

# LEGALIDAD Y DERECHOS DE LOS USUARIOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA

Por:

Carolina Prieto Molano  
HDP/CSA-2002 OPS/OMS  
Abril, 2002

Laurandrea Guzmán Acero<sup>1</sup> es una indigente colombiana de 35 años de edad y aproximadamente 34 semanas (8 meses) de embarazo, 62 kilos de peso y 1.70 de estatura, a quien el pasado 19 de marzo de 2002 la Policía Nacional condujo al Hospital Universitario Clínica San Rafael de Bogotá, para que le prestaran atención médica, ya que presentaba síntomas de parto prematuro. El desgaste de la vida de la calle se refleja sobretodo en su rostro sin cejas, en sus dientes carcomidos, pues bien parece una mujer de 55 o 58 años.

La Constitución Política de Colombia (1991)<sup>2</sup> establece el derecho a la salud y a la seguridad social como un derecho irrenunciable de los colombianos, garantizando a todas las personas los servicios de promoción, protección y recuperación de la misma. En desarrollo de este mandato constitucional se crea y organiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) o Ley 100 de 1993, que bajo los principios de equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad, regula la prestación del servicio de salud en este país.

Laurandrea es habitante itinerante de la calle desde hace aproximadamente 12 años. Allí, en medio de la droga y la basura, y todo aquello que rodea la indigencia, trabaja recolectando material de reciclaje para garantizar los \$2.000 diarios (US\$ 1) de la dormida, comida, sexo y droga para su existencia. Durante ese tiempo ha estado en diferentes centros asistenciales que combaten la drogadicción en la ciudad capital y sus cercanías, y de todos ellos ha logrado evadirse para retornar a la llamada "Calle del Cartucho" de Bogotá donde se abastece. Allí pasó la noche del lunes 18 de marzo, porque "su bebé le pidió comida a las 2:00 a.m." donde encontró comida y también su dosis de droga callejera, pero como no llevaba los \$2.000 pesos, los mismos habitantes de la calle la despojaron de sus rotos zapatos talla 42. Con los pies raídos y todo su ser sucio y andrajoso, llegó a la Estación de Policía para que la auxiliaran, pues sentía contracciones por el avanzado embarazo. La policía llamó una ambulancia y en ella la condujeron al hospital.

¿Eran las letras contempladas en la carta fundamental y en la ley 100 de 1993, palabras muertas y Laurandrea estaba desprotegida del servicio de salud para ella y su bebé? No.

En el hospital se revisó la forma en que se debía atender la salud de Laurandrea, pues de acuerdo con la mencionada ley, existen dos maneras de garantizar ese servicio, y cada uno cuenta con su Plan Obligatorio de Salud (POS). Ellos son el régimen subsidiado y el régimen contribuyente. En el primero, como su nombre lo indica, no hay capacidad de pago y en él se afilia a las familias más pobres y vulnerables, y habitantes de zonas rurales para que reciban los servicios de salud, previa identificación mediante la aplicación del Sistema de Selección de Beneficiarios del Programas Sociales (SISBEN) y el Listado Censal (LC) para grupos de población especial: niños y ancianos abandonados,

---

<sup>1</sup> El nombre de la paciente ha sido modificado, por respeto a la individualidad consagrado en la Constitución Política de Colombia - CPC art 15

<sup>2</sup> Arts. 48 y 49, CPC.

indígenas, indigentes, desmovilizados<sup>3</sup>, madres comunitarias y sus grupos familiares, presos, trabajadores migratorios del área rural, entre otros, para que se preste el servicio de salud por las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) que libremente escojan de la lista de entidades inscritas y autorizadas para operar en el municipio respectivo.

En el segundo, es decir, el régimen contributivo, también como su nombre lo indica, hay capacidad de pago, es financiado por el afiliado o entre éste y su empleador y se requiere de una contribución de cuotas moderadoras y copagos. Bajo este régimen se hallan las personas vinculadas a través de contratos de trabajo, pensionados, servidores públicos, jubilados y trabajadores independientes con capacidad de pago; se ampara al individuo y a su núcleo familiar, y lo presta la Entidad Promotora de Salud (EPS) escogida también libremente por el usuario.

