Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

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

Características demográficas y seguridad social en Colombia

Ana Cecilia Olaya

B

Investigación

BREVIARIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

CIESS

Ana Cecilia Olaya

Economista, especialista en gerencia social, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Colombia. Ha realizado la Encuesta de Calidad de Vida (1993, 1997, 2003 y 2008), Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (1994-1995), (2006-2007) y la Encuesta de comportamientos y actitudes sobre sexualidad en niñas, niños y adolescentes escolarizados, 2008.
Ha participado en el diseño de los instrumentos de recolección de las encuestas; capacitación al personal de campo; seguimiento a los procesos de recolección, así como la critica y codificación.

BREVIARIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Características demográficas y seguridad social en Colombia

Breviarios de seguridad social

Comité editorial internacional
Colección Breviarios de seguridad social

Elvin Bailey (St. Christopher & Nevis)

Alejandro Bonilla García (OIT)

Rosangela Elias (Brasil)

Adolfo Jiménez Fernández (OISS)

Patricia Kurczyn Villalobos (México)

Sephlin Lawrence (St. Christopher & Nevis)

Luis José Martínez Villalba (Uruguay)

María Antonieta Martín Granados (México)

Guido Miranda Gutiérrez (Costa Rica)

Martha Peláez Valdés (OPS)

Orlando Peñate Rivero (Cuba)

Helmut Schwarzer (Brasil)

BREVIARIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

Características demográficas y seguridad social en Colombia

Ana Cecilia Olaya

Primera edición

México 2010

Primera edición, 2010

ISBN: En trámite

El contenido de esta obra es responsabilidad exclusiva de su autor y no refleja necesariamente la posición del CIESS.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de manera alguna, ni por ningún medio, ya sea electrónico, químico, óptico, de grabación o fotocopia con fines lucrativos sin permiso previo del editor.

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social
San Ramón s/n esquina San Jerónimo, San Jerónimo Lídice,
C. P. 10100 México, D. F. Registro 3079

© Derechos reservados, 2010. CIESS

Índice

Marco de referencia 1
Ley 100 de 1993 2
Ley 1122 de 2007 3

I. Referente demográfico colombiano 7

II. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud por regímenes 17

III. Población afiliado al régimen subsidiado de seguridad social en salud 21

IV. ¿A quiénes asegura el SGSSS? 26

V. La morbilidad como indicador 28

VI. Sistema General de Pensiones (SGP) 34

VII. Una visión multidimensional de la equidad en salud 38

VIII. La salud en la percepción de pobreza 41

IX. El gasto público social, precepto constitucional 51

X. Conclusiones 61

XI. Bibliografía 63

Marco de referencia

El Artículo 48 de la Constitución política de Colombia, menciona: "La Seguridad Social es un servicio público obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley". Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social.

El Estado, con la colaboración de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la seguridad social, la cual incluirá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.

La seguridad social podrá ser otorgada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. Adicionalmente, la ley establece que no se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la seguridad social para fines distintos a ella.

El Artículo 49 establece que la atención a la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

El Artículo 50 refiere que todo niño menor de un año que no esté amparado por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportaciones del Estado. La ley reglamentará la materia.

Ley 100 de 1993

A partir de esta ley se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cuyo objetivo es regular el servicio público de salud y crear condiciones de acceso al servicio de toda la población y en todos los niveles de atención.

Existen dos tipos de afiliados al SGSSS: los afiliados mediante el régimen contributivo (personas incorporadas por medio del contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago). Según la ley, todos los empleados, trabajadores independientes (con ingresos totales al mes superiores a un (1) salario mínimo) y los pensionados, deben estar afiliados al régimen contributivo. El empleador tiene la responsabilidad de afiliar al empleado, y el Fondo de Pensiones al pensionado. En el caso de un empleado, el valor de la cotización es de 12% del salario mensual, 8% le corresponde pagarlo al patrón y 4% al empleado; el trabajador independiente paga al mes 12% de sus ingresos como valor de la cotización y el pensionado paga 12% de su ingreso mensual. Otra de las obligaciones del empleador es la de inscribir a los trabajadores a una Administradora de Riesgos Profesionales (ARP), con ello se busca cubrir todos los gastos de salud ocasionados por accidentes o enfermedades de trabajo, así como el pago de los días que no pueda laborar a causa de ellos. La atención de los accidentes o enfermedades la realiza la Empresa Promotora de Salud (EPS), a la que el trabajador se encuentre afiliado, la cual, posteriormente, cobrará los gastos realizados a la ARP.

Los afiliados al sistema mediante el régimen subsidiado son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización; es decir, la población más pobre y vulnerable del país de las áreas rural y urbana.

El SGSSS crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud (POS), como el conjunto de servicios de salud que todas las EPS deben prestarle, sin excepción, a las personas afiliadas al Sistema de Seguridad Social en Salud por medio del régimen contributivo, y permite la cobertura integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación para todas las patologías, según la frecuencia de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Ley 1122 de 2007

Tiene como objetivo realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Menciona que el SGSSS alcanzará en los próximos tres años la cobertura universal de aseguramiento en los niveles I, II y III del Sisbén[1] de las personas que cumplan con los requisitos para la afiliación al Sistema. A partir de la vigencia de la presente ley, el sistema tendrá las siguientes reglas adicionales para su operación:

Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el régimen subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del Sisbén o del instrumento que lo reemplace, siempre y cuando no estén en el régimen contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción. Conservarán los subsidios quienes a la vigencia de la presente ley cuenten con subsidios parciales y estén clasificados en los niveles I y II del Sisbén, así como las poblaciones especiales que el gobierno nacional defina como prioritarias.

Se promoverá la afiliación de las personas que hayan perdido su facultad de cotizar o de ser beneficiarios del

[1] Sistema de Identificación de Beneficiarios, que permite focalizar la prestación de servicios sociales a la población más pobre y vulnerable.

régimen contributivo y que pertenezcan a los niveles I y II del Sisbén; la ampliación de cobertura con subsidios parciales a nivel municipal se hará una vez lograda la cobertura de 90% al régimen subsidiado de los niveles I y II del Sisbén y aplicará únicamente para personas clasificadas en el nivel III del Sisbén. Tendrán prioridad quienes hayan perdido su afiliación al régimen contributivo, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 14. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley, entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

A partir de la vigencia de la presente ley, el Sistema tendrá las siguientes reglas adicionales para su operación:

a) Beneficiarán con subsidio total o pleno en el régimen subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del Sisbén o del instrumento que lo reemplace, siempre y cuando no estén en el régimen contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción.

   Conservarán los subsidios quienes a la vigencia de la presente ley cuenten con subsidios parciales y estén clasificados en los niveles I y II del Sisbén, asimismo, las poblaciones especiales que el gobierno nacional defina como prioritarias.

Se promoverá la afiliación de las personas que pierdan la facultad de cotizar o de ser beneficiarios del régimen contributivo y que pertenezcan a los niveles I y II del Sisbén.

b) La ampliación de cobertura con subsidios parciales a nivel municipal se hará una vez lograda la cobertura de 90% al régimen subsidiado de los niveles I y II del Sisbén y aplicará únicamente para personas clasificadas en el nivel III del mismo. Tendrán prioridad quienes hayan perdido su afiliación al régimen contributivo, de acuerdo con la reglamentación que establezca el Ministerio de la Protección Social.

c) Los beneficiarios del nivel III del Sisbén que estén afiliados al régimen subsidiado mediante subsidios totales o parciales al momento de la entrada en vigencia de la presente ley y que hayan recibido su carné de afiliación del régimen subsidiado de acuerdo con las reglas vigentes en el momento de la carnetización, mantendrán su condición siempre y cuando cumplan con los requisitos exigidos para ser beneficiarios.

Artículo 214. Recursos del régimen subsidiado. El régimen subsidiado se financiará con los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud, que se destinarán previo concepto del Conpes, y en una forma progresiva al régimen subsidiado en salud: en el año 2007, 56%; en el año 2008, 61% y a partir del año 2009, 65%, porcentaje que no podrá ser superado. El porcentaje restante se destinará, de acuerdo con la reglamentación que expida el gobierno nacional, para financiar la atención de la población pobre no asegurada, a las actividades no cubiertas por subsidio a la demanda y a las acciones en salud pública.

a) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar y los recursos transferidos por

ETESA a las entidades territoriales, que no estén asignados por ley a pensiones, funcionamiento e investigación. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial.

b) Del monto total de las rentas cedidas destinadas a salud de los departamentos y el Distrito Capital, se destinará por lo menos 25% a financiar el régimen subsidiado o el porcentaje que a la entrada en vigencia de la presente ley estén asignando, si este es mayor. Estos recursos se contabilizarán como esfuerzo propio territorial.

c) Otros recursos propios de las entidades territoriales que hoy destinan o que puedan destinar en el futuro a la financiación del régimen subsidiado.

d) Los recursos propios y los que asignen las entidades territoriales al régimen subsidiado, diferentes a los que deben destinar por ley, estarán garantizados de manera permanente.

Del Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga

a) El 1.5 de la cotización del régimen contributivo y de los regímenes especiales y de excepción.

b) El gobierno nacional aportará un monto por lo menos igual en pesos, más un punto anual adicional a lo aprobado en el presupuesto de la vigencia del año 2007 cuyo monto fue de doscientos ochenta y seis mil novecientos cincuenta y tres millones de pesos ($286 953 000 000). En todo caso, el gobierno garantizará los recursos necesarios para cumplir con el proceso de universalización de la población de los niveles I, II y III del Sisbén, en los términos establecidos en la presente ley.

c) El monto de las cajas de compensación familiar de que trata el Artículo 217 de la Ley 100 de 1993.

I. Referente demográfico colombiano

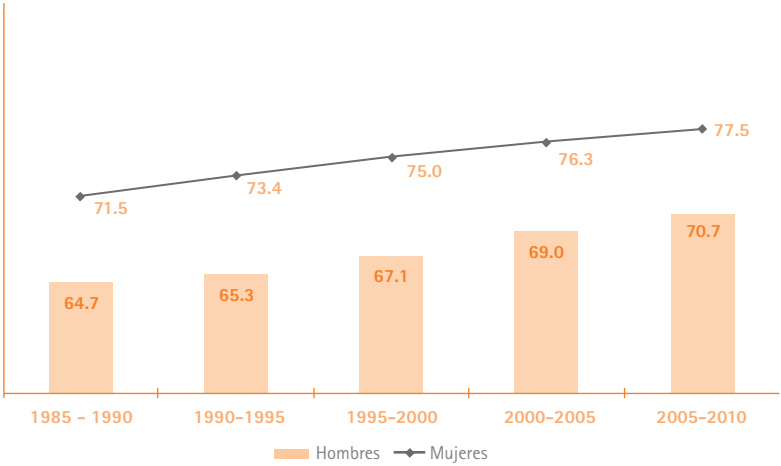
Como lo menciona Amartya Sen: "Los factores que pueden contribuir a los logros y fracasos en el campo de la salud van más allá de la atención sanitaria, e incluyen muchas influencias muy distintas, desde las predisposiciones genéticas, los ingresos individuales, los hábitos alimenticios y los estilos de vida, hasta el entorno epidemiológico y las condiciones de trabajo".[2] En este contexto es de obligatoria referencia la ganancia en términos de esperanza de vida que presenta la población colombiana y las principales causas de defunción.

