEPTO	GASTOS EGM		GASTOS IVM		GASTOS ATEP	
	APROPIADO 1993	EJECUTADO A DIC/93	APROPIADO 1993	EJECUTADO A DIC/93	APROPIADO 1993	EJECUTADO A DIC/93
TOTAL GASTOS	577,488	478,136	423,151	410,099	76,833	70,410
SERVICIOS PERSONALES	149,052	137,485			1,842	1,596
GASTOS GENERALES	229,079	189,623			1,743	571
TRANSFERENCIAS	166,925	139,221	359,771	354,052	30,534	28,360
INVERSION FISICA	24,470	4,762				
DEUDA INTERNA	340	236				
DEUDA EXTERNA	2,622	1,809				
INVERSION FINANCIERA			63,380	56,047	42,714	39,883
PROTEC. Y FOM. AL TRAB.	5,000	5,000				

FUENTE: SUBDIRECCION FINANCIERA.

TOTAL GASTOS ISS (Los 3 seguros)
(Millones de \$)

SECCIONALES	EJECUCION 1992	APROPIADO 1993	VARIACION %	EJECUCION A DIC./93	% VARIACION
AMAZONAS (a)	207	319	54	254	79.6
ANTIOQUIA	57,750	86,983	51	80,045	92.0
ATLANTICO (a)	27,293	35,490	30	31,067	87.5
BOLIVAR	9,963	12,439	25	10,534	84.7
BOYACA (a)	11,529	12,215	6	10,493	85.9
CALDAS	9,215	13,384	45	12,656	94.6
CAQUETA	677	1,193	76	1,001	83.9
CAUCA (a)	6,438	9,274	44	8,504	91.7
CESAR (a)	4,553	5,736	26	5,131	89.5
CHOCO (a)	1,808	1,213	(33)	819	67.5
CORDOBA	4,017	5,074	26	4,370	86.1
CUNDINAMARCA	119,552	161,647	35	140,184	86.7
GUAJIRA (a)	2,542	4,264	68	3,576	83.9
HUILA	5,450	7,152	31	6,153	86.0
MAGDALENA (a)	6,349	8,716	37	8,189	94.0
META (a)	4,418	6,404	45	5,020	78.4
NARIÑO (a)	6,165	7,516	22	6,373	89.6
NORTE STDER (a)	8,970	12,004	34	10,576	88.1
QUINDIO (a)	7,626	10,739	41	8,903	82.9
RISARALDA	10,837	14,761	36	13,593	92.1
SAN ANDRES (a)	1,285	2,076	62	1,795	86.5
SANTANDER	14,825	21,122	42	18,140	85.9
SUCRE	1,246	1,903	53	1,588	83.4
TOLIMA (a)	8,907	12,265	38	10,977	89.5
VALLE	49,666	73,582	48	69,158	94.0
TOTAL SECCIONAL	381,288	527,471	38	469,463	89.0
CAN	351,406	550,001	57	489,182	88.9
TOTAL NACIONAL	732,694	1,077,472	47	958,645	89.0

(a) Seccionales con Medicina Familiar

FUENTE: Subdirección Financiera ISS

**COMPOSICION Y ESTADO DE LA INVERSION DE LAS RESERVAS
DE SEGUROS ECONOMICOS A DICIEMBRE 31 DE 1993
(MILLONES DE \$)**

INVERSIONES AFECTAS A RESERVAS

RESERVAS DEL SEGURO DE IVM
BONOS DE VALOR CONSTANTE PARA S.S 287,301

PAGARES PASIVOS Y DEFICIT DECTO. 2882/91 57,362 57,362

PAGARE DEFICIT BVC-SS NACION IFI. DTO. 1225/93 178,346
PAGARE PASIVOS BVC-SS IFI DTO.1225/93 17,277 195,623

FONDO NACIONAL HOSPITALARIO

BONOS DE VALOR CONSTANTE D. 687/67 1,361
EMPRÉSTITOS BVC (DEC. 1935/73) 0
SUBTOTAL FONDO NACIONAL HOSPITALARIO 34,315

DOCUMENTOS DE LA DEUDA PUBLICA

TITULOS DE PARTICIPACION 151,261
TITULOS TES (15 MESES) 37,787
TITULOS TES LP. (3AÑOS) 113,128
TITULOS TES LP. (5AÑOS) 60,500
FONDO NAL. HOSPITALARIO POPAYAN 268

TOTAL DE RESERVAS DEL SEGURO DE IVM 650,245

RESERVAS DEL SEGURO DE ATP

DOCUMENTOS DE INVERSION

TITULOS DE PARTICIPACIÓN 102,867 129,130

TITULOS DE TESORERÍA TES - CLASE B (A 3 AÑOS) 10,167
TITULOS DE TESORERIA TES - CLASE B (A 5 AÑOS) 16,090
TITULO DE AHORRO NACIONAL 0
FIDEICOMISO BANCO CENTRAL E HIPOTECARIO 6

TOTAL RESERVAS DEL SEGURO DE ATEP 129,130

TOTAL INVERSIONES AFECTAS A RESERVAS 779,375

FUENTE: SUBDIRECCIÓN FINANCIERA

**OFICINA NACIONAL DE SALUD OCUPACIONAL
SUBDIRECCION SERVICIOS DE SALUD**

SECCIONAL	No. ACCIDENTES DE TRABAJO	TASA POR 1,000	ACCIDENTES DE TRABAJO	
			No. DIAS	VALOR
AMAZONAS	10	13.55	118	442,494
ANTIOQUIA	40,574	73.00	355,603	1,380,930,466
ATLANTICO	6,525	44.55	83,129	352,364,825
BOLIVAR	2,366	32.93	32,446	138,417,320
BOYACA	2,296	52.70	22,212	125,271,054
CALDAS	3,511	51.45	47,747	141,452,291
CAQUETA	203	40.66	2,450	8,226,280
CAUCA	2,814	90.51	26,447	128,091,352
CESAR	397	20.81	4,601	16,983,757
CHOCO	32	14.74	700	1,642,184
CORDOBA	134	7.15	3,263	9,768,636
CUNDINAMARCA	26,990	24.10	252,981	991,172,078
GUAJIRA	227	18.98	2,237	13,425,955
HUILA	511	16.67	19,036	52,618,629
MAGDALENA	2,066	49.80	22,849	84,148,701
META	1,498	53.29	6,637	26,944,625
NARIÑO	702	27.97	3,937	16,031,321
NORTE STDER	1,313	34.77	13,529	53,254,098
QUINDIO	1,199	39.56	9,049	30,190,092
RISARALDA	4,844	60.45	35,638	120,661,795
SAN ANDRES	180	21.84	1,589	5,384,057
SANTANDER	4,853	42.66	41,667	173,085,241
SUCRE	114	11.19	1,474	5,066,527
TOLIMA	2,353	46.49	18,479	70,943,220
VALLE	21,362	45.87	231,377	1,097,603,106
TOTALES	127,074	40.15	1,239,195	5,044,120,104

FUENTES: ESTADISTICA 1993 DIVISION NACIONAL DE SALUD OCUPACIONAL.
ESTADISTICAS SOCIOECONOMICAS INFORMATICA I.S.S

**OFICINA NACIONAL DE SALUD OCUPACIONAL
SUBDIRECCION SERVICIOS DE SALUD
TASA DE ACCIDENTALIDAD LABORAL POR SECCIONALES**

SECCIONAL	NUMERO DE EMPRESAS	NUMERO DE TRABAJADORES	ACCIDENTES		TASA POR 1,000
			NUMERO	%	
AMAZONAS	183	738	10	0.00	442,494
ANTIOQUIA	62,132	555,802	40,574	31.93	73.00
ATLANTICO	12,707	146,467	6,525	5.13	44.55
BOLIVAR	7,934	71,847	2,266	1.86	32.93
BOYACA	6,224	43,568	2,296	1.81	52.70
CALDAS	11,957	68,246	3,511	2.76	51.45
CAQUETA	1,077	4,993	203	0.16	40.66
CAUCA	3,543	31,092	2,814	2.21	90.51
CESAR	2,669	19,080	397	0.13	20.81
CHOCO	379	2,171	32	0.03	14.74
CORDOBA	2,670	18,746	134	0.11	7.15
CUNDINAMARCA	93,958	1,119,960	26,990	21.24	24.10
GUAJIRA	1,742	11,958	227	0.18	18.98
HUILA	5,385	30,647	511	0.40	16.67
MAGDALENA	5,863	41,490	2,066	1.63	49.80
META	4,580	28,112	1,498	1.18	53.29
NARIÑO	3,198	25,094	702	0.55	27.97
NORTE STDER	4,922	37,766	1,313	1.03	34.77
QUINDIO	7,225	30,306	1,199	0.94	39.56
RISARALDA	11,373	80,136	4,844	3.81	60.45
SAN ANDRES	1,235	8,243	180	0.14	21.84
SANTANDER	13,907	113,763	4,853	3.82	42.66
SUCRE	1,602	10,190	114	0.09	11.19
TOLIMA	7,604	50,611	2,353	1.85	46.49
VALLE	43,295	465,716	21,362	16.81	45.87
TOTALES	317,695	3,164,944	127,074	100.00	40.15

* INFORMACION COMPLETA

NOTA: SE EXCLUYEN EMPRESAS Y TRABAJADORES EN LAS ACTIVIDADES ECONOMICAS QUE NO COTIZAN A.T.E.P.

FUENTE: INFORME ESTADISTICO I.S.S. Y REPORTES SECCIONALES S.O.

**OFICINA NACIONAL DE SALUD OCUPACIONAL SUBDIRECCIÓN SERVICIOS DE SALUD
TRABAJADORES, Y ACCIDENTES NOTIFICADOS POR ACTIVIDAD ECONÓMICA I.S.S. 1993**

COD.	ACTIVIDAD ECONOMICA CIU-Primera Revisión	EMPRESAS		TRABAJADORES		ACCIDENTES DE TRABAJO		
		NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	TASA X1000
01	Agricultura y Ganaderia	29,362	9.24	234,573	7.41	20,265	15.95	86.39
02	Silvicultura, Explot. forestal	128	0.04	2,628	0.08	305	0.24	116.06
04	Pesca	186	0.06	3,141	0.10	162	0.13	51.58
11	Extracción de carbón	438	0.14	13,269	0.42	1,893	1.49	1.66
12	Extracción de min. metálicos	93	0.03	2,386	0.08	305	0.24	127.83
13	Petroleo crudo y gasolina nat.	101	0.03	3,376	0.11	123	0.10	36.43
14	Extrac. de piedra, arcilla y arena	287	0.09	3,527	0.11	274	0.22	77.69
19	Extrac. de minerales no metal.	253	0.08	5,159	0.16	429	0.34	83.16
20	Indust. aliment. (excep. bebidas)	6,992	2.20	125,053	3.95	9,408	7.40	75.23
21	Indust. de las bebidas	240	0.08	19,706	0.62	1,826	1.44	92.66
22	Indust. del tabaco	61	0.02	2,309	0.07	288	0.23	124.73
23	Indust. del textil	1,649	0.52	71,897	2.27	4,517	3.55	69.63
24	Indust. del calzado, vest. etc.	9,866	3.11	161,428	5.10	3,337	2.63	20.87
25	Indust. de maderas y corcho	1,461	0.46	12,592	0.40	1,247	0.98	93.03
26	Fab. de muebles y similares	3,059	0.96	31,729	1.00	2,598	2.04	81.88
27	Indust. papel, cartón y sus prod.	301	0.09	12,002	0.38	1,011	0.80	84.24
28	Artes gráficas public. y sim.	3,224	1.01	47,015	1.49	1,389	1.09	29.54
29	Manufacturas de cuero y sus prod.	1,337	0.42	23,026	0.73	812	0.64	35.26
30	Manuf. de productos de caucho	350	0.11	9,780	0.31	768	0.60	78.53
31	Inds. químicas y sus produc.	2,243	0.71	53,430	1.69	1,967	1.55	36.81
32	Inds. deriv. del pet. y carbón	40	0.01	743	0.02	55	0.04	74.02
33	Inds. prod. minerales no met.	1,859	0.59	45,114	1.43	4,733	3.72	104.91
34	Inds. de metales básicos	959	0.30	20,836	0.66	3,442	3.71	165.19
35	Inds. prod. met. (excep. maq.)	5,820	1.83	84,932	2.68	3,751	6.10	91.26

...

COD.	ACTIVIDAD ECONOMICA CIIU-Primera Revisión	EMPRESAS		TRABAJADORES		ACCIDENTES DE TRABAJO		
		NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	TASA X1000
36	Reparación maq.(excep.maq.elec)	1,627	0.51	19,834	0.63	2,109	1.66	106.33
37	Reparación máquinas eléctricas	4,410	1.39	54,912	1.74	3,266	2.57	59.48
38	Inds. de eq. de transporte	4,360	1.37	4,767	1.38	2,199	1.73	50.24
39	Diversas industrias manuf no clas.	4,283	1.35	62,063	1.96	2,744	2.16	44.21
40	Construcción	12,524	3.94	149,405	4.72	11,372	8.95	76.12
51	Electric., gas y vapor	608	0.19	19,069	0.60	759	0.60	39.80
52	Acueducto y servicios sanitarios	386	0.12	8,779	0.28	519	0.49	59.12
61	Comercio al por mayor y detalle	67,917	21.38	503,911	15.92	8,469	6.66	16.81
62	Bancos y otras inst. financieras	5,632	1.77	135,490	4.28	617	0.49	4.55
63	Seguros	2,576	0.81	49,338	1.56	939	0.74	19.03
64	Negocios de propiedad y raíz	7,123	2.24	37,759	1.19	314	0.25	8.32
71	Transporte	19,771	6.22	152,443	4.82	3,205	2.52	21.02
72	Depósitos y bodegas	1,137	0.36	19,193	0.61	708	0.56	36.89
73	Comunicación	306	0.10	11,368	0.36	298	0.23	26.21
81	Servicios gubernamentales	123	0.04	3,659	0.12	128	0.10	34.98
82	Serv. prestados al público	48,027	15.12	596,023	18.83	9,466	7.45	15.88
83	Serv. de esparcimiento	3,478	1.09	39,578	1.25	434	0.34	10.97
84	Serv. personales	20,983	6.60	192,368	6.08	6,451	5.08	43.53
90	Actividades no bien clasificadas	76	0.02	22,858	0.72	3,747	2.95	163.93
93	Asegur. fuera de cobert.(3 riesgos)	452	0.14	2,699	0.09	62	0.05	22.97
94	Asegur.fuera de cobert.(Sin EGM)	61	0.02	1,542	0.05	52	0.04	33.72
97	Servicio Doméstico	41,195	12.97	49,234	1.56	102	0.08	2.07
	Sistema ALA	331	0.10			209	0.16	
	TOTAL	317,695	100.00	3,164,944	100.00	127,074	100.00	40.15

FUENTE: INFORME ESTADISTICO E INFORMES SECCIONALES S.O.

NOTA: SE EXCLUYEN LAS EMPRESAS Y LOS TRABAJADORES DE LAS ACTIVIDADES ECONOMICAS QUE NO COTIZAN A.T.E.P.