Si Laurandrea hubiese estado cobijada por el régimen subsidiado, tendría derecho a: acciones de promoción y educación; prevención de enfermedades para mantener la salud; recuperación de la misma; atención ambulatoria en primer nivel; suministro de medicamentos esenciales en su denominación genérica del Manual de Medicamentos y Terapéutica<sup>4</sup>; laboratorio clínico e imágenes diagnósticas; atención de recuperación ambulatoria de la salud en segundo nivel; consulta especializada de gestantes con riesgo y del menor de un año; oftalmología, optometría (si fuera menor de 20 o mayor de 60 años); atención hospitalaria de mayor complejidad; atención de urgencias; atención de enfermedades de alto costo: el neonato, patología cardíacas y del sistema nervioso central, reemplazos articulares, insuficiencia renal, quemados, SIDA, hospitalización de alta complejidad y cuidados intensivos... Sin embargo, la ley autoriza para este régimen copagos en algunos casos de hospitalización y cirugías, que pueden ser un cuarto o medio salario mínimo mensual legal vigente<sup>5</sup>.

Laurandrea, como indigente, tendría derecho al servicio subsidiado. Pero no es así. Al revisar los archivos se encontró que ella está cubierta por el sistema contributivo. Su mamá – una mujer jubilada de 72 años, quien no vive en Colombia – diligenció la incapacidad permanente de su hija y mensualmente, mientras vivan las dos, se le descuenta el 12% de su pensión de vejez para que en Colombia le presten los servicios de salud que requiera. Así, Laurandra tiene derecho, además de los servicios descritos para el régimen subsidiado, a: protección integral para la salud en caso de enfermedad general o maternidad, consulta médica general y especializada, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las enfermedades - independientemente de lo costosa o compleja que sea la atención requerida-; medicina alternativa aceptada<sup>6</sup>; consulta médica en sicología, optometría y terapias; consulta y tratamientos odontológicos generales; atención integral durante la maternidad, el parto, el puerperio (primeros 45 días después del parto) y del recién nacido.

Por lo tanto Laurandrea tiene su carnet de salud de la EPS y por ello cuenta con una Red Prestadora de Servicios, es decir, clínicas, hospitales, laboratorios, centros de salud, consultorios, laboratorios, que le brindan atención: un conjunto de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que han sido contratadas por la EPS y que con autonomía administrativa, técnica y financiera actúan bajo los principios de calidad y eficiencia. En caso de urgencia, podrá ser atendida en cualquier institución - aunque no haga parte de la lista de su EPS.–

---

<sup>3</sup> Art 1 Acuerdo 138 del CNSSS. Desmovilizados a cargo de la Secretaría Especial para la Reinserción, de la Red de Solidaridad Social, de acuerdo con listados oficiales del Ministerio del Interior.

<sup>4</sup> Acuerdo 83, 106 y 110 del CNSSS, cuyo lista de medicamentos deben publicar las EPS e IPS en los sitios de acceso al público de sus farmacias.

<sup>5</sup> Vega William. *Cartilla de Seguridad Social y Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud, 2002.

<sup>6</sup> Aceptada por la EPS respectiva. Novedad del servicio de salud de algunas EPS colombianas.

Por lo tanto, la EPS no cubre y deben costearse con recursos propios de los usuarios, los medicamentos formulados por fuera del Manual<sup>7</sup>; los tratamientos de ortodoncia, periodoncia y prótesis; los tratamientos con fines estéticos y de embellecimiento quirúrgicos, nutricionales, de varices, cura de sueño y tratamiento o medicamentos experimentales. Y aunque no hay lugar a exclusión por preexistencias (aquellas enfermedades que se tenían cuando se empezó a cotizar en la EPS) hay tratamientos médicos de alto costo que para su cubrimiento, la EPS exige tiempos mínimos de cotización, que al no tenerse hacen que el usuario deba pagar el tratamiento respectivo o pagar las cuotas faltantes para que la EPS lo cubra. Sin embargo, en el caso de Laurandrea quien no tiene capacidad para cancelar este porcentaje requerido, debe ser atendida por las instituciones públicas que presten el servicio, o las privadas con las cuales el Estado tenga contrato. Las urgencias no requieren ningún periodo mínimo de cotización.