La esperanza de vida para hombres y mujeres es diferencial (véase la gráfica 1), mientras en 1985 las mujeres tenían una esperanza de vivir hasta los 71 años, según el último censo, esta asciende a los 77 años, la esperanza de vida al nacer en los hombres es menor y a pesar de haber aumentado, la ganancia en relación con las mujeres también es menor, si los hombres vivían hasta los 65 años en 1985, hoy su esperanza de vida al nacer alcanza los 71 años.

Según el último censo (2005) por grupos de edades los hombres entre los 0 y 14 años alcanzan 51.0% del total de la población colombiana, mientras en los demás grupos de edad la proporción se invierte y las mujeres son mayoría.

[2] A. Sen. *Primero la gente*, Buenos Aires, Editorial Planeta, 2008.

Gráfica 1. Esperanza de vida al nacer. Colombia, 1985-2010



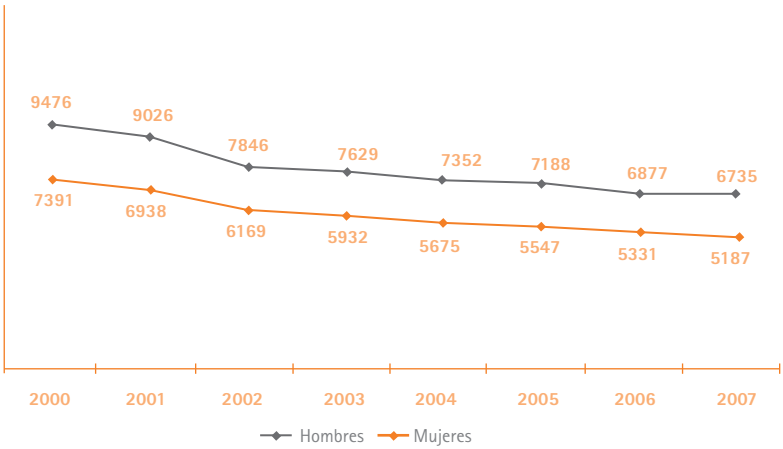
Fuente: DANE. Proyecciones de población.

Esperanza de vida al nacer (hombres)				
1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
64.7	65.3	67.1	69.0	70.7

Esperanza de vida al nacer (mujeres)				
1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010
71.5	73.4	75.0	76.3	77.5

La disminución de las muertes en menores de 1 (un) año durante el periodo 2000-2007, ha sido mayor en las niñas que en los niños (véase la gráfica 2). Sin embargo, todavía estas 11 922 muertes en menores de un año, representan una voz de alerta en el compromiso de cumplir los objetivos del milenio.

Gráfica 2. Defunciones por sexo, menores de un día, hasta menores de un año. Total nacional, 2000-2007



Fuente: DANE. Estadísticas vitales.

Como se puede observar en el cuadro 1, las causas de mortalidad, provenientes de los registros administrativos, son pertinentes en los análisis con perspectiva de género que llevan a distinguir entre la igualdad y la equidad, referencia obligada para el sistema de seguridad social en salud de los países.

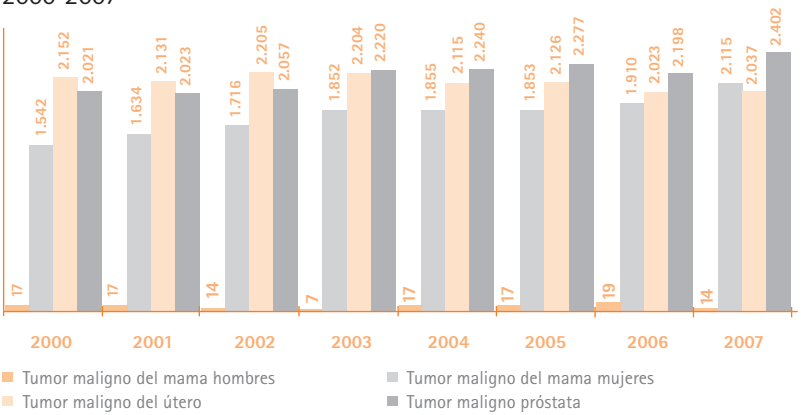
Cuadro 1. Causas de defunción por sexo, 2000-2007

Defunciones según causas 2000-2007						
Hombres						
	Enfermedades		Causas externas		Otras 68 causas	Total
Años	Isquémicas del corazón	Cerebro-vasculares	Homicidios	Accidentes de tránsito		
2000	12 516	6 403	26 689	5 783	62 066	113 457
2001	12 828	6 219	27 696	5 614	63 216	115 573
2002	12 642	6 170	29 279	5 519	62 414	116 024
2003	12 995	6 334	23 400	5 201	65 416	113 346
2004	13 816	6 232	20 523	5 081	65 041	110 693
2005	14 801	6 370	17 231	4 786	66 328	109 516
2006	14 878	6 577	16 584	5 006	68 231	111 276
2007	15 074	6 508	16 313	5 335	68 459	111 689
Mujeres						
	Enfermedades		Causas externas		Otras 68 causas	Total
Años	Isquémicas del corazón	Cerebro-vasculares	Homicidios	Accidentes de tránsito		
2000	9 883	7 576	2 089	1 508	52 889	73 945
2001	10 297	7 350	2 393	1 518	54 360	75 918
2002	10 278	7 467	2 508	1 452	54 489	76 194
2003	10 537	7 614	2 187	1 454	56 927	78 719
2004	10 916	7 450	1 838	1 367	56 642	78 213
2005	11 521	7 463	1 637	1 277	57 583	79 481
2006	11 885	7 708	1 426	1 325	59 163	81 507
2007	12 302	7 587	1 442	1 296	59 555	82 182

Fuente: DANE. Estadísticas vitales. Cálculos propios.

Efectivamente, mientras los hombres principalmente mueren por causas externas (homicidios y accidentes de tránsito), las mujeres son víctimas de enfermedades, abriendo el debate acerca de la igualdad de derechos, pero el reconocimiento de la diferencia, la corresponsabilidad en la prevención y la diferencia en la percepción del riesgo de hombres y mujeres, entre otros.

Gráfica 3. Defunciones por enfermedades evitables. Total nacional, 2000-2007



Fuente: DANE. Estadísticas vitales.

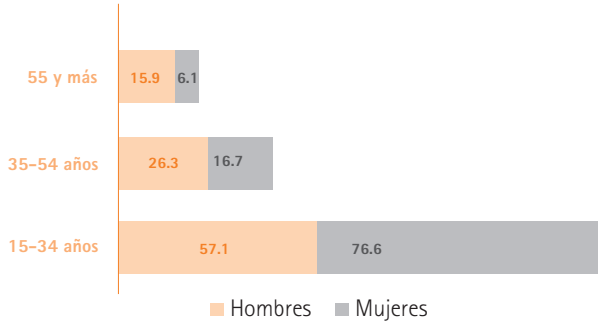
El tumor maligno de mama y de útero aunque son enfermedades reconocidas y prevenibles, y a pesar del esfuerzo en su erradicación, continúan cobrando miles de vidas de mujeres (véase la gráfica 3), entre 2000 y 2007, se registraron 31 470 muertes por este concepto, causas de defunción que aumentaron año tras año, el tumor maligno de la mama afectó en este periodo a 122 hombres (0.35% de las muertes de mujeres por esta misma enfermedad), en este sentido la discusión acerca de igualdad no gira entorno a mantener tasas iguales de defunción sino a erradicar tales causas de mortalidad que por evitables y prevenibles resultan ser injustas para unas y otros.

Por su parte el tumor maligno de próstata ha sido la causa de mortalidad de 17 438 hombres, durante el periodo de 2000-2007, pero a diferencia de las enfermedades propias de mujeres el número de hombres que mueren por esta causa se ha mantenido estable durante dicho periodo.

Este referente demográfico colombiano no puede concluir sin mencionar el riesgo de salud pública que representan las muertes por suicidio en el país. Como se tratará más adelante, la estrecha relación entre las condiciones de salud y educación son determinantes, y prerrequisito del desarrollo, no solo para la formación y calidad del ser humano, además para que en el conjunto de la sociedad se reproduzcan avances cada vez más ambiciosos, sin embargo, en todos los ámbitos se discute sobre la desigualdad del crecimiento y la inequidad en la distribución de la riqueza, entre otros aspectos, los cuales, generan la pobreza y exclusión social, y es en este contexto que, principalmente los jóvenes, optan por el suicidio.

Las estadísticas, muestran que en el periodo 2000-2007 (véase la gráfica 4), esta decisión de quitarse la vida la asumen generalmente los hombres; 77% de las víctimas de esta causa de defunción eran hombres; al homicidio como principal causa de defunción se suma el suicidio. Por grupos de edad este flagelo afecta especialmente a los jóvenes entre 15 y 34 años y aunque ha disminuido en los últimos cuatro años, las mujeres en estas edades superaron a los hombres como víctimas de esta determinación. En los demás grupos de edad son los hombres quienes encabezan la lista de los que ponen fin a sus vidas.

Gráfica 4. Suicidios en Colombia por sexo según grupos de edad. Total nacional, 2000-2007



Fuente: DANE. Estadísticas vitales

Recordando el razonamiento de Kliksberg, el joven latinoamericano tiene motivos razonables para sentirse estresado, ya que se encuentra inmerso en sociedades que no aceptan sus problemas mayormente como algo importante, y no les dan lugar en la agenda pública. Se necesita trabajar en salud con un enfoque específico para jóvenes, reducir rápidamente la cifra de aquellos que no trabajan ni estudian, se requieren ideas creativas donde la política pública catalice energías de toda la sociedad.[3]

A partir de aquí los análisis continúan tomando como referencia, la información proveniente de encuesta realizadas a hogares, como otra fuente obligada de conocimiento que incluye unidades de análisis y de observación a los hogares y los miembros que los componen.

Desde 1997, las Encuestas de Calidad de Vida (ECV), han representado para el país una fuente de información privilegiada para conocer y hacer seguimiento a los principales indicadores

[3] B. Kliksberg. "Mitos sobre la juventud latinoamericana", en *Primero la gente*, Buenos Aires, Planeta, 2008.

sociales, no solo para cada país donde se aplica sino para efectos de hacer comparaciones entre ellos, gracias a las características que se pueden establecer siguiendo la metodología del Banco Mundial denominada *Living Standards Measurement Surveys* (LSMS, por sus siglas en inglés) que estipula permanentes e intensivos procesos de supervisión, control y monitoreo de la recolección de información obtenida en cada entrevista directa a cada miembro del hogar (la edad del informante directo difiere de país a país). La sistematización de la información se hace en el área de trabajo o muy cerca de ella, lo que facilita la detección de errores, su verificación y corrección, volviendo al hogar, y disminuyendo así los errores muestrales y no muestrales, favoreciendo la calidad y la oportunidad en la publicación de resultados.

Por recomendación de las agencias multilaterales, estas encuestas han constituido un elemento clave para que los sistemas nacionales de información sean utilizados para el análisis, el seguimiento y la evaluación de la efectividad de las políticas y los programas socioeconómicos, en la búsqueda de soluciones a los problemas de la pobreza y de la inequidad social.

Las encuestas nacionales (1997, 2003 y 2008) ofrecen una representación para total nacional, cabecera y resto, igualmente para nueve regiones, cabecera y resto. Su cobertura temática ofrece información a nivel de módulos para viviendas y personas.