**DISTRIBUCIÓN DE PERSONAL POR AREAS Y SECCIONALES
DICIEMBRE 1993**

SECCIONALES	PERSONAL DE PLANTA			PERSONAL DE PLANTA			TOTAL
	SECCIONALES	ADMINISTR.	SUBTOTAL	SECCIONALES	ADMINISTR.	SUBTOTAL	
AMAZONAS	0	2	2	0	10	10	12
ANTIOQUIA	2,798	1,236	4,034	54	115	169	4,203
ATLANTICO	1,394	646	2,040	194	22	216	2,256
BOLIVA	416	294	710	148	18	166	876
BOYACA	411	288	699	71	37	108	807
CALDAS	615	352	967	33	12	45	1,012
CAQUETA	10	12	22	19	21	40	62
CAUCA	346	260	606	22	11	33	639
CESAR	202	138	340	103	22	125	465
CHOCO	6	14	20	28	19	47	67
CORDOBA	85	88	173	37	18	55	228
C/MARCA	2,260	3,383	5,643	639	389	1,028	6,671
GUAJIRA	69	52	121	18	10	28	149
HUILA	209	166	375	79	28	107	482
MAGDALENA	229	170	399	82	7	89	488
META	167	120	287	63	17	80	367
NARIÑO	195	115	310	110	23	133	443
N/STDER	373	254	627	152	36	188	815
QUINDIO	334	170	504	118	93	211	715
RISARALDA	456	317	773	88	6	94	867
SAN ANDRES	35	34	69	11	6	17	86
SANTANDER	654	291	945	119	0	119	1,064
SUCRE	45	35	80	20	3	23	103
TOLIMA	442	307	749	133	9	131	880
VALLE	2,224	1,231	3,455	141	54	195	3,650
NIVEL NACIONAL	28	570	598	6	138	144	742
TOTALES	14,003	10,545	24,548	2,477	1,124	3,601	28,149

FUENTE. SUBDIRECCION DE PERSONAL

PROCESO DE MODERNIZACIÓN DEL ISS (PROMISS)

El Instituto de Seguros Sociales atiende con servicios de salud y protección de riesgos económicos una población cercana a los seis millones, situada en más de 300 municipios colombianos. Para ello cuenta con una infraestructura física, recursos humanos, tecnología de información y un modus - operandi que está siendo evaluado y modernizado en forma integral con el propósito de convertir el Instituto en líder de la protección de sus asegurados y sus familias.

Dicha redefinición organizacional responde a lo ordenado en el Decreto 2148 de Diciembre de 1992, a la nueva ley de Seguridad Social y a la directriz de la Presidencia de la República, formulada en septiembre de 1992, de que las instituciones del Estado se modernicen orientando su gestión bajo los siguientes parámetros:

- El ciudadano es el centro de atención
- Eficacia y eficiencia
- Simplificar y mejorar los trámites indispensables
- Eliminar posibles espacios para la corrupción
- Actitud gerencial
- Estrategia operacional
- Control de resultados
- Rendición de cuentas
- Compromiso
- Innovación y cambio

Básicamente, el proceso de Modernización apunta a que el Estado responda a las necesidades de un país que tiene que hacerle frente a la creciente complejidad y la mayor inestabilidad que general los numerosos y rápidos cambios del entorno mundial y nacional. Se está evidenciando en las relaciones internacionales y a nivel local un mayor grado de interdependencia y pluralismo. Esos cambios están condicionando la mente de una ciudadanía que cada día presiona más y exige mejores servicios a costos inferiores.

Además, el cliente del ISS ha cambiado de perfil y la Institución confronta una realidad competitiva impuesta por la nueva ley de Seguridad Social. La nueva naturaleza del Instituto le impone adaptar su organización para articularse y consolidarse como empresa comercial e industrial.

Por todo lo anterior, el ISS viene adelantando un proceso de racionalización organizacional que le garantice que va a sobrevivir en el competitivo ambiente de la Seguridad Social colombiana. Y cómo lo está haciendo? Ante todo, el ISS ha comprendido que no puede modernizarse a través de las vías tradicionales, es decir, por decreto o solamente cambiando las cajitas del organigrama. El Instituto ha decidido realizar una verdadera transformación apoyándose para ello en sus propios puntos fuertes e identificando las áreas que requieren cambios radicales. Para ello está adelantando un programa orientado a crear una nueva cultura, entendiéndose por ésta una nueva forma de obtener los resultados que necesitan los clientes de la Institución.

Se trabajan frentes críticos del ISS, por medio del desarrollo de proyectos controlados en las áreas de Organización, Salud, Sistema, Infraestructura Física, Recursos Humanos, Financiera, Seguros Económicos, Auditoría, Jurídica y otros.

El avance de los proyectos está alineado con la Misión/Valores/Visión definidas por la alta dirección y apuntan a una mayor racionalidad operacional. El ISS puede afirmar con base en el desarrollo de su gestión que está profundizando en el análisis de la misma, consolidando un equipo con miembros que crecen como resultado de dicha labor, mejorando procesos, promoviendo mejor actitud de servicio para los clientes y pensando y actuando con un sentido estratégico sin sacrificar el hoy. Ante todo, la modernización en el ISS es un proceso controlado con metas específicas. El liderazgo de la modernización está en cabeza de la Presidencia pero ésta reconoce que la verdadera transformación

se dará en la medida que cada empleado asuma el liderazgo del logro de sus propias responsabilidades sin que nadie se lo exija, es decir, porque sabe que ese es su compromiso con la más grande empresa de Seguridad Social en Colombia.

La alta dirección del ISS está realizando su proceso de modernización apoyada en sus gerentes y lo está haciendo aprovechando la oportunidad para convertirlos en mejores gerentes públicos.

A continuación se podrá conocer las actividades sobresalientes del Proceso de Modernización del Instituto de Seguros Sociales.

PROCESO DE MODERNIZACIÓN ISS

PROYECTOS PROMISS

1. REORGANIZACIÓN PRISS
2. NUEVO MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD
3. MODELO DE INFORMACIÓN EN SALUD
4. MODELO DE OFERTA Y DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD
5. OPTIMIZACIÓN DEL RECURSO FÍSICO DE SALUD DEL ISS
6. CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS

7. INTERVENTORIA DE CONTRATOS DE SALUD

8. NUEVAS FORMAS DE CONTRATACIÓN SERVICIOS DE SALUD
9. CLASIFICACIÓN DE EMPRESAS PARA EL RIESGO ATEP
10. PLAN ESTRATÉGICO Y OPERATIVO DE SISTEMAS
11. NUEVO SISTEMA CONTABLE DEL ISS
12. NUEVO SISTEMA PRESUPUESTAL
13. MANEJO EXCEDENTES DE TESORERÍA
14. INVENTARIOS Y ACTIVOS FIJOS DEL ISS
15. COSTOS EN SALUD
16. ANALISIS Y PLANEACIÓN FINANCIERA
17. ORGANIZACIÓN DE LA AUDITORIA INTERNA
18. RECURSO HUMANO ACTUAL (PLANTA Y CONTRATO)
19. DESARROLLO ORGANIZACIONAL Y CAPACITACIÓN
20. MANUAL DE POLÍTICAS DE PERSONAL
21. PLAN DE INCORPORACIÓN A NUEVA PLANTA DE PERSONAL
22. MANEJO DE CAMBIO
23. SISTEMA DE COMUNICACIÓN INTERNO Y EXTERNO
24. PLANTA DE PERSONAL DE SISTEMAS
25. REDEFINIR ROL DE LA OFICINA JURÍDICA NACIONAL
26. IMPACTO DECRETO 2148 Y PROYECTO LEY 155 PARA ISS
27. DEPURACIÓN HISTORIA LABORAL

Por su importancia, a continuación se describen los veinticinco proyectos que componen el proceso de reorganización del ISS.

PROCESO DE MODERNIZACIÓN ISS**PROYECTOS PRISS**

1. AFILIACIÓN Y REGISTRO
2. LIQUIDACIÓN Y PAGO DE PRESTACIONES ECONÓMICAS
3. PRESUPUESTO GENERAL DEL ISS
4. CONTABILIDAD, COSTOS E INVENTARIOS
5. TESORERÍA Y COBRANZAS
6. SUMINISTROS
7. REGISTRO, SEGUIMIENTO, CONTROL Y EVALUACIÓN DE INVERSIONES FÍSICAS
8. REGISTRO, SEGUIMIENTO, CONTROL Y EVALUACIÓN DE MANTENIMIENTO Y SERVICIOS GENERALES
9. ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL
10. SELECCIÓN DE PERSONAL
11. ATENCIÓN AMBULATORIA
12. ATENCIÓN HOSPITALARIA
13. APOYO DIAGNOSTICO
14. URGENCIAS
15. SALUD OCUPACIONAL
16. ATENCIÓN CRÓNICOS
17. EVALUACIÓN DE CALIDAD
18. MERCADEO
19. PLANEACIÓN
20. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
21. CONTRATACIÓN GENERAL
22. JURÍDICA
23. CORRESPONDENCIA Y ARCHIVO
24. CONTROL INTERNO/FISCALIZACIÓN (A nivel de recomendaciones)
25. CAPACITACIÓN (A nivel de pautas y recomendaciones)

SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

Superintendencia del Subsidio Familiar

Aspectos del sistema de subsidio familiar en Colombia:*

1. DEFINICIÓN

El subsidio familiar es una prestación social pagadera en dinero, especie y servicios a los trabajadores de medianos y menores ingresos, en proporción al número de personas a cargo y su objetivo fundamental consiste en aliviar las cargas económicas que representa el sostenimiento de la familia como núcleo básico de la sociedad.

2. CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

Las entidades que administra el subsidio familiar, se denominan Cajas de Compensación Familiar, tienen una proyección regional (departamentos dentro de la división político administrativa del país).

En la actualidad se encuentran en funcionamiento sesenta y ocho (68) Cajas y se caracterizan por:

- 2.1. Son personas jurídicas de derecho privado sin ánimo de lucro, que cumplen funciones de Seguridad Social y se hallan sometidas al control y vigilancia de la SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR.
- 2.2. Las Cajas de Compensación Familiar son entidad encargadas de recaudar, distribuir y pagar el subsidio familiar.
- 2.3. Organizan y administran obras y programas para el pago del subsidio familiar en especie.

3. INFORMACIÓN FINANCIERA.

Proviene de aportes de los empleadores, quienes contribuyen con el 4%.

* Eduardo Beltrán Rodríguez

Liquidado con base en el valor de la nómina mensual y de servicios que prestan en desarrollo de las funciones que les fueron asignadas por la ley.

TOTAL NACIONAL
1992

	U\$
Aportes patronales	234.941.311
Mercadeo	537.157.784
Servicios Sociales	56.070.384
Financieros	17.492.945
Administración	4.705.881
	<hr/>
U\$	850.705.881

(Ochocientos cincuenta millones setecientos cinco mil ochocientos ochenta y un dolares americanos)

Total Activo	382.436.155	
(Trescientos ochenta y dos millones, cuatrocientos treinta y seis mil, ciento cincuenta y cinco dólares americanos)		
Total pasivo	219.175.994	
Total patrimonio	163.260.161	
	<hr/>	
Total pasivo y patrimonio	382.436.155	

4. -COBERTURA

Empresas afiliada	147.170
Total empresas afiliadas ciento cuarenta y siete mil ciento setenta	
Trabajadores afiliados	2.805.114
Personas a cargo del trabajador	3.548.179
Cónyuges	1.352.946
<hr/>	
Total población afiliada (siete millones setecientos seis mil doscientos treinta y ocho)	7.706.238

DE LA DIGNIDAD EN EL ESTADO SOCIAL DE DERECHO

Colombia es un Estado personalista, democrático, participativo y humanista, que hunde sus raíces en los campos axiológicos de la dignidad humana.

Así lo establece el artículo primero de la Constitución que dice:

«Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general.»

La persona es pues el sujeto, la razón de ser y el fin del poder político.

Ahora la carta no sólo propende por la persona sino que a su materialidad ontológica le agrega una cualidad indisoluble; la dignidad.

Se trata pues de defender la vida pero también una cierta calidad de vida. En el término «dignidad» predicado de lo «humano», está encerrada una

calidad de vida, que es un criterio cualitativo. Luego para la carta no basta que la persona exista; es necesario aún que exista en un marco de condiciones materiales y espirituales que permita vivir con dignidad.

Para ello se introdujo el concepto de democracia participativa en el Estado social de derecho, que basta simultáneamente que el Estado provea a la satisfacción de las necesidades sociales y que, a su vez, a la sociedad civil participa en la consecución de los fines estatales.

DE LA SOLIDARIDAD

El artículo primero constitucional «Fundamenta» el Estado colombiano en la solidaridad. Ello es un desarrollo de los conceptos de justicia y democracia participativa, consagrados ambos en el preámbulo y en el artículo segundo de la carta.

En primer lugar, la expresión de un «orden justo» aparece tanto en el preámbulo como en los fines esenciales del Estado.

El anexo justicia-solidaridad es evidente, pues en un régimen de carencia de recursos suficientes, como Colombia, una parte de la sociedad civil está llamada a participar en la solución de las necesidades de los más pobres.

También se manifiesta la relación dignidad-solidaridad. Ellas son, respectivamente, un valor y un principio de los cuales se predica su total compatibilidad.

Es gracias a la solidaridad que se puede arribar a la dignidad, si se parte del supuesto de la realidad colombiana, enmarcada en un ámbito de desequilibrios sociales y territoriales.

La solución de las necesidades básicas insatisfechas de importantes actores de la sociedad colombiana es un compromiso de todos, esto es, del Estado, la sociedad y los particulares.

Así lo establece el artículo 20. de la carta cuando afirma en su inciso segundo:

«Las autoridades de la república están instituidas para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del Estado y de los particulares».

Incluso la solidaridad es un deber constitucional, como se advierte en el artículo 95 de la constitución, que dice:

«...son deberes de la persona y del ciudadano: 2. Obrar conforme al principio de solidaridad social...»

Luego la solidaridad es un deber constitucional de todos, que aspira a lograr la materialización de los valores fundantes de la justicia y la dignidad.

Y en segundo lugar, el carácter participativo del Estado implica que la sociedad civil intervenga no sólo, como antes, en la simple definición periódica de los gobernantes mediante el voto, sino que ahora se precisó además que la comunidad participa en los procesos de decisión, ejecución y control de la gestión pública tendiente a satisfacer las necesidades sociales.

DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La solidaridad como deber, de que trata el artículo 95.2 de la carta, tiene como contrapartida el concepto de la solidaridad como derecho, que se expresa en la seguridad social.

El artículo 48 de la constitución dice:

La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley.

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

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

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

Se advierte en primer lugar que fue deseo del constituyente consagrar una definición amplia de la seguridad social. Ello es manifiesto al consultar los antecedentes de la norma en el seno de la Asamblea Nacional Constituyente, donde se afirmó:

«Nuestra concepción de la finalidad social del Estado debe ir necesariamente más allá de la retórica. La seguridad social constituye un elemento indispensable para posibilitar unas condiciones de vida digna; tal vez no haya instrumento más eficaz para el cumplimiento de la finalidad social de Estado.

«En este sentido es necesario consagrar en la carta el derecho irrenunciable a la seguridad social, garantizado por el Estado a todos los habitantes del territorio Nacional.

«La seguridad y la previsión social tienen por objeto la protección de la población contra las contingencias que menoscaban la salud y la capacidad económica.

«La seguridad social ha dejado de ser una nación abstracta para convertirse en un derecho concreto reconocido internacionalmente. La Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 22 dice: Toda persona como miembro de la sociedad tienen derecho a la seguridad social...

«Desde el punto de vista de la cobertura de la seguridad social una concepción amplia permite el derecho a toda la población; una más estrecha (sic) únicamente a los trabajadores.

«Con respecto a las contingencias previstas, la concepción amplia involucra aspectos como recreación, vivienda, desempleo y otros derechos indispensables a la dignidad del ser humano...»

Como se advierte, el constituyente incorporó la vivienda dentro del concepto de seguridad social. Ello ha sido ratificado por el legislador, mediante el artículo 62 numeral 4 de la Ley 45 de 1990.

Esta concepción de la seguridad social que hace la constitución de 1991 recoge la tendencia normativa universal, expresada por ejemplo en el pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, aprobado por Colombia mediante la Ley 74 de 1968 y con fuerza normativa en el derecho interno por disposición del artículo 93 de la carta, cuyo artículo 9 dice:

«Los estados partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social.»

La doctrina igualmente ha afirmado desde 1942 que la seguridad social «trata de combatir los cinco grandes malignos: la necesidad, por falta de medios de subsistencia; la enfermedad, que con frecuencia deriva de aquella necesidad; la ignorancia que ninguna democracia debe permitir entre sus ciudadanos; la miseria, inadmisibles en países civilizados y entre laboriosos capaces; y la ociosidad por los peligros sociales que implica este pésimo ejemplo...»

Ahora en el artículo 48 superior sobresalen los tres principios que rigen la solidaridad social en Colombia, eficiencia, solidaridad y universalidad.

La eficiencia es un principio que tiene como destinatario a los propios organismos responsables de la prestación del servicio público de la seguridad social -el Estado y los particulares-. Ella es reiterada por el artículo 205 de la carta como principio rector de la gestión administrativa. Así mismo la eficacia implica la realización del control de resultados del servicio.

