

Análisis a las desigualdades en el acceso a los servicios de salud a partir de las diferencias en el ingreso, el género y el entorno rural/urbano desde la expedición del Sistema General de Seguridad social en Colombia.

Trabajo de Grado para Optar el título de Economista: Monografía

Realizado por: Andrea Patricia Riaño Rodríguez

Director de Proyecto de Grado: Carlos Laverde

Universidad Santo Tomás, Bogotá

Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas

2021

Agradecimientos

Gracias al todo poderoso, mi abuela y mi madre

Que están y siempre estarán.

Tabla de contenido

<u>1. RESUMEN</u>	4
<u>2. INTRODUCCION</u>	4
<u>2.1 IMPORTANCIA DE LA ECONOMIA EN LA SALUD.</u>	10
<u>3. PREGUNTA PROBLEMA</u>	11
<u>4. OBJETIVOS</u>	12
<u>4.1 OBJETIVO GENERAL</u>	12
<u>4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS</u>	12
<u>5.METODOLOGIA</u>	13
<u>6.MARCO TEORICO</u>	14
<u>6.1 DESIGUALDAD POR GENERO.</u>	14
<u>6.1.1 DISCRIMINACION DE LA IDENTIDAD DE GENERO EN LA SALUD</u>	25
<u>6.2 DESIGUALDAD POR INGRESO</u>	26
<u>6.2.1 GASTO EN SALUD</u>	33
<u>6.3 DESIGUALDAD URBANO/RURAL</u>	34
<u>7. CONCLUSIONES</u>	40
<u>8. BIBLIOGRAFÍA</u>	42
<u>ANEXOS</u>	42

1. RESUMEN

En Colombia se crea el modelo de seguridad social en salud con el origen de la ley 100 del 93. Con este modelo se buscaba que en materia de salud, la población colombiana tuviera acceso integral a todos los servicios de salud sin importar su capacidad de pago, género o si vive en la ciudad o el campo, para ello, en el modelo se implementaron los principios básicos del servicio público de la salud: Universalidad, solidaridad, eficacia, participación y unidad y junto con la constitución política de Colombia con su artículo 49 ,se estipularía como base para la prestación del derecho a la Salud a todos los colombianos. Estableciéndose como metodología un análisis descriptivo y analítico de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, a partir de las diferencias en el ingreso, género y el entorno rural/urbano. Concluyendo así, que después de 25 años el sistema aun es débil, presentándose inequidades y desigualdades en el acceso y prestación de los servicios de salud. La calidad del servicio es incompleto y aún le falta mucho por mejorar.

Palabras Clave: Seguridad social, desigualdad, acceso a la salud, aseguramiento, cobertura.

2. INTRODUCCION

Con el comienzo de la ley 100 de 1993, se da inició al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (SGSSS), cambiando la reforma anterior del sistema nacional de salud (SNS). Con el fin de regular el servicio público esencial, brindar una nueva y adecuada organización al sector salud, de tal modo que, al implementar el sistema de aseguramiento de salud integral descentralizado, se crearon nuevas condiciones en todos los niveles de atención y una ampliación de coberturas para que la población pueda gozar de equidad, eficiencia, solidaridad y calidad en el acceso y en la atención del servicio de salud en todo el territorio colombiano y de esta forma garantizar el derecho fundamental a la salud, independientemente de la capacidad de pago y/o condición social a la que el sujeto pudiera estar.

Por consiguiente, este sistema fue planteado bajo un modelo de competencia regulada en el que la gestión del servicio público es establecida por particulares pero con la permanente intervención del Estado sobre dicho servicio público, con el fin de vigilar y proteger los derechos de los colombianos y de esta forma cumplir con las funciones con las que fue establecido: Prestar los servicios de Salud , financiando la demanda en atención en salud y vigilar el adecuado comportamiento de todo el SGSSS, mediante los regímenes de aseguramiento establecidos como lo son el contributivo y el subsidiado que se encuentran articulados al FOSYGA y que a su vez son comprendidos entre las IPS y las EPS. (Yepes Fransisco Jose & Sanchez Luz Helena, 2000)

Por lo tanto, en el largo plazo, para que el SGSSS pudiera financiarse se crearon 2 importantes regímenes; en primer lugar el Régimen Contributivo cuya modalidad permite autofinanciarse con las cotizaciones obligatorias que realice tanto el empleador equivalente al (8%) y como el trabajador (4%) del sueldo, o las personas que cotizan como

Independientes. Mientras que en el Régimen Subsidiado pertenecen cuya población considerada vulnerable y se financia en una parte con los recursos de transferencia, subsidios públicos, privados y de los recursos fiscales. El resto de financiación del régimen subsidiado es proveniente de los ingresos Generales de la Nación (Yepes Fransisco Jose & Sanchez Luz Helena, 2000).