Dichos módulos constan de los siguientes componentes: características y tipo de viviendas que habitan las personas, conexión a servicios públicos, privados o comunales, material de pisos y paredes, tipo de sanitario, número de cuartos de que dispone el hogar (insumos para el cálculo de las Necesidades Básicas Insatisfechas [NBI]), fuente de suministro de agua para preparar alimentos y para beber, forma de eliminación de basura, gasto por servicios públicos; características sociodemográficas

de las personas del hogar (edad, sexo, parentesco, estado civil); nivel educativo de los padres (cuando no forman parte del hogar); afiliación a la seguridad social en salud, presencia de enfermedad crónica, percepción del estado de salud, pago por atención en salud, fuente utilizada para cubrir los gastos en salud, entrega de medicamentos, consulta por prevención, calificación del servicio de salud; cuidado de niños y niñas menores de 5 años, lugar y personas con quien permanecen la mayor parte del tiempo, pago por asistencia en hogar comunitario, guardería o preescolar; analfabetismo, asistencia escolar, nivel educativo y grado aprobado, pago por educación (matrículas, uniformes, pensión, transporte); fuerza de trabajo (para personas de 12 años y más); condiciones de vida del hogar y tenencia de bienes; en 2008 se incluye el módulo de seguridad alimentaria conformado por las preguntas que forman parte de la Escala Latinoamericana y del Caribe de Seguridad Alimentaria (ELCSA).

El contenido temático de las ECV y el contexto de la legislación colombiana desde la perspectiva de las personas que integran los hogares como sujetos de derechos y usuarios de servicios, a quienes va dirigido el objeto de acceso universal al aseguramiento, será la línea que guíe el contenido de los análisis presentados a lo largo de este documento, con especial interés en las aportaciones de los módulos de salud y educación relacionando las variables que den cuenta de las características objetivas proporcionadas por las ECV y las consideraciones subjetivas que también es posible establecer a partir de esta fuente.

La afiliación a la seguridad social muestra limitantes pues no permite conocer todas las restricciones que se presentan en el acceso integral y en el ejercicio del derecho a la salud

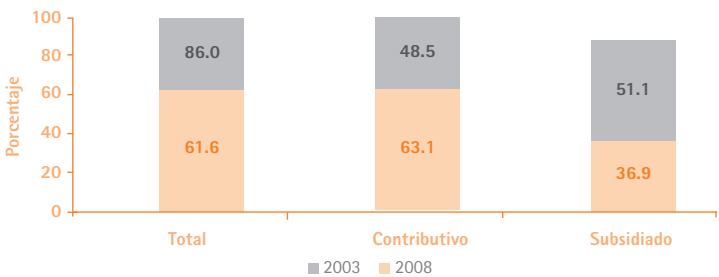
Es necesario reconocer que la afiliación a la seguridad social en salud por sí misma muestra limitantes, pues da cuenta específicamente de la integración al sistema, pero no permite conocer todas las restricciones que se presentan en el acceso integral y en el ejercicio del derecho a la salud, con calidad y oportunidad como las principales razones que llevaron a la expedición de la sentencia T-760 de 2008, como respuesta a las tutelas interpuestas para solicitar medicamentos,[4] operaciones y tratamientos no contemplados en los planes obligatorios de salud cuando se trata de enfermedades graves o se afecta la vida y la dignidad entre otras situaciones concretas. Según este pronunciamiento de la corte constitucional todos los colombianos deben tener cobertura en salud antes de enero de 2010 y en octubre de 2009, y no debe haber diferencias en los beneficios entre regímenes.

[4] Según la ECV 2008, 14.4% de la población colombiana en los últimos 30 días tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o alguna otra urgencia de salud que no implicó hospitalización, de los cuales 77.9% acudió a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o institución de salud, al 85.6% le formularon medicamentos y al 26.4% la institución a la cual está afiliado no le entregó estos medicamentos o remedios, principalmente porque no estaban incluidos en el plan obligatorio de salud según lo manifestó 43.0% de estas personas.

II. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud por regímenes

Quince años después de su creación, 86.0% de los colombianos están cubiertos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), por afiliación a alguno de los dos regímenes creados por medio de la Ley 100 de 1993. La cobertura del sistema se incrementó en 24.4 puntos porcentuales entre 2003 y 2008 (véase la gráfica 5).

Gráfica 5. Colombia. Cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud por regímenes



	Total	Contributivo	Subsidiado
2003	61.6	63.1	36.9
2008	86.0	48.5	51.1

Fuente: DANE. ECV 2003–ECV 2008.
Nota: datos expandidos con proyecciones de población, con base en los resultados del censo 2005.

La dinámica de afiliación ha sido diferente entre hombres y mujeres. Las mujeres son mayoría representando 51.1% de la población total y en el régimen contributivo están afiliadas principalmente en calidad de beneficiarias. De cada diez hombres afiliados a este régimen, cinco lo están en calidad de cotizantes, mientras de cada diez mujeres pertenecientes al mismo régimen solo tres podrán cotizar. Demostrando una menor participación y desigualdad en la incorporación al mercado laboral, que se refleja en la menor capacidad de pago de las mujeres.

Igualmente la ECV proporciona información acerca del aseguramiento de la población adulta mayor (de 65 años o más), mientras en 2003, la afiliación al SGSSS alcanzaba 73.6% de esta población, para 2008 aumentó a 92.2% de adultos mayores.

Cuadro 2. Población de 65 años y más por sexo, según regímenes de afiliación al SGSSS. Total nacional

Regímenes	ECV 2003			ECV 2008		
	Género		Total	Género		Total
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer	
Contribución	535 362	598 669	1 134 031	633 246	759 664	1 392 910
	60.40%	62.00%	61.30%	51.00%	53.20%	52.20%
Subsidiado	350 744	366 230	716 974	604 281	664 119	1 268 400
	39.60%	38.00%	38.70%	48.70%	46.60%	47.60%
Total	886 106	964 899	1 851 005	1 237 527	1 423 783	2 661 310

Fuente: DANE. ECV 2003, 2008.
Nota: datos expandidos con proyecciones de población, con base en los resultados del censo 2005. Cálculos propios.

La ampliación de la cobertura del régimen subsidiado, considerado como el componente "solidario" del sistema, durante estos cinco años, cubre más a los hombres adultos mayores, aumentando la pequeña brecha en la cobertura para hombres y mujeres que ya se presentaba desde 2003.

La condición de afiliación al régimen contributivo, en 2008 confirma las afirmaciones sobre la brecha en la participación en el mercado laboral colombiano de hombres y mujeres, a lo largo de su vida.

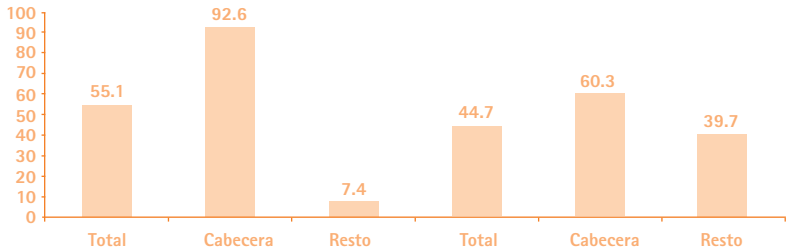
- Un 50.6% de los hombres de 65 años o más, pertenecientes al régimen contributivo, cotizan y el pago se lo descuentan de la pensión, mientras las adultas mayores en esta misma condición solo alcanzan 29.4%.
- Un 55.2% de las mujeres de 65 años o más están aseguradas en calidad de beneficiarias, mientras en esta condición está 28.5% de hombres adultos mayores.
- Un 15.7% de hombres adultos mayores tienen capacidad de pago, para asumir el pago total de la afiliación en salud (siendo trabajadores independientes o rentistas). Mientras en esta misma condición se encuentra solo 12.3% de adultas mayores.

La relación directa entre mercado laboral y afiliación al régimen contributivo, se observa por la cobertura al sistema de población ocupada,[5] 87.0% de los ocupados está afiliado al SGSSS, de los cuales 55.1% pertenece al régimen contributivo y 44.7% al subsidiado (véase la gráfica 6).

Es significativa la diferencia en la cobertura para los ocupados al separar por cabecera y resto; los ocupados de la cabecera están afiliados principalmente al régimen contributivo, mientras los ocupados del resto lo están al régimen subsidiado.

[5] La población ocupada corresponde a las personas de 12 años y más que la semana de referencia trabajaron, o aunque no trabajaron en esa semana por una hora o más en forma remunerada, tenían durante esa semana algún trabajo o negocio por el que reciben ingresos; o trabajaron la semana de referencia en un negocio por una hora o más sin que les pagaran.

Gráfica 6. Distribución porcentual de la población ocupada afiliada al SGSSS, por regímenes. Total nacional, cabecera, resto



Contributivo			Subsidiado		
Total	Cabecera	Resto	Total	Cabecera	Resto
55.1	92.6	7.4	44.7	60.3	39.7

Fuente: DANE. ECV 2008.
Nota: datos expandidos con proyecciones de población, con base en los resultados del censo 2005. Cálculos propios.

La pregunta "¿quién paga mensualmente por la afiliación…?" permite diferenciar los componentes que conforman la estructura de pago del régimen contributivo:

- Un 54.3%, corresponde a ocupados afiliados al régimen contributivo que pagan una parte de la afiliación y la otra la paga la empresa o el patrón.
- Un 22.5% a ocupados afiliados al sistema en calidad de beneficiarios.
- Un 16.0%, a ocupados que asumen el total de la afiliación.
- Un 7.2%, a ocupados a quienes les descuentan de la pensión, y a quienes la empresa o patrón donde trabajan pagan la totalidad de la afiliación.

III. Población afiliada al régimen subsidiado de seguridad social en salud

Al régimen subsidiado de seguridad social en salud está afiliado 51.1% de la población del país, el mismo régimen en 2003 alcanzaba 36.9% de personas.

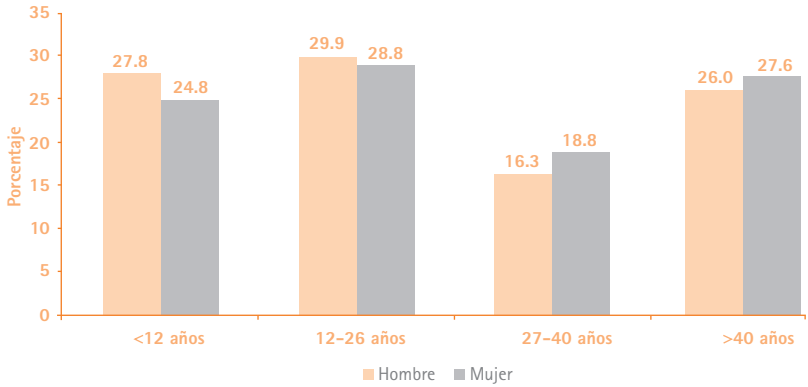
Aunque a nivel de cabecera[6] es donde se refleja la mayor ganancia en cobertura de este régimen, 14.4 puntos porcentuales respecto a 2003, es en el resto donde 83.1% de su población se beneficia del régimen subsidiado, muy cercana a la cobertura que tiene el SGSSS para el total nacional.

Se puede observar que la afiliación a este régimen por edades es de 55.5% representado por la población menor de edad, adolescentes y jóvenes del país (véase la gráfica 7).

Aunque los hombres sean los más beneficiados en los primeros rangos de edad, las mujeres tienen mayor cobertura que ellos en los últimos rangos, representando 51.6% dentro del total de afiliación a este régimen, mientras la cobertura total de los hombres es de 48.4%.

[6] Cabecera corresponde al área geográfica que está definida por un perímetro cuyos límites se establecen mediante un acuerdo del concejo municipal; es donde se localiza la sede de la alcaldía. El resto es el área geográfica por fuera del límite de la cabecera y contiene los centros poblados, corregimientos y áreas dispersas.