Pero más significativo para el negocio que nos ocupa son los principios de solidaridad y universalidad, porque ellos se dirigen tanto a los responsables como a los beneficiarios de la seguridad social.

En cuanto a la solidaridad, como se anotó anteriormente, es un principio que aspira a realizar el valor justicia, que bebe en las fuentes de la dignidad humana. En este caso ello es evidente, como lo ha establecido la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia, cuando afirmó que «el Subsidio Familiar es, desde

otro punto de vista, un mecanismo para la redistribución de los ingresos, fundamentado en principios universales de bienestar y solidaridad».

Y la universalidad es el principio relacionado con la cobertura de la seguridad social; todas las personas. Ello es natural porque si, como se estableció, la dignidad es un atributo y un fin inherente de la persona, no es entonces concebible que unas personas gocen de vida digna y otras no. Las calidades esenciales de la existencia no sabrían ser contingentes. Simplemente, si son esenciales, se predicen de todas las personas.

Es por ello que la seguridad social es un requisito de la dignidad y la dignidad es un atributo esencial de la persona.

Por otra parte el artículo 48 precitado hace alusión en el inciso tercero a la facultad del legislador para ampliar progresivamente la cobertura de la seguridad social, bajo la dirección del Estado y con la participación de los particulares.

Esta facultad del legislador es concordante con el numeral 23 del artículo 150 constitucional, en donde se atribuye al Congreso la competencia para regular la prestación de los servicios públicos. Recuérdese a este respecto que el artículo 48 *ibidem* empieza por definir la seguridad social como un servicio público.

La dignidad comprende varias dimensiones de la vida del hombre. Básicamente ella implica un conjunto de condiciones materiales y espirituales de existencia que permita vivir y vivir con cierta calidad, con el fin de permitir un espacio idóneo para el libre desarrollo de la personalidad, al tenor del artículo 14 de la carta.

Entre las condiciones materiales de existencia digna se encuentra sin duda la vivienda. Otros elementos como la alimentación, la salud y la formación son también indispensables, pero en este negocio importa poner de manifiesto el carácter vital que tiene para la dignidad el gozar de una vivienda.

De hecho la humanidad se ha relacionado históricamente con la vivienda en forma paralela al desarrollo de la civilización. De los nómadas a las cavernas, de los bohios a las casas, de las casas a los edificios, toda la evolución del hombre se traduce en su forma de vivienda.

Así lo entendió el constituyente cuando el artículo 51 de la carta dijo:

«Todos los colombianos tienen derecho a vivienda digna. El Estado fijará las condiciones necesarias para hacer efectivo este derecho y promoverá planes de vivienda de interés social, sistemas adecuados de financiación a largo plazo y formas asociativas de ejecución de estos programas de vivienda».

Y así lo entendió también el legislador cuando creó el sistema nacional de vivienda de interés social.

En efecto, dice así el inciso 1 del artículo 1 de la Ley 3 de 1991:

«Créase el sistema nacional de vivienda de interés social, integrado por las entidades públicas y privadas que culmina funciones conducentes a la financiación, construcción, mejoramiento, reubicación, habilitación y legalización de títulos de viviendas de esta naturaleza».

El artículo 2 del literal "C" de esta misma Ley ubica las cajas de compensación Familiar como haciendo parte del subsistema de financiación del sistema nacional de vivienda de interés social.

Se advierte en consecuencia que la satisfacción de las necesidades de vivienda en Colombia es una prioridad constitucional y legal, para lo cual se ha diseñado un sistema racional que vincula a las cajas de compensación familiar.

DE LOS DERECHOS SUBJETIVOS Y EL INTERÉS LEGÍTIMO

El artículo 58 de la Constitución afirma lo siguiente:

«Se garantiza la propiedad privada y los demás derechos adquiridos...»

Se observa que Colombia es un Estado que respeta y protege la propiedad privada, con algunas limitaciones previstas por el propio constituyente en virtud de su carácter de interés social.

Ahora, la propiedad es un derecho subjetivo. Ella es la especie de este último término, el cual es de orden genérico.

Los derechos subjetivos son aquellos que se encuentran radicados en cabeza de una persona determinada y que son exigibles respecto de los demás sujetos de derecho.

Frente al concepto de derechos subjetivos la doctrina ha construido la noción de interés legítimo y de mera expectativa.

El interés legítimo ha sido definido por Zanobini como «el público y protegido por el ordenamiento jurídico sólo a través de la tutela jurídica de este segundo». Como las normas se sancionan para garantizar el interés general y no tiene por que garantizar los intereses particulares concretos, éstos no llegan a ser derechos subjetivos. Estos últimos sí cuentan con recursos y acciones para ser exigidos, equilibrándose de este modo el orden público estatal con los derechos públicos subjetivos de los particulares. Las normas que consagran un interés legítimo, al asegurar el interés general de los habitantes en su calidad de miembros del Estado no dan lugar a que de ellas nazcan derechos subjetivos. Lo que sucede es simplemente que los particulares se aprovechan de la necesidad de que estas normas sean observadas en interés colectivo, y sólo a través y como consecuencia de dicha observancia, resultan ocasionalmente protegidos en sus intereses.

Y la manera expectativa es una esperanza precaria en la futura consolidación eventual de un derecho, no exigible coactivamente.

DE LOS LÍMITES A LA ACTIVIDAD ECONÓMICA

El artículo 33 de la Constitución Política dice:

«La actividad económica y la iniciativa privada son libres, dentro de los límites del bien común. Para su ejecución, nadie podrá exigir permisos previos ni requisitos, sin autorización de la ley.

«La libre competencia económica es un derecho de todos que supone responsabilidades.

«La empresa, como base del desarrollo, tiene una función social que implica obligaciones. El Estado fortalecerá las organizaciones solidarias y estimulará las organizaciones solidarias y estimulará el desarrollo empresarial.

«El Estado, por mandato de la ley, impedirá que se constituya o restrinja la libertad económica y evitará o controlará cualquier abuso que personas o empresas hagan de su posición dominante en el mercado nacional.

«La ley delimitará el alcance de la libertad económica cuando así lo exijan el interés social el ambiente y el patrimonio cultural de la Nación».

Esta norma se enmarca en el tríptico económico de la constitución, conformado por el trabajo (art.25), la propiedad (art.58) y la empresa (art.333).

En el artículo 333 precitado se advierte que la regla general es la libertad de empresas y la iniciativa privada. Ello es lógico en una economía de mercado como es Colombia. A dicha regla general sin embargo el constituyente utilizando cuatro términos -bien común, responsabilidades, obligaciones e interés social-, le impone limitaciones.

En otras palabras, fue voluntad expresa y reiterada del constituyente permitir la limitación a la libertad de empresa y la iniciativa privada por motivos relacionados con la prevalencia del interés general, al tenor del artículo primero de la carta.

Huelga decir que el servicio público de la seguridad social, inherente a la persona por hacer parte de su dignidad, constituye una causal que encaja dentro de las limitaciones constitucionales a la libertad de empresa y la iniciativa privada.

DEL PRINCIPIO DE LA BUENA FE

El artículo 83 de la Constitución dispone lo siguiente:

«Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante éstas».

Este artículo consagra el principio general de la buena fe, el cual pretende simultáneamente proteger de derecho y trazar una directiva para toda la gestión institucional. El destinatario de lo primero es la persona y el de lo segundo el Estado.

El derecho que se busca garantizar con la presunción de la buena fe es el derecho de las personas a que los demás crean en su palabra, lo cual se inscribe en la dignidad humana, al tenor del artículo primero de la carta. Ello es esencial para la protección de la confianza tanto en la ética como en materia de seguridad del tráfico jurídico.

Y el principio de gestión estatal que se encuentra subyacente con la buena fe es el de la celeridad, eficiencia y economía consagrados en el artículo 209 de la carta.

De conformidad con este principio hay que presumir que los empleadores, los trabajadores y el legislador han venido actuando de buena fe en la materia que nos ocupa.

DE LOS DERECHOS DE LOS TRABAJADORES

El artículo 25 de la constitución de 1991 consagra lo siguiente:

«El trabajo es un derecho y una obligación social y goza, en todas sus modalidades, de la especial protección del Estado. Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas.»

Esta norma debe ser concordada con el inciso final del artículo 53 de la constitución, que dice:

«La ley, los contratos, los acuerdos y convenios de trabajo no pueden menoscabar la libertad, la dignidad humana ni los derechos de los trabajadores».

Se observa que la constitución, cuando afirma que se protege el trabajo en todas sus modalidades, desea garantizar tanto el trabajo subordinado, como el independiente, y que dicha protección no puede luego ser vulnerada por disposiciones posteriores.

De hecho, en virtud del principio de igualdad material establecido en el artículo 13 de la carta, el Estado debe proteger más especialmente a los trabajadores que se encuentren en condiciones de inferioridad o debilidad respecto de los demás.

DE LAS CAJAS DE COMPENSACIÓN

La Ley 21 de 1982 definió el Subsidio Familiar como una prestación social de obligatorio pago a través de las cajas de compensación familiar, por parte de todos los empleadores del sector público o privado que tuvieran uno o más trabajadores de carácter permanente.

El fundamento del Subsidio Familiar no es otro que el de la democracia participativa que informa el Estado social de derecho. En este sentido se destaca la estrecha vinculación de doble vía entre el Estado y la Sociedad, materializada en este caso en el inciso segundo del artículo 103 de la constitución, que dice:

«El Estado contribuirá a la organización, promoción y capacitación de las asociaciones profesionales, cívicas, sindicales, comunitarias, juveniles, benéficas o de utilidad común no gubernamentales, sin detrimento de su autonomía con el objeto de que constituyan mecanismos democráticos de representación en las diferentes instancias de participación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública que se establezcan».

Las cajas son pues una organización no gubernamental -ONG- como se advierte en el Decreto 1521 de 1957, «por el cual se reglamenta el Subsidio Familiar» cuyo artículo 3 dice:

«Las cajas de compensación familiar que se funden en el futuro deberá reunir los siguientes requisitos:

«a. Ser organizadas en forma de corporaciones y obtener personería jurídica».

Para una adecuada comprensión de la norma que nos ocupa, sin embargo, se hace necesario realizar un breve recorrido histórico de la evolución de las cajas de compensación familiar.

En 1954 se inició en el país el sistema de compensación familiar. La simple voluntad de algunos patronos pertenecientes a la Asociación Nacional de Industriales -ANDI-, ante las presiones de la clase obrera y coadyuvada por ideas similares surgidas en Francia a finales del siglo pasado, se concretó en la creación de la primera caja de compensación en el país, cuyo objeto era aunar

esfuerzos para, mediante el pago del subsidio familiar en dinero, aliviar las cargas económicas que representaba la familia a los trabajadores de las empresas fundadoras.

En 1987, estando como Ministro de Trabajo el actor de esta demanda, se expidió el Decreto Extraordinario No.118, mediante el cual se estableció el Subsidio Familiar como una obligación legal para todas las empresas que reuniesen ciertos requisitos, con el cual se fomentó la creación de varias entidades de esta naturaleza en todo el país que comenzaron a pagar el subsidio exclusivamente en dinero.

La posibilidad de que las cajas ya creadas suministraran, además de subsidio en dinero, servicios sociales a los trabajadores de las empresas afiliadas, surgió legalmente con el Decreto 3151 de 1962 y se confirmó mediante la Ley 56 de 1973, con lo cual se dio un vuelco al sistema del subsidio familiar, orientado más hacia la prestación de servicios que al sumple subsidio en dinero.

Luego se expidieron las Leyes 25 de 1981 y 21 de 1982, que determinaron la creación de la Superintendencia del Subsidio Familiar y la ampliación de la cobertura del Régimen del Subsidio Familiar, extendiéndose este beneficio a toda la población asalariada del país. En la Ley 21 además, en el artículo 39, se reiteró el carácter de corporaciones de las cajas, y se les asignó funciones de seguridad social.

Posteriormente la Ley 31 de 1984 consagró la igualdad entre los representantes de la clase trabajadora y de los patronos en los consejos directivos de las cajas de compensación.

Con la expedición del decreto 341 de 1988 se buscó facilitar la afiliación de los empleadores a las cajas de compensación. Ante el crecimiento de los servicios de las cajas, en este último decreto se insistió en que éstos deben dirigirse fundamentalmente a los trabajadores de hasta cuatro salarios mínimos y con personas a cargo, sin perjuicio que los demás trabajadores afiliados y la comunidad más necesitada puedan disfrutar de tales obras sociales: Por ejemplo, la Ley 71 de 1988 en su artículo 6 permitió la extensión de la cobertura del subsidio de vivienda a los pensionados.

De esta evolución normativa se concluye sin dificultades que ha habido cuatro transformaciones significativas en la historia de las cajas.

Primero, el Subsidio Familiar pasó a ser de una ayuda voluntaria a una obligación institucional.

Segundo, las cajas pasaron de ser simples intermediarios entre los empleadores y los trabajadores a ser una redistribuidora regular de los recursos.

Tercero, de un simple subsidio en dinero se pasó a un sistema integral de distribución de subsidios en dinero, en especie y en servicios.

Y cuarto, de una cobertura limitada a los trabajadores de los empleadores que cotizaban a las cajas se pasó a una universalización de los servicios para toda la sociedad.

Esta última idea es reiterada por ejemplo por la Ley 10 de 1990 para el sector salud, que en el párrafo del artículo 24 dice:

«Párrafo, las instituciones de seguridad social o de previsión social, y las cajas de compensación subsidio familiar, podrán directamente o, en desarrollo del sistema de contratación o de asociación, de que trata este artículo, prestar servicios de salud, y adelantar programas de nutrición para personas que no sean legalmente beneficiarias de sus servicios».

ESTADISTICAS DE LA SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR DIVISIÓN FINANCIERO CONTABLE ANÁLISIS DE LOS TOTALES NACIONALES

INGRESOS

CONCEPTO	1991		1992		VARIAC. %
	TOTAL	% DIST.	TOTAL	% DIST.	
TOTAL INGRESOS	610,871,035,227	100.0	768,609,250,040	100.0	25.8
RECAUDOS	160,799,945,242	26.3	212,798,906,205	27.7	32.3
INGR. DE MERCADEO	376,186,160,870	61.6	465,689,450,002	60.6	23.8
OTROS ING.MERC.	8,179,193,333	1.3	11,482,274,315	1.5	40.4
VENTAS VIVIENDA	11,557,566,760	1.9	8,052,741,131	1.0	30.3
OTROS ING.VIV.	164,540,713	0.0	292,716,192	0.0	77.9
SERVICIOS SOCIALES	34,981,211,728	5.7	50,337,615,881	6.5	43.9
ING.FINANCIEROS	15,798,695,059	2.6	15,697,344,169	2.0	0.6
ADMINISTRACION	3,203,721,522	0.5	4,258,202,145	0.6	32.9

EGRESOS

TOTAL EGRESOS	590,527,644,619	96.7	745,377,718,106	97.0	26.2
SUBSIDIO EN EFEC.	80,100,832,892	13.6	100,504,036,050	13.5	25.5
SUBSIDIO EN ESP.	3,008,747,922	0.5	3,923,866,524	0.5	30.4
COSTOS DE MERC.	334,165,512,836	56.6	413,161,117,163	55.4	23.6
COSTOS DE VIVIEND.	11,356,322,801	1.9	8,006,419,536	1.1	29.5
G.OPERAC. DE MDEO.	46,628,000,921	7.9	59,799,773,843	8.0	28.2
OTROS EGR.MDEO	1,528,280,439	0.3	1,884,080,608	0.3	23.3
G.OPER.SERV.SOC.	79,440,444,808	13.5	110,793,664,125	14.9	39.5
G.OPER.VIVIENDA	535,322,842	0.1	733,316,721	0.1	37.0
OTROS EG. VIV.	2,241,154,515	0.4	969,495,446	0.1	56.7
G.ADM. INST.FUNC.	15,645,082,372	2.6	21,621,517,407	2.9	36.3
CONT.SUPER	1,628,953,331	0.3	2,007,216,396	0.3	23.2
APROP.RESERVA LEG.	727,289,823	0.1	536,606,547	0.1	26.2
APROP.OBL.16.VIV.	12,498,264,470	2.1	19,547,469,301	2.6	56.4
TRASL.REND.SUB/FAM.	847,945,587	0.1	2,010,525,005	0.3	137.1
PROV.IMPORRENTA	175,489,060	0.0	178,611,434	0.0	1.8
REMAN. EJERCICIO	20,343,390,608	3.3	23,231,531,934	3.0	14.2

CONCEPTO	1991		1992		VARIAC. %
	TOTAL	% DIST.	TOTAL	% DIST.	

