

INEQUIDADES EN EL ACCESO AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA¹

AUTORES:

HARRY SALOMON GUERRERO TORRES

NINI JOHANNA TRUJILLO OTERO

RESUMEN

Mediante el uso de herramientas econométricas, se analiza la inequidad en el acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud –SGSSS-, en Colombia, problemática que se justifica observar si se tiene en cuenta que es de alta sensibilidad social, y las conclusiones y recomendaciones aquí descritas pueden ser insumo para conocer en cifras las determinantes del acceso al Sistema, tomando como fuente de datos la Gran Encuesta Integrada de Hogares del año 2008.

El modelo utilizado para este análisis es un modelo Probit, toda vez que este permite el análisis de una regresión de respuestas binomiales, es decir, que se analizan a la vez dos condiciones y se realizan diferentes estimaciones para evaluar cuales son los principales factores que influyen en estar o no afiliado a algún régimen de seguridad en salud (subsidiado o la contributivo).

Para la estimación del modelo se usaron como variables independientes la jefatura de hogar, ruralidad, sexo, edad, pobreza, alfabetismo y estrato oficial del barrio donde reside social del barrio donde reside, como variable dependiente la afiliación (afiliado, no afiliado), según régimen específico, en el siguiente orden:

¹ Trabajo presentado para optar al título de Magister en Economía de la Pontificia Universidad Javeriana

- Probabilidad de estar afiliado al régimen subsidiado.
- Probabilidad de estar afiliado al régimen contributivo.

Palabras clave: Sistema General de Seguridad Social en Colombia, Inequidades en el acceso al Sistema de Salud, Modelo Probit, Cobertura del SGSSS.

Clasificación JEL: C42, H55, H75 e I11.

INEQUITIES IN THE ACCESS FOR GENERAL SYSTEM OF SOCIAL SECURITY IN HEALTH IN COLOMBIA²

AUTHORS:

HARRY SALOMON GUERRERO TORRES

NINI JOHANNA TRUJILLO OTERO

ABSTRACT

Using econometric tools, we analyze the inequality in access to the Social Security System in Health-SGSSS in Colombia, which is justified observe problematic if one considers that social sensitivity is high, and the conclusions and recommendations described herein may be input to figures released in the determinants of access to the system, using as the data source Gran Integrated Household Survey 2008.

The model used for this analysis is a Probit model, since this allows a regression analysis of binomial responses, ie simultaneously analyzed two conditions and different estimations are performed to evaluate which are the main factors influencing to be or not affiliated with a health insurance scheme (subsidized or tax).

To estimate the model were used as independent variables household headship, rurality, sex, age, poverty, literacy and social strata of the neighborhood where he lives, as the dependent variable affiliation (affiliated, unaffiliated) as specific scheme in following order:

² This paper is presented as a thesis to obtain a master's degree in economics from the Pontificia Universidad Javeriana

- Probability of being affiliated to the subsidized.
- Probability of being affiliated to the contributive regime.

Keywords: General system of Social Security in Colombia, inequities in access to the health system, Probit model, the SNSSS coverage.

JEL Classification: C42, H55, H75 e I11.

INTRODUCCION

Un Estado Social de Derecho es aquel que garantiza la efectiva ciudadanía de derechos, en la cual se busca la maximización del bienestar de la sociedad que conforma dicho Estado. Mediante mecanismos generalmente asociados al mercado, un estado social de derechos procura la forma óptima o eficiente de asignar entre los diferentes actores los recursos escasos que hacen parte de la riqueza de una nación y dados los diferentes aspectos de individualización de grupos.³

En Colombia existe un marco regulatorio según el cual, el acceso a la seguridad social en salud es garantizado por dos vías, a partir del *régimen contributivo*, al cual acceden las personas que tienen una capacidad de cotización regular y los beneficiarios del cotizante y el *régimen subsidiado* que busca permitir el acceso a aquellos grupos que no tienen capacidad de pago, y que el estado subsidia con el apoyo de los aportes del régimen contributivo.⁴

Pero la búsqueda del entendimiento del acceso a la seguridad social en salud no se limita a la generación de oportunidades laborales y el subsidio que pueda generarse desde el Estado para aquellas poblaciones vulnerables que no tienen capacidad económica ni productiva para hacer parte del régimen contributivo, esto se configura como una inequidad social porque las coberturas con diferenciales según condiciones materiales de vida, tales como, pobreza,, estrato oficial del barrio donde reside socio-económico, ruralidad, educación, entre otros.

En el país se evidencian exclusiones en salud, que van desde la regulación en donde se generan violaciones a las obligaciones constitucionales que tienen autoridades competentes de respetar, proteger y garantizar el acceso a los servicios de salud y conllevan a la negación por parte de las aseguradoras de servicios incluidos en el plan de servicios; la diferencia entre los planes de servicio

³ wsp.presidencia.gov.co/.../Constitucion-Politica-Colombia.pdf, consultado el 10 de marzo de 2012

⁴ Ley 100 de 1993

de la población según su régimen de afiliación y la existencia de un importante número de personas no cubiertas; la falta de procedimientos para garantizar los servicios no incluidos en el plan de servicios en caso de necesidad; la demora en el pago de los costos del servicio que no hacen parte del plan de servicio y que, en todo caso, fueron cubiertos por las EPS; e insuficiente información sobre los derechos en salud y la calidad de las aseguradoras y prestadores.⁵

Con base en los datos de la Encuesta Continua de Hogares del 2008, en este estudio se identifican las probabilidades de que un individuo tenga acceso a un régimen subsidiado y contributivo y cómo estas probabilidades pueden variar según condiciones sociales de vida tales como, el sexo de la jefatura de hogar, la ruralidad, el sexo, la edad, la pobreza, el alfabetismo y el estrato oficial del barrio donde reside social del barrio donde reside, para la modelización, todas estas variables consideradas determinantes de la variable dependiente la afiliación (afiliado, no afiliado). A partir de estas modelizaciones se determinan las *“Inequidades al acceso a la seguridad social en Colombia”*

Entre los principales resultados obtenidos en los modelos y en la estadística descriptiva se puede evidenciar que existen limitaciones en el acceso a la seguridad social en salud que tienen efectos directos sobre la probabilidad de que un individuo este afiliado en régimen específico.

El régimen subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población mas pobre del país, sin capacidad de pago, tienen acceso a los servicios de salud mediante un subsidio que ofrece el Estado, el 38.70% de la población colombiana es beneficiaria de este régimen y las variables que tienen incidencia directa para quienes hacen parte de este régimen son la ruralidad y la pobreza.

De otra parte, el régimen contributivo es el mecanismo mediante el cual la población que tiene capacidad de pago, accede a los servicios de salud mediante el aporte al Sistema de acuerdo con el nivel de ingreso que obtiene, es el 42.69%

⁵ Contraloría General de la Republica, Dirección de Estudios Sectoriales, Informe Social 2008- Inclusión y Exclusión Sociales en Colombia: Mercado y Política Social-

de la población y las variables que mas inciden en la determinación que hace que una persona pertenezca a este régimen son la ruralidad y el alfabetismo.

Actualmente los análisis realizados para el año 2008, tienen aplicabilidad, teniendo en cuenta que aunque la carnetización se acerca cada vez más al concepto constitucional y a la universalidad, pese a que la calidad en los servicios de salud no sea optima, se mantienen las inequidades en el acceso real, desigualdades sociales dadas por condiciones de vida, tales como la pobreza, la ruralidad, el estrato oficial del barrio donde reside social del lugar donde reside, la jefatura femenina de hogar, el alfabetismo, entre las principales.

1. ENFOQUE: DETERMINANTES DE LAS INEQUIDADES EN EL ACCESO AL SERVICIO DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

1.1 INEQUIDADES SOCIALES EN EL ACCESO A LA SALUD

El significado de la palabra inequidad es gran injusticia o desigualdad es por eso que cuando hablamos de inequidad social nos referimos a la desigualdad que existe entre las clases sociales y esta desigualdad se asocia con la pobreza principalmente.

El sistema de salud reviste una importancia creciente en los sistemas económicos, el gasto en salud se puede considerar como una inversión en capital humano, en la medida que contribuye al crecimiento económico y a garantizar un nivel adecuado de calidad de vida, aunque con dudas legítimas sobre la sostenibilidad de ese crecimiento a largo plazo. Todos los gobiernos, todos los países, están en un proceso de reformulación de los sistemas de salud que responde a la necesidad de mejorar aspectos de eficiencia, calidad, cobertura y equidad.

En esta línea, el tema de si uno es pobre o no, como señala Galbraith (1958), depende no sólo de los ingresos de que dispone sino también de los ingresos de los demás en la sociedad.⁶

Dado que las condiciones de vida tienden a cambiar constantemente en las sociedades, las líneas de la pobreza, definidas ya sea por el porcentaje de los ingresos medios o medianos o por el estrato oficial del barrio donde reside inferior de ingresos o de distribución del consumo, tendrán que cambiar correspondientemente.⁷ En este caso, la principal preocupación es la distribución de los ingresos o, más específicamente, con que ingresos cuentan los más

⁶ Galbraith, 1958, 23

⁷ Fuchs 1965

desfavorecidos en comparación con el resto de la sociedad. Para tener una imagen agregada de la pobreza, se define un determinado número de personas pobres a partir del número de personas con ingresos por debajo de cierto nivel de pobreza relativo.

El problema de la inequidad social es bastante amplio y relativo debido a que cada sociedad tiene niveles y determinantes de pobreza de acuerdo a su desarrollo socio – económicos con lo cual, las necesidades básicas en los distintos países son diferentes.

Existen dos concepciones básicas de la pobreza: la concepción objetiva y la subjetiva.

En la concepción subjetiva la pobreza es una sensación individual que depende de las preferencias y concepciones que tiene cada individuo sobre lo que es un estilo de vida aceptable, es decir el concepto de pobreza depende de como crea cada persona que debe ser su vida para dejar de ser pobre, las necesidades que cada uno cree que están dentro de las necesidades básicas, es por esto que en esta concepción habrá tantas definiciones de pobreza como expectativas personales.

En la concepción objetiva el punto de partida es la explicación de criterios para identificar a las personas de bajos recursos, dentro de esta concepción existen enfoques para medir la pobreza, el de la pobreza absoluta⁸, pobreza relativa⁹ y la exclusión social¹⁰.

⁸ Cuantifica el número de personas bajo un umbral de pobreza que depende del espacio geográfico y del tiempo. Para que una medida de pobreza sea absoluta, la línea de pobreza tiene que ser la misma para todos los países sin importar su cultura y su nivel de desarrollo tecnológico.

⁹ Define la pobreza como la condición de estar debajo de un umbral relativo de pobreza.

¹⁰ Se entiende la falta de participación de segmentos de la población en la vida social, económica, política y cultural de sus respectivas sociedades debido a la carencia de derechos, recursos y capacidades básicas (acceso a la legalidad, al mercado laboral, a la educación, a las tecnologías de la información, a los sistemas de salud y protección social, a la seguridad ciudadana) que hacen posible una participación social plena.

De otra parte, tenemos entonces que la inequidad social enfocada al tema de la salud puede definirse como, las diferencias en los niveles de salud de distintos grupos socio-económicos y que son consideradas injustas con base en una evaluación detallada de sus causas.¹¹ Igualmente, Kawachi, Subramanian & Almeida-Filho¹² definen inequidades en salud como las desigualdades en salud que son consideradas injustas o emanadas de alguna forma de injusticia. Al igual que existen diferentes definiciones publicadas de inequidades en salud, lo mismo ocurre con el concepto de 'justicia'. Por lo tanto, evaluar inequidades en salud, incluye la necesidad de realizar la medición de lo que es o no es justo en una dada sociedad. Si bien hay algunas metodologías que ya han sido propuestas, todas son basadas en la necesidad de un juicio de valor y son dependientes de la teoría de justicia adoptada y de las explicaciones aceptadas para la etiología de las inequidades observadas, involucrando entonces un concepto político normativo.¹³

En consecuencia, la Sociedad Internacional por la Equidad en Salud adopta, como una definición operacional, que inequidades son “las diferencias sistemáticas [y potencialmente remediabiles] en uno o más aspectos del estado de salud de poblaciones o subgrupos poblacionales social, económica, demográfica o geográficamente definidos.¹⁴ Una dimensión fácilmente medible de este concepto, y que ha permitido una aproximación a las inequidades en salud de una sociedad, es la de las desigualdades en salud. Estas son entendidas como un termino genérico que involucra diferencias, variaciones y disparidades en los logros en salud de individuos y grupos poblacionales, que no implica asumir un juicio de valor moral/ético de estas diferencias, o consideraciones estrictas sobre su solución.

¹¹ Kunst AE & Mackenbach JP. Measuring socioeconomic inequalities in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1994. 115 p

¹² Kawachi I, Subramanian SV & Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. J. Epidemiol Community Health. 2002; 56:647-652.

¹³ Macinko J & Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. International Journal for Equity in Health. 2002; 1(1).

¹⁴ International Society for Equity in Health. The Toronto Declaration on Equity in Health. Conference Statement: 2nd International Conference. Toronto, June 2002.

La medición de las desigualdades en el campo de la salud es una condición indispensable para avanzar en la mejoría de la situación de salud de la Región, donde el análisis de los valores promedios ha dejado de ser suficiente. Este tipo de análisis es una herramienta fundamental para la acción en busca de una mayor equidad en salud. En general, los sistemas de información y los análisis de la situación de salud no toman en cuenta la evaluación de las desigualdades. Medir las desigualdades en las condiciones de vida y salud constituye el primer paso hacia la identificación de inequidades en el campo de la salud. De acuerdo a Whitehead (1991) y Schneider (2002) desigualdad no es sinónimo de inequidad. La inequidad es una desigualdad injusta y evitable, y en esto radica su importancia para las instancias decisorias. Calificar como inequidad una desigualdad implica conocer sus causas y poder fundamentar un juicio sobre la injusticia de dichas causas.

De otra parte en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 en sus artículos 25 y 28, establece que: *Artículo 25: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”* y *Artículo 28: “Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos”.*¹⁵

Todo esto supone que en un estado social de derecho la capacidad de garantizar a todos los accesos a la seguridad social, entendida como la ciudadanía de derechos, donde la propia comunidad entiende y acepta la responsabilidad mutua, reconstruyendo el sentido de sociedad, pertenencia y compromiso con esos objetivos sociales compartidos.

Existen modelos teóricos que tratan de identificar la forma como se presentan las inequidades en los sistemas de seguridad social, entendidos estos como la garantía del Estado para favorecer el logro de los objetivos sociales compartidos.

¹⁵<http://www.un.org/es/documents/udhr/> Declaración Universal de los Derechos Humanos. Consultada el 17 de enero de 2012.

Conceptos tales como Capital Social¹⁶ e Integración Social¹⁷ surgen para impulsar los esfuerzos de explicar la forma cómo una sociedad realiza pactos sociales para atender las necesidades básicas de sus integrantes, ante los principios de gobernabilidad centralizada, asignación de recursos y garantías de derechos.

La seguridad social es, entonces, por definición, la protección que el Estado proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas públicas contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos de los horas y personas, al tener que financiar la enfermedad, la maternidad, los accidentes de trabajo, o la enfermedad laboral, el desempleo, la invalidez, vejez y muerte. Igualmente, la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos¹⁸, en la cual, teóricamente, se satisfacen las necesidades individuales de generaciones traslapadas.

El Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia vigente , fue instituido por la Ley 100 de 1993 y reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que este acorde con la dignidad humana, haciendo parte del Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud establecido en la Ley 100 de 1993, implicó respecto al sistema anterior que sustituyó tres reformas fundamentales: la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud a los trabajadores colombianos, adicional al Instituto de Seguros Sociales I.S.S., la creación del Fondo de Solidaridad y Garantía para asegurar un nuevo

¹⁶ El Capital Social es considerado la variable que mide la colaboración social entre los diferentes grupos de un colectivo humano, y el uso individual de las oportunidades surgidas a partir de ello, a partir de tres fuentes principales: la confianza mutua, las normas efectivas y las redes sociales. Putnam 1993.

¹⁷ Integración social se entiende aquel proceso dinámico y multifactorial que posibilita a las personas que se encuentran en un sistema marginal (marginación), a participar del nivel mínimo de bienestar sociovitral alcanzado en un determinado país.

¹⁸ <http://oitcolombia.org>. Organización internacional del Trabajo.1991. Consultada el 17 de enero de 2012.

sector subsidiado en Colombia y la posibilidad para todos los trabajadores de elegir la entidad prestadora de salud.¹⁹

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, ha sufrido reformas que apuntan a evitar el monopolio del estado sobre la salud y permitir el derecho de la competencia con la incorporación de empresas prestadoras de salud. También la creación de subsidios al sector salud para cubrir a la población con menos ingresos.²⁰

Además de los principios generales de la ley y de la constitución política, la ley establece reglas fundamentales para regir el servicio público de salud como son la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia, la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la calidad.

Los antecedentes del Sistema de Seguridad Social en Salud están determinados por diferentes actuaciones de parte del Gobierno que han sido definidas en tres etapas: La primera de ellas vio sus inicios tras la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de la década de 1950 y en donde prevaleció lo que se ha denominado «modelo higienista». Bajo este modelo, las acciones de salubridad pública se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud venían a ser financiadas por los usuarios y por algunas instituciones de caridad.⁶ En 1950 se crea la Caja Nacional de Previsión que se encargaba de atender la salud de los empleados públicos y en 1950, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (después Instituto de Seguros Sociales) que atendía a los empleados del sector privado con empleo formal.

La segunda etapa, que inicio en la década de 1970 hasta 1989, se desarrolla bajo la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de «subsidios a la

¹⁹ República de Colombia. Ley 100 de 1993. Sistema de Seguridad Social Integral. ECOE Ediciones. Colección Las Leyes de Colombia. Bogotá, 1994.

²⁰ Ley 100 de 1993, artículo 153

oferta». Bajo este régimen los recursos del gobierno central para salud eran transferidos directamente a la red de hospitales públicos del país. Sin embargo, este sistema no era suficiente para proporcionar una atención integral en salud a la población de bajos recursos.