Gráfica 7. Distribución por edades de la población afiliada al régimen subsidiado. Total nacional



	Hombre	Mujer
<12años	27.8	24.8
12-26 años	29.9	28.8
27-40 años	16.3	18.8
>40 años	26.0	27.6

Fuente: DANE. ECV 2008.
Nota: datos expandidos con proyecciones de población, con base en los resultados del censo 2005.

Un 44.7% de la población de 12 años y más está protegida por el régimen subsidiado de seguridad social en salud, es población ocupada; sin embargo, por las características en que desarrollan su trabajo es evidente el carácter informal e inestable que entra a consideración al momento de asumir los pagos propios de la incorporación al sistema de seguridad social en salud.

Por actividad que ocupó la mayor parte del tiempo la semana de referencia de la encuesta, se encuentran:

- Un 40.9%, se dedicó principalmente a trabajar, con una mayor participación de los hombres en el mercado laboral (59.0%) que de las mujeres (24.6%).

- Un 18.1%, se dedicó a estudiar. Hombres (19.4%) y mujeres (17.0%).
- Un 29.5%, se dedicó a oficios del hogar; en su mayoría mujeres (51.0%), esta actividad no es estadísticamente significativa para los hombres.[7]

Por posición ocupacional y por ingresos mensuales laborales, la población catalogada como ocupada se distribuye así:

- Un 49.0%, son trabajadores independientes, en primer lugar mujeres (50.7%) frente a un 47.9% de hombres. Un 75.0%, trabaja solo; 23.3%, desempeña su trabajo en la vivienda que habita; 14.0%, en la calle de ambulante.
- Estos trabajadores independientes reportaron ganancias netas en el mes de referencia (o mes pasado a la recolección de la encuesta), menos de lo equivalente a 1 (un) salario mínimo legal.
- Ninguno cuenta con afiliación a una Administradora de Riesgos Profesionales (ARP).
- El 21.6% son obreros o empleados de empresa particular, de los cuales 60.3% no tiene ningún tipo de contrato para realizar su trabajo, y de 39.7% que lo tiene, 27.2% es de tipo verbal. Un 65.0% de estos ocupados, reporta ingresos de menos de un salario mínimo y 29.1% reporta ingresos entre uno y menos de tres salarios mínimos (entre $461 500 y $1 384 499)
- Un 90.9% de estos obreros o empleados particulares no cuenta con afiliación a una ARP.
- Solo 4.6% de estos ocupados está afiliado a un fondo de pensiones.

[7] Con un nivel de confianza de 95% , frecuencias inferiores a 10% tienen un error muestral superior a 5%.

En el contexto de la eliminación de las diferencias en los beneficios entre los regímenes de contribución y subsidiado de que trata la sentencia T 760 mencionada en párrafos anteriores, la ECV 2008 aporta evidencias al respecto; los costos en salud entre uno y otro régimen solo se diferencian en $4 606.

De acuerdo con los valores reportados por la última atención en salud, las personas que estuvieron enfermas en los últimos treinta días gastaron en promedio:

- $38 397, los asegurados por el régimen contributivo.
- $33 791, los asegurados por el régimen subsidiado.
- Igualmente el análisis multivariado[8] permite identificar algunas relaciones entre regímenes y su interacción con otras variables incluidas en el tema ya tratado de salud de las ECV, que lleva a las siguientes conclusiones:

Hay una mayor probabilidad de presencia de enfermedad, de percibir como regular-malo el estado de salud, de verse como pobre, y una menor consulta por prevención entre las personas aseguradas por medio del régimen subsidiado que mediante el contributivo.

[8] Aplicando el método RV (Razón de Verosimilitud), que proporciona un modelo en cuatro pasos.

Resumen del procesamiento de los casos

Casos no ponderados[a]		N	%
Casos seleccionados	Incluidos en el análisis	43 355	85.8
	Casos perdidos	7 187	14.2
	Total	50 542	100.0
Casos no seleccionados		0	0
Total		50 542	100.0

Tabla de clasificación

	Observado		Pronosticado		
			Régimen 1		
			Subsidiado	Contribución	%
Paso 4	Régimen	subsidiado	12 845 285	6 476 289	66.5
		contribución	5 911 075	12 435 730	67.8
	Porcentaje global				67.1

Variables en la ecuación. Tablas de clasificación

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 4	Enfermedad_30	-.185	.001	32 820.295	1	.000	.831
	Estado_salud	-.431	.001	526 612.504	1	.000	.650
	pobreza_s	-1.366	.001	3 759 400.716	1	.000	.255
	Consulta_prev	-.112	.000	141 111.808	1	.000	.894
	Constante	2.189	.003	666 727.434	1	.000	8.929

IV. ¿A quiénes asegura el SGSSS?

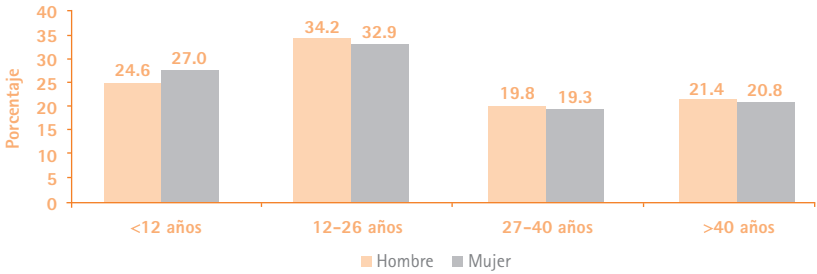
Los 6 09 405 colombianos que representan 13.8% de la población total, no están afiliados a ninguno de los regímenes del sistema de seguridad social en salud.

La no cobertura de este servicio público afecta a la población joven del país principalmente.

A excepción del grupo de menores de 12 años, que no forman parte de la Población en Edad de Trabajar (PET), en los demás grupos de edad, como se ha visto, las mujeres tienen una mayor incorporación al sistema que los hombres. Un 90% de niños(as) menores de 12 años no afiliados al SGSSS asisten a un centro educativo (preescolar, escuela o colegio).

El grupo de 12 a 26 años es el más vulnerable, pues la gran mayoría no se encuentra incorporado al sistema de salud; 34.2% son hombres y 32.9% son mujeres (véase la gráfica 8).

Gráfica 8. Distribución por edades de la población no afiliada al sistema de seguridad social en salud. ECV 2008. Total nacional



	Hombre	Mujer
<12 años	24.6	27.0
12-26 años	34.2	32.9
27-40 años	19.8	19.3
>40 años	21.4	20.8

Fuente: DANE. ECV

Nota: datos expandidos con proyecciones de población, con base en los resultados del censo 2005.

Entre las principales razones expresadas para no contar con una afiliación al SGSSS, se mencionan:

- 25.2%, está en espera del carné de afiliación al régimen subsidiado.
- 22.3%, por falta de dinero.
- 16.5%, muchos trámites.
- 12.3%, no le interesa o descuido.

V. La morbilidad como indicador

Para Amartya Sen: "El sufrimiento de las personas se relaciona con la enfermedad y una vez muertos, se presume que ya no hay agonía, el problema de usar esta información es que contiene sesgos, la percepción del estado de salud varía conforme a lo que la persona esté acostumbrada a hacer y a su nivel de conocimiento médico. En aquellos lugares donde hay una buena cobertura de servicios de salud, la gente tiene una mejor percepción de la morbilidad y la comprensión de la enfermedad (conocimiento de los malestares). Al contrario, quienes no asisten con frecuencia al médico y no están familiarizados con los mecanismos de prevención, tienen poca percepción de estar médicamente enfermos".[9]

Quienes no asisten con frecuencia al médico y no están familiarizados con los mecanismos de prevención, tienen poca percepción de estar médicamente enfermos

En las ECV las preguntas que dan cuenta de la percepción de morbilidad son la calificación del estado de salud (muy bueno, bueno, regular, malo), la consulta por lo menos una vez al año al médico u odontólogo por prevención, la presencia de enfermedad crónica, enfermedad en los últimos 30 días. Son preguntas que se dirigen a cada persona del hogar y

[9] A. Sen. *Primero la gente*. Buenos Aires, Planeta, 2008.

gracias a la metodología de información directa, es ella misma quien las contesta. Si bien es cierto, la frecuencia de estas preguntas permite el acercamiento a este fenómeno, el análisis multivariado aporta conocimientos a los análisis gracias a la inclusión simultánea de variables socioeconómicas que pueden repercutir en la identificación del suceso que se pretende conocer, en este caso la comprobación de las afirmaciones que hace Amartya Sen en relación con el indicador de morbilidad (véase el cuadro 3).

Cuadro 3. Variables relacionadas con la morbilidad, en las ECV

Variables	Hombres	Mujeres	Total
Estado de salud			
Buena/muy buena	79.9	74.4	77.1
Regular/mala	20.1	25.6	22.9
Consulta-prevención			
Solo al médico	22.4	26.9	24.7
Solo al odontólogo	5.5	5	5.2
A ambos	26.4	34.2	30.3
A ninguno	45.7	33.9	39.7
Enfermedad crónica			
Tiene y consulta	6.9	10.4	8.7
Tiene y no consulta	2.8	3.2	3
No tiene	90.4	86.4	88.4
Enfermedad últimos 30 días			
Sí	13.1	15.7	14.5
No	42.8	42.7	85.5

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida, 2008. Cálculos propios.

Teniendo en cuenta que estas variables no son continuas y su distribución no es normal, a continuación se presentan los resultados de aplicar análisis logístico así:

- Variable dependiente: la percepción del estado de salud (que toma valores: 0 = regular o mala, y 1= Buena o muy buena).
- Variables independientes: regímenes de afiliación al SGSSS, consulta por prevención, presencia de enfermedad crónica, disposición de acueducto, alcantarillado y años aprobados de educación superior.

El método RV (Razón de Verosimilitud) ofrece un modelo de regresión en un solo paso con los siguientes resultados:

Codificación de la variable dependiente	
Valor original	Valor interno
regular/mala	0
buena/muy buena	1

Bloque 1: Método = Por pasos hacia atrás (Razón de Verosimilitud)				
Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo				
		Chi cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	434966.709	6	.000
	Bloque	434966.709	6	.000
	Modelo	434966.709	6	.000

Resumen del modelo			
Paso 1	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
	2.559E+06	.098	.193

Tabla de clasificación					
	Observado		Pronosticado		
			Estado salud 1		Porcentaje correcto
			regular/ mala	buena/ muy buena	
Paso 1	estado de salud 1	regular/mala	30 579	451 397	6.3
		buena/muy buena	29 854	3 69 0421	99.2
	Porcentaje global				**88.5**

Variables en la ecuación		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1a	Consulta-prevención	.027	.002	265.573	1	.000	1.027
	Enfermedad crónica	1.225	.002	427 381.950	1	.000	3.404
	Acueducto	-.433	.009	2101.840	1	.000	.648
	Alcantarillado	-.594	.007	6785.073	1	.000	.552
	Años de educación_ superior	.043	.001	4459.631	1	.000	1.044
	Sexo	-.197	.003	3398.388	1	.000	.821
	Constante	.051	.012	19.314	1	.000	1.052

- Todas las variables incluidas son relevantes en el modelo; es decir, aportan información para explicar la percepción de pobreza, el conjunto de variables aporta 88.8% en la explicación de la apreciación del estado de salud, o la calificación que las personas hacen del mismo, lo que deja solo 11.2% para ser explicado por otras variables.
- Quienes no consultan por lo menos una vez al año al médico o al odontólogo y manifiestan no tener enfermedad crónica, tienen una mejor percepción de su estado de salud (consistente con las afirmaciones de A. Sen).
- Quienes no disponen del servicio público o comunal de acueducto en su vivienda perciben que su estado de salud

es malo o regular (también consistente con la afirmación de A. Sen).