INFORMACION CONTABLE

ACTIVOS

CORRIENTE	157,435,140,466	60.5	215,263,714,759	62.4	36.7
A LARGO PLAZO	10,479,101,927	4.0	13,435,201,352	3.9	28.2
FIJO	88,508,473,760	34.0	110,555,868,601	32.0	24.9
OTROS	3,777,024,300	1.5	5,707,989,657	1.7	1.1
TOTAL ACTIVO	260,199,740,453	100.0	344,962,774,269	100.0	32.6

PASIVOS

CORRIENTE	125,242,379,809	91.0	177,660,578,882	90.0	41.9
NO CORRIENTE	12,424,778,836	9.0	19,641,840,208	10.0	58.1
TOTAL PASIVO	137,667,158,645	52.9	197,302,413,090	57.2	43.3

PATRIMONIO	122,581,808	47.1	147,660,361,179	42.8	20.5
------------	-------------	------	-----------------	------	------

INDICES FINANCIEROS

RAZON CORRIENTE		1.26		1.21	-3.6
NIVEL DE ENDEUDAM.		52.91		57.20	8.1
CAPITAL DE TRABAJO	32,192,760,657		37,603,141,877		16.8

**SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR
DIVISION DE INSPECCION Y VIGILANCIA
ESTADISTICAS 1989 - 1991
TOTALES NACIONALES**

CONCEPTO	1989	1990	1991	Inc.prom anual
1. INFORMACION GENERAL				
Empresas afiliadas	115,683	122,034	139,471	5.8
Trabajadores afiliados	2,378,901	2,457,271	2,571,255	4.0
Trabajadores Beneficiarios	1,254,781	1,319,667	1,403,596	5.8
Personas a cargo benef.	2,678,190	2,550,981	2,933,987	4.7
CONCEPTO	1989	1990	1991	Inc.prom anual
2. INGRESOS				
Aportes	180,184,271,453	224,981,728,119	294,545,782,103	27.9
X mercad.	215,932,751,338	289,536,663,756	376,186,160,870	32.0
Otros ing.m.	4,472,618,263	5,940,216,246	8,179,193,333	35.2
Ventas netas vivienda	6,181,190,383	8,117,820,826	11,557,566,760	36.7
Otros ingresos prog.vivienda	6,311,852	258,037,217	164,540,713	410.6
Serv.sociales	15,906,142,196	21,506,457,044	34,981,211,728	48.3
Financiero	7,848,624,705	10,554,581,154	15,798,695,059	41.9
De admon.	1,597,810,152	1,989,178,552	3,203,721,522	41.6
Tot. Ingresos	432,129,720,342	562,884,682,914	744,616,872,088	31.3
3. EGRESOS				
Aport.a terc.	88,362,607,927	102,742,779,517	133,745,836,861	23.0
Subs.efect.	50,888,046,335	66,102,317,203	80,100,832,892	25.5
Subs. en esp. y especiales	1,837,297,885	2,353,000,008	3,008,747,922	28.0
Cost.mercad.	192,622,566,016	257,367,119,745	334,165,512,836	31.7
Costos ventas prog.vivienda	7,061,685,124	8,087,213,334	11,356,322,801	26.8
Gtos.operac. mercadeo	26,015,889,984	35,652,009,068	46,628,000,921	33.9
Otros eg.merc.	795,153,350	1,099,310,856	1,528,280,439	38.6
Gto.oper.serv. social	38,562,840,967	53,298,787,597	79,440,444,808	43.5

CONCEPTO	1989	1990	1991	Inc.prom anual
Gtos.oper.prog. vivienda	1,045,583,156	519,967,862	585,322,842	(28.4)
Otros eg. prog. vivienda	32,298,285	1,359,199,305	2,241,154,515	733.0
Gtos.admon. Inst. func.	8,478,346,199	11,686,763,483	15,645,082,372	35.8
Contrib.Suptcia.	884,367,311	1,159,292,831	1,628,953,331	35.7
Apropiación reserva legal	261,030,265	514,611,500	727,289,823	66.9
Aprop.obligat. vivienda	5,207,255.821	7,202,206,060	12,498,264,470	54.9
Traslado rend. subs.familiar			847,945,587	
Correc.monet. Prov.imporrenta mercadeo	51,579,365	57,599,451	175,489,060	84.5
TOT. EGRESOS	422,106,537,990	549,202,177,820	724,273,481,480	31.0
4. DISTRIBUCION RECAUDOS 4% (VALORES ABSOLUTOS)				
Rec.sub.fam.4%	91,820,837,461	122,218,738,757	160,759,474,003	32.3
Subsidio en din.	50,888,046,335	66,102,317,203	80,811,832,892	25.5
Sub.en especie y especiales	1,837,287,885	2,353,000,008	3,008,747,922	28.0
Sub.en serv.soc.	22,560,040,708	31,744,984,909	44,550,391,646	40.5
- Salud	11,840,110,472	16,673,319,402	23,384,179,540	40.5
- Educación	2,690,092,753	3,667,761,871	5,009,573,865	36.5
- Form.y cap.	2,556,701,530	3,286,856,042	5,011,974,819	40.0
- Recreación	6,338,606,140	8,247,163,619	11,365,237,003	33.9
- Otros serv.soc.	(865,470,187)	(130,116,025)	(220,573,581)	(49.5)
Gtos. Admon.	8,478,346,199	11,692,412,530	15,654,582,460	35.9
Cont.Supcia.	884,367,311	1,161,610,576	1,630,371,368	35.8
Aprop.reserv.leg.	261,030,265	521,638,312	727,385,326	66.9
Aprop.oblig.prog. vivienda	5,207,255,821	7,238,237,072	12,498,264,470	54.9
REMANENTE 4%	1,704,462,937	1,404,538,147	2,588,897,919	23.2

CONCEPTO	1989	1990	1991	Inc. prom. anual
5. DISTRIBUCION				
RECAUDO 4%				
(VALORES RELAT.)				
Rec.sub.fam.4%	100.0	100.0	100.0	
Sub. en dinero	58.8	57.5	54.0	
Sub. en especie y especiales	2.0	1.9	1.9	
Sub.serv. sociales	24.6	26.0	27.7	
- Salud	12.9	13.6	14.5	
- Educación	2.9	3.0	3.1	
- Form. y cap.	2.8	2.7	3.1	
- Recreación	6.9	6.7	7.1	
- Otros serv.soc.	(0.9)	(0.1)	(0.1)	
Gtos. Admon.	9.2	9.6	9.7	
Cont. Supcia.	1.0	1.0	1.0	
Aprop. reserv.legal	0.3	0.4	0.5	
Aprop. oblig.prog.viv.	5.7	5.9	7.8	
REMANENTE 4%	1.9	1.1	1.6	
7. MERCADEO				
Ventas brutas	217,079,880,357	290,054,576,495	375,078,000	31.5
Ventas netas	216,523,178,359	289,498,348,283	374,922,009,221	31.6
Utilid.bruta	24,312,801,675	30,637,747,660	42,300,239,583	31.9
Util. operac.	(1,771,914,170)	(2,390,890,955)	(4,813,136,475)	64.8
Util. antes del impuesto	860,185,232	1,356,777,516	1,983,497,758	51.9
Utilidad neta	807,691,780	1,299,158,398	1,819,674,490	50.1
8. INFORMACION CONTABLE				
ACTIVOS				
Corriente	96,986,739,603	127,796,958,121	157,435,140,466	27.4
A largo plazo	7,523,045,967	8,280,694,400	10,479,101,927	18.0
Fijo	50,451,021,754	69,062,110,113	88,508,473,760	32.5
Otros	3,344,031,440	3,213,621,468	3,777,024,300	6.3

CONCEPTO	1989	1990	1991	Inc. prom. anual
TOTAL ACTIVO	158,304,838,764	208,353,384,102	260,199,740,453	28.2
PASIVOS				
Corriente	70,595,106,206	97,757,455,739	125,242,379,809	33.2
No corriente	7,340,762,694	9,890,588,891	12,424,778,836	30.1
TOTAL PASIVO	77,935,868,900	107,648,044,630	137,667,158,64532.9	
PATRIMONIO	80,368,969,864	100,705,339,472	122,532,581,808	23.5
10 SERVICIOS SOCIALES				
<i>SALUD</i>				
Medicina gral.	1,208,652	1,326,548	1,568,694	13.9
Pediatría	883,258	845,273	915,515	1.8
Odont. general	1,223,467	1,551,700	1,512,449	11.2
Odontopediatría	574,481	667,146	730,596	12.8
Otros servicios	1,782,203	1,982,194	2,421,186	16.6
Medicina preventiva	1,290,137	1,542,120	1,544,703	9.4
Inter.quirurg. cirug. ambulatoria	37,291	31,841	41,224	5.1
Lab. clínico	1,876,500	1,919,839	2,045,368	4.4
Rayos X	156,972	124,706	147,683	(3.0)
Nutrición	363,193	491,390	551,080	23.2
TOT. ATENCIONES	9,396,154	10,482,757	11,478,498	10.5
<i>EDUCACION</i>				
FORMAL				
Preescolar	4,904	8,158	9,970	42.6
Primaria	11,846	12,759	13,197	5.5
Secundaria	12,042	13,207	14,171	8.5
Intermedia tec.	2,944	2,886	3,038	1.6
Superior	0	0	0	
TOT.EDUC.FORMAL	31,736	37,010	40,376	12.8
NO FORMAL				
Educación cont.prim.	12,618	13,145	14,587	7.5
Educación cont. sec.	1,961	2,417	4,064	44.0
Nivelación Bachill.	511	1,469	1,499	71.3
Otras modalidades	979	1,059	1,975	42.0

TOTAL EDUCACION				Inc.
CONCEPTO	1989	1990	1991	prom. anual
TOT. EDUC.NO FORMAL	16,069	18,090	22,125	17.3
TOTAL ESTUDIANTES	47,805	55,100	62,501	14.3
FORMACION Y CAP.				
Infantiles	38,544	39,796	47,924	11.5
Juveniles y adultos	252,977	307,310	346,518	17.0
Tercera edad	8,822	16,148	15,389	32.1
TOT.PARCIPANTES	300,343	363,254	409,831	16.8
VIVIENDA				
Adjudicación	3,638	4,055	2,668	(14.4)
Créditos	9,404	10,206	18,554	40.5
TOT. USUARIOS	13,042	14,261	21,222	27.6
FOMENTO PARA INDUSTRIA FAM.				
Créditos	857	998	1,285	22.5
RECREACION				
Centros recreativos	8,582,955	9,245,345	10,229,219	9.2
Centros vacac.	1,354,492	1,299,940	1,409,644	2.0
TOTAL USUARIOS	9,937,447	10,545,285	11,638,863	8.2

**LISTADO DE CAJAS DE COMPENSACIÓN
ULTIMA ACTUALIZACIÓN: NOVIEMBRE 2 DE 1989**

NOMBRE DE LA ENTIDAD	DOMICILIO
AMAZONAS	
Caja de Compensación Familiar del Amazonas "Cafamaz"	Leticia
ANTIOQUIA	
C.C.F. Camacol "Comfamiliar Camacol"	Medellín
C.C.F. de Fenalco Seccional Antioquia "Comfenalco"	Medellín
C.C.F. de Antioquia "Comfama"	Medellín
Cajas Asociadas de Servicio "Cajaser"	Medellín
ATLÁNTICO	
C.C.F. de Acopi Barranquilla "Cajacopi-Barranquilla"	Barranquilla
C.C.F. de Barranquilla	Barranquilla
Comfamiliar del Atlántico	Barranquilla
BOLIVAR	
C.C.F. de Fenalco Andi-Comfenalco Cartagena	Cartagena
C.C.F. de Cartagena	Cartagena
BOYACA	
C.C.F. de Boyaca	Tunja
CALDAS	
C.C.F. de la Dorada	La Dorada
C.C.F. de Caldas	Manizales
CAQUETA	
C.C.F. del Caqueta "Comfaca"	Florencia
CAUCA	
C.C.F. del Cauca	Popayán
CESAR	
C.C.F. de Fenalco-Comefenalco Cesar	Valledupar

NOMBRE DE LA ENTIDAD	DOMICILIO
CHOCO	
C.C.F. de Chocó	Quibdo
CORDOBA	
C.C.F. de Córdoba "Comfacor"	Montería
CUNDINAMARCA	
C.C.F. de Girardot "Comgirardot"	Girardot
C.C.F. "Acopi", Seccional de Bogotá D.E., Comfacopi	Bogotá
C.C.F. Afrido	Bogotá
C.C.F. de Aseguradores	Bogotá
C.C.F. Asfamilias	Bogotá
C.C.F. Cafam	Bogotá
Caja Colombiana de Subsidio Familiar "Colsubsidio"	Bogotá
C.C.F. de Fenalco "Comfenalco"	Bogotá
C.C.F. Contraferros	Bogotá
C.C.F. Indufamiliar	Bogotá
C.C.F. Compensar	Bogotá
Caja de crédito Agrario, Industrial y Minero	Bogotá
Comfam, Caja de Compensaciones Familiar Andercop	Bogotá
GUAJIRA	
C.C.F. de la Guajira	Riohacha
HUILA	
C.C.F. de Garzón Comfagar	Garzón
C.C.F. del Huila "Comfamiliar"	Neiva
MAGDALENA	
C.C.F. del Magdalena	Sta. Marta
META	
Caja de Compensación Familiar Regional de Meta "Cofrem"	Villavicencio
NARIÑO	
C.C.F. de Nariño	Pasto

NOMBRE DE LA ENTIDAD	DOMICILIO
NORTE DE SANTANDER	
C.C.F. del Oriente Colombiano "Comfaorienté"	Cúcuta
C.C.F. del Norte de Santander "Comfanorte"	Cúcuta
PUTUMAYO	
C.C.F. de Putumayo, Comfamiliar del Putumayo	Puerto Asís
QUINDIO	
C.C.F. del Quindío "Comfamiliar Quindío"	Armenia
C.C.F. de fenalco "Comfenalco"	Armenia
RISARALDA	
C.C.F. de Risaralda "Comfamiliar Risaralda"	Pereira
SAN ANDRÉS ISLAS	
C.C.F. de la Camara de Comercio de San Andrés y Providencia Islas "Cajasai"	San Andrés
SANTANDER	
C.C.F. de Barrancabermeja "Cafaba"	Barrancabermeja
Caja Santandereana de Subsidio Familiar "Cajasan"	Bucaramanga
C.C.F. de Fenalco, Seccional de santander	Bucaramanga
SUCRE	
C.C.F. de Sucre	Sincelejo
TOLIMA	
C.C.F. de Armero "Comfaro"	Guayabal
C.C.F. Atopi de Tolima "Comfacopi"	Ibagué
C.C.F. Cafastia	Ibagué
C.C.F. de Fenalco deltolima "Comfenalco"	Ibagué
C.C.F. de Honda	Honda
C.C.F. del Sur de Tolima "Cafasur"	Espinal

NOMBRE DE LA ENTIDAD	DOMICILIO
VALLE DEL CAUCA	
C.C.F. de Buenaventura	Buenaventura
C.C.F. de Fenalco "Comfenalco Buga"	Buga
C.C.F. de Buga	Buga
C.C.F. de Acopi del Valle del Cauca	Cali
C.C.F. de Cali "Asia comfamiliar de Cali"	Cali
C.C.F. Comfenalco Cali "Comfenalco"	Cali
C.C.F. del Valle del Cauca Comfamiliar - Andi	Cali
C.C.F. de la Industria Farmacéutica del Valle del Cauca	Cali
C.C.F. de Cartago	Cartago
C.C.F. del Comité de Fenalco de Palmira	
"Comfenalco Palmira"	Palmira
C.C.F. de la Industria y Comercio de Palmira "Comindustria"	Palmira
C.C.F. de Tuluá	Tuluá
Caja de Compensación Familiar Comfamacol Comfepicol	
Comsocial	Cali

CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

Luis Carlos Arango Vélez

PRESTACIONES

Los servicios sociales que atiende Colsubsidio, se prestan por medio de las siguientes asignaciones familiares:

A. SUBSIDIOS EN DINERO

El objetivo del subsidio en dinero, de repartir una cuota monetaria para las familias de menores ingresos, como prestación social básica para aliviar las cargas económicas que representa el sostenimiento y la formación de la familia, fue el origen del sistema en Colombia, desde su creación en la década de 1950.