De otro lado, Laurandrea tiene derecho a beneficios económicos como la licencia de maternidad de 84 días calendario con un subsidio equivalente al 100% del ingreso base de la cotización, que la EPS pagará dentro de esos 84 días y las incapacidades por enfermedades y accidentes. Casos en los cuales se establecen periodos mínimos de cotización expresados anteriormente.

Esos son los derechos de Laurandrea. Muy distinto es que por su estado de indefensión (drogadicción e ignorancia) los desconozca, y por ello no los haga valer.

Ver figura 1: Sistema de Seguridad Social en Colombia

Ver gráfica 1: Cobertura de afiliación al Sistema de Seguridad Social en siete ciudades de Colombia y en todo el país, 1998.

Ver gráfica 2: Evolución cobertura de afiliación en Colombia

## **La privatización**

En Colombia, como el resto de América Latina, la reforma al sistema de salud está influida por la globalización de los mercados, la inversión externa, la reestructuración del Estado y la consolidación de la democracia, mecanismos conducentes a mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de salud. El modelo de privatización adelantado por el Banco Mundial, de financiar reformas de los servicios de salud, teniendo como pilar la privatización de los mismos tiene un sello neoliberal: reducir el gasto y las funciones del sector público, y promover la competencia.<sup>8 9</sup> Así, la salud es la mercancía que se ofrece para lo cual debe contar con mecanismos de mercado y atención al cliente.

La implementación de la ley 100 en Colombia evidenció las debilidades del sector en el manejo de mercados y en la gestión empresarial que aseguradores, prestadores y el Estado mismo enfrentan para lograr un adecuado equilibrio financiero.<sup>10</sup> Por ello en la salud compiten en un libre mercado compañías particulares, donde el criterio de mayor rentabilidad y menores costos impera. Usuarios, administradores y médicos, consideran que este criterio ha aumentado la cobertura pero ha afectado la calidad del servicio en tiempo de dedicación al paciente, clases de exámenes de diagnóstico, atención especializada y carácter de la medicación.

---

<sup>7</sup> Sin embargo, en casos excepcionales en los cuales existe un riesgo inminente y para garantizar el derecho a la vida, podrán formularse medicamentos no incluidos en el Manual.

mencionado, que son cubiertos por la EPS si el comité técnico-científico así lo aprueba.

<sup>8</sup> World Bank. *Financing Health Services in Developing Countries*. Washington: World Bank, 1987.

<sup>9</sup> World Bank. *World Development Report. Investing in Health*. New York: Oxford University Press, 1993.

<sup>10</sup> Centro de Proyectos para el Desarrollo – CENDEX. *Evolución y resultados del régimen subsidiado de salud en Colombia: 1993-2000*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2001. p.167

Este hecho se evidencia no sólo en Colombia sino también en Chile (país del cual se tomaron las bases para la ley 100 de Colombia) en donde hay dudas del éxito de la privatización, por la fragmentación de los servicios de salud y los efectos negativos en términos de equidad, calidad, eficiencia y satisfacción de los usuarios.<sup>11</sup> Por ello es fundamental estudiar las condiciones de competitividad y las diferencias existentes en la regulación entre las EPS públicas y privadas, y entre los diferentes tipos de aseguradores privados.<sup>12</sup>

## **La descentralización**

La descentralización, igualmente operante en las reformas de la salud latinoamericana, busca aumentar la flexibilidad y acercar los servicios de salud a la población. Es decir, que los servicios respondan a las necesidades locales y favorezcan la colaboración con la comunidad.<sup>13</sup> Es otro camino para democratizar los sistemas e intentar acercar los niveles de decisión a los ciudadanos y facilitar su participación, a nivel local y regional.

Así, uno de los principios que rige la seguridad social en Colombia es la descentralización, que se evidencia sobre todo en el régimen subsidiado por la necesidad de identificar a los beneficiarios a nivel municipal mediante la aplicación de la encuesta SISBEN o el Listado Censal, para lo cual las alcaldías deben identificar los beneficiarios y escoger las ARS que prestarán los servicios dentro de su jurisdicción.