- Cuanto mayor sea la educación superior de las personas, mejor es su apreciación del estado de salud, directamente relacionada con una mayor responsabilidad en las prácticas de prevención, al igual que un mayor acceso a los servicios de salud.
- La inclusión de la variable sexo, representa una pérdida al modelo de 03%, pero le da un mejor ajuste, consistente con que las mujeres consultan más al médico por prevención que los hombres, al igual que manifiestan sufrir de enfermedades crónicas y enfermaron más que ellos durante el periodo de referencia de la encuesta.

Para la inclusión de la variable sexo fundamental en los análisis con perspectiva de género, se hizo una prueba de independencia, para determinar si hay diferencias significativas entre la percepción del estado de salud de hombres y mujeres, y los resultados fueron:

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	187090.917[a]	1	.000		
Corrección por continuidad	187090.606	1	.000		
Razón de verosimilitudes	187590.502	1	.000		
Estadístico exacto de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	187090.912	1	.000		
Núm. de casos válidos	44045832				

La Ho: no hay relación entre el estado de salud y el sexo de informante. La Ha: hay relación entre estas dos variables. Regla de decisión: p_ valor < 0.05 rechazo Ho.; p_ valor > 0.05 no rechazo Ho. Por tanto, se rechaza la Ho. En conclusión, la percepción del estado de saludo está relacionada con el sexo del informante.

De la misma forma, la información sobre enfermedad en los últimos treinta días permite conocer la calificación que hacen los usuarios sobre la atención en salud, por medio de la pregunta: en general, considera que la calidad del servicio fue: buena, regular o mala. De acuerdo con los resultados obtenidos, 78.5% de las personas que acudieron a la institución que le presta los servicios de salud, promotor de salud o enfermero, considera la calidad como buena.

Se debe hacer notar que cuando se presentan altas proporciones de buena calidad percibida no se debe entender, necesariamente, que haya pocas deficiencias en la calidad, sino, más bien, que las vivencias negativas extremas son poco frecuentes,[10] la calificación que se da de 21.5% a la atención regular o mala, representa un porcentaje importante para un sistema de seguridad social integral que propone cobertura universal, incluyendo las fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, igualmente que se inclina por la libertad en la elección entre las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPSS), pero que evidentemente responde a la lógica del mercado y diferencia a la perfección la demanda compuesta por los usuarios-asegurados, y la oferta integrada por los aseguradores-EPS, compitiendo por la obtención de ganancias a partir de los precios representados por las Unidades de Pago por Capitación (UPC), cuotas moderadoras y copagos. ¿Acaso el SGSSS colombiano se enfrenta a la conocida discusión entre capacidades y derechos expresada por Amartya Sen?

[10] F. Velandia. "Calidad percibida de la atención médica en Colombia entre 1997 y 2008", en Revista *Gerencia y Políticas de Salud*, Colombia 2009.

VI. Sistema General de Pensiones (SGP)

La ley 100 de 1993 establece que el Sistema General de Pensiones (SGP) tiene por objetivo garantizar a la población la ayuda contra las contingencias derivadas de la vejez, la invalidez y la muerte, este sistema se inclina por la ampliación progresiva de cobertura a la población no incorporada a este.

La afiliación obligatoria se contempla para todas las personas incorporadas mediante contrato de trabajo o como servidores públicos, en entidades o empresas del sector privado, bajo la modalidad de contratos de prestación de servicio o cualquier otra modalidad de servicio que adopten, los trabajadores independientes y los grupos de población que por sus características socioeconómicas sean beneficiarios de subsidios por medio del fondo de solidaridad de pensiones.

La ECV 2008 informa que 16.9% de la población colombiana cotiza actualmente a un fondo de pensiones y solo 3.5% ya es pensionada; a pesar de las diferencias en la esperanza de vida entre hombres y mujeres, 19.9% de hombres cotiza a este sistema mientras las mujeres alcanzan 14.0%.

Igualmente se observa que dada la mayor participación de los hombres en el mercado laboral, esta se refleja en una mayor afiliación de ellos al SGP, de manera que 29.8% de personas

ocupadas, que cotizan a un fondo de pensiones, 58.2% son hombres y 41.8% son mujeres (véase el cuadro 4).

Cuadro 4. Distribución por sexo de los(as) ocupados(as) que cotizan a un fondo de pensiones. Total nacional

Edades	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
12-26 años	585 908	424 068	1 009 976
	18.5	18.6	18.5
27-40 años	1 404 670	951 288	2 355 958
	44.2	41.7	43.2
>40 años	1 184 103	905 670	2 089 773
	37.3	39.7	38.3
Total	3 174 681	2 281 026	5 455 707
	58.2	41.8	100

Fuente: DANE. ECV 2008.
Nota: datos expandidos con proyecciones de población, con base en los resultados del censo 2005.

Para unos y otras la mayor afiliación al SGP se presenta en el rango de 27 a 40 años; superior al mayor rango tomado para el análisis (>40 años), en donde la clasificación por sexo, muestra una mayor participación de las mujeres equivalente a 2.4 puntos porcentuales con respecto a los hombres.

En cumplimiento de la norma legal, efectivamente los obreros o empleados de empresa particular y del gobierno, representan 86.1% del total de ocupados que cotizan a pensiones; con una participación mucho mayor de los hombres que de las mujeres (véase el cuadro 5).

Cuadro 5. Distribución por sexo de los(as) ocupados(as) que cotizan a un fondo de pensiones según posición ocupacional. Total nacional

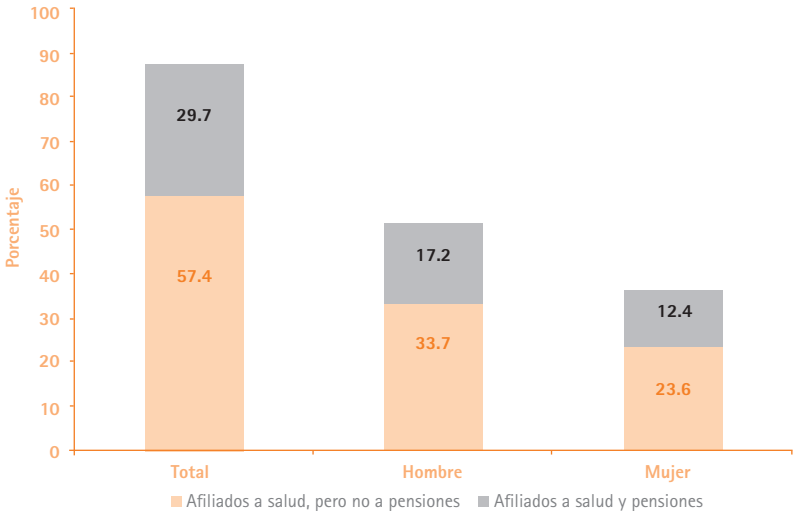
Posición ocupacional	Sexo		Total
	Hombre	Mujer	
Obrero o empleado de empresa particular	2 379 718 75.0	1 535 486 67.3	3 915 204 71.8
Obrero o empleado del gobierno	353 807 11.1	446 563 19.6	800 370 14.7
Independiente o por cuenta propia	240 765 7.6	134 531 5.9	375 296 6.9
Otros	200 391 6.3	164 446 7.2	364 837 6.7
Total	3 174 681 58.2	2 281 026 41.8	5 455 707 100

Fuente: DANE. ECV 2008.
Nota: datos expandidos con proyecciones de población, con base en los resultados del censo 2005.

Integrando el sistema general de salud y el sistema general de pensiones, para analizar la cobertura total del sistema, de acuerdo con el avance del cumplimiento normativo, se observa:

- 57.4% de ocupados(as) tienen afiliación a la seguridad social en salud, pero no a pensiones.
- 29.7% de los ocupados(as) tiene afiliación tanto a salud como a pensiones (véase la gráfica 9).

Gráfica 9. Distribución por sexo de los ocupados según cotización a salud y pensiones. Total nacional



	Total	Hombre	Mujer
Afiliados a salud, pero no a pensiones	57.4	33.7	23.6
Afiliados a salud y pensiones	29.7	17.2	12.4

Fuente: DANE. ECV 2008
Nota: datos expandidos con proyecciones de población, con base en los resultados del censo 2005.

Como se observó a lo largo de este análisis, las mujeres presentan una mayor afiliación al sistema general de seguridad social en salud, que por sus características de afiliación integral permite la cobertura al núcleo familiar, en lo que respecta al sistema contibutivo, caso diferente es el Sistema General de Pensiones que sí exige la participación en el mercado laboral.

VII. Una visión multidimensional de la equidad en salud

El concepto multidimensional de la equidad en salud, mencionado por varios autores, entre ellos Amartya Sen, incluye no solo factores relacionados con lograr una buena salud, también contar con la atención sanitaria necesaria para prevenir la morbilidad y la mortalidad por contagio o la propagación de enfermedades infecciosas, en donde intervienen las condiciones de la vivienda y disponibilidad de servicios públicos domiciliarios que permitan contrarrestar estos sucesos o no representen riesgo.

A nivel nacional, la ECV 2008 proporciona una cobertura del servicio de acueducto y alcantarillado de 86.7 y 73.9% respectivamente; sin embargo, estas se concentran por clase en las cabeceras; en el resto, las viviendas que cuentan con acueducto alcanzan 58.3% y solo 14.9% cuentan con alcantarillado.

Por regiones; la Atlántica compuesta por los departamentos de Guajira, Cesar, Magdalena, Atlántico, Bolívar, Sucre y Córdoba muestra una menor cobertura de estos dos servicios en comparación con el total nacional de 71.9% en acueducto y 53.3% en alcantarillado.

A lo anterior se suma que la región Atlántica presenta un menor porcentaje de personas protegidas por el sistema general de aseguramiento a la seguridad social en salud del país; alcanzando

79.7% del total de personas que viven en esta región, inferior al total nacional; nuevamente el resto presenta una menor cobertura (77.2%) en comparación con la cabecera (80.6%).

Ahora bien, para identificar el factor de riesgo que representan las viviendas con piso de tierra, sin servicio sanitario y sin servicio de acueducto, los resultados son (véase el cuadro 6):

Cuadro 6. Personas que habitan viviendas con piso de tierra, sin agua y sin sanitario. Según regiones

Regiones	Total	Clase	
		Cabecera	Resto
Atlántica	935 272 **69.7**	363 941 **88.7**	571 331 **61.3**
Oriental	192 796 14.4	0 __	192 796 20.7
Central	58 099 4.3	23 303 5.7	34 796 3.7
Pacífica	46 329 3.5	6 578 1.6	39 751 4.3
Antioquia	101 943 7.6	10 478 2.6	91 465 9.8
Valle	5 871 0.4	4 727 1.2	1 144 0.1
Total	1 341 502	410 219	931 283

Fuente: DANE. ECV 2008.
Nota: datos expandidos con proyecciones de población, con base en los resultados del censo 2005. Cálculos propios.

Entre estas seis regiones por las cuales la ECV proporciona resultados para cabecera y resto, nuevamente la región Atlántica es la más afectada tanto por la inadecuada calidad de los pisos de la vivienda como por la falta de acceso al servicio de acueducto y la ausencia de servicio sanitario para uso de las personas del hogar.