Los subsidios en dinero, tienen como finalidad amparar a los trabajadores de menores ingresos, que devenguen hasta cuatro salarios mínimos, en proporción al número de personas a cargo: hijos hasta la edad de 18 o hasta los 23 años si demuestran escolaridad y padres mayores de 60 años.

Además del subsidio en dinero que se reconoce al trabajador afiliado por concepto de hijos a cargo, Colsubsidio reconoce tres subsidios en dinero adicionales:

- El que se otorga a los padres del trabajador beneficiario, que se consideran personas a cargo, si son mayores de 60 años o si, teniendo cualquier edad, hallan disminuida su capacidad de trabajo en más de un 60%, siempre y cuando no reciban salario ni renta alguna.
- El que se otorga en caso de muerte de una persona a cargo, por la cual el trabajador estuviere recibiendo subsidio familiar.
- El subsidio derivado del seguro de vida con que cuentan todos los trabajadores afiliados a Colsubsidio.

El subsidio en dinero por personas a cargo, representa el 55% de los aportes generales que otorga la Caja Colombiana de Subsidio Familiar.

En el año de 1993, Colsubsidio reportó subsidios en dinero por U.S. \$20,065.912 a 176.895 trabajadores, beneficiando con él a 332.781 personas a cargo.

B. SUBSIDIOS EN ESPECIE O SERVICIOS

El subsidio en especie es el que se reconoce a través de la utilización de las obras y programas sociales que organizan las cajas de compensación familiar. Colsubsidio reconoce subsidios relativos a salud, educación, recreación y turismo, vivienda, crédito y fomento empresarial y mercadeo social.

1. SERVICIOS EN SALUD

Colsubsidio inició la prestación del servicio de salud en el año 1965, ofreciendo a los hijos menores de 16 años de los trabajadores afiliados, una atención altamente especializada, individualizada, de óptima calidad, dirigida básicamente a la actividad curativa-asistencial. Este es un programa prioritario para un país como Colombia, en donde cada año nacen 200.000 niños sin ningún tipo de asistencia en salud, y donde uno de cada cuatro colombianos no tiene forma de acceder al servicio en caso de enfermedad.

El servicio en salud, que Colsubsidio inició hace 28 años, se ha soportado en la premisa de que no hay inversión más justa y equitativa que la inversión en salud. En ese entonces, los altos índices de mortalidad y morbilidad de los niños hizo que se pensara sólo en la población infantil. Hoy, Colsubsidio ha reajustado el modelo de atención en este servicio, extendiéndolo al campo de la salud ocupacional.

En materia de salud la Caja cuenta con una clínica infantil, y cuatro centros de atención, además de la infraestructura para los servicios de salud ocupacional.

Durante 1993, los programas de salud se subsidiaron con una partida de US \$6.717.663.

Programas de atención en salud infantil y de salud ocupacional.

Colsubsidio ofrece a los hijos de los trabajadores afiliados, hasta la edad de 18 años, o hasta la edad de 23 años si demuestran escolaridad, las siguientes prestaciones asistenciales: pediatría, medicina especializada, odontopediatría, prevención odontopediátrica, odontología especializada, vacunaciones, terapias, sicología, optometría, nutrición, ortopedia y trabajo social.

Para tener derecho a estos servicios se requiere la afiliación de la empresa y la vinculación laboral del trabajadores con la misma.

Pero aún finalizado el contrato laboral, el trabajador continúa recibiendo los servicios de la Caja por dos meses adicionales, y en caso de que se estén prestando tratamientos médicos, éstos no se interrumpen.

La Clínica Infantil de Colsubsidio cuenta con 125 camas, 50 consultorios para pediatría y 38 para odontología.

En el año de 1993 se inauguró la ampliación de la Clínica Infantil de Colsubsidio, que además de permitir un mayor número de consultorios, instaló el primer equipo que existe en América Latina de esterilización para prevenir el contagio del SIDA y la hepatitis b.

Es importante anotar que el 85% de los niños atendidos en estos servicios de salud, corresponden a hijos de trabajadores que devengan menos de cuatro salarios mínimos mensuales.

La finalidad de los programas de salud ocupacional es preservar, conservar y mejorar la salud de los trabajadores, mediante la planeación, organización, ejecución y evaluación de las actividades de medicina preventiva, medicina del trabajo, higiene industrial y seguridad industrial.

Este programa se dirige a las empresas y a los trabajadores que se vinculen voluntariamente. Al 31 de diciembre de 1993, el programa contaba con un total de 48.757 trabajadores participantes, lo que representa un 12% de los afiliados a Colsubsidio.

Los fondos para la financiación del programa de salud ocupacional provienen

exclusivamente del empleador, y se determinan según el nivel de riesgo de la empresa.

Para que la empresa y el trabajador adquieran el derecho a participar en el programa, se requiere la contratación de los servicios por parte del empleador.

Durante 1993, los programas de salud ocupacional se subsidiaron con una partida de US \$150.221.

Durante el año de 1993, Colsubsidio prestó los siguientes servicios médicos:

- 370,153 consultas
- 7.509 hospitalizaciones
- 5.809 cirugías
- 533.207 actividades de apoyo a 121.864 niños
- En el área de odontología, se efectuaron 363.201 consultas a 65.105 niños, logrando un cubrimiento de 37.1% de la población infantil a cargo de Colsubsidio.

Desarrolló las siguientes actividades:

- Se practicaron 8.047 exámenes médicos y 22.710 exámenes clínicos
- Se programaron 218 actividades educativas, para un total de 5.280 participantes
- Se desarrollaron 37 actividades de asesoría y apoyo, para un total de 9.395 trabajadores beneficiados
- Se realizaron visitas de reconocimiento a empresas, para beneficio de 1.789 trabajadores
- Se efectuaron medicinas ambientales, para beneficio de 1.536 trabajadores.

La creciente demanda por este servicio, llevó a establecer dos modalidades de atención. Una en las instalaciones de la Caja, y la otra, con el sistema de profesionales adscritos, con lo cual, sin perder la eficiencia y el control de la calidad en la atención, se amplió la cobertura.

2. SERVICIOS EN EDUCACIÓN Y CULTURA

El modelo Colsubsidio brinda al afiliado, su familia y la comunidad, la posibilidad de crecer a nivel psicomotriz, intelectual, socio-afectivo y ético, y

perfeccionar habilidades y destrezas, así como expresarse, participar y actuar como agentes de transformación de sí mismo y de su entorno, generando posibilidades adicionales de crecimiento, que refuerzan la producción y el estado cultural de la población.

La experiencia acumulada por Colsubsidio durante 29 años en estas áreas, le ha permitido llegar a la concepción integral de la educación y la cultura, hasta consolidar tres grandes programas: educación formal, educación no formal y formación cultural.

En el programa de educación formal Colsubsidio ofrece servicios a través de dos colegios: el Instituto Colsubsidio de Educación Femenina ICEF, y el Centro Educativo Integral Colsubsidio CEIC. Es importante destacar que el 88% de los alumnos de los colegios corresponden a hijos de trabajadores que reciben menos de cuatro salarios mínimos mensuales. En la actualidad los colegios ofrecen 2.790 cupos escolares.

En el área de educación no formal Colsubsidio ofrece el servicio de educación continuada y capacitación al afiliado. El primero se dirige a la preparación de los trabajadores que deseen obtener el certificado de validación de la primaria o del bachillerato. La capacitación al afiliado, tiene como propósito formar a los trabajadores y a sus familias en actividades que contribuyan a aumentar los ingresos familiares.

Por último, el programa de formación cultural, está integrado por los servicios de la Red de Bibliotecas, el Taller de Títeres, el Museo de Museos, la Pinacotecas y el Teatro Roberto Arias Pérez.

La Red de Bibliotecas tiene por objeto llegar directamente al usuario y despertar en él la inquietud por la investigación y la lectura, elevando su nivel cultural y académico. Colsubsidio cuenta con cuatro bibliotecas fijas, dos sobre ruedas y varias cajas viajeras, con tres mil volúmenes que se ubican en las empresas.

El Taller de Títeres, teatro rodante, dirigido al niño de escasos recursos y habitantes de barrios marginados, tiene una función pedagógica y recreativa.

El Museo de Museos es un elemento esencial en la labor educativa y cultural de Colsubsidio, que trabaja en permanente contacto con colegios y escuelas;

es una aula, donde estudiantes y trabajadores pueden conocer las expresiones artísticas nacional e internacionales.

Adicionalmente, las Pinacotecas buscan colocar al alcance de los afiliados y de la población en general, obras de la literatura, la música, la escritura y la pintura universales.

Finalmente, el Teatro Colsubsidio Roberto Arias Pérez, centro cultural por excelencia, adelanta eventos de alta calidad y muy diverso género, tales como: temporadas de ópera, zarzuela, teatro, ballet, etc.

El total de usuarios de los servicios de educación y cultura durante el año de 1993 fue de 709.577 personas.

Durante 1993 la partida para educación y cultura fue de US \$2.080.348.

3. SERVICIOS EN RECREACIÓN Y TURISMO SOCIAL

Estos servicios los inicio Colsubsidio en 1975, al poner en funcionamiento el Hotel Colonial de Paipa. La respuesta de los afiliados durante 19 años de servicios, han consolidado los propósitos de la Caja de ofrecer alternativas de recreación y turismo, por medio de los cuales se imparte educación para la adecuada utilización del tiempo libre y el fortalecimiento de la unión familiar.

En materia de recreación y turismo social, además de los servicios vacacionales que se prestan en tres grandes hoteles, que en 1993 alojaron a 234.171 huéspedes, y de los servicios que ofrece el Centro Recreacional Piscilago, Colsubsidio, de común acuerdo con la Alcaldía Mayor y el Consejo de la ciudad de Santafé de Bogotá, se ha comprometido a la recuperación y mantenimiento de espacios públicos abiertos a toda la ciudadanía.

El subsidio otorgado para recreación y turismo social en 1993 fue de US \$1.024.719.

4. VIVIENDA

Este programa está dirigido a ofrecer soluciones de vivienda al alcance de los trabajadores, para lograr una integración humanizada de los servicios, que satisfaga las necesidades personales, sociales y económicas de los afiliados.

En el año de 1984, el Consejo Directivo aprobó la iniciación del primer plan de vivienda de Colsubsidio. Posteriormente, en el marco del programa denominado Subsidio Familiar de Vivienda, cuya finalidad original se limita a entregar un auxilio económico, la Caja logró consolidar un objetivo y una solución más amplios, más económicos y más sociales, al conseguir el reconocimiento legal para la implementación de un proyecto, que utilizando los dineros no adjudicados, permitiera a las cajas de compensación construir y entregar a sus afiliados soluciones de vivienda que no sobrepasaran el precio final de los 100 salarios mínimos, con el fin de establecer un mecanismo que facilitara a los grupos más pobres de la población afiliada, acceder a una solución digna de vivienda.

En la actualidad Colsubsidio cuenta con una ciudadela que ofrecerá 14.384 soluciones de vivienda. La inversión realizada por este concepto durante el año de 1993, ascendió a la suma de US \$10.103.941. Ya se han entregado 3.386 viviendas.

5. SERVICIOS EN CRÉDITO Y FOMENTO EMPRESARIAL

En el año de 1992 se puso en marcha este programa, con dos líneas crediticias: la de crédito ordinario y la de crédito de fomento.

Con el crédito ordinario se apoya al afiliado y a su familia en aspectos de recreación y educación. Con el crédito de fomento, se contribuye a generar ingresos adicionales en empresas familiares y microempresas.

Colsubsidio considera que, con este programa, no sólo se eleva el nivel de ingresos de los afiliados y sus familias, sino que se imparte una formación profesional, mejorando así el nivel educativo.

La Caja es una convencida de que la economía pequeña necesita colaboración en los campos económicos, crediticios y de capacitación, aportes que no son fáciles de conseguir en el mercado financiero, para empresas de esas características.

A partir de 1993, se adicionó una línea de crédito para la adquisición de vivienda y atención médica programada.

El saldo de créditos otorgados durante 1993 alcanzó la suma de US \$3.037.106, sin registrar cartera de dudoso recaudo.

6. SERVICIO DE MERCADEO SOCIAL

El servicio de mercadeo abrió sus puertas a los afiliados en el mes de mayo de 1962, con el propósito de ofrecer a la población afiliada y a los usuarios en general, productos de excelente calidad a precios bajos, para defender el poder adquisitivo del salario del trabajador a través de supermercados, droguerías, cafeterías y almacenes.

Colsubsidio, pionero de las cajas en el mercadeo social, cuenta después de 32 años de experiencia, con un red integrada por 15 supermercados, 2 minimercados, 11 droguerías adjuntas, 6 droguerías independientes, y los mercados sobre ruedas, con 32 furgones que operan en 68 puntos diferente.

Durante 1993 Colsubsidio alcanzó, en el área de mercadeo, ventas netas totales por US \$133.765.933.

Finalmente, durante 1993, Colsubsidio inauguró la primera Unidad de Servicios, que integra mercadeo, droguería, afiliaciones y subsidio familiar; pediatría y odontología para los hijos de los afiliados; cursos de educación formal, de información y educación en salud, de fomento empresarial, biblioteca e información sobre los programas de vivienda y las diferentes líneas de crédito. En los cuatro meses que operó, atendió a 289.196 usuarios. Durante 1994 entrará en funcionamiento una nueva unidad de servicio adicional y se prevé la construcción de tres más edificadas en puntos estratégicos.

AMPLIACIÓN DE COBERTURA A GRUPOS NO ATENDIDOS

En el año de 1992, dentro de la política de ampliar la cobertura a grupos no atendidos y teniendo en cuenta que los ciudadanos de la tercera edad, por sus especiales condiciones de debilidad manifiesta, constituyen un sector de la población que merece y necesita una especial protección por parte del Estado y de la sociedad. Colsubsidio, inició su «Programa de atención integral a pensionados», que pretende atender las expectativas de un grupo de personas cuya edad promedio supera los 60 años de edad, a través de actividades que les permiten un adecuado mantenimiento de su condición física, síquica y social, y el disfrute de su derecho a la vida en condiciones dignas.

Este programa es de afiliación voluntaria y preferencialmente se dirige al segmento de pensionados. También cubre a las personas sin ningún tipo de seguridad social, mayores de 60 años, a cargo del trabajador afiliado.

Los aportes de los pensionados que se afilien corresponde a un 2% de la respectiva mesada pensional. En 1993 los ingresos por aportes ascendieron a US \$42.121.

El programa ofrece actividades educativas y preventivas en el área de la salud, actividades culturales, servicios de recreación y turismo en los centros recreacionales y en los hoteles de Colsubsidio y cursos libres de capacitación.

LA REFORMA CONSTITUCIONAL DE 1991 Y EL NUEVO RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL

Una de las grandes preocupaciones del Constituyente de 1991 fue establecer mecanismos que permitieran una efectividad real y material de los derechos consagrados, con el fin de legitimar nuestro Estado Social de Derecho en el camino de diseñar una sociedad lo más justa posible. En consecuencia, consagró una categoría primordial de «derechos fundamentales», como aquellos inherentes al ser humano, los que pertenecen a toda persona en consideración a su dignidad humana. Los derechos a la salud y a la seguridad social considerados como fundamentales, por su importancia imprescindible para la vigencia de otros derechos, como la vida, la integridad y el trabajo, lo que significa que requieren una especial protección por parte del Estado.

Específicamente, el derecho a la seguridad social, tutelado en el artículo 48 de la Carta Política, fue consagrado como un «derecho irrenunciable», referido al conjunto de medios de protección institucionales frente a los riesgos que atentan contra la capacidad y oportunidad de los individuos y sus familias para generar los ingresos suficientes, en orden a una subsistencia digna.

La nueva concepción de la seguridad social como derecho fundamental, implica necesariamente la reforma al sistema existente, que venía presentando graves síntomas de ineficiencia y desigualdad: sólo alcanzaba el 21% de la población.