Sin embargo, la descentralización es algo que se viene cuestionando en Latinoamérica. Por ejemplo en Chile, la descentralización regional de hospitales y municipal de las clínicas ha creado desigualdades en la calidad de oferta; las jurisdicciones más pobres no tienen capacidad de ofrecer servicios de la misma calidad que las más ricas.<sup>14</sup>

En el caso colombiano, las especiales condiciones de violencia hacen que la descentralización enfrente los problemas que trae consigo la movilidad y desplazamiento de la población que abandona su residencia. La identificación de beneficiarios del sistema subsidiado se hace a nivel municipal y distrital, pero no se centraliza a nivel nacional. A nivel nacional y departamental se establece la política de focalización<sup>15</sup>, mientras que a nivel municipal y distrital se implanta y se opera el SISBEN<sup>16</sup>.

Por lo tanto, si un individuo y su familia pertenecen al SISBEN y están afiliados a una ARS en Palmira (Valle), por ejemplo, y se desplazan a Barranquilla (Atlántico), deben aplicar a una nueva encuesta del SISBEN, para ser nuevamente beneficiarios. Con el problema colombiano de desplazamiento forzado

---

<sup>11</sup> N Homedes. A Ugalde. *Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica*. Gaceta Sanitaria. Organismo Científico de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Website: [http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta\\_a\\_ultimo?pid=138](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pid=138) Vol.16 Enero 2002.

<sup>12</sup> Centro de Proyectos para el Desarrollo – CENDEX. *Evolución y resultados del régimen subsidiado de salud en Colombia: 1993-2000*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2001. p.25-26

<sup>13</sup> ML Vázquez y otros. *Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina*. Gaceta Sanitaria. Organismo Científico de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Website: [http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta\\_a\\_ultimo?pid=138](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pid=138) Vol.16 Enero 2002.

<sup>14</sup> N Homedes. A Ugalde. *Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica*. Gaceta Sanitaria. Organismo Científico de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Website: [http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta\\_a\\_ultimo?pid=138](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pid=138) Vol.16 Enero 2002.

<sup>15</sup> La ley 60 de 1993 define la focalización: proceso que garantiza que el gasto social se asigne a los grupos de población más pobres y vulnerables. Existen tres métodos: por Programa, Geográfica e Individual o Familiar.

<sup>16</sup> Vega William. *Cartilla de Seguridad Social y Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud, 2002.

por la violencia, esta población está desprotegida hasta que sean nuevamente encuestados en el municipio donde se radican, si es que permanecen en ese último municipio, y se sigan todos los procedimientos requeridos para el traslado.

De otro lado, el poder de los alcaldes municipales, sobre todo de los municipios pequeños, se torna delicado pues “puede haber espacio para monopolios naturales o sistemas regionales”<sup>17</sup>. De un lado tienen la capacidad de escoger beneficiarios, y por otro, contratar las ARS que operan dentro de su territorio. Caso similar ocurre con los Gobernadores Indígenas, quienes seleccionan la ARS a la cual se afilian todos los integrantes de la comunidad, y con los Directores Regionales de Bienestar Familiar quienes escogen las ARS a las que afilian a los niños abandonados.

### **La participación ciudadana**

Al lado de la descentralización y como ingrediente de la democratización de los servicios de salud, está la participación, como otro de los pilares en las reformas de salud en Colombia y en general en América Latina. La salud en el mercado, hace que haya un nuevo servicio al cliente y se fomenta precisamente eso: que el usuario sea un cliente o consumidor, para que expresando su opinión contribuya a mejorar la calidad y cantidad de servicios, que deberían adaptarse a sus gustos y preferencias<sup>18</sup> como ocurre por ejemplo en Brasil con *Disque Saúde*, una línea telefónica directa del Ministerio de Salud, para expresar quejas, sugerencias y solicitar información.<sup>19</sup>

Sin embargo, en general, el conocimiento de la población sobre la existencia de mecanismos de participación es bastante limitado. Por ello un elemento clave para la participación en las reformas de salud, es el acceso a la información. La población debe conocer los servicios que se le ofrecen, los precios y la calidad de los mismos, sus derechos y los mecanismos por los cuales puede interactuar con el sistema.

En Colombia, tanto las normas constitucionales y legales consagran la participación ciudadana que se concreta en veedurías, departamentos de quejas, sugerencias y reclamos, y cartas con las que se ejerce el derecho de petición<sup>20</sup>. Está también la Superintendencia de Salud<sup>21</sup> que vigila e impone sanciones a las entidades, en defensa del consumidor.