La tercera y última etapa se inicia en 1990, con la expedición de la Ley 10.7 Este periodo se prorrogó hasta 1993 con la expedición de la Ley 100 de 1993, bajo los principios de la Constitución Política de 1991.²¹

El Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia esta compuesto por tres entes:

*El estado: actúa como ente de coordinación, dirección y control. Sus organismos son : El Ministerio de la Salud y Protección Social (Colombia), la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que reemplazó al Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por la Ley 1122 de 2007, y la Superintendencia Nacional de Salud que vigila y controla a los actores del sistema.

*Los aseguradores: Son entidades privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado en forma de prima anual denominada Unidad de Pago por Capitación -UPC-. Son las entidades promotoras de salud (EPS) y las administradoras de riesgos profesionales (ARP).

*Los prestadores: son las instituciones prestadores de salud (IPS), son los hospitales, clínicas, laboratorios, etc que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad, los profesionales independientes de salud

²¹ Julio Mario Orozco Africano. «Biblioteca Virtual de Derecho, Economía y Ciencias Sociales - Antecedentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud» págs. Capítulo 2. Consultado el 03 de noviembre de 2010.

(médicos, enfermeras/os, etc) y los transportadores especializados de pacientes (ambulancias).²²

Las entidades responsables de la dirección y coordinación del SGSSS en Colombia son, la Comisión de Regulación en Salud (CRES), creada mediante la Ley 1122 de 2007, sustituyó al CNSSS como organismo de dirección del sistema de salud. Es una unidad administrativa especial adscrita al Ministerio de la Protección Social y está compuesta por el Ministro de la Protección Social y el Ministro de Hacienda y Crédito Público o su viceministro y por cinco comisionados expertos elegidos por el Presidente de la República²³ y la Superintendencia Nacional de Salud, es el organismo que formula, dirige y coordina la política de inspección, vigilancia y control del sector salud y del sistema general de seguridad social en salud, además liquida y recauda la tasa que corresponde sufragar a las entidades sometidas a su vigilancia, autoriza la constitución o habilitación de EPS e IPS, y supervisa el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar y de licores; así como a la oportuna, eficiente explotación, administración y aplicación del IVA cedido al sector salud entre otros.

Para poder acceder a los beneficios de la seguridad social colombiana es obligatorio vincularse a una empresa aseguradora de servicios de salud (EPS), de accidentes profesionales (ARP) y voluntariamente un fondo de pensiones (AFP) por medio de una afiliación.²⁴

En el Sistema general de Seguridad Social en Salud de Colombia las entidades responsables de administrar los riesgos relacionados con salud por enfermedad general o por enfermedad y accidentes laborales son:

*Entidades promotoras de salud (EPS): su función es organizar y garantizar, la prestación de los servicios de salud que se encuentran en el POS (Plan Obligatorio de Salud) y son las responsables de la gestión de riesgos derivados de

²² Congreso de la República de Colombia (enero de 1990). «Ley No 10 de 1990». Consultado el 03 de noviembre de 2011.

²³ Congreso de Colombia (2007). «Ley 1122». Consultado el 03 de noviembre de 2011.

²⁴ <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/>. Consultado el 03 de noviembre de 2011.

la enfermedad general o no ocupacional. Es posible vincularse a salud por medio de dos modelos de aseguramiento, mediante el sistema del régimen contributivo y el de régimen subsidiado, en el primero están vinculados todos los empleados y empleadores con capacidad de pago quienes hacen un aporte mensual para salud y pensión y el régimen subsidiado cubre a todas las personas pobres y vulnerables en donde los servicios de salud están amparados con los recaudos de solidaridad de los demás entes participantes en el sistema. La EPS contributiva o la EPS subsidiada son las responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y el recaudo de sus aportes. Las EPS contratan la prestación de los servicios de salud con las IPS (hospitales, clínicas, laboratorios, etc). La Superintendencia de Salud define cuales organizaciones privadas califican como empresas promotoras de salud (EPS) basándose en la infraestructura, capital, número de usuarios afiliados, funcionalidad y cubrimiento. Las EPS deben garantizar a sus afiliados el POS y para cumplir con esa obligación deben conformar una red de servicios con sus propias instituciones de salud o contratando servicios con otras empresas prestadoras de salud o IPS.

*Aseguradoras de riesgos profesionales (ARP): son las responsables de cubrir los eventos derivados de riesgos ocupacionales o de trabajo y todo empleador tiene la obligación de afiliar a sus empleados a una ARP. El valor total del aporte le corresponde al empleador. Con esa afiliación se cubren todos los gastos de salud que ocasionen los accidentes o enfermedades laborales, así como el pago de los días de incapacidad. La atención de los accidentes o enfermedades será realizada por la EPS a la que se encuentre afiliado quien cobrará los gastos ocasionados a la ARP.

Las Instituciones prestadoras de salud (IPS) son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. que prestan el servicio de salud. Pueden ser públicas o privadas. Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención se caracterizan según el tipo de servicios que habiliten y acreditan, es decir su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e

intervenciones que están en capacidad de realizar. Según estudio del Ministerio de la Protección Social, de las IPS reportantes, el 84,3% corresponden al primer nivel de atención, el 13,4% al segundo nivel y el 2,3% al tercer nivel de atención según sus características.

Las IPS están identificadas por niveles de complejidad establecidos, así:

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

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

Alta complejidad: Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.²⁵

La financiación del SGSSS en Colombia se realiza a través de la destinación de recursos en salud los cuales son manejados por el Fondo de Solidaridad y

²⁵ Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud - Ministerio de la Protección Social. Bogotá D.C., noviembre 2005 ISBN 958-97166-4-4. Consultado noviembre 3 de 2011.

Garantía (FOSYGA) creado a partir del artículo 218 de la ley 100 de 1993 y el artículo 1 del Decreto 1283 del 23 de julio de 1996 como una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social manejada por encargo fiduciario y quien es la encargada de realizar una distribución a cada una de sus subcuentas para cubrir todos los frentes del sistema de seguridad social. A continuación se hace referencia a cada una de las subcuentas que tiene el FOSYGA:

*Subcuenta ECAT: Esta subcuenta subsana el costo de las atenciones de las víctimas de accidentes de tránsito a través del SOAT y las víctimas de eventos catastróficos y terroristas. El SOAT cubre, la atención integral de hospitalización, suministro de medicamentos, pago de procedimientos, servicios diagnósticos y rehabilitación que requiere el paciente hasta completar un monto de 800 salarios mínimos legales vigentes, si la atención del paciente sobrepasa éste monto el sobrecosto estará a cargo de la EPS a la cual se encuentre afiliado el usuario. El médico tratante en el servicio de urgencias debe diligenciar un formulario para éste tipo de accidentes el cual debe anexarse junto con la copia del SOAT para el respectivo cobro al FOSYGA.

*Subcuenta compensación: Recauda el valor de la compensación en el régimen contributivo, entendiéndose como compensación el descuento de las cotizaciones recaudadas por las EPS y demás entidades obligadas a compensar derivadas de los descuentos en salud y pensión que se realizan a los empleados y empleadores. La subcuenta de compensación financia el régimen contributivo mediante el pago de UPC (Unidad de pago por capitación), es decir la CRES fija una tarifa fija para la UPC la cual se reconoce por un usuario afiliado, de ésta forma el FOSYGA con recursos de ésta cuenta gira a cada una de las EPS el valor de UPC proporcional a la cantidad de afiliados independientemente si éstos utilizan los servicios o no.

*Subcuenta solidaridad: Recauda los recursos aportados por todos los actores del sistema con destino al régimen subsidiado (una parte es aportada por las personas afiliadas al régimen contributivo que tengan un ingreso mayor a 4

salarios mínimos). Los recursos que administra la subcuenta tienen por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable a éste régimen mediante un subsidio a la demanda consistente en el pago de la prima o UPC a las EPS del Régimen subsidiado. Entre más recursos obtenga ésta cuenta se abren más cupos para ser ocupados por las personas del régimen subsidiado.

*Subcuenta promoción: Financia las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad, las cuales se encuentran en el Plan de Atención Básica – PAB.²⁶

Los beneficios del SGSSS están organizados por planes de la siguiente manera:

*Plan de Atención Básica: denominado posteriormente Plan Nacional de Salud Pública configurado por acciones gratuitas y primordialmente colectivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y en algunos casos acciones individuales de diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades de interés en salud pública, provistas por la red pública de prestadores y administrado por las entidades territoriales.

*Plan Obligatorio de Salud: del régimen contributivo y del régimen subsidiado, compuesto principalmente por acciones individuales de prevención primaria, secundaria y terciaria. Están a cargo de las EPS.

*Planes Adicionales de Salud: financiados voluntariamente por los usuarios que deben complementar en el POS con prestaciones suntuarias o de mayor tecnología. Son los planes de medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de hospitalización y cirugía, provistos por empresas registradas para ese propósito.

*Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito -SOAT-: Cubre eventos de origen en accidentes de tránsito hasta un monto determinado y en forma

²⁶ http://es.wikipedia.org/wiki/Sistema_de_salud_en_Colombia. Consultado el 12 de julio de 2012.

complementaria al POS. Provistos por compañías de seguros autorizadas hasta un monto definido después del cual son financiados por la subcuenta específica de atención de Eventos Catastróficos y Accidentes de tránsito - ECAT- del Fosyga.

*Cobertura de riesgos profesionales: Cubre todo evento o enfermedad de origen ocupacional sin los límites del POS. Son garantizados por las Administradoras de Riesgos Profesionales-ARP-.

*Atención de eventos catastróficos: cubre eventos definidos como catastróficos (inundaciones, terremotos, etc.) con recursos específicos para tal fin y en forma complementaria al POS. Son financiados por el Fosyga mediante la subcuenta ECAT.

*Otros: planes de cobertura provistos a la población víctima de desplazamiento forzado y la población internada en establecimientos carcelarios que usualmente son suplementarios al POS. Aquí también se deben considerar las acciones de atención con tecnología en salud no cubierta por el POS y la atención de personas no afiliadas a un régimen de seguridad social en salud, que son provistas en la red pública a cargo de las entidades territoriales (distritos, departamentos y departamentos) y financiadas con los denominados recursos de subsidio a la demanda.²⁷

El Plan de Atención Básica establecido en la Ley 100, se diferencia de la Ley anterior, porque se incluye la atención en salud primaria que incluye la prevención e intervenciones, procedimientos, vigilancia y promoción en salud, actividades que son gratuitas y no están sujetas a ningún tipo de afiliación en salud.

Las actividades de vigilancia en salud pública van encaminadas a la prevención de enfermedades de interés en salud pública como VIH, meningitis bacteriana, tuberculosis, cólera, rabia, hepatitis B, C y D, fiebre reumática, lepra y

²⁷ Ley 100 /1993

enfermedades de transmisión sexual, investigación y control de brotes, control de la calidad sanitaria del agua para el consumo humano, de los procesos de producción, transporte y expendio de alimentos para consumo humano, de los establecimientos públicos que impliquen alto riesgo sanitario y de los puertos fluviales, marítimos, aéreos y terrestres.

De otra parte las acciones de prevención según el esquema único nacional del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), control del crecimiento y desarrollo en niños y niñas menores de 10 años, fluorización, aplicación de sellantes en población de 5 a 14 años, planificación familiar, control prenatal, parto limpio y seguro, citología cérvicouterina en mujeres de 25 a 65 años y examen físico de mama en mujeres mayores de 35 años, con el fin de proveer de manera integral las acciones de salud de la población y definir las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del SGSSS definidos en los Planes de Desarrollo.²⁸

Los regímenes de salud en Colombia se dividen en dos clasificaciones, régimen contributivo y régimen subsidiado.

*Régimen contributivo

El régimen contributivo es el sistema de salud mediante el cual todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, hacen un aporte mensual (cotización) al sistema de salud pagando directamente a las EPS lo correspondiente según la ley para que a su vez éstas contraten los servicios de salud con las IPS o los presten directamente a todas y cada una de las personas afiliadas y sus beneficiarios. Según la ley 100 de 1993 todos los empleados, trabajadores independientes (con ingresos totales mensuales a un salario mínimo) y los pensionados, deben estar afiliados al Régimen Contributivo.

²⁸ Decreto número 3039 del 10 de agosto de 2007- Ministerio de Protección Social.

La responsabilidad de la afiliación del empleado es del empleador y del pensionado es del Fondo de Pensiones.

El aporte a salud debe ser el 12,5% del salario base de cotización, porcentaje que asume en su totalidad los trabajadores independientes, y en caso de los empleados éste asume el 4% y el empleador el 8,5%.

El empleado, escoge la EPS que prefiere y se lo comunica al empleador junto con los datos de su familia. El pensionado, como viene de ser empleado, seguramente se encontrará ya afiliado a una EPS, tal y como debe hacerlo todo empleado; al pasar de empleado a pensionado su afiliación no se verá afectada. En ese caso lo que se hace es informar al Fondo de Pensiones cuál es la EPS a la que éste deberá entregar su cotización, que podrá ser la misma a la que venía afiliado o bien en caso de que haya decidido cambiarse. Si por alguna eventualidad al momento de empezar a recibir la pensión no se encuentra afiliado a una EPS, para afiliarse (no importa cuál fue el motivo de su pensión), escoge la EPS que prefiera y se lo comunica al Fondo de Pensiones al que se encuentre afiliado junto con los datos de su familia así el Fondo lo afilia y el pensionado y su familia adquieren el derecho a recibir los beneficios del Plan Obligatorio de Salud (POS) y el respectivo carné. Los Fondos de Pensiones están obligados a afiliar a los pensionados y a sus familias y son responsables de pagar el valor de la cotización mensual a las EPS que los pensionados escojan.

Al afiliarse al régimen contributivo el afiliado (cotizante) y sus beneficiarios tienen derecho a recibir:

- Los beneficios del POS
- Un subsidio en dinero en caso de incapacidad por enfermedad.
- Un subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad.

*Régimen subsidiado

Acoge a la población sin empleo, contrato de trabajo o ingresos económicos, es decir considerada pobre y vulnerable, quien no tiene capacidad de pago que le permita cotizar al sistema (ingreso menor a dos salarios mínimos legales vigentes) por lo tanto quienes ingresan a él reciben subsidios totales o parciales, los cuales se financian con dos recursos fundamentales: las transferencias de la nación a los departamentos y departamentos y el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, que a su vez se nutre con una contribución uno punto cinco puntos (1.5) de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y hasta uno punto cinco (1.5) puntos de la cotización de los afiliados al Régimen Contributivo, y de aportes de la nación.

Las personas que ingresan al régimen subsidiado son escogidas por cada uno de los departamentos o distritos, teniendo en cuenta unos criterios de priorización, así:

- Recién nacidos.
- Menores del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- La población del área rural y del área urbana de bajos recursos.
- Población indígena.

La selección y asignación de subsidios, la hacen las entidades ejecutoras de programas sociales del Estado a partir de la información de la base consolidada y certificada por el Departamento Nacional de planeación (DNP) y los otros instrumentos de focalización que utiliza el respectivo programa.

Cada departamento identifica la población potencial mediante la aplicación de la encuesta SISBÉN²⁹ o Sistema de Selección de Beneficiarios a Programas

²⁹ Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) es una herramienta que clasifica a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular.

Sociales (SISBEN), mediante el listado censal de las comunidades indígenas, mediante la certificación de la población infantil abandonada expedida por el ICBF, o mediante la identificación de la población indigente en los formatos establecidos o en los instrumentos que hagan sus veces.

Vale la pena aclarar que existen regímenes de excepción, establecidos en la Ley 100 de 1993: régimen de seguridad social de las fuerzas militares y de la policía, de los afiliados al Fondo Nacional de prestaciones Sociales del magisterio, de servidores públicos de Ecopetrol así como los servidores públicos de universidades públicas, los cuales tiene sus propios regímenes de seguridad social en salud y pensiones que solo participan en el Sistema General mediante aportes de recursos a la subcuenta de solidaridad del Fosyga.

De lo anterior vale la pena resaltar que La cobertura poblacional del SGSSS en el 2007 estadísticamente alcanzó cerca del 76% de la población objetivo, lo cual sumado a los regímenes especiales da para ese mismo periodo una cobertura total de seguridad social en salud del 80% al 85% de la población, 12 de la cual hay sectores que ahora tiene acceso a servicios que antes de la reforma del Sistema solo les era prestados en un esquema de caridad.

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE de Colombia en su boletín de agosto de 2011 la cobertura de afiliación a los sistemas de salud de la población ocupada es de 89,3 % en total, 46,7 % en el régimen contributivo, 40,1% en el régimen subsidiado y 2,5 % a los regímenes especiales.³⁰

1.1 DETERMINANTES DEL ACCESO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

*Jefatura Femenina de Hogar:

³⁰DANE-Informe-2011-N0004790 2011/08/10. Gran Encuesta Integrada de Hogares. Total ocupados, por afiliación a seguridad social en salud (según régimen) y en pensiones].

En Colombia, se cuenta con normatividad importante en materia de la inclusión de la mujer a los sistemas democráticos, así como a los sistemas de derecho que garantizan su bienestar; en este sentido, y generando una vista frente al marco normativo, se encontró la Ley 1232 de 2008:

Artículo 3o. Especial protección. El Gobierno Nacional establecerá mecanismos eficaces para dar protección especial a la mujer cabeza de familia, promoviendo el fortalecimiento de sus derechos económicos, sociales y culturales, procurando establecer condiciones de vida dignas, promoviendo la equidad y la participación social con el propósito de ampliar la cobertura de atención en salud y salud sexual y reproductiva; el acceso a servicios de bienestar, de vivienda, de acceso a la educación básica, media y superior incrementando su cobertura, calidad y pertinencia; de acceso a la ciencia y la tecnología, a líneas especiales de crédito y a trabajos dignos y estables

Se entiende que la jefatura femenina de hogar es la presencia de hogares en los que la persona identificada como jefatura femenina de hogar por los demás miembros del hogar es una mujer, y es incluida dentro del modelo de acuerdo con la variable sexo en donde si es mujer se determina si es jefatura femenina de hogar de hogar o no.

En el caso de la mujer cabeza de hogar, es una variable que puede establecer mayores probabilidades de afiliación al régimen de seguridad social, bajo el compromiso del cumplimiento de leyes como la 1232 de 2008.