Con el nuevo enfoque constitucional, era indispensable implantar un modelo, provisto de herramientas que permitieran la universalización del servicio, con el trabajador como eje fundamental del sistema y las instituciones al servicio del hombre.

Por lo tanto, durante 1993 se tramitó en el Congreso de la República la ley 100 o ley de reforma a la seguridad social, que contempla dos aspectos: La reforma a la estructura del actual servicio de salud y la reforma al sistema de pensiones.

La reforma al servicio de salud pretende eliminar los monopolios y paralelamente fomentar la competencia regulada de las entidades promotoras de salud, que serán las encargadas de la afiliación de las personas, del recaudo de sus aportes y de garantizar la prestación de los servicios que contempla el plan obligatorio de salud, para llegar a sectores de muy baja capacidad económica, carentes de protección. El sistema aspira a estar completamente implementado en el año 2000 y a dar cubrimiento al 100% de la población.

Las cajas de compensación familiar no están ajenas a un cambio estructural de tan grandes dimensiones. Con la reforma al sistema de salud, estas instituciones quedaron facultadas para modificar su organización y crear empresas promotoras de salud, manejando aportes y ofreciendo servicios integrales, a la vez que pueden adquirir la naturaleza de instituciones prestadoras de salud, con la ventaja que otorga el contar con una comprobada infraestructura física.

Las cajas también podrán, de acuerdo con la ley, crear fondos de pensiones y cesantía, asumiendo totalmente la responsabilidad, o asociarse con otras entidades con el mismo fin.

La ley 100 de 1993 ha revolucionado la forma como los colombianos obtienen su atención en salud. La competencia, como fuerza del progreso económico y social, ha reemplazado el viejo modelo de asistencia pública. Pero para las cajas significa asumir un proceso de adaptación muy complejo, que incluirá la completa racionalización de los recursos para entrar a un mercado de libre competencia, y el reto de extender los servicios a todo el grupo familiar, en las condiciones de alta calidad que siempre las ha caracterizado.

CAPÍTULO III

REFORMA INTEGRAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA

III

REFORMA INTEGRAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA

- Palabras del señor Presidente de la República, César Gaviria Trujillo, en el Acto de Sanción de la Ley de Seguridad Social
- La Reforma de Seguridad Social Integral, Ley 100 de 1993, y su impacto en el Instituto de Seguros Sociales

**PALABRAS DEL SEÑOR PRESIDENTE
DE LA REPÚBLICA CESAR GAVIRIA TRUJILLO,
EN EL ACTO DE SANCIÓN DE LA LEY
DE SEGURIDAD SOCIAL**

(Santafé de Bogotá, Diciembre de 1993)

Es éste uno de los momentos en que, como colombiano y Primer Mandatario puede percibir, cómo la fuerza emprendedora y visionaria de algunos de nuestros mejores hombres, se materializa en hecho que, con toda certeza redundará en inmensos beneficios para la totalidad de nuestros compatriotas.

Hoy, cuando se sanciona la Ley de Seguridad Social, me asiste la convicción de que estamos dando uno de los pasos más firmes en el camino que nos conducirá a una Colombia más democrática, participativa y socialmente justa.

La Revolución Pacífica que hace cerca de tres años presentamos al país, pretendía sentar las bases de proceso de transformación y modernización política, económica y social que, en todos los frentes de la vida nacional, reclamaban con insistencia los colombianos. Esa ha sido la magnitud del reto que sin pausa y con firme decisión, hemos venido asumiendo con pureza de intenciones, claridad de ideas y coherencia en nuestros argumentos. Por eso quiero hoy repetir mis palabras del pasado 20 de julio, en la instalación de la actual legislatura: La Ley de Seguridad Social es la más importante de la última mitad de este siglo. Que no quepa la menor duda.

Siempre he sido convencido de que todo lo que requiera cambios tiene que ser cambiado, y que lo que nos debe importar como dirigentes y gobernantes es el ciudadano y no las instituciones, especialmente cuando se trata de entidades que ya no están en capacidad de atender eficientemente las necesidades de sus usuarios.

La esencia de la Ley que hoy me honro en sancionar es la de eliminar definitivamente el lánguido monopolio del Estado en la prestación de la seguridad social, con el fin de establecer un sistema competitivo que permita una mayor equidad, eficiencia y calidad del mismo. Es así como en el futuro cada ciudadano podrá escoger quien le preste el mejor servicio, dando

participación al sector privado, situación diametralmente opuesta a la que hoy se presenta, ya que las normas vigentes taxativamente obligan la afiliación al Instituto de los Seguros Sociales o a Cajanal, en el caso de los servidores públicos del orden nacional.

Por esta razón, y mediante la implementación de esta reforma, vamos a acabar con las largas filas para el pago de las pensiones y para la atención médica, o los tantos años de espera para que una pensión sea reconocida o pagada.

Permítanme, con la brevedad que imponen las circunstancias, hacer un poco de memoria y compartir con ustedes las inquietudes que dieron origen a esta Ley. La reforma a la seguridad social hace parte del revolcón institucional que emprendimos el 7 de agosto de 1990, cuando recibí de mis compatriotas el encargo fundamental de transformar las obsoletas instituciones que, en todos los frentes de la vida nacional, mostraban ya serias e inevitables señales de agobio.

Al tomar posesión de la Presidencia de la República, mencioné que presentaríamos al Congreso un proyecto de ley que creara un sistema basado en fondos de pensiones, donde se estimularían el ahorro y la afiliación voluntaria. Entonces afirmé también que fomentaríamos la descentralización de la administración de salud y una mayor participación del sector privado en la prestación de estos servicios, así como la creación de centros de salud administrados por las propias comunidades.

El revolcón no fue, y de eso están cada vez más convencidos los colombianos, ni promesa ilusa ni palabras al viento carentes de sentido o relación con la realidad. Por el contrario, lo que en materia de seguridad social propusimos en el discurso del 7 de Agosto de 1990, es hoy un hecho, gracias a la labor conjunta y al esfuerzo tesonero en que el Congreso y el Gobierno se encuentran comprometidos.

Hoy puedo afirmar que de hoy en adelante, millones de colombianos desamparados tendrán acceso a la seguridad social.

Esta reforma que hoy ve la luz pública va a permitir aumentar la cobertura del sistema, de manera que más compatriotas podrán beneficiarse de sus alcances. Y es que el aumento en la cobertura de este servicio, no es una simple propuesta

del Gobierno. Es una legítima, auténtica e inaplazable aspiración de los colombianos que ha tenido eco en los miembros del Congreso que nos acompañaron en el trámite de esta ley.

Con decisión y firmeza encaramos el reto de darle acceso a la seguridad social a un número cada vez mayor de colombianos, pues actualmente tan solo uno de cada cinco ciudadanos está afiliado al sistema. En este país, en el cual la ocupación de los hospitales apenas llega al 50% de lo posible, 10 ó 12 millones de personas carecen de acceso al sistema de salud.

De haber abandonado o descuidado el compromiso de la mayor cobertura, nuestros hijos no nos perdonarían el haber sido inferiores a la magnitud del esfuerzo requerido. No es vano, un interesante estudio sobre Colombia en el Siglo XXI, promovido por las Cámaras de Comercio, indica que el sistema de seguridad social colombiano debe absorber durante las siguientes tres décadas a cerca de 20 millones de habitantes. Este es, y ha sido a lo largo de estos años, el rostro de nuestro desafío.

Para ampliar la cobertura hemos convocado, no sólo la solidaridad de aquellos que tienen mayor capacidad de pago, sino también, un aporte importante de la Nación a través del Presupuesto Nacional.

La Ley de seguridad social revolucionará la forma cómo los colombianos obtienen su atención en salud. El viejo modelo de asistencia pública, donde los hospitales viejos y desvencijados que existen atendían, en enormes condiciones de pobreza, apenas las urgencias y enfermedades más graves, será reemplazado por un modelo de seguridad social donde la gente tendrá mucha mayor capacidad de decisión para escoger entre sus prestadores de servicios. Habremos de cubrir las contingencias en forma integral, y lo haremos en un marco que ya hemos ensayado con éxito en otras esferas de la economía: la competencia. Es por ésto que a partir del año 2000, la cobertura en salud será universal, de tal manera que no habrá ni un solo colombiano que no esté cubierto por los servicios de salud, contrario a lo que sucede hoy, cuando el nivel de cobertura no es compatible con los niveles de desarrollo alcanzados por el país.

Y como si fuera poco, esperamos que hacia el año 2.005, se hayan subsidiado entre dos y tres millones de colombianos de bajos ingresos para que puedan acceder al sistema pensional.

Por eso, quienes más se beneficiarán de esta nueva ley serán aquellos compatriotas de bajos ingresos, que por años han estado al margen de la seguridad social sin poder acceder a sus beneficios. Es ésta, precisamente, la gran bondad de la reforma que con acierto y compromiso patrio supieron apreciar los miembros del Congreso de la República al debatirla y aprobarla.

No podría un Presidente liberal, inspirado en los ideales de Luis Carlos Galán, dejar pasar su Gobierno, sin pretender resolver la falta de progresividad del sistema de seguridad social. La manera como opera el sistema pensional vigente, conjuntamente con los requisitos actuales, favorece la inequidad del sistema y la subvaloración de salarios durante la mayor parte de la vida laboral. Se había configurado así una solidaridad a la inversa, en la que los trabajadores de bajos ingresos terminaban pagando las pensiones de los de mayores ingresos.

La ley resuelve el viejo problema de la subvaloración de salarios, favoreciendo así la equidad del sistema. Esta también se ve enormemente favorecida con la creación de un régimen de capitalización que compite con el sistema actual, la dosificación de beneficios y otra serie de medidas contempladas en el texto de esta nueva ley.

Y ya que hablamos de equidad, permítanme afirmar que la carencia de salud en Colombia es, sin duda, la principal expresión de la inequidad que persiste en este país: 200,000 niños colombianos están naciendo cada año sin ningún tipo de asistencia en salud. Cada tres minutos nace un nuevo colombiano a quien, aún hoy en día, la sociedad apenas le promete la carencia: nacer sin asistencia. Carencia de asistencia que se prolonga para muchos durante toda la vida.

En una encuesta que hicimos el año anterior, uno de cuatro colombianos que se sintió enfermo no tuvo cómo acudir a los servicios de salud. Además, el esfuerzo de llegar a los servicios de salud costó 10 veces más a los colombianos más pobres que a quienes tenían como pagarlos.

Indudablemente que la mayor contribución a un sistema más equitativo se dá a través de la creación del Fondo de Solidaridad en Salud, el cual no solo es progresivo sino que además permite redistribuciones interregionales de tal manera que aquellas regiones de más bajos ingresos y menos desarrolladas se vean beneficiadas. Para el 30% de los colombianos más pobres, aquellos 10 ó

12 millones de personas de quienes hablaba hace un instante, el sistema va a impulsar y subsidiar el acceso progresivo al plan de salud de que disfrutarán todos los colombianos.

La inequidad del sistema vigente es más preocupante al considerar la coexistencia de multiplicidad de regímenes, fondos y cajas, con beneficios amplísimos que favorecen a un grupo selecto de los trabajadores al servicio del Estado o de algunas de sus empresas industriales y comerciales. El mayor esfuerzo que ha hecho el Congreso de la República y el Gobierno con esta nueva ley es precisamente el de poner orden evitando la creación de nuevas Cajas y Fondos y dando la posibilidad de liquidar algunas de las actuales y por sobre todo, establecer un régimen único de beneficios para todos los colombianos trabajadores, respetando los derechos adquiridos.

Pero la reforma además tiene un componente supremamente importante que consiste en el saneamiento de las finanzas del sistema pensional. En el país se había acumulado una deuda de enormes proporciones que tarde o temprano iba implicar la imposibilidad de pagar las pensiones adeudadas. En plata blanca, esto significa simplemente, que a lo largo de los últimos años, se venían constituyendo obligaciones con aquellos trabajadores que iban a adquirir su derecho a la pensión sin que se hubieran generado los recursos suficientes para la misma. Con la reforma no solo se reconoce la deuda, sino que se crean los mecanismos necesarios para que el sistema sea financieramente viable en el largo plazo, de tal forma que los ancianos del mañana puedan gozar de una vejez digna.

Para ello no solo la Nación tendrá que hacer un gran esfuerzo, por la vía fiscal, sino también el sector privado, el cual asumirá una mayor tasa de cotización o aporte a la seguridad social y una mayor proporción de la misma frente a la asumida por los trabajadores en la actualidad.

Alguien decía en una ocasión que una característica del proyecto era su riqueza en solidaridad. Nada más cierto, pues el proyecto prevee una auténtica y novedosa solidaridad a través de diversos mecanismos tales como el aporte que harán de un uno por ciento adicional de cotización todos aquellos trabajadores que devengan más de cuatro salarios mínimos. Así mismo, debo mencionar la garantía estatal de pensión mínima para los trabajadores de menores ingresos, los recursos fiscales para los subsidios en salud y para la financiación del programa de ancianos indigentes, la mesada pensional adicional, las

obligaciones de las Cajas de Compensación Familiar, entre otros. En pocas palabras esta Ley es una herramienta definitiva en la lucha contra la pobreza y la desesperanza que hoy aquejan a millones de colombianos en todo el territorio nacional.

No me cansaré de repetir que con esta nueva Ley, la gente tendrá derecho a una pensión justa y pagada oportunamente. Los ancianos indigentes tendrán acceso a un programa de auxilio para la vejez. Y todos los colombianos a una atención médica inmediata, integral y de buena calidad y en especial para los doce millones de compatriotas más pobres, para los niños, las mujeres embarazadas, los campesinos. Los cuarenta millones de habitantes que habrá en esta Nación a comienzos del siglo XXI tendrán también todos salud a través del sistema de seguridad social.

El objetivo que orienta esta reforma es el de alcanzar un sistema más eficiente y de mayor calidad, de mayor cobertura, que beneficie a los trabajadores de más bajos ingresos, y que posibilite en el largo plazo la financiación de las pensiones para que éstas no sean un derecho de papel. Sólo así construiremos un sistema verdaderamente equitativo y solidario, de tal manera que quienes mayores ingresos perciben, hagan una mayor contribución al sistema en beneficio de los colombianos de más bajos ingresos. He ahí el compromiso social que tenemos todos con el país y nuestro pueblo.

Finalmente, esta nueva ley de seguridad social es un claro reflejo de los alcances históricos que tendrá este revolcón. Con la promulgación de esta Ley se benefician los trabajadores de más bajos ingresos porque el gasto en salud, en pensiones mínimas, en el programa de auxilio para ancianos indigentes y el aporte al Fondo de Solidaridad Pensional, permitirán culminar una de las metas y propósitos más importantes de este Gobierno: revertir la tendencia decreciente que el gasto público social presentaban al finalizar los ochentas.

Creo firmemente que el Congreso de la República ha hecho gala de un gran valor y visión de futuro, al sacar adelante esta importante reforma que representa un sacrificio grande para todos. La labor adelantada contrasta con la posición reaccionaria y anacrónica que esgrimieron quienes pretendían mantener un sistema que privilegia a unos pocos, mediante la preservación de instituciones que, con el paso del tiempo, hemos dejado debilitar.

Deseo entonces, como Presidente de todos los colombianos, expresarle mi agradecimiento al Congreso por haber aprobado esta Ley, al cabo de un período de sesiones particularmente rico y fructífero. Ustedes, señores parlamentarios, se han encargado de silenciar con hechos a sus críticos más descamados. Ustedes, honorables senadores y representantes, han fortalecido con sus decisiones nuestro sistema democrático y pluripartidista. Ustedes, en fin, han engrandecido a Colombia y por esa gesta histórica merecen la eterna gratitud de millones de compatriotas que hasta el día de hoy no tenían acceso a un sistema de salud, ni podían aspirar a una pensión digna en el crepúsculo de sus días.