No obstante, lo más importante de la participación ciudadana en Colombia no está en la misma ley 100 de 1993, sino en la Constitución Política en el derecho a la Tutela<sup>22</sup>.

En ejercicio de la Tutela, los ciudadanos colombianos, los usuarios y beneficiarios del SGSSS, pueden acudir a los entes judiciales para que se les respeten sus derechos y en el término perentorio de 10

---

<sup>17</sup> Centro de Proyectos para el Desarrollo – CENDEX. *Evolución y resultados del régimen subsidiado de salud en Colombia: 1993-2000*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2001. p.25

<sup>18</sup> ML Vázquez y otros. *Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina*.

Gaceta Sanitaria. Organó Científico de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

Website: [http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta\\_a\\_ultimo?pidet=138](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pidet=138) Vol.16 Enero 2002.

<sup>19</sup> ML Vázquez y otros. *Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina*.

Gaceta Sanitaria. Organó Científico de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.

Website: [http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta\\_a\\_ultimo?pidet=138](http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.salta_a_ultimo?pidet=138) Vol.16 Enero 2002.

<sup>20</sup> Art. 23 CPC

<sup>21</sup> La Superintendencia Nacional de Salud es la institución encargada de la inspección, vigilancia y control del SGSSS. Website: [supersalud.gov.co](http://supersalud.gov.co)

<sup>22</sup> Art 86 CPC

días se le solucione su queja. Por este derecho, muchas EPS que se han negado a pagar las licencias de maternidad, incapacidad, etc, medicamentos que no están incorporados en el POS, han tenido que hacerlo; instituciones que no han prestado un servicio y el usuario ha debido pagarlo por su cuenta, han reintegrado el dinero.

No obstante, a pesar de la efectividad de la tutela, y de que puede ser interpuesta por cualquier persona sin necesidad de estar apoderado de un abogado, ésta requiere que sea ejercida; es decir que no opera a modo propio. Es menester que la persona la interponga y si no lo hace, la mayoría de las veces por desconocimiento, el derecho se pierde y las EPS o ARS no prestan el servicio a pesar de que ellas sí conocen la obligatoriedad para hacerlo.

Ahí estaría el caso de Laurandrea, si no llegare a recibir su licencia de maternidad. O el caso de su hijo, - que es un varón en buenas condiciones físicas de acuerdo a la ecografía detallada que le practicaron en la clínica - si no llegara a ser beneficiario del servicio subsidiado pues la pensión de la madre jubilada no cobija al nieto; sólo a la hija incapaz. En cuanto a la atención del niño, la ley 100 limita esa protección al primer año, pero como la norma constitucional protege al menor, opera la excepción de inconstitucionalidad<sup>23</sup> y se garantiza la salud del niño mientras sea menor de edad. Sólo que para hacer valer esta garantía Laurandrea debe tutelar; si le niegan el derecho y no lo hace, el niño mayor de un año, puede quedar desamparado en materia de salud.

Ver figura 2: Democratización de la Salud en América Latina.

### **Algunas cápsulas de interés periodístico...**

☛ De acuerdo con la legislación y en respuesta a los preceptos constitucionales, la participación en salud en Colombia puede hacerse a nivel ciudadano, comunitario, social e institucional, para propender por la conservación de la salud personal, familiar y comunitaria y aportar a la planeación, gestión, evaluación y veeduría en los servicios de salud. Se habla también de participación en el ejercicio de funciones y prestación de servicios, y de Alianzas o Asociaciones de Usuarios y la propuesta de vigilancia y control de la Veedurías Comunitarias.<sup>24</sup> ¿Cómo opera esta participación en municipios pequeños, ciudades intermedias y grandes ciudades? ¿Cómo actúa, en centros de salud a donde no hay médicos, equipos especiales de desarrollo para salud, y/o no existe corriente eléctrica? O el caso contrario: ¿que hace o puede hacer la ciudadanía ante la existencia de centros de salud subutilizados? Si la ley consagra los derechos, entonces, ¿cómo hacerlos efectivos?