*Ruralidad:

Las condiciones particulares de Colombia, en sus procesos de industrialización interna³¹, apertura económica³² y la posterior desindustrialización, con sus efectos observados en las dinámicas de la producción agrícola, generan impactos y afectaciones sobre la calidad de vida de la población rural, en particular, porque la

³¹ Modelo Cepalino

³² Consenso de Washington – Paradigma Neoliberal

economía colombiana se caracterizó por contener grandes latifundistas y los minifundios orientados a una economía de pan-coger.

En este sentido, la ruralidad ha sido expuesta a profundos y alarmantes índices de pobreza, vulnerabilidad que conlleva a los procesos de migración de un régimen contributivo a un régimen subsidiado debido a los procesos de informalidad en su vinculación al trabajo por jornales.

Pero el efecto crítico de la población rural incluye la migración a cabeceras municipales, atraídos por mayores oportunidades laborales y por procesos de conflicto que generan desplazamiento forzado, los cuales incluyen autoexclusión de procesos democráticos, bajos índices de participación en los sistemas de seguridad social orientados a satisfacer sus necesidades. Es así como la población rural puede tener un factor diferencial en la probabilidad de pertenecer a un régimen de seguridad social en salud, diferencial causado por efectos fijos no observados en los departamentos y departamentos en los cuales cada individuo reside.

*Edad:

La complejidad del acceso a la seguridad social en salud incluye los parámetros de edad, entendida, desde el punto de vista de las libertades individuales, como la variable que permite a un individuo aprovechar de sus fortalezas para emplearse, generar ingreso y subsistir.

Los accesos a la seguridad social en Salud incluyen los análisis de población a beneficiar de aquellos individuos que requieren ser afiliados por normatividad al régimen contributivo, asimismo, para el régimen subsidiado.

Se espera que a mayor edad, aumenten las oportunidades de acceso a los sistemas de salud, toda vez que el individuo contará, por su mayor experiencia, con mejores herramientas para competir en los mercados laborales, requiriendo su vinculación inmediata al sistema, o, en el sentido contrario, la edad es la variable

que refleja su vulnerabilidad y el requerimiento de ser incluido en el régimen subsidiado.

*Pobreza:

La pobreza se define como: “la imposibilidad de alcanzar un nivel de vida mínimo”, existen diferentes definiciones de cómo se debe medir la pobreza, para los propósitos de la presente investigación, la línea base de pobreza será línea de pobreza.

La línea de pobreza o el umbral de pobreza es el nivel de ingreso mínimo necesario para adquirir un adecuado estándar de vida en un país dado. En la práctica, como con la definición de pobreza, la línea oficial de pobreza y lo que se entiende por pobreza tiene niveles más altos en los países más desarrollados.

Casi todas las sociedades tienen ciudadanos viviendo en la pobreza. El umbral de pobreza es una herramienta muy útil con la cual se puede medir a una población y considerar las reformas socioeconómicas necesarias tales como seguridad social y seguro de desempleo para reducir la pobreza.

Para determinar la línea de pobreza se calcula el costo total de todos los recursos esenciales que un ser humano adulto promedio consume en un año. Este método se dice basado en las necesidades porque se evalúa a través del gasto mínimo necesario para mantener una vida tolerable. En muchos países, el recurso más costoso es el precio del arriendo que se debe pagar para habitar una vivienda. Los economistas le dan una importancia particular al mercado de propiedad raíz y de vivienda porque los altos precios de esta tienen una influencia fuerte en el umbral de pobreza.

El umbral de pobreza también se ajusta por inflación cada año.³³

El ajuste a Cuentas Nacionales (CN)³⁴ consiste en homologar las fuentes de ingresos de las Encuestas de Hogares (EH) con los mismos rubros obtenidos en

³³ Gillie Alan (1996), “The origin of the poverty line”, en *Economic History Review*, 49, 726

la Cuenta de los Hogares del Sistema de Cuentas Nacionales. El valor en CN se toma como el valor máximo de referencia para ajustar su correspondiente en las EH. El ajuste a CN se realiza de la siguiente manera: ³⁵

1. El punto de partida es la obtención del Factor de Ajuste Poblacional que se le aplica al Factor de Expansión de las EH para compatibilizar las poblaciones de ambas fuentes (Cuentas Nacionales y Encuestas). Este procedimiento se lleva a cabo porque a diferencia de las CN, las EH no tienen cobertura nacional. ³⁶

2. Una vez conciliadas las poblaciones, se homologan las distintas fuentes de ingresos; los sueldos y salarios de los asalariados, el ingreso mixto de los independientes, y los otros ingresos de todos los perceptores. El factor de ajuste por fuente es el cociente entre el valor en CN y el monto anual estimado en las EH.

3. A continuación se aplican los factores de ajuste a cada uno de los totales por fuente de las EH, multiplicando el monto total de cada fuente por el factor de ajuste.

³⁴ “La metodología de ajuste que más ha trascendido hasta la actualidad es la propuesta por Altimir (1987) que enfatiza las discrepancias por fuente de ingreso como el eje fundamental del ajuste. Su propuesta, en la cual se han basado los cálculos de la Comisión Económica Para América Latina (CEPAL), desde hace ya varias décadas, consiste en ajustar los ingresos de cada hogar o estrato oficial del barrio donde reside de ingresos según su composición, utilizando factores de ajuste específicos para cada fuente de ingresos; independientemente del nivel de ingresos del hogar, excepto en lo que corresponde a la renta de la propiedad, que tiene una elasticidad ingreso del ajuste de cero para el 80% de los hogares con menos ingresos y mayor que uno para el 20% de los hogares más favorecidos”. Leyva – Parra, Gerardo. 2004. El ajuste del ingreso de la ENIGH con la contabilidad nacional y la medición de la pobreza en México. Secretaría de Desarrollo Social –SEDESOL. Serie: Documentos de investigación. México, D.F. Pág. 11-1

³⁵ El detalle de la metodología de ajuste a Cuentas Nacionales se encuentra en el Anexo

³⁶ Los niveles de desagregación geográfica de la GEIH son los siguientes:

- Mensual: para el total de las 13 ciudades (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Manizales, Pasto, Pereira, Cúcuta, Ibagué, Montería, Cartagena, Villavicencio) y para el total nacional.
- Trimestral: para total nacional, cabecera-resto y cada una de las trece principales ciudades y áreas metropolitanas.
- Semestral: para las 5 regiones: Atlántica, Pacífica, Oriental, Central y Bogotá, cabecera-resto y las 13 ciudades y las 24 ciudades, a partir de enero de 2008.
- Anual: para las 5 regiones, cabecera-resto, las 13 ciudades y departamentos.
- No se incluyen los nuevos departamentos, denominados Territorios Nacionales antes de la Constitución de 1991.

4. La sumatoria de los montos ajustados permite obtener el ingreso total ajustado por perceptor.
5. Se agregan los montos de todos los perceptores para obtener el ingreso total ajustado a nivel de la unidad de gasto³⁷
6. En seguida, se calcula el factor de ajuste para los propietarios de vivienda. En este caso el valor de referencia en CN es el Excedente Bruto de Explotación (EBE).
7. Finalmente, se aplica el factor por propiedad de la vivienda al ingreso total ajustado de la unidad de gasto de los que reportan ser propietarios en las EH.³⁸

*Indigencia

La indigencia se define como aquella población que no cubre sus necesidades básicas, alimenticias, existen diferentes definiciones de cómo se debe medir la indigencia, para los propósitos de la presente investigación, la línea base de indigencia será línea de indigencia.

Incluido en estos análisis de pobreza e indigencia, es importante señalar que un nivel de vida mínimo debe contemplar las necesidades básicas que logren satisfacer la normal existencia de una persona, tales como alimentación suficiente, acceso a una vivienda adecuada dotada de los servicios básicos de agua potable, electricidad, la posibilidad de vivir una larga vida y saludable³⁹, el acceso a la educación, y en general, el acceso a un sistema de seguridad social.

³⁷ Los datos 2002-2006 corresponden a las cifras publicadas por la MERPD con base en la ECH, el dato de 2008 a estimaciones elaboradas por La Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad MESEP con base en la GEIH. El dato de 2008 es estrictamente comparable, es decir, utiliza la misma metodología de la MERPD. Este dato de 2008 es diferente al definitivo de la MESEP puesto que no incluye las mejoras que se incorporaron en este proceso. En ambos casos los datos se estiman para los segundos trimestres de cada año (junios). No se incluye información para 2007, por que como se verá más adelante, durante este año la GEIH estaba en un período de estabilización en el cual la información de ingreso no contaba con la suficiente calidad para estimar cifras de pobreza, indigencia y distribución (esto mismo ocurre para el año 2006 de la GEIH), no así para el caso de mercado laboral.

³⁸ <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=8hIXDeJ%2FbRE%3D&tabid=337>

³⁹ En la cual se propicia el acceso a la Seguridad Social en salud como garantía de la sociedad al individuo.

Las canastas normativas⁴⁰ tienen especial determinación en el ejercicio de la construcción de las líneas de indigencia y pobreza cuyos resultados son producto de la construcción de la canasta de alimentos y calcular los Coeficientes de Engel –CE- con la metodología de 1988, es decir que se tomaron los cinco criterios iniciales (calorías, proteínas, calcio, hierro y niacina) de selección de alimentos y el 25% como población de referencia.

Los valores de LI y LP se han estimado individualmente para cada una de las siguientes trece ciudades: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Manizales, Pasto, Cartagena, Cúcuta, Pereira, Montería, Neiva y Villavicencio

También se construyó una canasta normativa representativa de la zona urbana diferente a las trece ciudades mencionadas, es decir, una canasta de alimentos consolidada para las siguientes diez ciudades: Tunja, Florencia, Popayán, Valledupar, Quibdó, Riohacha, Santa Marta, Armenia, Sincelejo e Ibagué.

Por último las diferencias en los valores de líneas de pobreza –LP- se deben, no sólo a los cambios del valor de las líneas de indigencia – LI- , sino al cambio en el CE, ya que para este ejercicio se calculó este coeficiente como se hizo en la versión 88: simplemente, se tomó el promedio de la relación gasto en alimentos respecto al gasto total de la población de referencia.⁴¹

*Alfabetismo:

Es la habilidad de usar texto para comunicarse a través del espacio y el tiempo. Se reduce a menudo a la habilidad de leer y escribir, o a veces, sólo a la de leer. Los estándares para los que se constituyen los niveles de alfabetización varían entre las diferentes sociedades. Algunas otras destrezas como la informática o las

⁴⁰ Ver anexo Canastas Normativas

⁴¹http://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDS/Pobreza/En_Que_Vamos/canastas_normativas.pdf

nociones elementales de cálculo aritmético básicas también se pueden incluir en definiciones más amplias de alfabetización.⁴²

*Estrato oficial del barrio donde reside socio-económico de residencia (clasificación oficial):

La estratificación socioeconómica si bien es un concepto universal que en otras latitudes atiende a criterios políticos, sociales, culturales y técnicos diversos, en Colombia es (por mandato Constitucional y legal) un instrumento de política tarifaria de servicios públicos domiciliarios y, como se ha expuesto, está expresamente supeditado a disposiciones técnicas y jurídicas. Cualquier otra aplicación o uso de “la estratificación socioeconómica para servicios públicos” (en Colombia y bajo la actual legislación) es accesorio o complementario. Así mismo, cualquier otra estratificación socioeconómica que se realice en Colombia sólo será legalmente aplicable a los servicios públicos si atiende a los criterios previstos en el régimen de dichos servicios.⁴³

⁴² www.oei.org consultada el 2 de enero de 2012.

⁴³ Congreso de Colombia, Ley 142 de 1994 (julio 11), artículo 101.8

2. METODOLOGIA

Para abordar el problema de investigación, se utilizó como fuente la Gran Encuesta Integrada de Hogares del DANE 2008, con periodicidad mensual y la cual facilita la desagregación rural – urbana departamental.⁴⁴

La metodología adoptada por la presente investigación se enfocó a responder una pregunta central, existe inequidad en el acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de la población, teniendo como herramienta la construcción de un modelo econométrico que incluye las variables desagregadas en el enfoque, un profundo análisis normativo y la utilización de estadísticas descriptivas agrupadas de acuerdo al interés de esta investigación.

Se ejecutaron diferentes estimaciones para evaluar cuáles son los principales factores que influyen en estar o no afiliado a algún régimen de salud, por ejemplo, al ejecutar el modelo en el software estadístico Stata, se determinó que entre las variables independientes escogidas para este modelo y la variable dependiente no existe heterocedasticidad⁴⁵ ni homocedasticidad⁴⁶, y hay una estrecha relación entre ellas.

El interés en modelizar la probabilidad de afiliación al SGSSS está en conocer la importancia de variables determinantes tales como jefatura de hogar, ruralidad, sexo, edad, pobreza, alfabetismo y estrato oficial del barrio donde reside oficial del barrio donde reside.

⁴⁴ En la modelización se tomaron diferentes escenarios incluyendo otras variables que por diferentes errores de muestreo, errores econométricos o por significancia irrelevante, no se incluyeron en la modelización final, en el anexo 9.4, se presentan los escenarios corridos exploratorios no incluidos en el modelo final.

⁴⁵ Etimológicamente, por cierto, la palabra deriva de “hetero” (distinto) y el verbo griego “skedanime” que significa dispersar o esparcir.

⁴⁶ La distancia que existe entre los errores poblacionales y los errores muestrales

El análisis de este trabajo se basó con la Gran Encuesta Integrada de Hogares del 2008, la cual eligió “un diseño probabilístico multietapico, estratificado, de conglomerados desiguales y autoponderado”⁴⁷

El diseño probabilístico de la muestra consta en que cada unidad del universo de estudio tiene una probabilidad de selección conocida y superior a cero, para lo cual los resultados demostraran una mayor precisión.

En el diseño multietapico las unidades de muestreo se tomaron tanto para el universo, las cabeceras municipales, centros poblados, área rural, manzanas y segmentos de manzanas, mediante un proceso de selección sistemática con arranque aleatorio y probabilidad proporcional a la cantidad de medidas de tamaño

La concentración de la muestra en conglomerados reduce en gran cantidad los costos, aunque genera un mayor error de muestreo, que se compensa con incremento moderado del tamaño de muestra y produce estimaciones sesgadas por la variación en el tamaño de los grandes conglomerados, la cual se reduce a niveles manejables estratificando por tamaño.

Los cálculos se hicieron con fórmulas apropiadas para el tipo de diseño muestral estratificado de conglomerados desiguales. El efecto de los conglomerados en el diseño, es una relación entre la varianza real de este diseño de conglomerados y la que se obtendría con un diseño aleatorio simple de elementos, se obtuvo a partir de los resultados de la Encuesta Continua de Hogares.

La Gran Encuesta Integrada de Hogares tomó 823.814, que es equivalente a 41'242,948 habitantes según el censo del 2008, siendo una muestra totalmente representativa para conocer la realidad socioeconómica, si se tiene en cuenta que se tomó una muestra aleatoria, proporcionalmente diferente para cada uno de los segmentos poblacionales.

47 Microdatos anonimizados de Encuestas de Hogares /GEIH 2008 /www.dane.gov.co

El origen de los datos genera una confiabilidad amplia si se tiene en cuenta que son datos oficiales de una entidad del Gobierno (DANE) que presenta cifras y resultados con diversas periodicidades basados en estudios, investigaciones y encuestas realizadas a la población colombiana.

Para tal modelización se escogió la función PROBIT, que permite el análisis de una regresión de respuestas binomiales, es decir, que se analizan a la vez dos condiciones y se realizan diferentes estimaciones para evaluar cuales son los principales factores que influyen en estar o no afiliado a algún régimen de seguridad en salud (subsidiado o la contributivo), adicionalmente, porque permite utilizar variables de tipo dummy y valores nominales.

En el marco del modelo PROBIT se realizan diferentes estimaciones para evaluar cuáles son los principales factores que influyen en estar o no afiliado a algún régimen de seguridad social en salud. A continuación se presenta la ecuación base a estimar, sobre la cual se hicieron las variaciones requeridas:

Definida por la expresión

$$P(A_{ij}) = f(\alpha + \alpha_j + \beta x_{ij} + \epsilon_i)$$

Donde:

- $P(A_{ij})$ es la probabilidad que el individuo i en el departamento j esté afiliado a cualquier sistema de salud
- α es una constante que disminuye el error generado por la no inclusión de la totalidad de las variables
- α_j son efectos fijos de departamento
- βX_{ij} es un vector que incluye variables sociodemográficas de cada individuo (incluyendo efectos fijos a nivel departamental)
- βX_{ij} son efectos fijos de departamento.
- ϵ_i es el error que incluye todas las variables individuales no observadas como aversión al riesgo⁴⁸.

⁴⁸ Aversión al riesgo: es un concepto usado en economía, finanzas y psicología relacionado con los comportamientos de los consumidores e inversores. La aversión al riesgo es la preferencia de una persona a aceptar una oferta con un cierto grado

Como supuesto primario, las variables no observadas no se encuentran correlacionadas con el vector X_{ij} .

Un segundo supuesto es que f es una función acumulativa de la función normal, por lo que esta ecuación representa un modelo *probit*.

Sea y^* es una variable tal que:

$$A_{ij} = 1[y^* > 0]$$

Donde $[\cdot]$ es una función que toma el valor de 1 si se cumple la condición y cero en caso contrario. De esta forma, el modelo en términos de la variable latente se puede escribir como:

$$y^* = \alpha + \alpha_j + \beta x_{ij} + \epsilon_i$$

ϵ_i tiene el supuesto adicional de estar distribuido alrededor de cero simétricamente (bajo una distribución normal).

Toda vez que es necesario considerar en la ecuación las “aversiones al riesgo”, se introduce la función “G” de distribución acumulativa de ϵ_i (error que representa la aversión al riesgo), dado que es simétrica alrededor de cero, entonces $1-G(\epsilon_i) = G(\epsilon_i)$ para todo el dominio de ϵ_i . Por lo tanto:

$$P(y = 1|x) = P(y^* > 0|x) = P(\epsilon_i > -x\beta|x) = 1 - G(-x\beta) = G(x\beta)$$

Donde:

$$x\beta = \alpha + \alpha_j + \beta x_{ij} + \epsilon_i.$$

Para estimar la probabilidad se escogieron los coeficientes más eficientes por el método de máxima verosimilitud, a partir de la siguiente función:

de riesgo antes que otra con algo más de riesgo pero con mayor rentabilidad. Fuera de los campos más matemáticos de la economía y las finanzas, la gente tiene que tomar decisiones sobre cómo enfrentarse a riesgos cada día.

$$f(y|x; \beta) = [G(x\beta)]^y [1 - G(x\beta)]^{1-y}, \quad y = 0, 1$$

Utilizando el modelo PROBIT y definiendo como variables independientes la edad por quintiles, una dummy zona⁴⁹, una dummy de género⁵⁰, una dummy indicativa si la persona se encuentra en la categoría de pobreza⁵¹, una dummy de indigencia o pobreza extrema⁵², dummy alfabeto o no y estrato oficial del barrio donde reside oficial.