Aunque este fue un logro colectivo de la Cámara y el Senado y de sus comisiones séptimas, quiero, sin embargo, destacar el trabajo arduo de dos personas que actuaron como coordinadores de ponentes: El Senador Alvaro Uribe Vélez merece todo nuestro reconocimiento, por su dedicación y esfuerzo, que le permitieron impulsar la iniciativa en circunstancias no siempre favorables. Alvaro Uribe fue, a quien le cabe duda, protagonista indiscutible de este proceso, cuyas sabias contribuciones al proyecto original permitieron limar aristas, conciliar posiciones y defender los intereses de los colombianos menos favorecidos. María del Socorro Bustamante, por su parte, fue definitiva también en la Cámara de Representantes, al haber podido transmitirle a sus colegas el fervor en las bondades de esta iniciativa que cambiará para bien el devenir de esta nación en los años por venir.

Por parte del Gobierno, es imperativo mencionar la abnegada labor del Ministro de Trabajo, Luis Fernando Ramírez, en el trámite de la Ley. Quienes hemos tenido el privilegio de conocer a Luis Fernando desde hace varios años, siempre supimos que podría encarar con éxito y tenacidad las más exigentes responsabilidades, como es esta de entregarle a los colombianos un verdadero sistema de seguridad social. En los momentos más difíciles, en aquellas horas en las que todo parecía perdido, Luis Fernando Ramírez tuvo siempre la tranquilidad para escuchar las voces de crítica y para mostrar el camino por donde debía proseguir la discusión, manteniendo el equilibrio entre la búsqueda de la equidad y la necesaria responsabilidad fiscal. El Ministro de Salud, Juan Luis Londoño, comparte también nuestra gratitud por su trabajo a lo largo de todos estos meses en favor de un sistema de salud más eficiente que permitirá lograr la cobertura total, en un marco de competencia. Su persistencia y la búsqueda pertinaz de soluciones, aún hasta el último minuto, permitieron enriquecer el texto del proyecto haciéndolo más solidario y equitativo. Quiero

también mencionar la tesonera labor del Consejero de Política Social, Mauricio Pertetti.

Una de las razones esenciales para que esta importante iniciativa se convierta finalmente en Ley, fue el gesto de unidad expresado en el acuerdo político del trece de mayo entre partidos y movimientos. Las diferencias de opinión que en este proceso se dieron, bien fuera entre los propios partidos o con relación a la posición del Gobierno, no impidió concertar voluntades en favor de esta trascendental reforma que sólo traerá beneficios. Se superaron pues todos los obstáculos políticos con el único propósito de derrotar las aberraciones de la seguridad social en Colombia y así, evitar que los pensionados tuvieran que seguir esperando por años, tal como el Coronel Aureliano Buendía, una pensión que nunca llega.

En los meses que restan de Gobierno quisiera comprometerme a reglamentar la ley para que ésta pueda operar, a financiarla adecuadamente y a utilizar esos recursos para que lleguen prioritariamente a la población más pobre. Antes de agosto de 1994, 500,000 familias habrán accedido mediante subsidios a las Empresas Solidarias de Salud que harán parte del nuevo Sistema de Seguridad Social. Y finalmente, a poner en marcha este tren irreversible que permitirá llegar con salud para todos, por todos y con todos al año 2000.

Considera también el Gobierno que la creación de los Fondos de Pensiones constituyen un estímulo fundamental a nuestro mercado de capitales y base de un proceso de capitalización que será fundamental para el crecimiento de nuestra nación en el futuro.

APRECIADOS AMIGOS:

Esta administración obtuvo un mandato y un compromiso que va más allá de la obligación que tiene todo gobernante de afrontar las dificultades del presente y las urgencias que imponen las naturales carencias de un país como el nuestro. Ofrecimos a nuestros compatriotas una visión del futuro, un conjunto coherente de reformas y de transformaciones que además de contribuir a resolver los apremiantes problemas de hoy, se constituyan en el marco de orientaciones y de instituciones capaz de conducir al país por el camino del progreso y de la reconciliación. Esfuerzos como éste ciertamente representan una contribución muy valiosa a esa tarea de construir un futuro mejor, en que estamos comprometidos.

Sabemos que la historia no avanza pausadamente y en rigurosa secuencia. Hay épocas de estabilidad y de sosiego, que incluso siembran la convicción entre la gente de que se ha alcanzado un estadio definitivo e inamovible, y cuando menos se espera, surgen las convulsiones y los síntomas de que se acerca una nueva era. Las fuerzas del cambio estallan como una erupción incontenible, removiendo desde lo más profundo los valores y los fundamentos del viejo orden.

Es en esos momentos de la historia de los pueblos cuando se define el curso del futuro, y donde todo está en juego. Si una nación no entiende la naturaleza de los cambios y se refugia en el pasado, decide dar la espalda al nuevo orden, o desconoce la trascendencia de la coyuntura, estará condenada a ser simple espectador y no protagonista del mañana. Los tiempos que corren tanto en el mundo como en el país son precisamente de cambio y de transformación profunda.

En momentos como los que vivimos, se mira al país y se puede ser optimista. Pocas naciones pueden mostrar hoy una vitalidad tan clara, tan vigorosa, tan evidente como Colombia. Aquí se ha iniciado el más ambicioso y democrático proceso de transformación política desde que López Pumarejo sacara adelante la Revolución en Marcha, y al mismo tiempo se han adoptado las más audaces e integrales reformas que le han dado una reorientación definitiva al modelo de desarrollo.

Nos estamos preparando en el campo institucional y económico para afrontar con éxito el mañana. No vamos a esperar que nos arrolle el futuro: lo estamos construyendo y anticipando desde ya, con más y mejores leyes como ésta que hoy promulgamos y sobretodo, con una mejor y más equitativa seguridad social para todos los colombianos.

Muchas gracias.

LA REFORMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL, LEY 100 DE 1993, Y SU IMPACTO EN EL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES

A. FILOSOFÍA Y CRITERIOS GENERALES QUE INSPIRAN LA REFORMA

En el año de 1991, Colombia adoptó una nueva Constitución Política, que en su artículo 48 define que «la Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se presentará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.»

Bajo el principio de eficiencia se busca que los beneficios y servicios de la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente. Se parte de la reorganización y modernización del sector privado. El principio de universalidad persigue dar protección a todas las personas y población en todas las etapas de la vida. El principio de Solidaridad persigue que los grupos de población de mayor nivel de ingresos contribuyan, junto con los recursos que destine el estado, a ampliar la cobertura de atención a los grupos de población más vulnerables del país.

La Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, que desarrolla la disposición constitucional, crea el Sistema de Seguridad Social Integral con el «objeto de garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afectan.»

Define como un servicio esencial el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en tanto que para el Sistema General de Pensionados define igual criterio sólo para aquellas actividades directamente vinculadas con el reconocimiento y pago de pensiones (artículo 4°).

Igualmente la ley define el Sistema de Seguridad Social Integral como el conjunto armónico en entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, conformado por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y los servicios sociales complementarios previstos en la ley.

Son los anteriores postulados los que determinan que sea la Ley 100 de 1993 norma de contenido social más trascendental para el país y su población en los últimos 50 años y que su implantación produzca profundas transformaciones en la estructura de nuestra sociedad, máxime cuando en materia de seguridad social en Colombia sólo está cubierto un 21% de la población, frente a un promedio del 45% en América Latina, siendo, por consiguiente, uno de los países más atrasados en la materia, hasta el punto de compararse con Haití: el más atrasado de la región.

Estos dos indicadores no resisten controversia algunas y determinan la baja cobertura de seguridad social en Colombia, sistema apoyado en una alternativa estatal, con toda clase de limitaciones de orden político, económico y fiscal, que abocaban en un inmediato futuro la crisis del sistema de por si empeorado por su ineficiencia y reducida solidaridad.

Por ello la reforma abre la alternativa de que los seguros de pensiones, salud y riesgos profesionales, sean prestados en concurrencia de los sectores público y privado, respetando los principios de solidaridad, eficiencia y universalidad, conjugados con nuevos principios de integridad, unidad, participación, obligatoriedad, libre escogencia, equidad, protección, integral, autonomía y descentralización, concertación y participación social.

Aunque el Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional el derecho irrenunciable a la seguridad social, en forma integral, ésta se desarrollará en forma progresiva, en los próximos diez años, meta para obtener una cobertura cercana al 100% de la población. Esta cobertura se dará con mayor y eficiente participación de los servicios estatales, complementados con la participación del sector privado, como ya lo muestra el sistema pensional, con la creación de las sociedades administradoras de los fondos de pensiones, que irrumpieron al mercado desde el 1º de abril de 1994. En los próximos meses se iniciará la participación privada en la prestación de los servicios de salud y riesgo profesional, todos compitiéndole al Seguro Social, que hoy en día atiende los tres seguros (Pensiones IVM - Salud EGM - Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional - ATEP).

En concordia con el alcance de la norma constitucional, la concurrencia de entidades privadas de aseguramiento, denominadas por la ley Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), Empresas Promotoras de Salud (EPS),

Por su parte, el artículo 12 de la ley establece que el sistema estará compuesto por dos regímenes solidarios que coexisten, pero excluyentes entre sí, a saber:

- a. El Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida, administrado por el Instituto de Seguros Sociales, ISS.*
- b. El Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, administrado por las Administradoras de Fondos de Pensiones - AFP -

La afiliación al sistema es obligatoria para todos los trabajadores con relación laboral vinculante y voluntaria para los trabajadores independientes, a excepción de los que presten servicios a entidades estatales, con afiliación obligatoria.

Los aportes que se liquidan sobre los ingresos declarados en los términos señalados por la ley, son cubiertos en un 25% por el trabajador y el 75% por el empleador. Cuando se trate de trabajadores independientes, deberán cubrir el total del aporte. Para 1994 son el 11.5% para 1995 del 12.5% y a partir de 1996 del 13.5%. Para los afiliados que devenguen más de cuatro salarios mínimos mensuales, los aportes serán del 12.5%, 13.5% y 14.5%, respectivamente. En el punto adicional no participa el empleador. La obligación de pago de total del pago del aporte recae en el empleador o trabajador independiente.

Los asegurados eligen libremente el sistema pensional y pueden trasladarse entre el sistema por una sola vez cada tres años. Entre AFP pueden cambiarse cada seis meses.

Los afiliados al Seguro Social u otras entidades de previsión pensional, que opten por los Fondo de Pensiones, tienen derecho al reconocimiento de «Bonos Pensionales», que constituyen aportes destinados a contribuir a la conformación del capital necesario para financiar las pensiones de los afiliados al sistema pensional. Tratándose de afiliados al Seguro Social y Cajas o Fondos de Previsión Social Públicos, no tendrán derecho al Bono Pensional si al momento del traslado han cotizado menos de ciento cincuenta semanas.

En desarrollo del principio de solidaridad en los dos regímenes, se garantiza -a quien cumplan requisitos de pensión mínima-, equivalente a un salario mínimo

*Coexisten otras entidades pero no tienen autorización para vincular nuevos afiliados. Sólo pueden sostenerse los existentes mientras permanezcan.

mensual (cerca de US 117), y quienes perciban ingresos mensuales por encima del equivalente de cuatro salarios mínimos mensuales, deberán cotizar y pagar el total de un punto adicional a la cotización obligatoria con destino al Fondo de Solidaridad Pensional.

El Fondo de Solidaridad Pensional, que se financiará con recursos que transfiere el sistema y aportes estatales, tiene por objeto ampliar la cobertura mediante el otorgamiento de subsidios a los grupos de población que, por sus características socio-económicas, no tienen acceso a los sistemas de seguridad social, tales como campesinos, indígenas, trabajadores independientes y madres comunitarias, entre otros.

Para conservar su poder adquisitivo, las pensiones se reajustan cada año en porcentaje igual a la variación que para el año anterior registre el índice de precios al consumidor, o sea la tasa de inflación.

Para garantizar la adecuada funcionalidad del sistema pensional, antes del próximo 23 de junio, el Gobierno Nacional deberá constituir una comisión permanente integrada por representantes de los trabajadores, empleadores y pensionados, que analizará las eventuales fallas del sistema, para que con un enfoque de rentabilidad social, conserve el objetivo básico de redistribución de la riqueza atribuido al sistema pensional.

Este punto es de gran importancia por cuanto además del gran contenido social de la reforma pensional, ésta generará elevados volúmenes de ahorro interno, que estimularán el mercado de capitales y la inversión que impulsa al sector productivo de bienes y servicios. Ya tenemos el ejemplo del caso chileno, por eso la norma busca que bajo «el enfoque de rentabilidad social» se propicie una adecuada y racional redistribución de la riqueza, como es obvio, buscando el mayor efecto solidario y redistributivo a través de las oportunidades de inversión. Es otro de los atributos de la reforma de la seguridad social, donde los grupos que integran la comisión descrita tendrán una gran responsabilidad y protagonismo socio-económico.

El Fondo de Solidaridad será manejado por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; contará con un Consejo Asesor integrado por representantes de los gremios de la producción, las centrales obreras y la confederación de pensionados, y los recursos del Fondo se manejarán por entidades fiduciarias del sector

solidario o por las administradoras de fondos de pensiones o cesantías del mismo sector.

2. Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Los objetivos los define el artículo 152 de la ley. «Son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención».

El sistema se inspira en los principios constitucionales y legales enunciados en la primera parte de esta presentación y, al igual que el sistema de pensiones, se caracterizará por condiciones similares de afiliación obligatoria y voluntaria. Habrá un Fondo de Solidaridad y garantía en salud que propiciará y subsidiará el aseguramiento de los grupos de población de menos recursos.

El régimen se caracterizará por dos conceptos esenciales que determinarán las alternativas de competencia al sistema estatal, particularmente en cabeza del Seguro Social: «El Plan Obligatorio de Salud, POS-, que permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico y tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso los niveles de atención y complejidad que se definan» por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. El POS será similar al que presta el Seguro Social, incluyendo la provisión esencial de medicamento en presentación genérica. El plan se otorgará a los afiliados; a sus beneficiarios se les aplicarán pagos moderadores, esencialmente en el primer nivel de atención. Para los afiliados, el plan y las EPS no podrán aplicar preexistencia ni carencia de servicios por términos mayores a los que determina la ley.

El segundo componente básico del régimen está relacionado con la Unidad de Pago por Capitación -UPC-, que recaudarán las Entidades Promotoras de Salud -EPC- con destino al Sistema General de Seguridad Social en Salud. El sistema fijará la UPC «en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería...»(Art. 182).

De acuerdo a la definición de estos componentes, dependerá el funcionamiento del sistema competitivo que crea la Ley 100, basado en las EPS y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-.

Se exceptúa el caso del Seguro Social, que -con la definición de la UPC y el POS se redefinirá su proyección en el mercado-, viene funcionando como la entidad líder en la prestación de servicios de salud en el país.

En adelante el Seguro Social funcionará como EPS y tendrá la competencia de las nuevas EPS que se conformen y autorice el Consejo Nacional de Salud.

En el nuevo esquema, la prestación de los servicios de salud se soporta en dos clases de entidades, a saber:

- a. Las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, y
- b. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS-.

Las EPS tienen por objeto la promoción del sistema mediante la afiliación y registro de los afiliados; el recaudo de sus cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía y su función básica consistirá en organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del POS y reintegrar al Fondo de Solidaridad la diferencia que resulte entre los ingresos que cotizan los afiliados y el valor de las UPSs. Puede darse el caso que la diferencia sea negativa, situación en la cual, por el contrario, deberá recibir la diferencia del Fondo de Solidaridad (Arts. 177 y 178).

Para garantizar el POS a sus afiliados, las EPS podrán prestar directamente los servicios de salud o contratarlos con las IPS y los profesionales del sector. Para racionalizar la demanda de servicios, las EPS podrán adoptar modalidades de contratación y pago, tales como capitación, protocolos o presupuestos globales fijos, en tal forma que se incentiven las actividades de promoción y prevención y el control de costos. Las EPS deberán ofrecer a sus afiliados varias alternativas de atención por IPS.

Las EPS por delegación del Fondo de Solidaridad de Salud, recaudarán los aportes de los afiliados cuyo monto fijará el Consejo Nacional de Salud, con un tope para medicina familiar del 12%. Los aportes serán cubiertos en un 33% por el trabajador y un 67% por el empleador. El trabajador independiente cubre el total del aporte. La obligación de pago del total del aporte recae en el empleador o trabajador independiente.

Por su parte, la prestación de los servicios de salud se apoya en las IPS y los profesionales del sector, que pondrán su oferta al servicio de las EPS.