☛ La afirmación de que el sector público tiene un papel importante en la atención médica no niega la posibilidad o conveniencia de una participación del sector privado. Sin embargo, el principio de subsidiariedad se está perdiendo debido a que en el régimen contributivo las EPS pueden seleccionar su riesgo y configurar su pool con una población joven de menor riesgo. Por el contrario, las EPS públicas tienen el peso de la población pensionada, población de edad avanzada con mayores riesgo y en aras de mantener sus afiliados el incentivo de prestar servicios adicionales para enfermedades crónicas.<sup>25</sup> ¿Qué sucede ante esta desventaja? ¿Qué ha ocurrido en Chile y Argentina?

☛ Ojear y hojear el mercado desde el modelo propio del sistema. Mirar los resultados del mercado en términos de satisfacción de usuarios, responsabilidad civil o contractual, prevención de conductas monopólicas en el aseguramiento, definición de tamaño óptimo de mercado, conveniencia o no de monopolios naturales en ciertas condiciones y el manejo de las actividades de salud pública asociadas a externalidades positivas, las cuales, de acuerdo con la publicación del Centro de Proyectos para el

---

<sup>23</sup> Art 44 CPC

<sup>24</sup> Decreto 1757 de 1994 y 2357 de 1995.

<sup>25</sup> Centro de Proyectos para el Desarrollo – CENDEX. *Evolución y resultados del régimen subsidiado de salud en Colombia: 1993-2000*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, 2001. p.172-173

Desarrollo –Cendex- de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, contenida en el título: Evolución y Resultados del Régimen Subsidiado de salud en Colombia: 1993-2000 “parecieran ser áreas excéntricas para quienes han regulado el mercado a partir de la reforma de salud.”<sup>26</sup>

☛ Estudiar e informar acerca de la evolución del ejercicio de la tutela en materia de cubrimiento de beneficiarios de los sistemas de seguridad social en salud. ¿Cómo la tutela ha revolucionado la prestación del servicio de salud en los colombianos?

☛ En Colombia, algunas EPS tienen la novedad de otorgar derecho a la medicina alternativa. ¿Qué otros países tienen este beneficio? ¿Cómo opera? ¿Qué cubre?