⁴⁹ Rural=1, Urbano=0

⁵⁰ Mujer=1, Hombre=0

⁵¹ Ingresos Inferiores a la línea de Pobreza=1, Complemento=0

⁵² Ingresos Inferiores a la línea Indigencia=1, Complemento=0

3. MARCO REGULATORIO DEL SGSSS EN COLOMBIA

3.1 ANTECEDENTES NORMATIVOS

El Sistema Nacional de Salud que se estableció desde 1973 y cuyo desarrollo hizo obtener logros y experiencias muy positivas en diferentes componentes, necesariamente tuvo que realizar ajustes a su estructura debido a que en el análisis de los resultados se detectaron debilidades, “tales como: Sistema inequitativo, desarticulado, el núcleo familiar no estaba cubierto, Ineficiente, básicamente asistencialista, con muy bajas coberturas, selectivo por capacidad de pago y sin participación del sector privado ni de la comunidad, ausencia de control, ausencia de políticas y ausencia de gobernabilidad.”⁵³

Por otra parte en Colombia, el proceso de descentralización del sector público de la salud se inició con el Decreto 77 de 1987 y la Ley 10 de 1990; y posteriormente con la Ley 60 de 1993. Finalmente, se articuló con la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud de diciembre de 1993, con la aprobación de la ley 100. Esta Ley define como principios fundamentales la Reforma del Sector Salud en Colombia, los cuales son universalidad, integralidad, descentralización y participación, concertación, obligatoriedad, solidaridad, libre selección o escogencia, gradualidad, eficiencia y calidad.

Actualmente, el Ministerio de Salud y la Protección Social es uno de los dieciséis ministerios del poder ejecutivo de Colombia en 2012. Es un ente regulador que determina normas y directrices en materia de temas de salud pública, asistencia social, población en riesgo y pobreza.⁵⁴

Al asumir la Presidencia de la República en su primer mandato (2002-2006), el presidente Álvaro Uribe Vélez decidió fusionar los Ministerios de Salud y de Trabajo en el Ministerio de la Protección Social.²

⁵³ Zoraya López Díaz- “Modelo de atención en salud”.20080

⁵⁴ Política Nacional de Envejecimiento y Vejez: Esta política está proyectada para ser cumplida desde el 2007 hasta el 2019 y tiene cuatro ejes principales que deben ser garantizados, los cuales son "El envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico", " los derechos humanos", "el envejecimiento activo" y "la protección social integral"

Las dos carteras que conformaron el Ministerio de la Protección Social fueron el Ministerio del Trabajo, que fue creado mediante la Ley 96 de 1938, y el Ministerio de Salud, que fue creado con el nombre de Ministerio de Higiene por la Ley 27 de 1946 y posteriormente denominado Ministerio de Salud Pública mediante el decreto 984 de 1953.

En el año 2011 y mediante la Ley 1444 de 2011 el Ministerio de la Protección Social fue escindido en dos, pues según el artículo 7 de dicha ley se reformó el ministerio de Protección Social, denominándose ahora Ministerio de Trabajo, y según el artículo 9 de la misma, se creó el ministerio de Salud y de Protección Social, conformándose así el Ministerio de Salud y Protección Social por un lado y el Ministerio de Trabajo por el otro.

El Ministerio de la Protección Social es el organismo rector sobre asistencia social y salud pública, y se encarga de determinar las directrices en cuanto al aseguramiento de la población a través de los regímenes obligatorios de pensión y de salud. Es el ente encargado de llevar a cabo las políticas públicas de salud, salud pública, y promoción social en salud, en todas sus fases (formulación, ejecución y evaluación), además de contribuir a la formulación de políticas pensionales, beneficios económicos y riesgos profesionales.³ Como todos los Ministerios, el MSPS debe preparar los proyectos de ley relacionados con su ramo, impulsar y poner en ejecución planes de desconcentración y delegación de las actividades y funciones en el respectivo sector y velar por la conformación del Sistema Sectorial de Información respectivo y hacer su supervisión y seguimiento, entre otras funciones.⁵⁵

Así mismo debe dirigir y orientar el sistema de vigilancia en salud pública, impulsar directrices con el fin de fortalecer la investigación, en avances tanto nacionales como internacionales, en desarrollo de la salud, la calidad de vida y prevención de las enfermedades, crear mecanismos para las negociaciones de precios de

⁵⁵ Acerca del Ministerio: Funciones.

<http://www.minsalud.gov.co/acercaMinisterio/Paginas/objetivosFunciones.aspx>

medicamentos y dispositivos médicos, regular la oferta pública y privada de servicios de salud, establecer las normas para la prestación de servicios y para la garantía de la calidad de los mismos, hacer estudios sobre la viabilidad y equilibrio financiero de los recursos asignados a la salud y promoción social, constituir con otras personas jurídicas de derecho público o privado, asociaciones, fundaciones o entidades que apoyen el cumplimiento de sus funciones, promover el reconocimiento y goce de los derechos de las personas en materia de salud, y promoción social, fomentar la participación de las organizaciones comunitarias y demás participantes en el desarrollo de las acciones de salud, promover el estudio, firma, y aprobación, de tratados o convenios internacionales sobre salud, y promoción social y administrar los fondos y recursos de administración especial de protección social.⁵⁶

3.2 LEY 100 DE 1993

El marco regulatorio y normativo del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia está determinado por la Ley 100 de 1993, la cual tiene como fin único garantizar a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social⁵⁷.

El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia⁵⁸, universalidad⁵⁹, solidaridad⁶⁰, integralidad⁶¹, unidad⁶² y participación⁶³.

⁵⁶ Acerca del Ministerio: Funciones.

<http://www.minsalud.gov.co/acercaMinisterio/Paginas/objetivosFunciones.aspx>

⁵⁷ La Seguridad Social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente Ley. Ley 100 de 1993.

⁵⁸ La eficiencia: Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.

⁵⁹ La universalidad: Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida.

⁶⁰ La solidaridad: Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.

⁶¹ La integralidad: Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta ley.

La seguridad social comprende cuatro frentes:

- *El Sistema General de Pensiones
- *El Sistema General de Seguridad Social en Salud
- *El Sistema General de Riesgos Profesionales
- *Los servicios sociales complementarios

Para esta investigación resulta indispensable el análisis del frente que hace referencia al Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.

El sistema general de seguridad social en salud tiene como objetivos regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención, de acuerdo con los principios de eficiencia, integralidad, solidaridad, unidad y participación.

El sistema debe proveer gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago.

La afiliación es obligatoria para todos los habitantes en Colombia, en consecuencia es obligación de todo empleador afiliar a sus trabajadores al sistema, teniendo en cuenta el principio de universalidad.

El actual sistema de salud fue creado por la Ley 100 de 1993, una de las reformas más profundas de la historia del país, que modificó totalmente el funcionamiento de la seguridad social, incluyendo la salud. Se estableció un sistema de prestación de servicios y financiación que introdujo la solidaridad, la eficiencia y la competencia como elementos centrales para lograr los objetivos centrales: equidad, calidad y cobertura.

⁶² La unidad: Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social

⁶³ La participación: Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

El aseguramiento es el principal instrumento, privilegiando el financiamiento a la “demanda”. El sistema tiene dos tipos de regímenes de aseguramiento: el contributivo (RC), para las personas con capacidad de pago, y el subsidiado (RS), dirigido a los individuos pobres. Para prestar los servicios se crearon, por el lado del aseguramiento, las EPS (para el contributivo) y las Administradoras del RS (ARS). Y por el lado de la oferta, las IPS. El sistema se financia con contribuciones de los beneficiarios del RC, impuestos generales y rentas territoriales. Los recursos públicos destinados al sector representan más de 5% del PIB y van en alza.

Después de quince años, es claro que esta reforma tiene impactos importantes sobre la salud y la calidad de vida, por los cambios en cobertura y demanda de los servicios. Este hecho, sumado al monto de los recursos, es suficiente para evaluar qué ha sido bueno y dónde se debe corregir el rumbo.

El nuevo sistema ha generado impactos positivos en el bienestar de los más pobres. En la población infantil se redujo la incidencia de enfermedades, aumentó la cobertura de vacunación y se mejoró su estado de salud al nacer. También hubo impactos positivos sobre el uso de servicios esenciales, como las citas de prevención y los controles pre y post-natales. De manera importante, se redujo el “gasto de bolsillo” entre la población pobre en casos de hospitalización y compra de medicamentos. Finalmente, el RS incrementó el acceso a tratamientos para enfermedades costosas (afecciones cardíacas, cáncer, diabetes). Sin embargo, no se han identificado impactos sobre la calidad de los servicios entre los más pobres.

Estos resultados obedecen al aumento en cobertura de aseguramiento producido por la reforma. La afiliación al RS se multiplicó por tres entre 1997 y 2007 (de 7 a 22 millones), alcanzando cerca del 90% de la población SISBÉN 1 y 2. Adicionalmente, se cerró la brecha de acceso entre ricos y pobres: mientras que en 1993 el 24% de la población tenía acceso a un seguro de salud, de los cuales

el 90% pertenecía a los segmentos más ricos, recientemente ese número fue 85% y la mitad pertenecía al 40% más pobre.

A pesar de estos progresos, es evidente que el sistema enfrenta retos importantes que pueden afectar el aumento de las coberturas, la equidad en la afiliación, la calidad del servicio y, sobre todo, la sostenibilidad financiera del sistema hacia futuro.

Paradójicamente, el primero de esos retos está asociado al aumento de cobertura. Cuando se promulgó la Ley 100, se pensó que, por el crecimiento de la economía, cada vez iba a haber mayor proporción de personas en el RC, lo que haría viable el financiamiento del RS. Hoy hay más población afiliada al RS (22 vs. 16 millones). Como era de esperarse, ha sido necesario el aumento de las contribuciones (0.5 puntos en 2007) en el RC con el fin de financiar el aumento en la cobertura del RS.

El efecto directo de esta medida es encarecer el empleo formal por la creciente cotización, llevando a que en el tiempo los trabajadores busquen evitar aumentos sucesivos en la cotización, escapándose del sector formal (RC). Este efecto no es tan evidente hoy por el alto crecimiento económico, pero vale la pena preguntarse qué pasará durante la desaceleración. Si esta tendencia continúa, al final, una proporción creciente de la población va a terminar en el RS, sin mayores recursos del RC, generando un círculo vicioso de informalidad en el que aumentos de las coberturas en el RS requieren crecientes recursos, que surgen de mayores cotizaciones, que a su vez expulsan más gente del grupo de cotizantes, lo que exige mayores aumentos, y así sucesivamente. Esto compromete el éxito de la reforma, porque afecta la sostenibilidad del sistema hacia futuro.

Segundo, el problema anterior es más importante si se tiene en cuenta que la entrada en vigencia de la Ley 100 incrementó los costos a la nómina de manera considerable, a cerca del 55% del salario. Posteriormente, se han presentado otros incrementos para salud, pensiones e impuestos parafiscales, aumentando este porcentaje a cerca del 60%. Como era de esperarse, este hecho generó una

creciente participación del empleo por cuenta propia informal, receptor del empleo que se deja de generar en el mercado formal por los excesivos costos salariales. Así, este problema, unido a una cobertura ambiciosa del RS, que no está acompañada de tránsitos informalidad-formalidad y/o reglas de salida claras del RS, puede conducir a generar un círculo vicioso de mayor informalidad difícil de romper.

El tercer reto es central y está relacionado con los anteriores. Uno de los grandes preceptos de la Ley 100, fundamental para la sostenibilidad del sistema, era que los recursos destinados a financiar los hospitales públicos (recursos de oferta) disminuyeran a medida que aumentara el aseguramiento. Por el contrario, el monto destinado a atender este uso creció, a pesar de que el tamaño de la población objetivo disminuyó por el aumento del aseguramiento.

Esto muestra que el presupuesto destinado a hospitales es muy rígido y responde menos a criterios técnicos que a criterios políticos. Después de la Ley 715 de 2001, esta situación se agravó porque la responsabilidad de administración de los hospitales se cedió a los departamentos. Así las cosas, reducir el presupuesto para hospitales debilitaría a los departamentos, fuera del escándalo público que surge cada vez que se toma una acción así. Esta dinámica lleva a otro círculo vicioso: a medida que se les asigna más dinero a los hospitales, hay menos plata para ampliar y sostener coberturas de aseguramiento. Con menos plata para ampliar cobertura hay que enviar más plata a los hospitales.

Esto lleva no sólo a que el proceso de universalización de cobertura se alargue, sino también al desperdicio de recursos. Adicional a esto, el Gobierno inició en 2003 un proceso de reestructuración de hospitales con el objetivo de volverlos más eficientes. Se han invertido alrededor de 800 mil millones de pesos.

El cuarto reto alude a la columna vertebral del sistema: la Cuenta de Compensación del FOSYGA⁶⁴, donde se observa solidaridad entre los miembros del RC y se lleva a cabo el “cuadre” del sistema (allí se recaudan todas las

⁶⁴ Fondo de solidaridad y garantías.

contribuciones del RC). Si esta cuenta sufre problemas financieros, la sostenibilidad del sistema queda seriamente comprometida. Actualmente existen dos amenazas: en primer lugar está el ciclo económico que, como es evidente, se está desacelerando. Como la fuente que nutre esta cuenta son cotizaciones que dependen del nivel de empleo formal, una desaceleración de la actividad económica tiene importantes efectos negativos sobre el tamaño de los recaudos (nótese que, por esta vía, la informalidad también afecta las finanzas del RC).

Segundo y más importante, la intromisión de criterios diferentes a los puramente técnicos y presupuestales en la definición del POS (el plan de beneficios al cual tenemos derecho) es el problema clave hacia futuro. Si se sigue con la práctica en la que, de facto, cualquier evento de salud puede ser parte del POS por decisión judicial o de otro tipo no relacionado con aspectos técnicos, la cuenta de compensación, y por tanto todo el sistema, sufrirá desequilibrios financieros que probablemente no tengan retorno.

Finalmente, la principal característica del funcionamiento financiero del sector salud en Colombia es su excesiva complicación. Esto facilita la existencia de cuellos de botella en el tránsito de los recursos desde que salen del Gobierno y llegan al beneficiario final, porque hace que su seguimiento sea una tarea casi imposible. Esto es aún más importante si se tiene en cuenta que cerca del 40% de los recursos del sector se ejecutan en los entes territoriales. La evidencia muestra que los resultados, en materia de salud y eficiencia en el uso de los recursos, son muy diferentes en las diversas entidades territoriales, dependiendo de la gestión local. Este problema es de 1,5 puntos del PIB.

Concluyendo, el análisis de sostenibilidad del sistema de salud apunta a que, por lo menos en el mediano plazo, el financiamiento de la parte contributiva debe cubrirse con recursos propios, mientras que la parte subsidiada debe balancear cuidadosamente la cobertura, las fuentes de financiación y el cubrimiento del

seguro para que sea sostenible financieramente. Sin embargo, pareciera que nos estamos alejando de estas dos premisas.⁶⁵

3.2.1 Emergencia Social En Salud En Colombia

En la sociedad colombiana, la salud siempre ha tenido gran importancia, vista como el derecho mas importante después de la vida, y teniendo en cuenta que en la constitución del 91 se establece un Estado social de derecho, cuya obligación es garantizar los derechos de todos los ciudadanos y su cumplimiento, este derecho debería tener condiciones mas adecuadas para su cumplimiento, tal como es una tradición en nuestra gente cuando nos decían los abuelos “que falte todo menos la salud” lo que nos lleva a pensar, si le estamos dando la atención que se merece.

En la constitución de la organización mundial de la salud se define el derecho a la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Además la corte constitucional se ha manifestado al respecto al declarar que el derecho a la salud como un derecho fundamental debido a que tiene conexidad con el derecho a la vida ya que si el derecho a la salud no fuera protegido se pondría en riesgo la vida, por lo que estos dos derechos se encuentran ligados. En este orden de ideas se debe suponer que el gobierno debe prestar especial atención a la salud, dándole prioridad sobre otros aspectos. En general el Estado debe cumplir protegiendo a las personas contra situaciones de enfermedad, invalidez y vejez. Se quiere que todas las personas y especialmente los menos favorecidos tengan acceso a medios que les cubran las necesidades mínimas para tener una vida digna.

En este sentido, el estado ha hecho grandes esfuerzos en dar las condiciones necesarias para que el derecho a la salud se haga efectivo, es decir, la disposición de establecimientos, bienes y la prestación de los servicios de salud a todos los habitantes del territorio nacional. Pero en la realidad esto no es así, desde el

65 Mauricio Santa María – Director (e) Fedesarrollo – 17 de agosto de 2008 – El Espectador

principio de la historia de la seguridad social en Colombia siempre ha tenido bajas coberturas.

De acuerdo con lo anterior el gobierno ha tenido que tomar medidas que garanticen las coberturas y atención en salud, una de ellas y seguramente la más importante de los últimos años fue la declaración de la emergencia social.

El Estado de Emergencia es uno de los tres momentos de excepción contemplados, en el artículo 215 de la Constitución Política Colombiana, que faculta al gobierno para declararla cuando sobrevengan hechos que perturben o amenacen en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del país, o que constituyan grave calamidad pública; para enfrentar situaciones de crisis a través de una legislación especial y temporal; se declara inexecutable por Corte Constitucional, este estado de excepción; este problema viene muchos años atrás se puede decir que desde la misma creación de la ley 100 de 1993.

La Constitución establece que el Presidente y sus Ministros serán responsables cuando declaren el Estado de Emergencia sin haberse presentado alguna de las circunstancias previstas expresamente en la norma y por cualquier abuso cometido en el ejercicio de dichas facultades, el gobierno no podrá desmejorar los derechos sociales de los trabajadores mediante los decretos contemplados en este artículo.