Tomando como referencia el concepto multidimensional de la equidad en salud, en la Región Atlántica se identifican los principales riesgos en materia de atención sanitaria y de cobertura de salud específicamente, que afecta a 234761 personas de esta región del país que no están aseguradas por el SGSSS, y que habitan viviendas con piso firme o de arena, no cuentan con servicio de acueducto y no disponen de servicio sanitario.

VIII. La salud en la percepción de pobreza

Además de las variables que dan cuenta de las características objetivas de los hogares y de los miembros que los componen, también es posible conocer la percepción de pobreza que tienen los jefes de hogar o su cónyuge, para de esta manera configurar medidas complementarias a aquellas tradicionales que se basan principalmente en la insuficiencia de ingresos monetarios o el acceso limitado a bienes materiales para analizar el bienestar, y así concluir en su catalogación como pobres.

En este sentido resulta pretencioso prometer estimaciones de las causas de la pobreza, en su lugar las ECV, gracias a su contenido multitemático o de propósitos múltiples, ofrecen información que permite identificar y describir las variables que mejor se correlacionan con el concepto de pobreza, y retomando lo expresado líneas atrás, llegamos al punto de encuentro entre lo multidimensional de la salud y de la pobreza.

En el aspecto de reconocerse a sí mismo como pobre, es importante señalar que durante la obtención de respuestas para esta pregunta, incluida en el tema de condiciones de vida y tenencia de bienes, se hace la aclaración al jefe de hogar o cónyuge que tome en cuenta todos los aspectos de su vida, ya que la pregunta no hace referencia exclusivamente a las

características económicas o a los ingresos que percibe. En otras palabras corresponde a la valoración que hace la persona de todos los aspectos que influyen en su bienestar.

La pobreza subjetiva alcanza en el país 48.5%, mostrando una disminución de 19 puntos porcentuales en relación con la percepción declarada en 2003.[11]

Para comprobar si la pobreza subjetiva depende del sexo del jefe de hogar o cónyuge, se hizo una prueba de independencia que proporcionó como resultados:

Tabla de contingencia pobreza-subjetiva* Sexo

			Sexo		Total
			Hombre	Mujer	
¿Se considera pobre?	No	Recuento	4 243 733	1 830 568	6 074 301
		% dentro de sexo	51.3%	52.2%	51.5%
		% del total	36.0%	15.5%	51.5%
	Sí	Recuento	4 033 257	1 678 946	5 712 203
		% dentro de sexo	48.7%	47.8%	48.5%
		% del total	34.2%	14.2%	48.5%
Total		Recuento	8 276 990	3 509 514	11 786 504
		% dentro de sexo	100.0%	100.0%	100.0%
		% del total	70.2%	29.8%	100.0%

[11] Para ubicar el contexto de esta pregunta, la encuesta se llevó a cabo entre el mes de agosto y el 18 de octubre de 2008, antes de la caída de las pirámides, la declaratoria de crisis económica a nivel mundial y el deterioro de las relaciones con los países vecinos.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	779.325[a]	1	.000		
Corrección por continuidad[b]	779.290	1	.000		
Razón de verosimilitudes	779.456	1	.000		
Estadístico exacto de Fisher				.000	.000
Asociación lineal por lineal	779.325	1	.000		
Núm. de casos válidos	11786504				

Ho = No hay relación entre las variables.
Ha = Hay relación entre las variables.
Regla de decisión = P_valor <0.05 se rechaza la Ho.
P_valor >0.05 no se rechaza la Ho.

- Hay una mayor percepción de pobreza entre los hombres jefes de hogar que entre las mujeres jefes de familia.
- Hay una relación directa entre el sexo del informante y el reconocerse a sí mismo como pobre.

Aplicando una regresión logística, por el método por pasos hacia atrás RV, considerando como variable independiente la pobreza subjetiva que toma valores de 0 y 1 y como variables independientes: el sexo, la calificación del estado de salud, los años de educación superior y el régimen al cual se encuentra afiliado.

Historial de iteraciones[a, b, c, d]							
Iteración		-2 log de la verosimilitud	Coeficientes				
			Constante	sexo	Estado de salud	Años de educación superior	Regímenes
Paso 1	1	1 666 986.560	-3.056	.156	.361	-.027	.986
	2	1 641 707.739	-3.901	.235	.561	-.045	1.162
	3	1 641 323.111	-4.020	.248	.599	-.049	1.178
	4	1 641 322.954	-4.022	.248	.599	-.049	1.178
	5	1 641 322.954	-4.022	.248	.599	-.049	1.178

Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo				
		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	93074.919	4	.000
	Bloque	93074.919	4	.000
	Modelo	93074.919	4	.000
Resumen del modelo				
Paso 1	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagel-kerke	
	1.641E+06	.051	.082	

Tabla de clasificación					
	Observado		Pronosticado		
			Pobreza-subjetiva		% correcto
			No	Sí	
Paso 1	Pobreza subjetiva	No	1 414 912	12 139	99.1
		Sí	323 975	17 163	5.0
	Porcentaje global				**81.0**

Variables en la ecuación							
		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1[a]	Sexo	.248	.004	3 608.798	1	.000	1.281
	Estado de salud	.599	.003	32 953.878	1	.000	1.821
	Años de educación	-.049	.001	4 137.817	1	.000	.952
	Regímenes	1.178	.006	35 034.993	1	.000	3.248
	Constante	-4.022	.012	118 372.538	1	.000	.018

Antes de llegar a este modelo se hicieron varios ejercicios incluyendo variables como estado civil, número de hijos, tenencia de la vivienda, la posición ocupacional del jefe de hogar, el número de personas que componen el hogar, el tipo de vivienda que habita, la presencia de enfermedad crónica y de enfermedad en los últimos treinta días, la afiliación a la seguridad social en salud, la consulta por prevención, la clase (cabecera, resto) el analfabetismo y la edad.

Como se puede observar, en el modelo obtenido en un solo paso, con tan solo cuatro variables están explicando 81% de la percepción de pobreza del país, dos de ellas relacionadas con la salud, esto permite asumir que tanto la calificación del estado de salud, como el régimen de aseguramiento, aportan más a la predicción de la pobreza subjetiva que las demás variables mencionadas con anterioridad, seguramente sintetizando su efecto en el modelo.[12]

Los años de educación superior realizados y aprobados simplifican el efecto de las variables de analfabetismo, asistencia escolar, último nivel y grado aprobado, demostrando además, la relación directa que existe entre estos dos componentes de

[12] Los valores válidos que asumen estas variables son: sexo: 1 (hombre), 2 (mujer); estado de salud: 1 (muy bueno), 2 (bueno), 3 (regular), 4 (malo); años de educación superior: 1-25; regímenes: 1 (contribución), 2 (subsidiado).

política pública, dada su naturaleza de derecho consagrado constitucionalmente.

Con una probabilidad de 81%, la menor percepción de pobreza se asocia directamente con la terminación de estudios universitarios y de posgrado, al reconocimiento de un buen estado de salud y el estar asegurado al régimen contributivo de seguridad social en salud.

Igualmente del modelo se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- La percepción de pobreza es mayor en las mujeres jefes de familia.
- Hay mayor reconocimiento de sí mismo como pobre en los jefes de familia que consideran que su estado de salud es malo.
- Entre menor sea el logro educativo en materia de años de educación superior realizados y aprobados, mayor es la percepción de pobreza.
- Hay una mayor percepción de pobreza entre los jefes de hogar afiliados al régimen subsidiado de seguridad social en salud, consistente con su propósito para el cual fue creado.

En este orden de ideas es necesario mencionar la información que proporciona la ECV 2008 acerca de los años de estudios superiores (técnicos, tecnológicos, universitarios, de postgrado, etcétera) y que se incluye en el modelo anterior.

Esta pregunta la contestan personas mayores de 5 años que actualmente no asisten a alguna escuela, colegio o universidad. A nivel nacional el promedio de estudios superiores es de 4.2 años, el promedio de años de educación se distribuye así (véase el cuadro 7):

Cuadro 7. Promedio de años de educación por grupos de edad. Total nacional, cabecera, resto

	Grupos de edad					
	5 a 19		20 a 34		35 y más	
	2003	2008	2003	2008	2003	2008
Nacional	4.4	4.8	9.0	9.4	6.5	6.7
Cabecera	4.8	5.1	10.0	10.3	7.5	7.6
Resto	3.3	3.9	5.6	6.1	3.3	3.5

Fuente: DANE. ECV 2008.
Nota: datos expandidos con proyecciones de población, con base en los resultados del censo 2005.

Como se puede apreciar, los principales logros en educación se presentan entre los 5 y 34 años de edad, alcanzando un promedio de 9.4 años de educación, contando desde la educación primaria, compuesta por 5 grados, la educación secundaria y media que consta de entre 6 y 13 grados; lo cual significa que en promedio los colombianos de 5 años y más no logran terminar la educación secundaria y los que inician una carrera técnica, tecnológica o universitaria no la terminan. Situación preocupante si se toma en cuenta que la Comisión Económica para la América Latina y el Caribe (CEPAL) estima que en las condiciones actuales se requieren doce años de escolaridad como requisito mínimo para entrar al mercado laboral y permitir ubicarse por encima de la línea de pobreza.

Los principales logros en educación se presentan entre los 5 y 34 años de edad

En la clasificación por sexo, las mujeres presentan una pequeña ventaja en comparación con el promedio de años de educación alcanzado por los hombres; sin embargo, estas diferencias no son significativas.

Bogotá es la región que presenta el promedio de años de educación más alto del país, superior al promedio nacional en

todos los grupos de edad, el grupo de 20 a 34 años alcanza un promedio de 11.3 años, equivalente a la terminación de la educación básica secundaria, mientras la región Pacífica es la que muestra el promedio más bajo aunque aumenta 0.7 años de educación para 2008, a pesar de lo cual las personas de 5 años y más de esta región en promedio alcanzan a completar la educación básica primaria (véase el cuadro 8).

Cuadro 8. Promedio de años de educación por rangos de edad, según regiones

Regiones	Grupos de edad					
	5 a 19		20 a 34		35 y más	
	2003	2008	2003	2008	2003	2008
Atlántica	4.2	4.4	9.1	9.0	6.0	6.3
Oriental	4.5	4.9	8.3	8.9	5.6	6.0
Central	4.3	4.7	7.8	9.1	5.5	6.0
Pacífica	3.5	4.2	6.9	7.6	4.6	5.2
Antioquia	4.4	4.7	8.6	9.3	6.1	6.4
Valle	4.3	5.4	9.4	10.0	7.1	7.2

Fuente: DANE. ECV 2003-2008.
Nota: datos expandidos con proyecciones de población, con base en los resultados del censo 2005.

Por encontrarse muy relacionado con la educación, es importante abordar el tema del acceso al uso de las tecnologías de la información por parte de la población y especialmente de la región Atlántica, no solo como parte del análisis multidimensional para el tema de salud, sino como instrumento en la socialización del conocimiento y en la viabilidad de la participación ciudadana que posibilite el ejercicio de derechos (véase el cuadro 9).