El nuevo esquema, en un sistema competitivo y de libre elección por el afiliado, con mayor oferta de servicios y cobertura de atención, básicamente, al generalizarse a partir del 1º de enero de 1995 la atención obligatoria del afiliado y su grupo familiar, garantizar que en los dos primeros años se logre una cobertura del promedio del 45% de los países latinoamericanos, y que al término del año 2000 sea una de las más altas de la región. También, se garantiza el cambio de inconveniente modelo de atención curativa que ha prevalecido, al enfatizarse la promoción y prevención de la salud como el pilar del nuevo régimen.

Finalmente, debe resaltarse el régimen subsidiario, con el propósito de financiar la atención en salud a los grupos pobres y vulnerables de la población, que no tienen posibilidad de cotizar, total o parcialmente, al sistema (Art. 212). Para el efecto, se creará el Fondo de Solidaridad y Garantía, que se financiará con los recursos que le transfiera el sistema y aportes estatales.

El Fondo será manejado por el Ministerio de Salud por encargo fiduciario con entidad financiera especializada y tendrá como función recaudar los ingresos por cotizaciones netas, descontando el valor del UPS reconocido a cada EPC; efectuar las compensaciones que genere el régimen contributivo; atender el pago de los subsidios en salud, y financiar actividades que promuevan la promoción de la salud (Art. 222).

3. Sistema General de Riesgos Profesionales

El sistema continua bajo esquema similar al que cubre el Seguro Social con el seguro de riesgos profesionales y el paquete de atención y asesoría en salud ocupacional e industrial a todos los empleadores. Se mantiene el pago del aporte en su totalidad en cabeza del empleador, pero se abre la alternativa competitiva de que aseguradoras privadas cubran el riesgo y las pensiones por invalidez, las que tendrán opción de fijar tarifas competitivas y contratar los servicios de salud que se deriven con IPS, incluidas las del sistema del Seguro Social.

4. Servicios Sociales Complementarios

Está orientado a dar cobertura de atención en salud y subsidio económico hasta por el equivalente del 50% de un salario mínimo mensual (US 58.5), a los ancianos indigentes de edad de 65 o más años o 50 años cuando se trate de indigentes que residan en comunidades indígenas.

El programa se financiará con recursos que destinen la Nación y las entidades territoriales.

Los departamentos y los municipios, así como las entidades estatales, deberán garantizar infraestructura y actividades educativas, culturales y de recreación y turismo para la tercera edad.

Finalmente, la ley autoriza a las entidades territoriales para que con sus propios recursos, creen y financien planes de subsidio al desempleo. No será materia fácil por las limitaciones presupuestales, pero es un principio para propender por una mayor cobertura social y apoyo económico a grupos desprotegidos y de escasos recursos, que queden sin protección por pérdidas de sus empleos o fuentes de sostenimiento comprobados.

C. IMPACTO DE LA REFORMA EN EL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES.

Al crearse un sistema de seguridad social con alternativas de competencia entre oferentes públicos, privados y del sector solidario, de una parte, y de la otra, al instituirse la libre elección por parte del afiliado a cualquiera de los sistemas y empresas prestadoras de los diferentes seguros, incuestionablemente, la reforma conlleva un tremendo impacto para el Seguro Social, que se traduce en un reto para sostenerse y proyectarse como la primera y más grande organización de seguridad social del país.

La reforma responde a la baja respuesta del sistema de seguridad social hasta entonces vigente, que como ya se anotó, no logró superar una adecuada cobertura de atención, no es solidario, además de proyectar una inconveniente situación fiscal, por cuanto las reservas prestacionales no son las suficientes para amparar los pasivos ya causados. Esta situación no se le puede endilgar solamente a la administración de las entidades estatales, sino en gran medida se debió a la

legislación vigente que, por ejemplo, en materia de pensiones dispuso que en vez de constituir capitales de cobertura, es decir, que se fueran constituyendo las reservas necesarias para amparar los pasivos causados, se optará solo invertir los saldos disponibles, después de pagar la nómina pensional. se dirá entonces, que el sistema falló por no constituir las reservas suficientes. Pues bien, en ello tiene culpa el gobierno, los empresarios y los trabajadores que tenían la facultad como miembros de la Junta Administradora del Seguro Social, de aumentar las cotizaciones a medida que el sistema de prima media fuera madurando, decisión que no se tomó por la implicación política, porque en el momento presente existían los recursos necesarios para pagar los compromisos y un incremento de las cotizaciones afectaría la estructura financiera de cada aportante al sistema.

La baja cobertura tuvo como causa fundamental la poca capacidad económica de la mayoría de sus habitantes y la evasión. Recordemos que un gran porcentaje de sus trabajadores está en la economía informal, de los cuales la mayoría devenga menos de un salario mínimo. Estos factores los aborda la Ley 100 a través de los fondos de solidaridad tanto en salud como en pensiones que permitirán que los trabajadores de escasos recursos ingresen a la seguridad social; la evasión se disminuirá también a través de dar la ley el poder de afiliarse al trabajador y no al empresario, como sucedía antes. Adicionalmente, el hecho de que más empresas participarán en la prestación de los servicios, contribuirá a llegar a un número mayor de la población colombiana. Abogo y hago un llamado a las empresas competidoras del Seguro Social para que no sólo trabajen para afiliar a los actuales afiliados al Seguro, sino para ampliar la cobertura a otros sectores. Sería un problema que dentro de pocos años se evaluara el impacto de la ley 100 y se observara que no se ha ampliado la cobertura y que lo único que se logró fué repartir esa baja cobertura entre un mayor número de asegurados.

La in eficiencia del sistema anteriormente vigente se debía al monopolio de las entidades (ISS para el caso del sector privado, Cajas de Previsión para los empleados públicos). Nuevamente reitero la conveniencia de la competencia participando tanto entidades públicas como privadas.

La ley permite un sistema dual para la prestación de todos los servicios de seguridad social, buscando con ello la ampliación de la cobertura al existir mayores oferentes y dos regímenes; eficiencia mediante la competencia entre los entes que administran los dos regímenes; y, viabilidad financiera al aumentar las cotizaciones y en el caso del régimen de prestación definida, ampliando los requisitos para tener derecho a la garantía de la pensión y en el caso del régimen

de ahorro individual, al ser el trabajador el que constituye individualmente el valor de su pensión, solo garantizando a cargo del Estado, la pensión de salario mínimo, previo el cumplimiento de ciertos requisitos.

Aunque la reforma se sustentó en las deficiencias y baja cobertura del sistema imperante a la expedición de la Ley 100, ello es cuestión superada y el reto es asimilar el cambio para adaptarse al nuevo entorno competitivo y con libre elección. El Seguro Social ha asumido este reto, participamos activamente en el trámite y discusión de la Ley 100, por compartir plenamente el nuevo ordenamiento y fundamento social y económico de la Constitución, cual es el que todo debe girar alrededor de las personas y la población, y las instituciones o entidades sólo se justifican en la medida en que les presten un servicio eficiente. El monopolio, ya sea público o privado, es contrario a esta sana concepción y por ello contribuimos en la creación de un sistema competitivo, por considerar que este factor será el motor que impulsará día a día el accionar de todas las entidades, para cada vez prestar mejores servicios, siendo el único beneficiario, el ciudadano colombiano.

Permítame hacer en este punto una pequeña precisión. No es porque el Seguro Social tiene competencia, que hasta ahora piensa en ser eficiente. Desde el momento en que llegué a dirigir el Seguro Social a finales del año 1992, inicié el proceso de reorganización y modernización en el cual se trabaja con resultados positivos, aunque reconocemos que no es tarea fácil de obtención de resultados en el corto plazo.

El primer cambio en el proceso de modernización del Seguro Social lo originó el Decreto 2148 del 30 de diciembre de 1992, expedido por el Gobierno Nacional en desarrollo de las atribuciones contenidas en el artículo 20 Transitorio de la Constitución Política del año 1991.

Ya el Seguro Social es una empresa industrial y comercial del Estado, condición que le permite actuar casi al mismo nivel y con el mismo grado de administración que las empresas privadas, con las que vamos a competir; se unificó en un solo órgano su Consejo de Dirección; mejorando la administración y operación de toda la infraestructura que posee, se da énfasis hacia adelante a la contratación de los servicios; descentralizamos y damos autonomía a nuestras unidades operativas, pero exigiendo responsabilidad y eficiencia en el manejo de los recursos; involucramos el concepto de rentabilidad, no solo social sino también

económica y financiera en la administración de los recursos; nuestras unidades devengarán sus ingresos exclusivamente de los servicios que presten valorados a las tarifas que contratamos con terceros y finalmente, iniciamos desde el año pasado y ya culminó la etapa del diseño, un proceso de reorganización basado en el método de Reingeniería de Proceso, de casi el 90% de los procesos que ejecuta el Seguro Social. Para ello conformamos un equipo interno con el mejor personal profesional que poseemos, el cual contó con la asesoría de una firma internacional experta en esta metodología de reorganización. Estamos en la etapa de implantación, la cual empezará a arrojar resultados favorables a partir del segundo semestre de este año.

Lo primero que hicimos fué redefinir el norte del Seguro Social, su visión estratégica a través de conceptualizar con claridad nuestra MISIO-VISION Y VALORES.

Dentro de las muchas acciones adoptadas se destaca el nuevo esquema organizacional del Seguro Social, el cual pasa de ser funcional, a estar orientado por los servicios o negocios que maneja: Pensiones, salud como EPS e IPS y riesgos profesionales, servicios administrados con criterios de empresa cada uno de ellos. (-Trabajaremos con intermediarios y agentes de seguros que asesoren a los trabajadores y empresarios sobre lo que más le convenga, contrario a tener fuerzas de ventas inexpertas). (-Se implantará en un par de meses el proceso de autoliquidación de aportes por parte de cada una de las empresas y trabajadores independientes, lo cual consiste en que en el mismo momento en que el empresario liquida la nómina, liquidará sus aportes a la seguridad social y procederá a su consignación a través del sector financiero, con lo cual se obviarán los problemas ocasionados con la facturación por parte del Seguro Social y el no registro oportuno o veraz, de las novedades de personal reportadas por los empresarios;

- En el presente año se invertirán 32.000 millones de pesos en desarrollo de sistemas e informáticos, lo cual generará importantes resultados de eficiencia en el transcurso del año.
- Se invertirá en infraestructura física \$54,000 millones para prepararnos a la ampliación de la cobertura a la familia del trabajador y mejorar la infraestructura existente.
- Se dispondrá de Oficinas de Atención al Cliente en las diferentes ciudades del país.

- Se enviarán extractos periódicos a cada afiliado sobre su historia laboral con el Seguro Social, reportando las semanas cotizadas y el salario base de liquidación de los aportes.
- Se prestará atención en salud a los trabajadores y su familia enfatizando la atención ambulatoria, con lo cual deshospitalizaremos la atención en salud.
- Se extenderá la atención domiciliaria que el Seguro ya está prestando. Es decir, que el Seguro ampliará el número de pacientes a los cuales atendemos directamente en su domicilio.
- Continuaremos con la campaña de comunicación masiva informando sobre las ventajas de permanecer afiliado o afiliarse al Seguro Social.

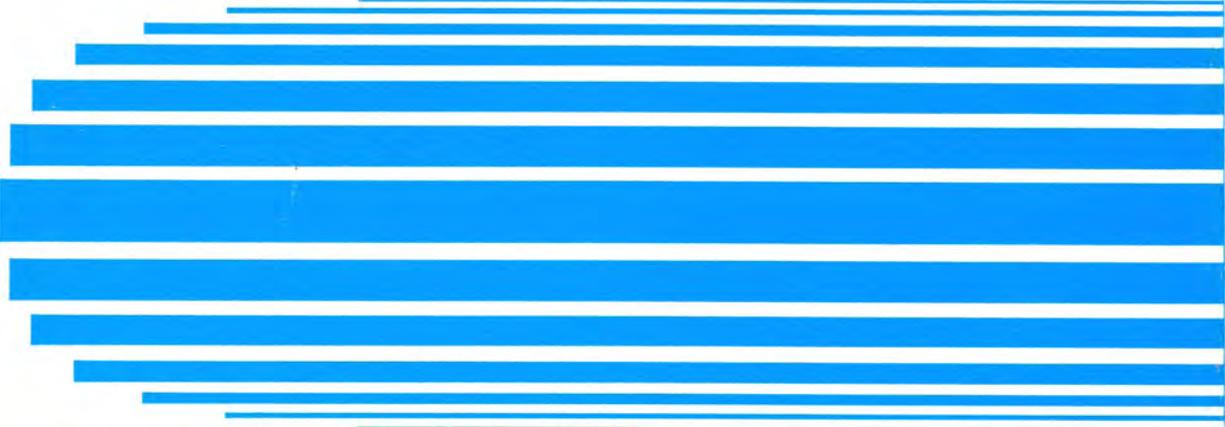
En general, el Seguro Social está dispuesto a competir, pero lealmente, utilizando todas las herramientas que estén a su alcance para continuar siendo la empresa LIDER en seguridad social del país, pero no porque una norma dice que es la única, sino por la calidad, oportunidad y eficiencia con que presta sus servicios.

Finalmente, les quiero manifestar que en el Seguro Social nuestra razón de ser es el trabajador, su familia y el empresario, quienes se constituyen en nuestro CLIENTE, al cual no solo satisficemos sus necesidades sino que superaremos sus expectativas.

La reforma a la seguridad social que el país está viviendo en el presente momento, será sin duda el mayor cambio que en materia social y económica haya acontecido en el país y el único y gran beneficiario seremos todos nosotros como ciudadanos y trabajadores. El Seguro Social en este marco ya definió su MISIÓN, el continuar siendo el LÍDER, el número uno.

BIBLIOGRAFÍA

- Arango Velez, Luis Carlos. *Caja Colombiana de Subsidio Familiar*.
- Bula Escobar, Germán, *Superintendencia del Subsidio Familiar*, 1984.
- Caja de Compensación Familiar de Antioquia, *Antecedentes del Salario Familiar y del Subsidio Familiar*.
- Cuellar Reina, Ernesto, *La Reforma de Seguridad Social Integral, Ley 100 de 1993, y su impacto en el Instituto de Seguros Sociales*.
- Instituto de Seguros Sociales, *Evolución Histórica del Seguro Social*, 1989.
- Instituto de Seguros Sociales, *Informe Estadístico 1992, Resumen Ejecutivo*, 1993.
- Instituto de Seguros Sociales, *Seguros Sociales*, 1992.
- ISS, OIT, PNUD, *Elementos Conceptuales para una Reforma Integral de la Seguridad Social en Colombia*, 1992.
- Ley 100 de 1993.
- Ministerio de Salud, Instituto de Seguros Sociales e Instituto Nacional de Salud, *Encuesta Nacional sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en salud: 1986-1989*, 1990.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, *Conozcamos el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social*, 1992.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, *Ley de Seguridad Social*, 1994.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, *Superintendencia del Subsidio Familiar*, 1990.



La Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), por indicaciones de su Presidente, licenciado Genaro Borrego Estrada, se ha propuesto llevar a cabo un importante programa editorial para cumplir de mejor manera con sus finalidades fundamentales consistentes en recopilar y difundir los avances de la seguridad social.

La Conferencia concentra sus esfuerzos en la publicación de documentos cuyo propósito es lograr una seguridad social eficiente, ante las necesidades sociales, y procurar que su contenido sea de interés general y comprenda una extensa variedad de temas. Su programa editorial responde, por lo tanto, a las demandas constantes de las instituciones de seguridad social del continente, para contar con un mayor número de publicaciones en las que quede constancia y testimonio de los diferentes trabajos que realizan, y a la generación de documentos útiles a las instituciones por parte de los órganos de la CISS, las Subregiones y del Sistema de información de la Seguridad Social Americana. Se publican dos colecciones: monografías de seguridad social de los países representados en las CISS y libros especializados en temas de seguridad social. Queda a las instituciones el compromiso de acentuar su participación, para enriquecerlas con sus experiencias acumuladas. Asimismo la edición de su Boletín Informativo con periodicidad mensual, su Revista Seguridad Social, bimestral, y el Atlas de la Seguridad Social Americana, dan respuesta a las mismas demandas institucionales.

La presente publicación forma parte de este programa integral de difusión editorial, que realiza la Secretaría General de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.