El Gobierno de Colombia firmó la declaratoria de emergencia social anunciada por el presidente del país, Álvaro Uribe, con el objetivo de poner fin a la crisis financiera del sector salud.

Entre el 12 y 22 de enero del año 2010 se reglamentaron disposiciones a través de las cuales las autoridades buscaban atenuar el impacto que han sufrido las finanzas del sector, a consecuencia de la ausencia de recursos.

En este orden de ideas, el ministro de Hacienda de la época, Óscar Iván Zuluaga, dijo que el propósito es establecer recursos entre 800 mil millones y un billón de

pesos que estabilizarían las finanzas del sector y reconoció que la salud tiene un problema grave basado en la iliquidez de todos los actores y toda la cadena.

La crisis explotó con las deudas que el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) tiene con las EPS, las cuales se acercan –según la Asociación Colombiana de Medicina Integral (Acemi) - a los \$900 mil millones.

Adicionalmente las estimaciones realizadas en 1993 con la entrada en vigencia de La Ley 100 de 1993 apuntaban a que dos terceras partes de la población estuviera en el régimen contributivo cotizando y tan sólo una tercera parte en el subsidiado, supuesto que no se cumplió, si observamos las tasas de afiliación de hoy en día, donde se evidencia que de los 44 millones de colombianos hay 24 millones en el subsidiado.⁶⁶

"Ensayo Sobre Emergencia Social." BuenasTareas.com. May 20, 2010. Para la incorporación de estos recursos a SGSSS, se conformó una comisión encabezada por los ministros de Hacienda, Óscar Iván Zuluaga; y de Protección Social, Diego Palacio Betancourt, al igual que por el Director de Planeación Nacional, Esteban Piedrahita, y los representantes de los gobernadores y alcaldes del país, informa el informe del Gobierno.

3.2.2. Régimen Subsidiado a partir de la Ley 100 de 1993

El régimen Subsidiado desde el punto de vista de eficiencia, es importante conocer la forma como el Estado financia el aseguramiento en Salud de la población más vulnerable.

El Estado financia la cobertura de salud por medio de las transferencias que son giradas a los entes territoriales (Departamentos y Departamentos) por medio del CONPES (Consejo Nacional de Políticas Económicas y Sociales) dichos recursos transferidos reciben el nombre de SGP (Sistema General de Participación), el SGP cuenta con unos recursos para destinación específica en Salud (Cobertura y

⁶⁶ <http://www.foroin.com/2010/02/emergencia-social-salud.html>

Ampliación), para afiliar a la población al Régimen Subsidiado los entes territoriales en cabeza de las administraciones municipales y departamentales acompañan estos recursos con recursos que son suministrados por el Estado y que provienen del Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), al igual con los dineros que proviene de la empresa territorial para la salud (ETESA) cuya fuente es el impuesto que grava a las apuestas y juegos, estos últimos se destinan en la mayoría de los casos para ampliación de cobertura y no para la continuidad de quienes ya están afiliados. Conociendo la fuente de financiación con la que los entes territoriales para afiliar a la población del Nivel 1 y 2 del SISBEN, es relevante resaltar que en algunos departamentos o departamentos, estos dineros no son utilizados eficientemente y que en algunos casos se incurre en que las administraciones de turno hacen una destinaciones diferentes a estos recursos, en otros casos estos recursos son insuficientes para garantizar la plena cobertura del Régimen Subsidiado y suplir las necesidades que se derivan de la problemática de salud pública a la población del nivel 1 y 2 del SISBEN.

Después de saber cómo se financia este sistema, indagaremos las fallas que no permiten una cobertura plena para toda la población vulnerable y que se harán explícitas a continuación:

La problemática más relevante que no permite que dicha política sea eficiente es la falla de información. La población que se afilia al Régimen se deriva de las base de datos del SISBEN, siendo este el Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales; esta es una herramienta de identificación, que organiza a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de los beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular.

Los beneficiarios del régimen Subsidiado son seleccionados usando como método de selección el SISBEN. El sistema para la selección de beneficiarios SISBEN "ha sido desarrollado para identificar al 20 por ciento más pobre de la población

colombiana"⁶⁷. En el caso colombiano el SISBEN tiene tres niveles de análisis: "el primero tiene que ver con las características del índice SISBEN. El segundo con la línea de corte. Y el tercero con la política de focalización" .El SISBEN define las características socioeconómicas de la población y la ordena. La línea de corte traza la frontera entre pobres y no pobres. La política de focalización⁶⁸ está orientada a focalizar los subsidios en el 20 por ciento más pobre de la población, al menor costo y con el mayor beneficio social posible, en una típica visión utilitarista de justicia distributiva.

De esta manera, ha sido creado un sistema enmarcado entre las esferas del mercado y el Estado mínimo, conducido por los afanes de la competencia, la obsesión "eficientista" de técnicas gerenciales para el control de gestión y de costos, las exclusiones del discurso de focalización del gasto social y sus técnicas para la selección y la asignación de subsidios para la demanda de atención médica de los sectores más pobres de la población, técnicas gerenciales para el control de factores de riesgo en manos de agencias privadas y públicas, la combinación de diferentes técnicas de aseguramiento, y el uso de modelos y técnicas de toma de decisiones y de evaluación con base en criterios de costo-eficiencia, costo-beneficio y costo-efectividad. Este constituye el poderoso arsenal discursivo del que "echaron mano" las élites locales e internacionales para imponer el sentido de la nueva concepción del sistema de salud colombiano y responder a los retos de justicia social y eficiencia.

Sin embargo volviendo al tema de SISBEN como sistema de identificación, demuestra que cuenta con errores, anomalías e inconsistencias que no permiten conocer la verdadera población objetivo, esto se debe en parte a que las personas no revelan la verdad en el momento en el que son encuestados, pues ellas siempre buscarán distorsionar la información con la finalidad de hacerle ver al Estado unas condiciones con las que puedan recibir más subsidios y mejores

⁶⁷ Londoño de la Cuesta JL. Presente y Futuro de la Reforma de Seguridad Social en Salud. Salud y Gerencia.15. Santa fe de Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 1997

⁶⁸ Sarmiento GA, González JI, Rodríguez LA. Eficiencia Horizontal y Eficiencia Vertical del Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN). En: Coyuntura Social, No. 21; 1999.

redistribuciones; este aspecto ocasiona que desde el principio el sistema falle, pues al estar sesgada las bases que son el soporte para la distribución de los subsidios, se incurrirá en inequidades al momento que se atiende a dicha población, ya que habrá una proporción de la población que será subsidiada sin derecho hacerlo y otra proporción que no obtendrá el subsidio y que muy probablemente hará parte de la población más vulnerable. Por ello observamos que la política desde el inicio muestra su punto de quiebre. Este ejemplo lo podemos situar desde el punto de vista de la teoría de juegos ya que si suponemos que existen dos jugadores representativos para cada proporción de la población con condiciones socioeconómicas diferentes y un regulador del juego que en este caso sería el Estado, solo un jugador revelaría su perfil de estrategias y decidiría decir la verdad, luego el otro jugador con condiciones más favorables decidirá no revelar la información correcta y así obtendría el mismo pago o subsidio por parte del Estado que el otro jugador representativo. Si ampliáramos este análisis a “n” jugadores, se concluiría que nunca habría un equilibrio eficiente, luego habrá una discriminación en el mercado para muchos jugadores que serían desplazados por los jugadores que no revelan correctamente sus condiciones, todo esto sujeto a que los recursos de este Régimen son limitados.

Por esta razón y otras más se evidencia que “la regulación del SISBEN es ineficiente para detectar a las personas pobres que, además, se encuentran en circunstancia de debilidad manifiesta debido a las enfermedades que las aquejan, por ejemplo y por la simple razón de que no fue diseñada para permitir identificarlas. Ni la estratificación socioeconómica ni la focalización individual que da cuenta del empleo, el ingreso y las características de la vivienda, fueron construidas para permitir detectar a quienes están más expuestos a sufrir una u otra enfermedad, a quienes la padecen sin diagnóstico, o a quienes saben que requieren tratamiento y no lo pueden costear”⁶⁹. La estratificación socioeconómica y la focalización individual son instrumentos de medida que sólo sirven para medir aquello que se tuvo en cuenta al diseñarlos, y en la regulación del

⁶⁹ Sentencia T-561/03 Corte Constitucional

SISBEN caben entes pobres abstractos, y no personas en situación desfavorable. Tampoco con esas pruebas clasificó, ni podía calificar como beneficiaria del programa de auxilios para ancianos indigentes y madres cabezas de familia. Tal nivel de ineficacia difícilmente puede aceptarse como razonablemente compatible con el orden político, económico y social justo al que se alude en el Preámbulo de la Carta Política.

Igualmente dicha regulación es ineficiente, por la misma razón de atención en salud a la población pobre: el Estado, a través del CONPES, en su afán por focalizar la política social en proteger a aquellas personas que por su condición económica se encuentran en circunstancia de debilidad manifiesta, ignoró otra obligación, que debe cumplir como parte de esa política social: proteger especialmente a aquellas personas que, a más de una condición económica precaria, tienen una condición física o mental que, por sí sola, les pone en innegable circunstancia de debilidad manifiesta.

Después de analizado el problema con el que cuenta las bases de información del Sisben y que perturban la focalización de la población objetivo, identificamos que el problema no para allí, si bien es cierto que las fallas de información, la selección adversa, el riesgo moral se evidencia en el desarrollo de las encuestas del SISBEN, quienes logran ser Subsidiados en el régimen no necesariamente todos son merecedores de tal subsidio; es allí donde se denota la ineficiencia e inequidad del sistema ya que este cuenta con que el procedimiento de la conciliación socioeconómica que denota que no hay un concordancia entre la encuestas que miden las variables cuantitativas⁷⁰ de la población, conllevando a que las bases de datos que se manejan para tal fin no representan la realidad de la situación; se ve por ejemplo que en los departamentos del país después de que es afiliada una población significativa se encuentra que se atenta con la eficiencia del sistema; aspectos tales como duplicidad entre el mismo régimen Subsidiado, duplicidad entre el régimen Subsidiado y el régimen contributivo, afiliados activos

⁷⁰ Variable cuantitativa: Es aquella que podemos expresar numéricamente: edad, peso, n°. de hijos, etc.

ya fallecidos, inconsistencias en la identificación, información oculta por parte del posible afiliado, intereses políticos entre otros.

Dichas distorsiones ocasionan que el sistema no funcione óptimamente y no cumpla con los estándares y la cobertura con la que se estimaba o se esperaba desde su creación. Vemos por ejemplo la problemática con la que cuenta el país. “En la actualidad 7.5 millones de afiliados al Régimen Subsidiado de Salud están en riesgo inminente de quedarse por fuera del sistema y perder el acceso a los servicios de salud. Y todo por que de los 20 millones de afiliados que tienen contratados los departamentos con las EPS en todo el país, solo 12.5 millones están plenamente validados en la Base de Datos del FOSYGA (Fondo Social de Garantías) y según lo disponía la ley se tenía un plazo para poner los datos en orden. Como consecuencia los giros a los departamentos del SGP Régimen Subsidiado, FOSYGA y de la empresa territorial para la salud (ETESA) están siendo recortados en un 38%, de continuar esta situación se espera que se acumularían cuentas por cobrar de los departamentos al FOSYGA por un valor aproximado de \$ 620.000 millones en el año, con lo que puede ocasionar una eminente colusión; y aun más, el CONPES que asigna recursos del Sistema General de Participaciones con base a los afiliados efectivos reportados en el año anterior seguramente se vería obligado a recortar los recursos en \$ 965.000 millones para el año 2008, acumulándose así recursos no ejecutados o retenidos al Régimen Subsidiado de Salud por aproximadamente 2 billones”⁷¹.

Esto se evidencia aun en algunos casos ya que todavía se observan las consecuencias de las características del sistema anterior y la insuficiente cobertura.

Otro fenómeno que se observa a nivel nacional es el aspecto geográfico, las cercanía a las grandes ciudades representa a la población una mayor oportunidad de poder acogerse al régimen Subsidiado, pese a que el sistema demuestra algunas dificultades, en las grandes ciudades es más fácil identificar las

⁷¹ Iván Jaramillo Pérez Hacia un colapso en el régimen Subsidiado de salud?

condiciones sociales de la posible población a subsidiar, es decir en las ciudades es posible medir las coberturas en los servicios públicos, vías de acceso, saneamiento básico, educación y vivienda ya que el sistema del SISBEN coteja estas variables y da una clasificación dentro de este; aspecto que no sucede en el casco rural, ya que no es fácil identificar las condiciones socioeconómicas de la población, por ejemplo se observa que en el ámbito rural se encuentran viviendas que no cuentan con un entorno apto para vivir dignamente, sin importar la riqueza que pueda tener el jefe de hogar, que en la mayoría de los casos es significativa.

Por esta razón el sistema de régimen Subsidiado genera un problema de economía pública, no garantiza ni es suficiente para una plena cobertura de la población más pobre de Colombia (Niveles 1 y 2 del SISBEN) pues se juega con la salud pública de la población más vulnerable y se subsidia a una determinada población que en términos generales no son merecedores ni aptos para obtener dichos subsidios, es por ello que el Estado debe evaluar dicha política y replantearla de una forma en donde la universalidad domine al interés de una población determinada, para esto se debe: primero, ajustar el carácter y contenido de la reforma que se aplique en lo que respecta a sus bases científicas, morales y políticas y cómo ellas determinan los enfoques evaluativos de quienes la han puesto en práctica; segundo, implicaciones que para los sujetos sociales tiene el carácter universalista o pluralista de enfoques y experiencias históricas en el plano de la justicia sanitaria; tercero, enseñanzas de los enfoques metodológicos de evaluación de programas sociales, particularmente de la experiencia británica de evaluación de inequidades en el campo de la salud; tercero, la búsqueda de una aproximación teórica y metodológica para comprender el contenido y evaluar los efectos de las políticas de salud desde una perspectiva de la justicia sanitaria que coloque en el centro del análisis la igualdad y la pluralidad.

3.3 MODIFICACIONES LEY 100 DE 1993

Con el paso de los años la mencionada Ley 100 de 1993 ha tenido cuatro modificaciones en el tema de salud a través de las Leyes 715 de 2001, 789 de 2002, 1122 de 2007 y 1438 de 2011 en las cuales se legisla y modifica en resumen lo siguiente:

*Ley 715 de 2001

Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros.

*Ley 789 de 2002

Por la cual se dictan normas para apoyar el empleo y ampliar la protección social y se modifican algunos artículos del Código Sustantivo del Trabajo.

*Ley 1122 de 2007

Su objetivo según se señala en su artículo primero fue: "...realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia, control, organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud".⁷²

*Ley 1438 de 2011

⁷² Congreso de Colombia (2007). «Ley 1122». Consultado el 03 de noviembre de 2010

Según lo señala su artículo primero: "...tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera." ⁷³

⁷³ Ley 1438 de 2011 en el portal de la Presidencia de la república de Colombia

4. COBERTURAS DE LA AFILIACION AL SGSSS EN COLOMBIA 2005 A 2010.

4.1. DIFERENCIALES EN LAS COBERTURAS DE LA AFLIACION SGSSS EN COLOMBIA EN EL 2008

La Gran Encuesta Integrada de Hogares es una encuesta mediante la cual se solicita información sobre las condiciones de empleo de las personas (si trabajan, en qué trabajan, cuánto ganan, si tienen seguridad social en salud o si están buscando empleo), además de las características generales de la población como sexo, edad, estado civil y nivel educativo, se pregunta sobre sus fuentes de ingreso y sus gastos (qué compran, cada cuánto lo compran y en dónde lo compran). La GEIH proporcionará al país y sus ciudadanos información a nivel nacional, urbano- rural, regional y departamental.

La encuesta realizada por el DANE, es una investigación que cuantifica y caracteriza las condiciones pobreza, al incluir la medición de las variables relacionadas con la vivienda, los servicios públicos y los miembros del hogar, tenencia de bienes y percepción del jefatura femenina de hogar o del cónyuge sobre las condiciones de vida en el hogar.

En un análisis publicado en el 2009, titulado "Diez años de la expansión del aseguramiento en salud en Colombia "financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo – BID:⁷⁴

"La composición del financiamiento en Colombia se asemeja actualmente a la de los países integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE); el gasto público, que incluye seguridad social, representa más del 80% del gasto total en salud, mientras que la proporción de desembolsos directos es una de las más bajas mundo. Los resultados ratifican que, gracias a las reformas, los subsidios del gobierno con destino a la salud sean el subsidio público más eficiente del país. Los subsidios también han tenido un importante

⁷⁴ Banco Interamericano de Desarrollo (2009), "Diez años de la expansión del aseguramiento en salud en Colombia"

efecto redistributivo. A pesar de estos importantes logros, el sistema enfrenta grandes desafíos para poder lograr una cobertura universal financieramente sostenible."

Pese a que los datos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares corresponden al año 2008, este trabajo mantiene actualidad porque los objetivos de estudio se centran en los determinantes del acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud población colombiana, mas allá de las crisis y reformas del Sistema en los últimos años, las inequidades sociales que condicionan la demanda potencial y efectiva, persisten. En este sentido se considera que el modelo de inequidades en el sistema de acceso al Sistema aquí presentado tiene actualidad.

En de 2011 el gobierno denuncia fraudes en el Sistema relacionados con pagos por prestaciones de servicios no cubiertos en el POS y ordenados por fallos judiciales para ser financiados por el Fosyga y la existencia de una red de corrupción alrededor de los recobros de las EPS al Fosyga.⁷⁵

4.2. TENDENCIAS DE LAS COBERTURAS DE AFLIACION AL SGSSS EN COLOMBIA 2005 - 2010

Colombia en el transcurso de los últimos años a pesar que ha mostrado unas tasas de cobertura de la población al SGSSS aceptables con relación a los años anteriores, se encuentra sujeta a una serie de distorsiones que se han generado en el proceso de implementación tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo, en cuanto a los aspectos conceptuales, a la focalización, distribución de subsidios, afiliación, aseguramiento, contratación, financiamiento, control, vigilancia y la descentralización, con relación a la distribución de subsidios y a la cobertura de afiliación, algunas de las debilidades más relevantes con las que cuenta el régimen subsidiado y el régimen contributivo corresponden a la financiación del sistema, a las deficiencias en la información de la población objetivo, que conllevan a una selección adversa, provocando así se incurra en

⁷⁵ Recobros en salud, un desfaldo anunciado. Revista Semana. Martes 3 Mayo 2011. Consultado el 30 de agosto de 2011

errores de inclusión y exclusión, dificultades con los proveedores de servicios médicos entre otros. A partir de estas dificultades el SGSSS que es alimentado con el régimen subsidiado, contributivo y especial, no se ha mostrado como una política pública eficiente, tal y como era su objetivo primordial en todas las reformas desarrolladas en todos estos años.