Cuadro 9. Distribución porcentual de bienes y servicios que poseen los hogares colombianos. Total nacional y regiones

Regiones y áreas	TV a color		Computadora		Internet		Celular	
	2003	2008	2003	2008	2003	2008	2003	2008
Total Nacional	76.7	88.5	11.2	22.8	5.5	12.8	17.7	83.8
Atlántica	70.3	83.6	5.7	12.4	2.1	6.9	14.9	77.8
Oriental	74.3	86.7	7.5	16.7	2.8	8.0	15.8	86.2
Central	74.0	87.9	6.8	19.2	3.2	9.3	12.6	84.7
Pacífica	53.9	78.7	3.4	11.2	1.1	3.7	6.7	68.1
Antioquia	77.0	87.7	10.1	24.7	5.2	15.5	10.1	82.5
Valle	83.5	93.9	14.4	28.7	8.4	14.5	26.1	88.8

Fuente: DANE. ECV 2003-2008.
Nota: datos expandidos con proyecciones de población, con base en los resultados del censo 2005.

Dentro de los sistemas de información y comunicación de que disponen los hogares, y por los que investigan las ECV, la posesión de celular es la que ha mostrado mayor dinamismo dentro del total de bienes y servicios que recopilan estas encuestas. La ECV 2008 informa que de cada diez hogares colombianos, ocho tienen celular. Las regiones Oriental, Central y Valle superan el promedio nacional, mientras que las regiones Pacífica y Atlántica presentan promedios inferiores al total nacional.

La computadora para uso en el hogar está presente en dos de cada diez hogares del país, pero solo en doce de cada cien hogares de la región Atlántica, mientras el uso de Internet lo reportan siete de cada cien hogares de esta región, lo cual resulta lamentable especialmente si se considera que la conectividad es una de las grandes ventajas que ofrece el desarrollo tecnológico, permitiendo aprovechar las posibilidades de información y de capacitación que se abren al mundo entero.

La televisión a color resultó ser el bien de que disponen la mayoría de los hogares colombianos, con la posesión de este

bien la región Atlántica se acerca al total nacional y a la mayoría de regiones; se encuentra disponible en ocho de cada diez hogares aproximadamente, por lo que a falta de computadoras y de acceso a Internet se convierte en el principal medio de información para los miembros del hogar, por tanto, hace aun más exigente la revisión de sus contenidos, en especial para la población de niños, niñas y jóvenes.

IX. El gasto público social, precepto constitucional

El carácter social del gasto público, cobra importancia al considerarse como el principal medio para la solución de las necesidades básicas insatisfechas de salud, educación, saneamiento ambiental, agua potable, vivienda y las tendientes al bienestar general y al mejoramiento de la calidad de vida de la población, y tendrá prioridad sobre cualquier otra asignación.

Este apartado toma especial relevancia al recopilar lo expresado por A. Sen, referente a que la equidad en salud no puede ocuparse únicamente de la desigualdad en la salud o la atención sanitaria, sino más bien debe tener en consideración cómo se relaciona la salud con otras características por medio de la asignación de recursos y de los acuerdos sociales.

El Artículo 356 de la Constitución Nacional expresa: Salvo lo dispuesto por la Constitución, la ley, a iniciativa del Gobierno, fijará los servicios a cargo de la nación y de las entidades territoriales. Determinará, asimismo, el situado fiscal, esto es, el porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación que será cedido a los departamentos, el distrito capital y los distritos especiales de Cartagena, Santa Marta y Barranquilla, para la atención directa o por medio de los municipios, de los servicios que se les asignen.

Por su parte, los recursos del situado fiscal se destinarán a financiar la educación preescolar, primaria, secundaria y media, y la salud, en los niveles que la ley señale, con especial atención a los niños.

Comparando la menor cobertura del aseguramiento del SGSSS con el monto del presupuesto cuyo destino específico es la solución de las necesidades básicas insatisfechas de salud, educación, saneamiento ambiental, agua potable y vivienda, que de acuerdo con el Sistema General de Pensiones (SGP) alcanzó los $8.04 billones durante el periodo 2002-2007, para la región Atlántica ha tenido la siguiente composición (véase el cuadro 10):

Cuadro 10. Sistema General de Participaciones 2002-2007 (miles de pesos)

Región Atlántica				
Años	Total	Régimen subsidiado	Salud pública	Salud
2002	1 032 467 650	304 733 892	68 037 343	659 696 415
2003	1 135 300 256	343 626 976	76 342 149	715 331 131
2004	1 260 185 797	382 290 361	87 634 776	790 260 660
2005	1 412 933 348	450 034 623	90 692 313	872 206 412
2006	1 528 138 521	496 192 411	98 724 686	933 221 425
2007	1 667 306 650	569 910 592	101 384 981	996 011 077
Total	8 036 332 222	2 546 788 855	522 816 248	4 966 727 120

Fuente: Contraloría general de la República.

Al régimen subsidiado, le correspondió 31.7% del total de recursos asignados durante el periodo (2002-2007), equivalente a $510 235 *per cápita*, para las 4 991 403 personas afiliadas a este régimen, en esta región.

En el cuadro 7 también se observa que solamente 6.1% del total del SGP se destina a la salud pública (Plan de Atención

Básica), lo que representa para 2007 una distribución *per cápita* de $10.734 para el total de la población de esta región. De acuerdo con el Artículo 45 de la Ley 715 de 2001, los objetivos específicos de este componente son:

- Reducción de enfermedades inmunoprevenibles, de aquellas prevalentes en la infancia y de la mortalidad infantil.
- Implementación de la política de salud sexual y reproductiva.
- Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores.
- Fortalecimiento del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición.
- Implementación de la política de salud mental y reducción del impacto en salud por la violencia.
- Promoción de estilos de vida saludable para la prevención y control de las enfermedades crónicas.

Ya se ha mencionado el gasto promedio en que incurrieron las personas aseguradas al sistema de seguridad social en salud que estuvieron enfermas en el periodo de referencia de la encuesta, entonces si se compara este gasto promedio con el valor *per cápita* que contempla el sistema general de participaciones para la región con la más baja cobertura en salud, el SGP está considerando 28% del gasto promedio en que incurrieron las personas afiliadas al régimen de contributivo y 32% del gasto promedio para las personas del régimen subsidiado, por lo que queda claro que a pesar de que la ley incluya el concepto de gasto "social" y un componente del SGSSS, el mayor porcentaje del gasto para atender este derecho constitucional, corre a cargo de cada persona, tenga o no capacidad de pago.

Por último, y consistente con la distribución del SGP, el SGSSS responde en principio al aumento de cobertura (continuidad y ampliación por medio de subsidios a la demanda), poco efectivo para la región que muestra las menores coberturas en servicios públicos y afiliación a la seguridad social en salud.

Queda la pregunta sobre el diseño y el seguimiento a la política pública, cuando ni la afiliación ni la atención de la salud forman parte de los indicadores de necesidades básicas insatisfechas, resulta clara la relación directa entre los sectores educación y servicios públicos para impactar y ofrecer cambios que mejoren los indicadores simples de inasistencia escolar y de viviendas sin servicios básicos (acueducto y sanitario) (véase el cuadro 11), no así en el sector salud.

Este método para la medición de la pobreza es catalogado como "directo", tiene el propósito de identificar la carencia de algunas necesidades consideradas básicas, y así clasificar a las personas como pobres o en miseria.

Se puede observar con esta metodología que la pobreza a nivel nacional alcanza 20.1% de colombianos, mientras la miseria afecta 5.5%.

El indicador simple más elevado es el de alta dependencia económica (resulta ser un indicador indirecto del nivel de ingreso y se presenta cuando hay más de 3 personas por cada una que se encuentra laborando, y, además, el jefe de hogar tiene una escolaridad inferior a 3 años), esto es consistente con los hallazgos expresados a lo largo de este documento y desde las diferentes perspectivas incluidas en el mismo.

La falta de asistencia a un centro de educación formal de al menos un niño de entre 7 y 11 años, que sea pariente del jefe de familia, es indicador más bajo.

Separando por regiones y retomando las condiciones antes citadas para la región Atlántica, mediante de cada uno de estos

indicadores simples y del compuesto, se confirma que esta se encuentra con mayor vulnerabilidad, y de acuerdo con la metodología de las NBI, es la región más pobre.

Un 34.3% de sus habitantes es pobre (presentan uno o más de los cinco indicadores simples) y 12.5% se encuentra en condición de miseria (presentan dos o más indicadores simples), ante lo cual, cabe recordar que igualmente es la región que presenta una menor cobertura del SGSSS.

Comenzando con esta baja cobertura del aseguramiento que ofrece el SGSSS en la región Atlántica, y de las demás características sociodemográficas que se han mencionado a lo largo de este documento que la muestran como una de las más vulnerables del país, queda pendiente la identificación de las variables que inciden en la percepción de pobreza de los hogares de esta región en particular, partiendo del hecho de que en el modelo presentado para el total nacional a afiliación a alguno de los dos regímenes (contributivo o subsidiado) incide positivamente en la autocalificación como no pobre y resulta ser un factor importante de asociación con la variable afiliación; mientras que en el caso de la región Atlántica es necesario buscar otro modelo econométrico que se ajuste mejor a las condiciones particulares analizadas, como instrumento de análisis, pertinente para el diseño y seguimiento de las políticas públicas, aprovechando la cantidad, variedad y calidad de la información que ofrecen las ECV.

La capacidad predicativa del modelo que se presenta a continuación es menor a la del modelo ofrecido para el total nacional en párrafos anteriores. Las variables incluidas en este modelo solo alcanzan a explicar 74.7% de la percepción de pobreza de los hogares de la región Atlántica.

Para llegar a este modelo se realizó el ejercicio de incluir variables como: edad, estado civil, la presencia del cónyuge

Cuadro 11. Distribución de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), por indicadores simples según total nacional y regiones

Regiones y áreas		Vivienda Inadecuada	Servicios inadecuados	Hacinamiento crítico	Inasistencia escolar	Alta dependencia económica	Personas pobres	Personas en miseria
Total Nacional	Total	6.6	5.5	6.0	1.4	7.6	20.1	5.5
	Cabecera	4.8	4.2	4.7	1.0	5.5	14.7	4.1
	Resto	12.5	9.6	10.0	2.8	14.2	37.2	10.0
Atlántica	Total	12.0	15.6	8.8	1.3	13.5	34.3	12.5
	Cabecera	14.3	15.0	7.0	1.0	10.6	30.9	12.2
	Resto	5.6	17.3	13.5	1.9	21.2	43.7	13.6
Oriental	Total	5.2	3.7	6.2	1.2	5.7	16.9	4.4
	Cabecera	2.7	0.2	5.2	0.9	3.4	9.7	2.4
	Resto	10.6	11.3	8.2	1.9	10.6	32.6	8.7
Central	Total	8.9	2.7	3.9	2.3	6.6	18.6	4.6
	Cabecera	1.6	1.8	3.5	1.4	4.7	9.5	2.3
	Resto	25.4	4.6	4.9	4.2	10.9	39.0	9.8
Pacífica	Total	8.3	6.0	9.5	2.6	8.5	28.7	5.4
	Cabecera	3.2	7.4	6.5	1.3	4.4	20.2	2.6
	Resto	12.3	4.9	11.8	3.6	11.7	35.4	7.7
Antioquia	Total	5.0	2.8	5.6	2.0	9.1	18.0	4.8
	Cabecera	2.3	1.3	3.6	1.9	6.8	12.0	2.8
	Resto	14.0	7.7	12.3	2.5	16.8	38.1	11.4
Valle del Cauca	Total	4.9	2.0	3.4	1.3	4.9	13.9	2.2
	Cabecera	3.9	1.9	3.1	0.9	4.1	11.8	1.8
	Resto	11.4	2.8	5.2	3.7	10.0	27.6	4.8

Fuente: DANE. ECV 2008. Nota: datos expandidos con proyecciones de población, con base en los resultados del censo 2005.