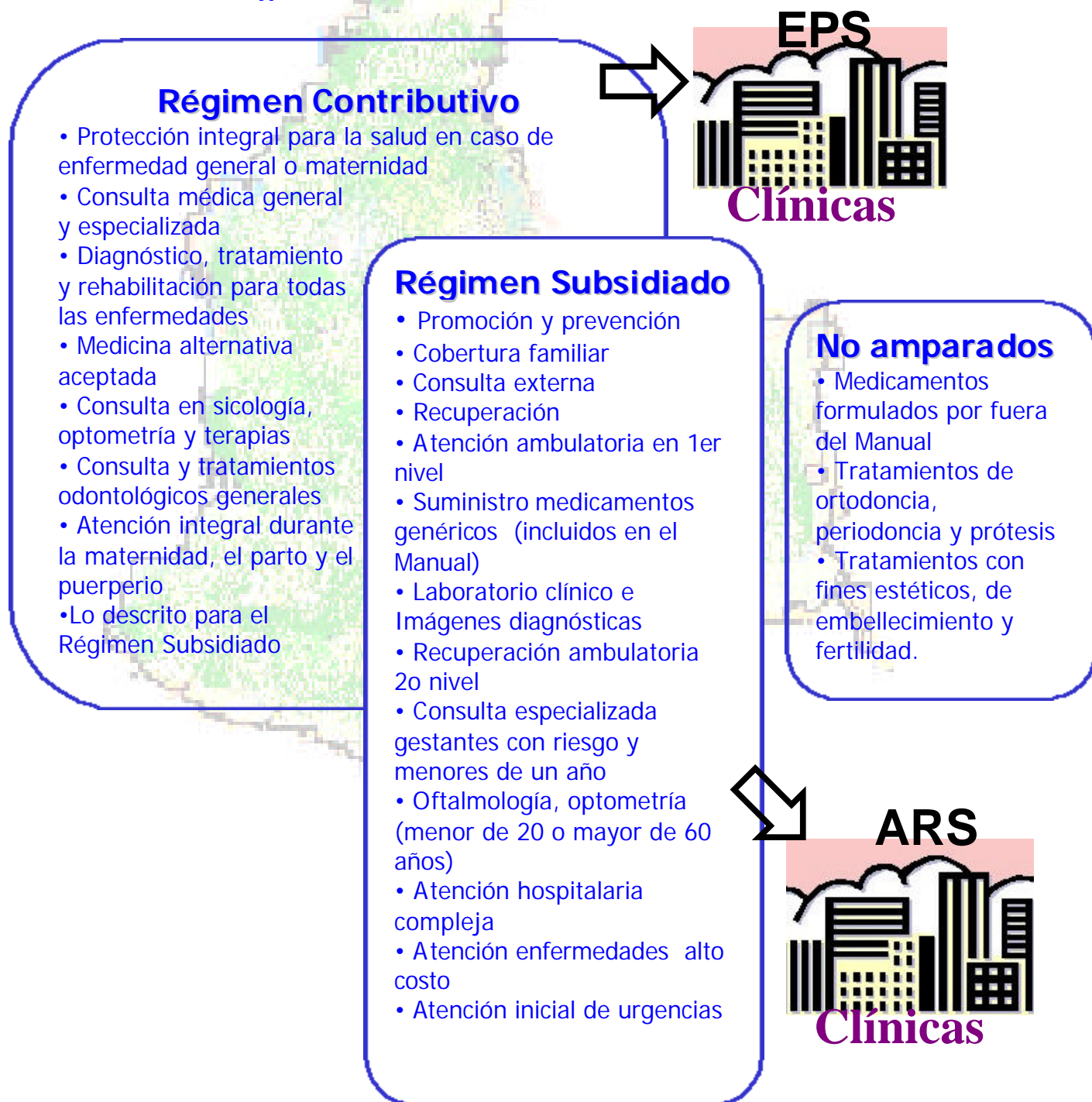
---

<sup>26</sup> Ob.cit p.25

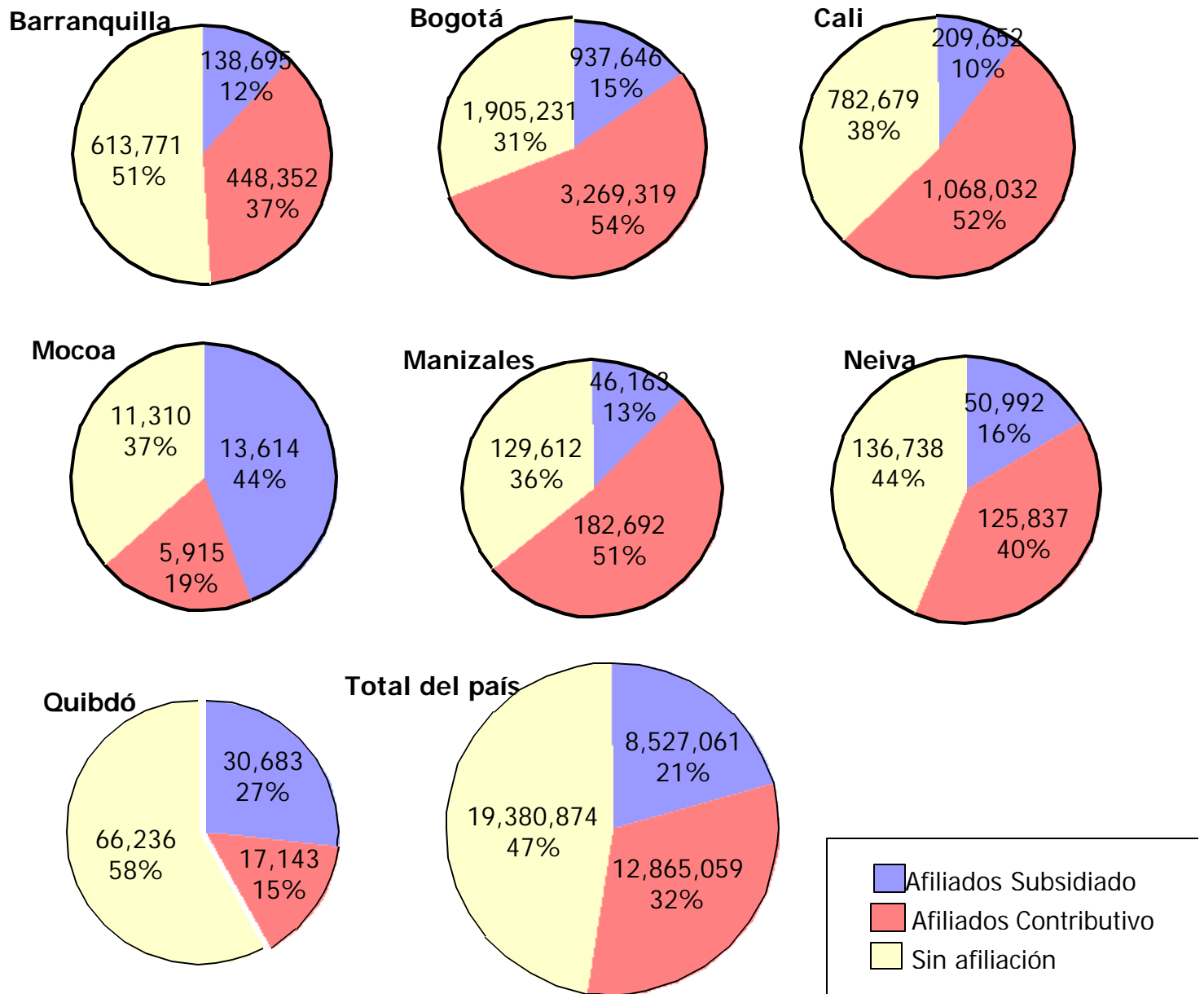
Figura 1

# SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA

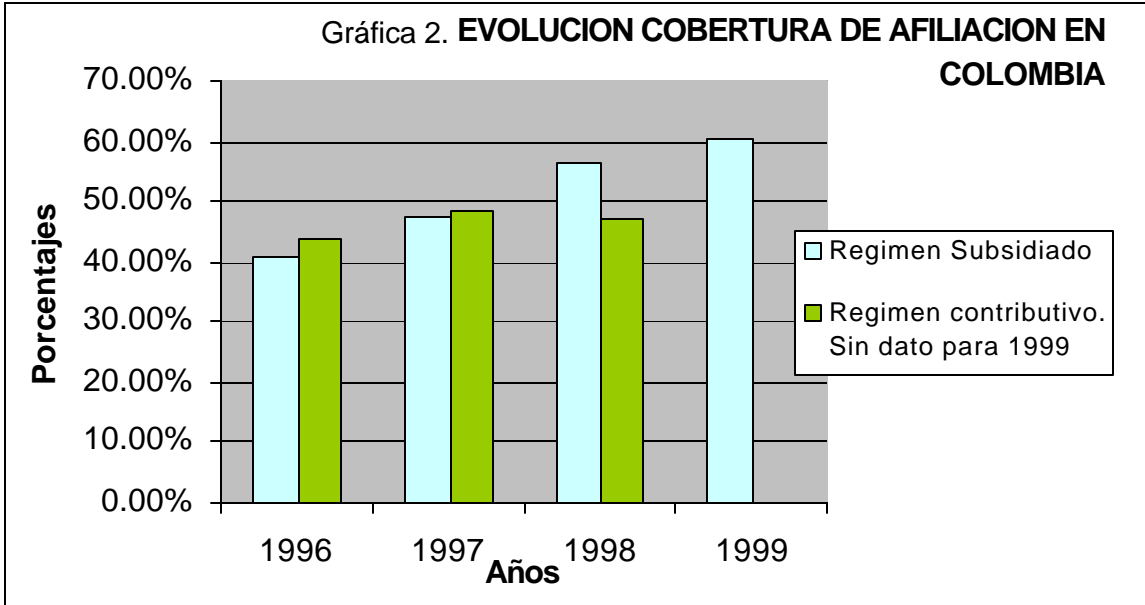
Derechos amparados por el Plan Obligatorio de Salud - POS



**Gráfica 1**  
**Cobertura de afiliación al sistema de seguridad social en siete ciudades de Colombia y en todo el país - 1998**



Fuente: Ministerio de Salud; Superintendencia Nacional de Salud, 1999. ISS Vicepresidencia de EPS 2000. DANE 1993. Cálculo Cendex.



Fuente: Ministerio de Salud-Superintendencia Nacional de Salud, 1999; DANE, 1993. Cálculo Cendex

Figura 2

## Democratización de la Salud en América Latina