El propósito esencial del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y que fue la finalidad de la ley 100 de 1993, comprendía en alcanzar la cobertura universal en la prestación de los servicios asistenciales de salud, en donde se garantizara su operatividad y su financiamiento a través del régimen contributivo, régimen subsidiado, el cual se desprende de los subsidios a la demanda de origen fiscal y los de servicios de atención complementaria (PAC), el

Cual se rige por reglas del mercado. Adicionalmente la ley concibe el plan obligatorio de salud (POS), el cual comprende los servicios de beneficio personal, donde se incluyen los procedimientos e insumos médicos para brindarle y garantizar al individuo la atención básica en la salud ante cualquier eventualidad, dicho plan debe ser ofrecido por las EPS y ARS de los regímenes subsidiado y contributivo; en cuanto al tema de salud publica la ley determino la creación del Plan de Atención Básica (PAB) conocido hoy en día como el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en donde su ejecución es responsabilidad del Gobierno Nacional a través de Ministerio de Protección Social.

Si bien es cierto que la cobertura de salud en Colombia ha aumentado considerablemente de un 60% a un 90 % aproximadamente, en los últimos años, también ha mostrado un crecimiento marginalmente decreciente, toda vez que las condiciones socioeconómicas con las que cuenta el país actualmente no son las más aptas para que la universalidad en la afiliación alcance el 100%. El tipo de régimen que ha sido en mayor parte el responsable del crecimiento en el número de afiliados, ha sido el régimen subsidiado, lo cual significa que cada vez más la seguridad social se financia con recursos públicos, no obstante para alcanzar el

nivel deseado se necesitaría que el régimen contributivo pesara proporcionalmente mas en el crecimiento de la cobertura total, que el régimen subsidiado, ya que una de las finalidades esenciales de la ley 100 del 93 la cual diseño en gran medida el SGSSS que hoy rige a los colombianos, dependía de que el régimen contributivo fuera el más relevante, por ser este financiado con recursos de los aportantes o empleadores.

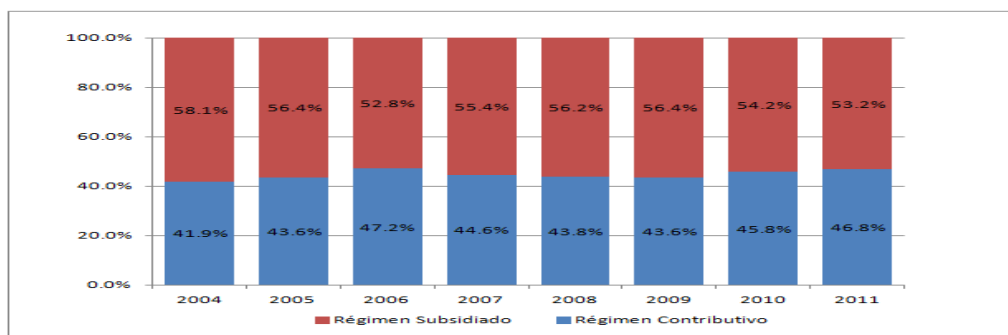
A continuación denotamos el comportamiento de la tendencia en la cobertura de afiliación al SGSSS, tanto del régimen subsidiado como el régimen contributivo desde el año 2004 al año 2011.

**CUADRO 4.2.1 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
HISTÓRICO DE COBERTURA EN AFILIACIÓN SALUD**

AÑO	Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado	Total General	DANE (Estimación y Proyección)	COBERTURA
2004	11,199,073	15,553,474	26,752,547	42,368,489	63.14%
2005	14,270,698	18,438,013	32,708,711	42,888,592	76.26%
2006	17,996,635	20,125,263	38,121,898	43,405,956	87.83%
2007	17,423,153	21,606,812	39,029,965	43,926,929	88.85%
2008	18,405,579	23,601,000	42,006,579	44,451,147	94.50%
2009	18,046,744	23,373,913	41,420,657	44,978,832	92.09%
2010	18,462,916	21,840,891	40,303,807	45,509,584	88.56%
2011	19,620,393	22,295,140	41,915,533	46,044,601	91.03%

Fuente: BDUA Régimen Contributivo - Oficina TIC Ministerio de Salud y Protección Social

**GRAFICO 4.2.1 - COBERTURA AFILIACIÓN PORCENTUAL
RÉGIMEN CONTRIBUTIVO- RÉGIMEN SUBSIDIADO**



En el gráfico 4.2.1 se evidencia como la afiliación al régimen subsidiado ha tenido un peso proporcionalmente mayor al régimen contributivo en los últimos años, tendencia que no está acorde a la finalidad de la ley 100 del 93, que buscaba que la afiliación al régimen contributivo tuviese una proporción mayor al régimen subsidiado en el total de la cobertura al SGSSS.

Las coberturas al SGSSS, denotan diferentes tendencias y comportamientos en cada uno de los aspectos demográficos de la población vinculada, aspectos como el sexo, la edad, la pobreza, indigencia, ubicación geográfica, educación, ocupación entre otros.

Tanto el régimen subsidiado como el régimen contributivo cuentan con un peso proporcional diferente en cada una de las categorías demográficas antes escritas, como por ejemplo, las mujeres cuentan con una mayor participación en el régimen subsidiado que los hombres, no obstante estos últimos tienen relativamente una mayor participación en el sistema de salud por intermedio del régimen contributivo; la población joven tiene una menor participación en el régimen subsidiado en promedio que la población de mayor edad, toda vez que las políticas públicas de las regiones han estado encaminadas a focalizar este grupo poblacional, por ser el más vulnerable.

La educación es un determinante válido en nuestro análisis, además de la GEIH-2008, la Encuesta de Demografía y Salud para los años 2005 y 2010, nos muestran que para las personas que cuentan con un mayor nivel de estudio tienden a pertenecer al régimen contributivo que al régimen subsidiado. Otro de los determinantes esenciales en el análisis, es el índice de riqueza, toda vez que este se correlaciona directamente con la afiliación al régimen contributivo, debido a que las personas que cuentan con mayores posibilidades económicas tienden a vincularse más al régimen contributivo que al subsidiado, igualmente la zona de

ubicación denota que el régimen contributivo tiene una mayor relevancia en las cabeceras municipales que en los cascos rurales, y viceversa.

Las metas que el gobierno se ha puesto para alcanzar una universalidad del 100% se ve empañada por factores como el desempleo y el alto nivel de subempleo con el cuenta en país; siendo estos quienes afectan directamente la afiliación al régimen contributivo, por la no formalización del empleo.

Las inequidades en salud en Colombia en el trascurso de los últimos años se han mantenido, debido a que las inequidades sociales han sido las mismas, razón por la cual el acceso real al SGSSS y al acceso al servicio de salud de buena calidad se han visto afectadas, toda vez que estos se determinan por esas inequidades sociales, tales como el ser pobre, ser indigente, aspectos de género, mujeres cabeza de hogar, edad, ubicación geográfica entre otras.

A pesar de que la carnetización para la prestación del servicio ha aumentado notablemente y que aparentemente las cobertura tienden a llegar a la universalidad, se puede afirmar que este es un asenso potencial y no un asenso real, ya que la atención efectiva no se está dando, no por nada se ha presentado una emergencia en salud en la actualidad, debido a la saturación de la demanda del servicio, acompañada de una oferta que cuenta con unos problemas que se desprenden de la ineficiencia, desde la misma ejecución de los recursos públicos, hasta la prestación del servicio por parte de los diferentes operadores, así como la corrupción que está sujeta en cada uno de los procesos del SGSSS.

En términos generales, si bien es cierto que para los últimos años la meta de llegar a través del régimen contributivo al 70% de la población afiliada al SGSSS no se ha podido cumplir, ya que apenas se ha podido alcanzar un 46%, se puede decir que el alcanzar una afiliación del régimen subsidiado de un 50% de total de la población cubierta, supera todas las expectativas de quienes se encargan de manejar las políticas públicas y deja entre dicho un buen precedente para alcanzar



la tan anhelada universalidad, a pesar de los problemas que agobian a este sistema.

5. INEQUIDADES EN EL ACCESO AL SGSSS DEFINIDOS POR CARACTERISTICAS POBLACIONALES Y CONDICIONES SOCIOECONOMICAS DE VIDA

5.1 CARACTERISTICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO

Una vez tomados los datos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares.

AFILIACION SALUD			
Identificacion	Nombre	Frecuencia	Porcentaje
1	Afiliado	695.159	84,38%
2	No Afiliado	128.371	15,58%
9	No Sabe No Responde	284	0,03%
Total		823.814	

Fuente: DANE – Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008-Colombia

TIPO DE AFILIACION			
Identificacion	Nombre	Frecuencia	Porcentaje
0	Ninguno	128.655	15,62%
1	Regimen Contributivo	351.659	42,69%
2	Regimen Especial	24.557	2,98%
3	Regimen Subsidiado	318.831	38,70%
9	No Sabe No Responde	112	0,01%
Total		823.814	

Fuente: DANE – Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008 - Colombia

El 84.38% de la población colombiana se encuentra afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud lo que indica que hay una aproximación a la universalidad a la que se refiere la norma, el 42.69% de los afiliados está en el régimen contributivo, es decir, que por lo menos la mitad de las personas afiliadas realizan aportes al sistema pero no es lo suficiente para que sea sostenible ya que basta con observar las problemáticas presentadas en lo que al tema se refiere.

De otra parte se presentan los de régimen subsidiado que es el 38.70% de la población total afiliada, un 2.98% de régimen especial, un 0.01% no sabe o no responde y el 15.62% no se encuentra afiliado y de acuerdo con las cifras obtenidas de la misma fuente es un porcentaje muy cercano al de la población en

condiciones de indigencia, presuntamente quienes no encuentran la forma ni siquiera de afiliarse a SISBEN por encontrarse indocumentados, no les interesa, no conocen el sistema, entre otros.

La cifra mas actualizada data del trimestre abril - junio de 2012, que reporta que los afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud en el régimen contributivo son el 50,8%, 47,3% al régimen subsidiado y 1,9% al régimen especial⁷⁶, cifra que se encuentra por encima de la obtenida en la encuesta del 2008 y se aproxima cada vez mas a la política de universalidad y da cumplimiento a lo expuesto en la Constitución Política de Colombia que reza sobre el derecho a la salud.

De acuerdo con los datos tomados del DANE, se estableció que para las variables utilizadas en este estudio se observan las siguientes apreciaciones:

- Ruralidad:

RURALIDAD - GEIH 2008		
Ruralidad	Frecuencia	Porcentaje
Cabecera	744.707	90,40%
Rural	79.107	9,60%
Total	823.814	

Fuente: DANE – Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008 - Colombia

El 90.40% de la población de la encuesta se encuentra ubicada en cabecera municipal con una frecuencia de 704.707 y el restante en zona rural.

- Sexo:

SEXO- GEIH 2008		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	385.718	46,82%
Mujer	438.096	53,18%
Total	823.814	

Fuente: DANE – Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008 – Colombia

⁷⁶ Publicaciones en Pagina Web del Ministerio de la Protección Social. Consultado el 13 de septiembre de 2012.

El 53.18% de la población de la encuesta son mujeres, lo que equivale a 438.096.

- Pobreza:

POBREZA- GEIH 2008		
Pobreza	Frecuencia	Porcentaje
No Pobre	471.015	57,17%
Pobre	352.799	42,83%
Total	823.814	

Fuente: DANE – Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008 – Colombia

Más de la mitad de la población colombiana es no pobre, indica que al menos cubren sus necesidades básicas y cuentan con lo reglamentado en las canastas normativas.

- Jefatura Femenina de Hogar:

JEFATURA FEMENINA DE HOGAR - GEIH 2008		
Jefatura de Hogar	Frecuencia	Porcentaje
Femenina	76.328	36,00%
Masculina	135.721	64,00%
Total Hogares GEIH	212.049	

Fuente: DANE – Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008 - Colombia

El 36% de los hogares colombianos tienen jefatura femenina de hogar, es decir, de los 212.049 hogares que existen en el país, 76.328 tienen jefatura femenina.

- Alfabetismo:

ALFABETISMO- GEIH 2008		
Alfabetismo	Frecuencia	Porcentaje
Si Sabe Leer	693.415	84,17%
No Sabe Leer	130.409	15,83%
Total	823.814	

Fuente: DANE – Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008 - Colombia

En Colombia 693.415 personas saben leer, lo que equivale al 84.17% de la población es alfabeto.

- Indigencia:

INDIGENCIA - GEIH 2008		
Indigencia	Frecuencia	Porcentaje
No Indigencia	704.078	85,47%
Indigencia	119.736	14,53%
Total	823.814	

Fuente: DANE – Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008 – Colombia

En Colombia el 14.53% de la población es indigente, es decir, que carecen de los aspectos básicos de las canastas normativas.

- Edad:

EDAD - GEIH 2008		
Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje
(0-4)	71.919	10,37%
(5-9)	78.331	11,30%
(10-14)	80.168	11,56%
(15-19)	80.310	11,58%
(20-24)	70.389	10,15%
(25-29)	66.604	9,61%
(30-34)	55.906	8,06%
(35-39)	54.579	7,87%
(40-44)	54.439	7,85%
(45-49)	49.535	7,14%
(50-54)	41.699	6,01%
(55-59)	33.401	4,82%
(60-64)	25.765	3,72%
(65-69)	20.512	2,96%
(70-74)	15.767	2,27%
(75-79)	11.880	1,71%
(80-84)	7.116	1,03%
(85+)	5.494	0,79%
Total	823.814	118,81%

Fuente: DANE – Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008 - Colombia

Se observa que el mayor número de personas colombianas se encuentran entre los 15 y 19 años de edad lo que indica que la generación que viene en crecimiento será mayor a la que en este momento es económicamente activa.

- Estrato oficial del barrio donde reside:

ESTRATO OFICIAL DEL BARRIO DONDE RESIDE - GEIH 2008		
Estrato oficial del barrio donde reside Id (1-6)	Frecuencia	Porcentaje
0	424.018	51,47%
1	36.703	4,46%
2	110.911	13,46%
3	172.949	20,99%
4	56.065	6,81%
5	16.800	2,04%
6	6.368	0,77%
Total	823.814	

Fuente: DANE – Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008 - Colombia

La mayoría de personas en Colombia son estrato oficial del barrio donde reside 0, que podría tomarse como personas pobres no indigentes que viven en condiciones precarias pero que no tienen lo suficiente. Esta variable analizada a la luz de la variable edad nos indica que en este estrato oficial del barrio donde reside es donde mas personas hay y donde presuntamente se encuentra el mayor numero de población entre 15 y 19 años, por lo cual se concluye que hay un problema de salud pública en referencia a los métodos de planificación.

De otra parte se establece que podría constituirse en un error de los datos de la muestra y que las personas no responden de manera adecuada, la población encuestada no respondió o el dato no fue preguntado por parte del encuestador.

5.2 MODELIZACIÓN DE LAS VARIABLES

A continuación se observan los modelos PROBIT, procesados a través del software estadístico STATA, realizados con los datos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares 2008, en donde se estructuró un modelo que incluye las variables jefatura femenina de hogar, ruralidad, sexo, edad, pobreza, indigencia, alfabetismo y estrato oficial del barrio donde reside, como variables independientes y como variable dependiente la probabilidad de estar afiliado a algún régimen de salud en Colombia.

Los resultados se presentan en la siguiente tabla:

TABLA 1 :EFECTOS MARGINALES DE PERTENECER A ALGUN REGIMEN DE AFILIACION EN SALUD			
VARIABLES	1 Afiliado	2 Afiliado	3 Afiliado
JEFATURA FEMENINA DE HOGAR	0.0194*** (0.00110)	0.0170*** (0.00109)	0.0172*** (0.00108)
RURALIDAD	0.0106*** (0.00133)	0.00291** (0.00136)	-0.0296*** (0.00201)
SEXO	0.0309*** (0.000852)	0.0302*** (0.000836)	0.0304*** (0.000868)
EDAD	0.000671*** (2.37e-05)	0.000693*** (2.34e-05)	0.000658*** (2.32e-05)
POBREZA	0.0342*** (0.00129)	0.0211*** (0.00129)	0.0192*** (0.00129)
INDIGENCIA	0.0172*** (0.00125)	0.00787*** (0.00126)	0.00513*** (0.00127)
ALFABETISMO	0.00501*** (0.00126)	0.00967*** (0.00123)	0.0104*** (0.00122)
OBSERVATIONS	781,048	781,048	780,97
EFFECTOS FIJOS DPTO	NO	SI	SI
ACIERTOS ⁷⁷	84.68	84.68	84.70

Robust standard errors in parentheses ***

p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

⁷⁷ Corresponde al número de veces que concuerda la probabilidad de estar afiliado a algún régimen y es mayor al error, es decir, a 0.05 para este caso en particular, es tomado por cada 100 registros, y en el caso de que el número sea menor que 30 es un modelo no significativo.

En esta tabla se presentan los efectos marginales que son determinados a través de:

$$\frac{\partial G(\mathbf{x}\hat{\beta})}{\partial x_j} = \phi(\mathbf{x}\hat{\beta}) \beta_j$$

Estos resultados aplican para el caso en que la variable es continua⁷⁸ y con:

$$G(\hat{\beta}_1 x_1 + \dots \hat{\beta}_j (x_j + 1) + \dots + \hat{\beta}_k x_k) - G(\hat{\beta}_1 x_1 + \dots \hat{\beta}_j x_j + \dots + \hat{\beta}_k x_k)$$

Como se observan, los estimadores son estadísticamente significativos dados los diferentes comportamientos de cada variable dependiente y las agrupaciones realizadas de la siguiente manera:

Columna (1): Se presentan el efecto de las variables descritas arriba sin incluir los efectos fijos de departamento. La variable rural toma el valor de 1 si la zona donde vive la persona es rural y cero si la zona donde vive es urbana.