en el hogar, posición ocupacional, ingresos por trabajo, total de ingresos en el hogar, enfermedad en los últimos 30 días, presencia de enfermedad crónica, número de personas en el hogar. El modelo obtenido es:

Codificación de la variable dependiente	
Valor original	Valor interno
No	0
Sí	1

Bloque 1: Método = Por pasos hacia atrás (Razón de Verosimilitud)				
Pruebas ómnibus sobre los coeficientes del modelo				
		Chi-cuadrado	gl	Sig.
Paso 1	Paso	76061.027	7	.000
	Bloque	76061.027	7	.000
	Modelo	76061.027	7	.000

Resumen del modelo			
Paso 1	-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
	339178.227[a]	.211	.291

Tabla de clasificación					
	Observado		Pronosticado Pobreza subjetiva		% correcto
			no	sí	
Paso 1	Pobreza subjetiva	no	178 116	30 785	85.3
		sí	50 381	61 666	55.0
	Porcentaje global				**74.7**

Variables en la ecuación							
		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1a	Afiliación al SGSSS	-.845	.017	2333.477	1	.000	.430
	Años de educación	-.137	.002	4101.340	1	.000	.872
	Estado de salud	-.016	.009	3.577	1	.059	.984
	Tipo de vivienda	-1.294	.009	22776.538	1	.000	.274
	Calif. de ingresos	-.965	.007	20158.030	1	.000	.381
	Sexo	.073	.010	58.439	1	.000	1.076
	Tenencia	.123	.003	1232.992	1	.000	1.131
	Constante	4.310	.041	11264.068	1	.000	74.445

Un modelo compuesto por siete variables a diferencia de uno de cuatro variables que explican 81.0% de la percepción de pobreza del total nacional. Esto significa que no fue posible encontrar otra variable que tuviera o que superara la capacidad de explicación de la variable "régimen".

- A pesar de ser la región con menor aseguramiento en salud, dos variables relacionadas con salud, aportan al reconocerse a sí mismo como pobres: la afiliación al SGSSS y la percepción del estado de salud; dos variables con la vivienda que habitan las personas: tipo y tenencia de la vivienda; al igual que en el modelo para el total nacional, permanece la variable años de educación superior y sexo.

- A diferencia de la variable ingresos en el hogar que no fue relevante para el modelo, sí lo fue la variable referente a la capacidad de los ingresos para cubrir los gastos mínimos y resultó tener un mayor efecto para el análisis de la percepción de pobreza de la región Atlántica.

- Las variables que entran en este modelo tienen los siguientes valores válidos: tipo de vivienda (1 = casa, 2 =

apartamento; 3 = cuartos de alquiler, 4 = cuartos en otro tipo de estructura; 5 = vivienda indígena, 6 = otro tipo de vivienda). Calificación de los ingresos: (1 = no alcanza para cubrir los gastos mínimos, 2 = solo alcanza para cubrir los gastos mínimos, 3 = cubren más que los gastos mínimos). Tenencia de la vivienda que ocupa el hogar (1 = propia, totalmente pagada, 2 = propia, la están pagando, 3 = en arrendamiento o subarrendamiento, 4 = en usufructo, 5 = posesión sin título).

En conclusión: la variable "régimen" (referida al régimen contributivo y al subsidiado) da al modelo un mayor poder predicativo y efectivamente permite un mayor ajuste, pues recoge tanto la afiliación como capacidad de pago; por consiguiente, de acuerdo a la interacción de las variables incluidas en el modelo se tiene:

- Todas las variables son relevantes para el modelo y contribuyen significativamente al ajuste del mismo.
- El signo de los coeficientes ß permite observar el efecto positivo o negativo que cada variable ejerce sobre el reconocerse a sí mismo como pobre, de ahí que la percepción de pobreza se asocie a condiciones desfavorables o características negativas que asumen las variables de explicación: afiliación, años de educación, estado de salud, tipo de vivienda y calificación de ingresos.

Las variables sexo y tenencia de la vivienda tienen efecto positivo en el reconocerse a sí mismo como no pobre.

Por consiguiente, la percepción de pobreza en los hogares de la región Atlántica está asociada directamente a factores como la no afiliación a la seguridad social en salud, menores años de educación superior, técnica o tecnológica, al reconocimiento de un estado de salud regular o malo, a la ocupación de viviendas tipo cuarto o que ofrezcan estructura o espacios inadecuados

y a la baja calificación de los ingresos para cubrir los gastos mínimos del hogar.

En resumen, manteniendo la misma capacidad de explicación del modelo para el total nacional:

- La percepción de pobreza es mayor en las mujeres jefes de familia.
- Hay mayor reconocimiento a sí mismo como pobre en los jefes de hogar que consideran su estado de salud regular o malo.

La percepción de pobreza en los hogares de la región Atlántica está asociada directamente a factores como la no afiliación a la seguridad social en salud

- Entre menor sea el logro educativo en materia de años de educación superior realizados y aprobados, mayor es la percepción de pobreza.

La inclusión de las nuevas variables permite apreciar:

- La no cobertura del SGSSS se relaciona directamente con la percepción como pobre.
- Los propietarios de la vivienda que ocupan, tienen una menor probabilidad de reconocerse como pobres.
- Quienes habitan viviendas tipo casa, tienen una mayor probabilidad de reconocerse como no pobres.
- En aquellos hogares donde se considera que los ingresos no alcanzan para cubrir los gastos mínimos, hay una mayor percepción de pobreza.

A pesar de que este resulte ser el mejor modelo, existe un 25.5% en la explicación de la pobreza subjetiva de la región Atlántica que no está siendo explicada por las variables que lo componen, el aseguramiento del régimen contributivo resulta ser un factor determinante en la decisión de considerarse pobre en Colombia.

X. Conclusiones

A lo largo de este análisis se mencionaron los retos que enfrenta el sistema de seguridad social colombiano desde la estructura poblacional, las principales causas de defunción desde la perspectiva de género, también se incluyeron las causas de defunción catalogadas como injustas que motivan los debates sobre equidad en las necesidades del servicio de salud, los acercamientos al tema de morbilidad y percepción del estado de salud que permiten las encuestas de Calidad de vida; uno de los objetivos fue llegar a algunas de las comprobaciones mencionadas por Amartya Sen en el tema de salud, haciendo uso de modelos econométricos.

Si bien es cierto, el SGSSS proporciona una cobertura de 86% de la población del país vía afiliación a algunos de los dos regímenes creados por la Ley 100 de 1993, y que el país cuenta con un marco legal desde 1991 (reformado en 23 ocasiones) y otras reglamentaciones que reconocen la salud como un derecho fundamental, los colombianos tuvieron que recurrir al mecanismo de la tutela incluida igualmente en el marco constitucional para hacer cumplir este derecho.

La tutela se convirtió en los últimos 18 años en la única posibilidad que tenían los ciudadanos de solicitar medicamentos, operaciones y tratamientos no contemplados en los POS cuando se trata de enfermedades graves.

Es la corte Constitucional que mediante sentencia T-760 de 2008 reitera la naturaleza de este derecho por medio de un acceso oportuno, eficaz y con calidad, donde los órganos de regulación y vigilancia del sistema tienen que encargarse de protegerlo. Dentro de la unificación de beneficios entre regímenes, la corte recordó la prioridad que tienen los niños en la atención a la salud.

Por su parte la incorporación al sistema de pensiones muestra los problemas estructurales del mercado laboral colombiano, junto a la flexibilidad y evasión en el cumplimiento de la norma contemplada en el código laboral que hacia el futuro representa presión al sistema, dado el aumento de la población mayor de 65 años, principalmente mujeres y solas.

Por último, la aplicación de ejercicios econométricos proporciona modelos que permiten aprovechar la riqueza temática que ofrecen las ECV y reconocer las bondades de contar con información pertinente al diseño y seguimiento de la política pública.

A lo largo de estos análisis se pudo comprobar que no es posible analizar la salud de una manera aislada, sino que va de la mano con los avances en materia de educación. Igualmente los ejercicios presentados mostraron la estrecha correlación entre percepción de pobreza, educación e indicadores de salud.

No es posible analizar la salud de una manera aislada, sino que va de la mano con los avances en materia de educación

XI. Bibliografía

DANE. *Boletín de prensa ECV* 2008.
http: //www.Dane.gov.co /condiciones de vida/

Del Río, A. *Memorias del IX encuentro internacional de estadísticas de género*, Aguascalientes, México, organizado por CEPAL, UNIFEM, INEGI, Instituto Nacional de Mujeres, 30 de septiembre de 2008.

Espitia, J.E. *Notas sobre el gasto social*, 2000.
http://www.viva.org.co

Herrera, J. *La Pobreza en el Perú en 2001. Una visión departamental*. Lima, Perú 2002.

Ministerio de Protección Social. *Guía informativa del régimen de contribución*. Mayo de 2006.

_____. Ministerio de Relaciones Exteriores, ICBF, *Tercer informe de Colombia al comité de los derechos del niño*. 1998-2003.

Olaya C., A.C. *Solas y solos. Economía Colombiana*, 319, julio de 2007, pp. 100-109.

_____. *Indicadores de calidad de vida*. Monografía pasantita, Andestad, Lima, noviembre de 2007.

_____. *Jefas y jefes. Diferentes percepciones*. Economía Colombiana, 322, febrero de 2008, pp. 90-97.

Sen, A. *Desigualdad de género. Ensayo. La misoginia como problema de salud pública*, Vuelta, S.A. de C.V., Abril de 2002.

_____. *Primero la gente*, Buenos Aires, Planeta, 2008.

_____. *La calidad de vida*. USA, Fondo de Cultura Económica. 1997.

Velandia, F. *Calidad percibida de la atención médica en Colombia* entre 1997 y 2008. en Revista *Gerencia y Políticas de Salud*, 2009.

Para
la publicación
de esta obra se contó con
la colaboración de Jacqueline
Brieño y Martín Gómez en la
coordinación editorial; Jacqueline Brieño
en el cuidado de la edición; el diseño
de interiores estuvo a cargo de Miriam
Gómez; la diagramación es de Alejandra
Núñez, mientras que el diseño de la
cubierta es de Brenda Serrano. La
impresión se realizó en los talleres
de Lito Estilo, durante
agosto de 2010.

Características demográficas y seguridad social en Colombia

Sin duda, cuando se analiza la seguridad social y sus implicaciones, se reconoce que las bases que la sustentan como derecho varían de un contexto al otro, de una legislación a otra.

En este sentido, el presente trabajo presenta los pormenores del Sistema General de Seguridad Social de Colombia, abarcando desde sus marcos legales y regulatorios, hasta los factores demográficos y sociales que han intervenido, a lo largo del tiempo, en el diseño y puesta en práctica de un sistema que no es estático y, por ende, merece análisis permanentes.

Marco conceptual. El reto de la redistribución

El estudio del marco conceptual de la seguridad social, como disciplina, aparece tímidamente desde el surgimiento de las primeras instituciones de seguros sociales. Sin embargo, solo recientemente ha tenido un mayor desarrollo, en gran medida debido a los progresos obtenidos por especialistas y grupos de trabajo preocupados por la elaboración de esquemas teóricos útiles para el análisis de la realidad de la seguridad social. Con todo, muchas investigaciones no se concluyen, o no se difunden, por la limitación de recursos, la discontinuidad y presiones diversas. Es en este contexto en el que los Breviarios de la colección *Marco conceptual. El reto de la redistribución*, se presentan como un compromiso de divulgación y apoyo a los aportes intelectuales en la materia.

ISBN: 978-607-8088-05-8

9 786078 088058