Columna (2): Se incluyen efectos fijos de departamento. La categoría de control es el departamento del Valle (por *default*⁷⁹), y todos los departamentos tienen efecto diferencial significativo sobre la probabilidad de afiliación excepto Atlántico y Cauca.

Columna (3): Se incorporan 256 efectos fijos de departamento con el fin de recoger las variables no observadas inherentes a cada uno de estos y evitar sesgos en los estimadores.

Las variables que impactan la probabilidad conjunta de ser afiliados a salud son, la pobreza, la indigencia, el sexo, además, la columna (1) no contiene efectos fijos de

⁷⁸ Variable continua: la que puede tomar los infinitos valores de un intervalo.

⁷⁹ Por default: (por defecto): Inexacto por debajo del límite que debería alcanzar.

departamentos, siendo entonces mayor el impacto de estas variables en la probabilidad de afiliación a un sistema de seguridad social en salud.

En palabras, se ha detectado la evidencia empírica que la línea de indigencia, pobreza, tienen un choque inverso sobre el acceso a la seguridad social en salud⁸⁰, el género y el hecho de ser cabeza de hogar tiene un efecto directo sobre la probabilidad que un individuo esté afiliado.

Estos resultados deben reevaluarse en el caso de variables discretas⁸¹.

Por definición, f es la función de densidad de probabilidad de la distribución normal y sea k es el número de variables explicativas del modelo. A diferencia de una regresión estándar, como el efecto de un cambio en X_j sobre la probabilidad de estar afiliado a salud depende a su vez de los otros coeficientes y de las otras variables explicativas, entonces se reemplaza en las ecuaciones 3 y 4 cada x por su respectivo promedio (\bar{x}) y los coeficientes que se estimaron en la ecuación 2.

Sin embargo, como la única variable continua en el modelo (edad) se discretizó⁸² y todas las restantes son *dummies*, la ecuación (3) no se utiliza para los efectos marginales y la ecuación (4) sólo para la variable estrato. Por lo tanto, para las restantes estos efectos se calcula a través de:

$$G(\tilde{\beta}_1 x_1 + \dots + \tilde{\beta}_{j-1} x_{j-1} + \dots + \tilde{\beta}_j + \dots + \tilde{\beta}_{j+1} x_{j+1} + \dots + \tilde{\beta}_k x_k) \\ - G(\tilde{\beta}_1 x_1 + \dots + \tilde{\beta}_{j-1} x_{j-1} + \tilde{\beta}_{j+1} x_{j+1} + \dots + \tilde{\beta}_k x_k)$$

Donde X_j toma el valor de 1 en la función del lado izquierdo del menos y 0 a la derecha. El signo de este coeficiente es contraintuitivo⁸³, es decir, está mostrando que el vivir en un área rural aumenta la probabilidad de tener seguridad social en salud; de hecho vivir en un área rural aumenta la probabilidad de estar afiliado en un 1%.

80 Fortaleciendo entonces el efecto del ingreso sobre el acceso a los derechos fundamentales, en particular, a la salud, concepto de Ciudadanía Patrimonial.

81 Variable discreta: aquella que entre dos valores próximos puede tomar a lo sumo un número finito de valores.

82 Discretizó: Proceso aplicado a la variable ingreso en el que se dan de modo inherente separaciones entre valores observables sucesivos

83 Contraintuitivo: Va en contra de la intuición, es decir, el signo negativo que antecede el resultado no indica que sea menor.

El coeficiente de la *dummy* mujer muestra que la probabilidad de afiliación aumenta al ser mujer en un 3.1%. De igual forma al ser más joven es menos probable estar afiliado a algún servicio de salud.

El promedio de edad definido en la encuesta es 29 años, asumiendo que un individuo se encuentre en este rango, el aumento de un año hace que sea 0.067% más probable estar afiliado; siendo estos resultados plausibles en el sentido teórico y constituyen análisis de dichas variables, se puede magnificar el resultado que sin tener en cuenta el tipo de afiliación de cada individuo, los pobres y las personas que se encuentran por debajo del nivel de indigencia tienen menor probabilidad de afiliación. Este resultado se mantiene en los dos modelos (continuo y discreto), si la persona es pobre o extremadamente pobre tiene un 3.4% o un 1.72% más de probabilidad de estar afiliado a algún régimen de salud respectivamente y si este no es analfabeta aumenta esta probabilidad en un 0.5%.

En la columna (2), los efectos de jefatura femenina de hogar, sexo y edad son muy parecidos mientras que el efecto de ruralidad disminuyó sustancialmente al pasar del 1% a 0.3%, sin embargo sigue siendo significativo. Los efectos de pobreza e indigencia también se redujeron en 30% y 50% respectivamente (con respecto a la columna anterior (1)).

Si se observa detalladamente la columna (3), uno de los resultados con mayor ponderación es el cambio de signo de la variable rural, ahora el efecto de ésta sobre la probabilidad de afiliación a salud es negativo y significativo; una persona que vive en la zona rural tiene casi un 3% menos de probabilidad de estar afiliada.

Esto supone que los efectos fijos de los departamentos, no observables y que mitigan el sesgo, efectivamente son significativos y se representa empíricamente el grado de vulnerabilidad sobre el cual la población rural está en la actualidad expuesta.

Las otras variables presentan coeficientes iguales y magnitudes similares a las de la columna 2. Al final de la tabla se muestra el porcentaje de aciertos que tiene el modelo.

Para esto se determina la predicción $G(x/3)$ para cada persona donde al ser mayor o igual a 0.5 se crea una variable que toma el valor de 1 y al ser menor tomará el valor de cero. Los aciertos están determinados por la proporción de coincidencias entre esta variable y la dependiente. En las tres columnas se puede ver que el porcentaje de aciertos es alto, con alrededor de 84.7%, lo que indica que el modelo se equivoca aproximadamente sólo en 15 de cada 100 casos.

Ampliación a la modelación: Estrato oficial del barrio donde reside oficial

Se definió el Estrato oficial del barrio donde reside como expresión de diversas categorías para el nivel de vida⁸⁴; la categorización del modelo por columnas es similar al modelo anterior:

Columna (1): no tiene efectos fijos de departamento.

Columna (2): Incluye efectos fijos de departamento.

Columna (3): Incluye efectos fijos de departamento.

Los resultados de esta ampliación son similares al primer modelo corrido, aunque se observa que en el modelo que incluyó efectos fijos de departamento, se aumenta ligeramente el porcentaje de aciertos; se aclara que los resultados de este modelo tienen un sesgo, debido a que nunca generaron una predicción por debajo de 0.5, por lo que los no aciertos en los modelos constituyen la misma proporción de personas no afiliadas a ningún régimen.

El modelo sobre el cual se orienta la discusión de la presente investigación es aquel en el cual se incluyen los efectos fijos de departamentos, toda vez que se obtiene una mayor

84 En particular, el estrato oficial del barrio donde reside está asociado a los ingresos que perciba un individuo o su grupo social donde interactúa, como el caso de una familia, compartiendo un lugar de residencia, dadas unas condiciones espacio-ambientales y demográficas, permite abstraer ciertos criterios sobre la calidad de vida.

variabilidad en la predicción del modelo, en este caso el 0.15% de las predicciones está por debajo de 0.5.

Aunque es un porcentaje bajo en términos relativos, lo que presenta la evidencia empírica es que se deben incluir efectos fijos de departamento, interpretados porque la variabilidad en las características individuales no es una variable suficiente para generar predicciones acertadas de las personas que no están afiliadas.

Para la modelación de esta variable estrato oficial del barrio donde reside se incluyeron 7 niveles; 6 estrato oficial del barrio donde resides ordenados y un estrato oficial del barrio donde reside cero para los lugares en que no exista esta clasificación; para introducirla se aplicó la forma discreta ordenada de cero a seis, un supuesto es que el estrato oficial del barrio donde reside cero es una condición más desfavorable que el estrato oficial del barrio donde reside 1, para los propósitos de esta investigación.

El efecto promedio en las 3 columnas es del -2%, por lo que al subir un estrato oficial del barrio donde reside se reduce en 2% la probabilidad de estar afiliado. Sin embargo, estos resultados pueden presentar un problema de co-linealidad con la variable Ingreso.

En efecto, se realizó la modelación incluyendo la variable estrato oficial del barrio donde reside y como resultado, en los modelos que incluyen efectos fijos de departamento y departamento, el estimador del efecto del ingreso fue significativo estadísticamente y positivo.

Se puede concluir que el estrato oficial del barrio donde reside incluye el efecto ingreso y los parámetros de esta estimación conjunta sesgan por la correlación alta, los resultados.

La inclusión de esta última ayuda a garantizar que se aislé el efecto del estrato oficial del barrio donde reside, donde al igual que la variable rural, sigue manteniendo un efecto contributivo.

TABLA 2 :EFECTOS MARGINALES DE PERTENECER A ALGUN REGIMEN DE AFILIACION EN SALUD, INCLUYENDO LA VARIABLE ESTRATO			
VARIABLES	1 Afiliado	2 Afiliado	3 Afiliado
JEFATURA FEMENINA DE HOGAR	0.0183*** (0.00107)	0.0164*** (0.00106)	0.0170*** (0.00105)
RURALIDAD	0.000478 (0.00140)	-0.00931*** (0.00149)	-0.0313*** (0.00207)
SEXO	0.0310*** (0.000839)	0.0304*** (0.000823)	0.0305*** (0.000853)
EDAD	0.000705*** (2.44e-05)	0.000709*** (2.41e-05)	0.000666*** (2.39e-05)
POBREZA	0.0355*** (0.00127)	0.0219*** (0.00127)	0.0197*** (0.00127)
INDIGENCIA	0.0173*** (0.00124)	0.00988*** (0.00125)	0.00610*** (0.00128)
ALFABETISMO	0.00398*** (0.00126)	0.00913*** (0.00124)	0.0102*** (0.00123)
ESTRATO	-0.00957*** (0.000285)	-0.0117*** (0.000426)	-0.00472*** (0.000541)
OBSERVATIONS	781,048	781,048	780,97
EFFECTOS FIJOS DPTO	NO	SI	SI
ACIERTOS	84.68	84.68	84.70

Standard errors in parentheses

***p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

5.2.1 Determinantes de pertenecer al régimen subsidiado

La modelación anterior da un análisis sobre que variables impactan, positiva o negativamente, el hecho de pertenecer a algún régimen indiferente si es subsidiado o contributivo.

Los cambios en el modelo muestran que el efecto de no alfabetismo sobre la probabilidad de estar afiliado pasó del 0.5% al 0.96% mientras ahora el impacto del estrato sobre la probabilidad de afiliación es de 1.76%.

Entendiendo las limitaciones a los principios de inequidad social expresados en el análisis teórico, no es de esperarse que las variables modeladas afecten de igual manera en magnitud y dirección a la probabilidad de estar en el régimen subsidiado que a la probabilidad de estar en cualquier régimen. La siguiente ecuación utiliza las mismas covariadas que la ecuación 1 pero ahora determinando la probabilidad de pertenecer al régimen subsidiado.

$$P(S_{ij}) = f(\alpha + \alpha_j + \beta x_{ij} + u_i)$$

Dónde:

$P(S_{ij})$ es la probabilidad que la persona i en el departamento j pertenezca al régimen subsidiado

u_i es el término de error.

La variable dependiente asociada toma el valor de cero si la persona está afiliada a otro régimen o si no está afiliada a seguridad social en salud.

TABLA 3 :EFECTOS MARGINALES DE PERTENECER A REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD			
	1	2	3
VARIABLES	Afiliado	Afiliado	Afiliado
JEFATURA FEMENINA DE HOGAR	-0.0344*** (0.00159)	-0.0421*** (0.00160)	-0.0433*** (0.00164)
RURALIDAD	0.145*** (0.00228)	0.141*** (0.00236)	0.0374*** (0.00290)
SEXO	0.00910*** (0.00123)	0.00739*** (0.00124)	0.00871*** (0.00125)
EDAD	0.000500*** (3.47e-05)	0.000696*** (3.51e-05)	0.000630*** (3.55e-05)
POBREZA	-0.0367*** (0.00188)	-0.0371*** (0.00192)	-0.0369*** (0.00196)
INDIGENCIA	-0.0681*** (0.00188)	-0.0777*** (0.00189)	-0.0833*** (0.00199)
ALFABETISMO	0.0539*** (0.00188)	0.0535*** (0.00190)	0.0535*** (0.00192)
OBSERVATIONS	781,048	781,048	781,048
EFFECTOS FIJOS			
DPTO	NO	SI	SI
ACIERTOS	72.50	73.56	74.08

Robust standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

En la tabla (3) se muestran los resultados utilizando las mismas variables explicativas del modelo inicial⁸⁵ pero cambiando la variable dependiente por la descrita en el párrafo anterior. Acá se puede ver que en este modelo ser pobre, ser extremadamente pobre, ser cabeza de hogar y tener menor ingreso disminuyen la probabilidad de estar en el régimen subsidiado mientras ser mujer, tener mayor edad, estar en el área rural y no ser analfabeta la aumenta⁸⁶.

De esta forma, los resultados de los parámetros de pobreza e indigencia son inversos a lo que teóricamente se esperaría, contrario a los visto en las tablas 1 y 2; si una persona es pobre -manteniendo todo lo demás constante- tiene un 3.7% menos de probabilidad de pertenecer al régimen subsidiado y si es indigente un 6.81%, mientras que se esperaría que esta población vulnerable fuera la que estuviera accediendo a los beneficios de salud subsidiada⁸⁷.

Por estos resultados se puede intuir que esa mayor probabilidad de las personas pobres está recayendo sobre otros tipos de afiliación diferentes a la subsidiada dejando un poco en entredicho la efectividad de la focalización de las personas que deben pertenecer a este régimen⁸⁸.

Al observar los efectos fijos de departamento, no se observan cambios en los signos de los estimadores para ninguna de las variables; utilizando la inferencia, se puede determinar que hay pocos efectos no observados a nivel de departamento, que no estuvieran siendo recogidos por las características de las personas.

Dentro de los cambios en las magnitudes que vale la pena resaltar y que tal vez estaban teniendo algo de sesgo por la ausencia de éstos efectos fijos, es la disminución del efecto de pertenecer a la zona rural el cuál pasó de 14.5% a 3.74%.

⁸⁵ Como variables independientes la edad, una dummy zona, una dummy de género, una dummy indicativa si la persona se encuentra en la categoría de pobreza, una dummy de indigencia o pobreza extrema, grado de analfabetismo y el ingreso se introduce por rangos, donde estos se escogen de acuerdo a los límites que determinan los deciles en la distribución de ingresos mensuales de la muestra

⁸⁶ De nuevo, observando únicamente la tabla sin efectos fijos de departamentos ni departamentos.

⁸⁷ Es probable que los modelos de las tablas 1 y 2, que incluyen el hecho de pertenecer a algún régimen de seguridad social en salud, incluya el hecho que "afiliación" corresponde a ser "beneficiario" de alguien, además, la población vulnerable usualmente se auto-excluye de los procesos de integración social que suponen los accesos a la Seguridad Social en Salud.

⁸⁸ Esta discusión amerita un panel mucho más profundo, que se puede orientar en otro documento, para futuras investigaciones.

En la tabla (4), se realizó la ampliación, incluyendo la variable Estrato oficial del barrio donde reside, en esta se puede ver que para todas las especificaciones el subir de estrato oficial del barrio donde reside disminuye la probabilidad de estar en el régimen subsidiado en un 5% para el primer modelo (columna 1), en 7.7% cuando se incluyen efectos fijos de departamento.

TABLA 4 :EFECTOS MARGINALES DE PERTENECER A REGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD, INCLUYENDO LA VARIABLE ESTRATO			
	1	2	3
VARIABLES	Afiliado	Afiliado	Afiliado
JEFATURA FEMENINA DE HOGAR	-0.0408*** (0.00158)	-0.0464*** (0.00159)	-0.0469*** (0.00165)
RURALIDAD	0.0861*** (0.00220)	0.0548*** (0.00229)	0.00789*** (0.00275)
SEXO	0.00939*** (0.00123)	0.00883*** (0.00123)	0.00987*** (0.00125)
EDAD	0.000684*** (3.49e-05)	0.000795*** (3.52e-05)	0.000759*** (3.55e-05)
POBREZA	-0.0307*** (0.00184)	-0.0341*** (0.00187)	-0.0327*** (0.00191)
INDIGENCIA	-0.0704*** (0.00183)	-0.0689*** (0.00186)	-0.0706*** (0.00200)
ALFABETISMO	0.0488*** (0.00183)	0.0497*** (0.00185)	0.0504*** (0.00187)
ESTRATO	-0.0498*** (0.000431)	-0.0774*** (0.000683)	-0.0869*** (0.000915)
OBSERVATIONS	781,048	781,048	781,048
EFFECTOS FIJOS DPTO	NO	SI	SI
ACIERTOS	73.04	74.08	74.38

Standard errors in parentheses *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

6. CONCLUSIONES

- En todos los modelos las mujeres y las personas con mayor edad son los que tienen una mayor probabilidad de estar afiliados ya sea a cualquier régimen de salud o solamente al subsidiado.
- La Constitución Política Colombiana, establece que el país es un Estado Social de Derecho en el que todos los individuos que hacen parte de ella tienen derecho a la igualdad, entre otros preceptos, lo que configura una inexistencia de desigualdades e inequidades sociales, pero en Colombia este principio no se cumple de manera estricta, si se tiene en cuenta que aun existen 15.58% de la población sin ningún tipo de afiliación a salud.
- Las mujeres que son jefes de hogar, los pobres y los alfabetos tienen una mayor probabilidad de estar afiliados a salud mientras que de estos los pobres y los de estrato oficial del barrio donde reside bajo tienen menor probabilidad de ser beneficiarios del régimen subsidiado.
- La variable alfabetismo, tanto para la probabilidad de estar afiliado a algún régimen en salud, como para la probabilidad de estar afiliado al régimen subsidiado, determina una alta probabilidad, lo que indica que el grupo más vulnerable de la población (los analfabetas⁸⁹) son las personas que no tienen ningún tipo de afiliación a seguridad social en salud.
- Una persona pobre tiene una mayor probabilidad de pertenecer a cualquier tipo de régimen.
- La inequidad social esta determinada por diferentes factores sociales pero la afiliación en salud y la calidad del servicio que recibe cada individuo fijan factores incidentes y de alta relevancia.

⁸⁹ Analfabeto: Persona que carece de conocimiento de lectura y escritura.

- Las reformas normativas en el tema de salud procuran adoptar leyes que contribuyan al mejoramiento de la prestación de servicios de salud en Colombia y el crecimiento de tasas de afiliación, en cumplimiento de la política de universalidad fijada en la Ley 100 de 1993.
- La mayoría de la población colombiana reside en el área urbana del país, esto de alguna manera garantiza el acceso a la salud por el aumento de posibilidades de ubicar una entidad prestadora de salud cercana y mejora las tasas de alfabetismo porque aumentan las posibilidades de asistir a una institución educativa.
- Las mujeres son la mayor proporción de habitantes de la población colombiana.
- La mayoría de la población colombiana se encuentra entre los 15 y 19 años, este indicador en un momento dado puede contribuir al mejoramiento de la economía colombiana por ser población que esta en edad productiva, pero también indica que se deben fijar políticas de salud pública para hacer efectivo control a la natalidad, si se tiene en cuenta que es un grupo de personas en edad reproductiva.
- El 84.38% de la población colombiana se encuentra afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud lo que indica que hay una aproximación a la universalidad a la que se refiere la norma.
- Los indigentes tienen una baja probabilidad (6.81%) de pertenecer al régimen subsidiado de salud, esto puede ser explicado porque no son una población a la cual se realice encuesta de SISBEN porque no residen permanentemente en un lugar con dirección establecida.

7. RECOMENDACIONES

- El Gobierno debe trazar políticas eficientes, eficaces, reales y cumplibles que propendan la disminución de las inequidades sociales y den cumplimiento al mandato constitucional de Estado Social de Derecho.
- Rediseñar las encuestas del SISBEN, para que cumplan eficientemente su función de servir como instrumento de focalización para la identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales.
- Identificar la población que aun no se encuentra afiliada a ningún tipo de régimen (15.58%), indagar sobre su situación actual para evidenciar cual es el motivo de su condición y procurar su afiliación inmediata de acuerdo con sus realidades, al régimen contributivo o subsidiado.
- Realizar cruces de información entre las bases de datos de las entidades publicas y la información obtenida en las encuestas del SISBEN para identificar la verdadera situación de los individuos afiliados y los presuntos errores de clasificación, sobre todo para el régimen subsidiado, en donde se presume que existen personas que probablemente podrían pertenecer al régimen contributivo por contar con medios económicos para el pago del servicio de salud, y de manera contraria personas que de acuerdo con sus condiciones deberían pertenecer al régimen subsidiado pero el puntaje de su encuesta fue sobrevalorado y por ello no pertenecen a este y sin embargo no cuentan con medios económicos suficientes para el pago de servicio de salud en el régimen contributivo y por ello probablemente hagan parte de las personas que no se encuentran afiliadas a ningún régimen.
- Generar la confianza suficiente por parte de los encuestadores y empleados del Estado para que la población no oculte datos de la situación social o económica, para hacer mas confiable y veraz la información recibida y

procesada por las entidades del Estado, que a su vez son insumos para realizar documentos académicos, poblacionales, estadísticos, informes oficiales, entre otros.

8. BIBLIOGRAFIA

- “Declaración Universal de los Derechos Humanos”, www.un.org/es/documents/udhr, consultado el 17 de enero de 2012
- “Ensayo Inequidad Social”, 2425805, www.buenastareas.com, consultado marzo 2 de 2011.
- “Organización Internacional del Trabajo 1991”, www.oitcolombia.org, consultado el 17 de enero de 2012
- Banco Interamericano de Desarrollo (2009), “Diez años de la expansión del aseguramiento en salud en Colombia”
- Congreso de la Republica (1990), Ley 10 de 1990
- Congreso de la Republica (2007), Ley 1122 de 2007
- Congreso de la Republica, Artículo 59 de la ley 489 de 1998
- Congreso de la Republica, Ley 100 de 1993
- Corte Constitucional, Sentencia T-561/03
- Departamento Administrativo de estadística Nacional –DANE- (2011), “Gran Encuesta de Hogares- Total ocupados por afiliación a seguridad social en salud (según régimen) y en pensiones”, Informe 2001 N0004790 2011/08/10
- Departamento Nacional de Estadística –DANE- (2005), “Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005”
- Departamento Nacional de Estadística –DANE- (2010), “Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, capítulo 14: afiliación, percepción y uso de servicios del SGSSS”

- Departamento Nacional de Planeación (2009), http://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDS/Pobreza/En_Qu_e_Vamos/canastas_normativas.pdf
- Departamento Nacional de Planeación (2009), <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=8hIXDeJ%2FbRE%3D&tabid=337>
- Foro Emergencia Social en Salud (2010), “Emergencia social en salud”, www.foroin.com/2010/02/emergencia-social-salud.html, consultado el 10 de mayo de 2011
- Fuchs 1965
- Galbraith, 1958, 23
- Gillie Alan (1996), “The origin of the poverty line”, en Economic History Review, 49, 726
- Herrera Tello V. (2010), “Régimen subsidiado de salud: evolución y problemática”
- International Society for Equity in Health (June 2002), “The Toronto declaration on Equity in Health”, Conference Statement: 2nd Intenational Conference, Toronto
- Jaramillo Pérez I. (2011), “Hacia un colapso en el régimen subsidiado en salud?”
- Kawachi I, Subramanian SV & Almeida – Filho N (2002), “glossary for health inequalities”, J. Epidemiol Community Health, pp 56, 647-652.
- Kunst AE & Mackenback JP (1994), “Measuring socioeconomic inequalities in health”, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, pp 115.

- Londoño de la Cuesta JL (1997), “Presente y futuro de la Reforma de Seguridad Social en Salud”, Salud y Gerencia, Universidad Javeriana
- López Díaz Z. (2010), “Modelo de atención en salud”
- Macinko J & Starfield B (2002), “ Annotated Bibliography on Equity in Health (1980 – 2001)”
- Ministerio de la protección social (2005), “Politica Nacional de Prestación de Servicios de Salud”, ISBN 958-97166-4-4
- Ministerio de la protección social (2007), “Decreto 3039 de agosto 10 de 2007”
- Ministerio de la Protección Social (2012), “Acerca del Ministerio: Funciones”.
<http://www.minsalud.gov.co/acercaMinisterio/Paginas/objetivosFunciones.aspx>
- Ministerio de la Protección Social, “Publicaciones”,
www.minproteccion.gov.co, consultado el 13 de septiembre de 2012
- Ministerio de la protección social, “Sistema de Salud en Colombia”,
www.wikipedia.org/wiki, consultado el 12 de julio de 2012
- Orozco Africano J (2010), Biblioteca Virtual de Derecho, Economía y Ciencias Sociales, “Antecedentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, Capitulo 2
- Presidencia de la Republica de Colombia (2011), Ley 1438 de 2011
- Putman (1993), “Definición capital social”
- Revista Semana (2011), “Recobros en salud, un desfalco anunciado”,
www.revistasemana.com, consultado el 30 de agosto de 2011

- Ronderos MT (2011), “Lo mejor y lo mas débil del sistema de salud colombiano”, entrevista a los expertos internacionales, revista semana 2011.
- Santa María M. (2008), “Articulo El Espectador”, Fedesarrollo, www.elespectador.com.co, consultado el 17 de agosto de 2008
- Sarmiento GA, Gonzalez JI & Rodriguez LA (1999), “Eficiencia Horizontal y Eficiencia Vertical del Sistema de Selección de Beneficiarios -SISBEN-“, numero 21
- Supersalud (2011), “Boletines”, www.supersalud.gov.co/supersalud/.

9. ANEXOS

9.1 PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR EL AJUSTE A CUENTAS NACIONALES⁹⁰

El procedimiento para efectuar el ajuste a Cuentas Nacionales (CN) es el siguiente:

1. Cálculo del Factor de Ajuste Poblacional (FAP) para aplicarlo a los factores de expansión de las encuestas FE, por cuanto no tienen cobertura nacional. Para cabecera y resto se obtiene el factor de ajuste poblacional FAP dado por la relación:

$$\text{FAP} = \text{Proyección poblacional} / \text{Población EH}$$

El nuevo FE queda determinado por:

$$\text{NFE} = \text{FE} * \text{FAP}$$

Nota: El NFE solo se utiliza para efectos de obtener los factores de ajuste de los ingresos.

2. Homologación de fuentes de ingreso y cálculo de los factores de ajuste por fuente:

Sueldos y salarios (SS): Asalariados

$$\text{FS} = \text{Monto SS CN} / \text{Monto anual Salarios EH}$$

Ingreso mixto (IM): Independientes

$$\text{FIM} = \text{Monto IM CN} / \text{Monto anual Ingreso de Independientes EH}$$

Otros ingresos (OI): Todos los perceptores

$$\text{FOI} = \text{Monto OI CN} / \text{Monto anual Otros ingresos EH}$$

Importante: Para el cálculo de los factores de ajuste se trabaja con el ingreso anualizado de las EH, en millones, expandido con el NFE.

3. Aplicación de los factores FS, FIM y FOI a cada fuente para obtener el ingreso ajustado por fuente así:

$$\text{Salarios: } \text{IS}_{\text{AJ}} = \text{IS} * \text{FS}$$

⁹⁰ Departamento Nacional de Planeación (2009), <http://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=8h1XDeJ%2FbRE%3D&tabid=337>

Independiente: $IM_AJ=IM*FIM$

Otros Ingresos: $OI_AJ=OI*FOI$

4. Cálculo del Ingreso Total Ajustado ITA por perceptor

Asalariados: $ITA_A=IS_AJ + IO_AJ$

Independientes: $ITA_I=IM_AJ + IO_AJ$

Otros perceptores: $ITA_OP=IO_AJ$

5. Agregación a nivel de Unidad de Gasto de la variable ITA como:

$ITA_UG = \Sigma ITA \text{ de Perceptores } UG$

6. Cálculo del factor de ajuste para los propietarios de vivienda FV así:

$$FV = \frac{(\Sigma ITA_UG \text{ de Propietarios} * FAP * 12 / 1000000 + EBE \text{ CN})}{(\Sigma ITA_UG \text{ de Propietarios} * FAP * 12 / 1000000)}$$

7. Aplicación del factor de ajuste FV al ingreso total de la U.G. de los propietarios:

$ITA_UG_AJ = ITA_UG * FV$

9.2 CANASTAS NORMATIVAS

9.2.1 Canasta Normativa de Alimentos Diez Ciudades⁹¹

Canasta normativa de alimentos-Diez ciudades
Predos Implícitos promedio Encuesta de Ingresos y Gastos de agosto de 1994

Código artículo	Alimentos	Calorías (Kca)	Proteínas (g)	Caldo (mg)	Hierro (mg)	Niacha (mg)	Vitamina A (E.Retinol)	Riboflavin (mg)	Tiamina (mg)	Vitamina C (mg)	Predo gramo	Cantidad gramos	Valor U
1111	Arroz de seco	3,9000	0,0780	0,0900	0,0000	0,0100	0,0000	0,0000	0,0007	0,0000	0,9010	165,0	82,7
1118	Malt (amarillo, poto, blanco, pita, etc.)	3,4600	0,0620	0,1000	0,2000	0,0000	0,2000	0,0000	0,0000	0,0100	0,2500	20,0	7,0
1119	Pasta o fideos para sopa	3,4300	0,1020	0,2500	0,0370	0,0070	0,0000	0,0004	0,0013	0,0000	0,6950	30,0	20,9
1122	Harina precocida de malt (Amparina, Promasa, etc.)	1,3800	0,0280	0,0200	0,0300	0,0010	0,0000	0,0010	0,0002	0,0000	0,5420	20,0	10,8
1127	Pan	3,1700	0,0100	0,0000	0,0040	0,0100	0,0000	0,0007	0,0013	0,0000	0,5240	80,0	40,1
1129	Arepas (solas, con huevo, de chodo, etc.)	1,6100	0,0050	0,0500	0,0100	0,0000	0,0200	0,0000	0,0000	0,0000	0,8600	8,6	7,5
1412	Leche natural	0,6000	0,0340	1,2000	0,0020	0,0030	0,0000	0,0018	0,0006	0,0100	0,3100	50,0	15,5
1413	Leche pasteurizada	0,5000	0,0340	1,2000	0,0030	0,0010	0,2000	0,0018	0,0004	0,0100	0,4201	250,0	105,0
1416	Queso, cuajada y quesillo	2,4100	0,1260	6,0400	0,0100	0,0020	1,8000	0,0046	0,0004	0,0000	2,3955	25,0	58,9
1211	Carne sin hueso de res	1,5000	0,2150	0,0600	0,0370	0,0010	0,0000	0,0023	0,0008	0,0000	2,5914	40,0	100,7
1212	Carne con hueso de res	2,5755	0,1590	0,0510	0,0255	0,0040	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	1,7428	5,2	9,1
1213	Hueso de res	0,3000	0,0030	0,0120	0,0054	0,0020	0,0000	0,0005	0,0002	0,0000	0,9574	19,0	18,2
1221	Carne de gallina y pollo	1,7480	0,1092	0,0800	0,0090	0,0080	0,0000	0,0010	0,0005	0,0000	1,8610	25,0	69,2
1230	Menudencias de gallina o pollo	1,6990	0,1435	0,1810	0,0140	0,0050	0,0210	0,0070	0,0000	0,0420	0,9279	5,0	4,6
1261	Pescado de mar (fresco o congelado)	0,5000	0,1025	0,1100	0,0050	0,0150	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	1,9552	6,0	11,7
1262	Pescado de río (fresco o congelado)	0,5050	0,0895	0,1000	0,0035	0,0150	0,0000	0,0004	0,0002	0,0000	1,5169	12,0	18,2
1411	Huevos de gallina y otras aves	1,4870	0,1152	0,4800	0,0140	0,0009	2,3780	0,0026	0,0009	0,0000	1,2375	25,0	40,3
1611	Bananas	0,5480	0,0340	0,0420	0,0025	0,0049	0,1540	0,0002	0,0003	0,0700	0,1886	20,0	6,2
1711	Tomate	0,1360	0,0072	0,0560	0,0056	0,0048	0,8000	0,0002	0,0004	0,1600	0,5968	30,0	19,7
1712	Cebolla cabezona	0,2135	0,0133	0,3325	0,0048	0,0019	0,0000	0,0003	0,0004	0,0950	0,7884	20,0	15,8
1713	Cebolla en rama (bermeja) (junca)	0,1040	0,0064	0,1000	0,0016	0,0016	0,0000	0,0002	0,0002	0,0600	0,4026	18,0	8,5
1718	Zanahoria	0,0060	0,0060	0,2800	0,0051	0,0014	0,9000	0,0003	0,0003	0,0200	0,0922	50,0	20,4
1732	Frijol seco, frijol guardiá, zarapico, blanquillo, frijol p.	2,9800	0,2070	1,0000	0,0710	0,0190	0,0000	0,0012	0,0043	0,0320	1,2729	25,0	31,8
1735	Lentijas	3,2200	0,2350	0,7000	0,0950	0,0180	0,0000	0,0018	0,0005	0,0000	0,6725	18,0	12,1
1811	Piñazo verde	0,9220	0,0078	0,0200	0,0003	0,0003	0,6000	0,0003	0,0004	0,1200	0,3906	190,0	92,5
1812	Piñazo maduro	0,8220	0,0066	0,0200	0,0003	0,0003	0,3240	0,0002	0,0004	0,0900	0,3880	60,0	23,3
1813	Colono, guineo, o mataburo	0,7200	0,0078	0,0340	0,0000	0,0000	0,0960	0,0000	0,0000	0,0900	0,1300	41,6	5,4
1814	Yuca	1,3680	0,0064	0,2160	0,0032	0,0040	0,0000	0,0002	0,0003	0,2600	0,2585	25,0	19,4
1815	Papa (incluye papa criolla)	0,8600	0,0210	0,0400	0,0110	0,0100	0,0000	0,0009	0,0008	0,2000	0,2772	190,0	36,0
1817	Ñame	0,8825	0,0204	0,0600	0,0170	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0510	0,3464	24,9	8,6
1511	Azúcar vegetal para freír y cocinar	0,8400	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	1,1458	24,0	27,5
1513	Mantequilla vegetal	8,7000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,8675	5,0	4,3
1041	Panela	3,1200	0,0050	0,8000	0,0260	0,0030	0,0000	0,0007	0,0002	0,0300	0,4544	60,0	27,3
1042	Azúcar refinada	3,8400	0,0000	0,0000	0,0010	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,5167	10,0	5,2
1043	Azúcar cruda o natural	3,8400	0,0000	0,0000	0,0010	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,4782	10,0	4,8
1011	Sal	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,2637	7,4	1,8
1012	Condimentos	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	5,1275	0,6	2,8
1031	Sopas de vegetales (Migui, Koor, etc.) caldos concentrados	0,6700	0,0270	0,0800	0,0100	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,6180	0,7	4,7
1051	Café molido (Bolsa)	0,9600	0,0055	0,3750	0,0125	0,0075	0,0000	0,0003	0,0002	0,0000	3,2198	12,0	38,6
Totales		2.610,91	74,22	732,13	20,77	13,09	695,69	1,80	0,96	91,62		1.616,0	1.004,2
Requerimientos		2.297,00	62,00	620,00	16,00	16,10	775,00	1,80	1,20	53,00			
Relación: totales/requerimientos		1,14	1,20	1,18	1,30	0,81	0,90	1,00	0,80	1,73			
%													
Proteínas de origen animal: entre 20% y 45%													
Calorías provenientes de grasas: entre 20% y 30%													
Calorías provenientes de proteínas: entre 8% y 12%													
Calorías provenientes de carbohidratos: entre 55% y 65%													
Carbohidratos provenientes de azúcar panela: máximos iguales a 20%													

9.3 BASE DE DATOS

Por volumen de información este anexo se presenta en CD adjunto.

9.4 SALIDAS DE MODELIZACION

Por volumen de información este anexo se presenta en CD adjunto.

⁹¹ Departamento Nacional de Planeación (2009),

http://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDS/Pobreza/En_Que_Vamos/canastas_normativas.pdf