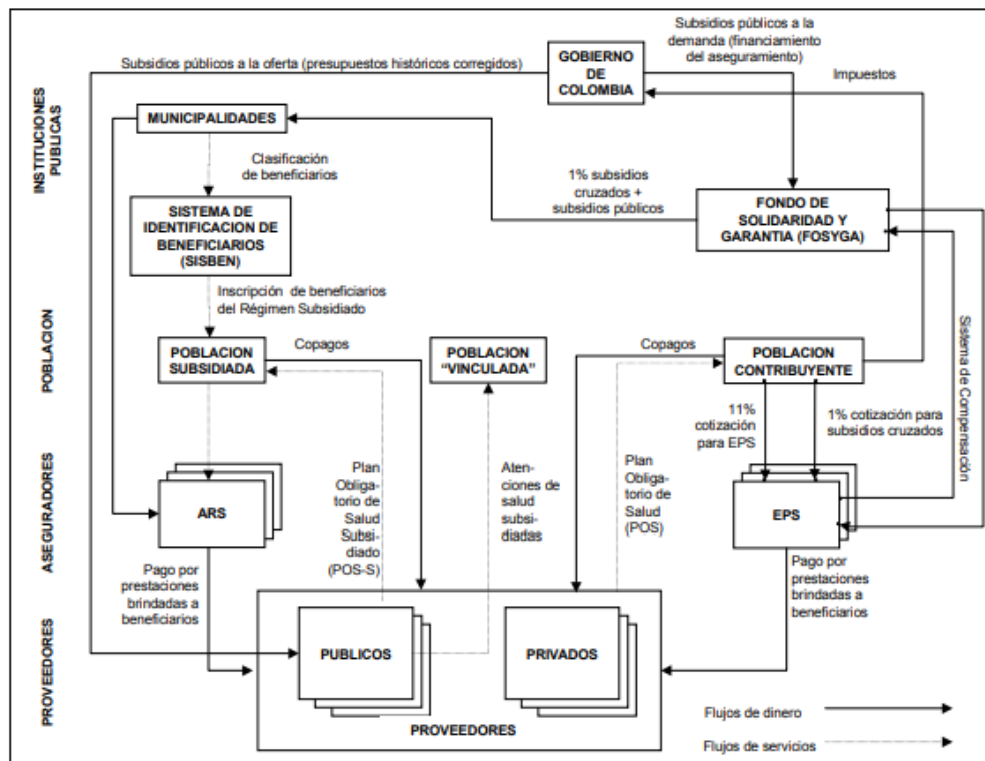
Por lo general, para adherirse al POS la población que se encuentra en el régimen subsidiado, deben estar en situación como beneficiarios, bajo un modelo de clasificación socioeconómica denominado Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN III). En el sisben, la población es clasificada en 6 niveles de acuerdo a las condiciones en las que el individuo y su familia viven, características del hogar, lugar de residencia y el nivel de ingresos. Los niveles más bajos 1 y 2 de las personas más vulnerables son las que más se benefician en el régimen subsidiado y pueden acceder a programas sociales como familias en Acción o Prosperidad Social.

Pero a partir de Marzo del 2021, el departamento Nacional de Planeación modificó y actualizó la metodología utilizada en el Sistema de Identificación de Beneficiarios siendo ahora SISBEN IV, en el cual el Estado busca mitigar las fallas presentadas, dado que muchos de los subsidios fueron entregados a hogares que no lo necesitaban y dejando familias vulnerables sin ayuda. Ahora ya no existirá el puntaje de 0 a 100, si no que será clasificado en 4 grupos: Grupo A1- A5 = Pobreza Extrema, Grupo B1- B7 = Pobreza Moderada, Grupo C1- C18 = Vulnerabilidad, Grupo D1- D20 = Ni pobre ni Vulnerable. Así mismo, de acuerdo a las encuestas pasadas, se tiene en cuenta 5 criterios de evaluación: Vivienda y servicios públicos, el nivel de educación, salud y fecundidad, ocupación, y los ingresos de los integrantes de la familia. (DNP, 2021)

De esta forma, el sistema de seguridad social en salud, se permite congregarse de manera sistemática y regularizada como un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales todas las personas y la comunidad pueden tener acceso, con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana (DNP, 2020) por medio de políticas, procedimientos y normas. De tal manera que el sistema de protección social velará por la asistencia social y la protección laboral de los colombianos, pues de esta forma las instituciones, el Estado y la sociedad entienden de sus obligaciones, garantizando la cobertura de las prestaciones asistenciales en salud, servicios complementarios y de índole económico que fueron instauradas bajo la ley 100 del 93.

Grafica 1

Sistema de Salud Colombiano



Nota: Grafica 1. Tomado de: Afiliación, pago y Recaudo de aportes al Sistema general de seguridad Social.

Por lo tanto, esto permite entender, que al ser un servicio público obligatorio donde su máximo control es por parte del Estado, presenta una crisis, primeramente por las constantes manifestaciones de los trabajadores de la salud, el cierre de muchas de las clínicas y hospitales, su desorganización administrativa, la intervención del gobierno en favor del sector privado y en la disminución de la capacidad del sector público en la asistencia, distribución y prestación del servicio, la corrupción generalizada, la decepción en la cobertura y cubrimiento a las poblaciones pobres y la desigualdad en el acceso de la salud (Almeida-Filho N & Silvapaim J. , 1999)

Por consiguiente, en Colombia esta desigualdad en el acceso a la Salud no solo la ocasiona las variaciones en el PIB per cápita de los individuos, los niveles de pobreza, o por la colocación desigual de las condiciones económicas, sociales y políticas a las que está sujeta la población, sino que de manera indirecta esta desigualdad y/o inequidad en salud se ve semejante de acuerdo a las condiciones en la que la población nace, vive, trabaja y envejece. (Desigualdades Sociales en Salud en Colombia , 2010)

Esto permite identificar que, al ver un cambio en el ingreso de las personas, el sistema ofrece una prestación del servicio diferencial, es decir, si el individuo cuenta con un alto ingreso relativo, este puede acceder a todos los beneficios y coberturas que el SGSSS le brinda, dado que se presentan los mecanismos para costear, hasta donde su situación económica lo permita. Situación que no sería la misma en todos los grupos sociales, es decir que el ingreso absoluto y las condiciones materiales impactan la salud en aquellos individuos que tienen un bajo ingreso relativo. (Grossman, 2000)

Un bajo ingreso relativo como lo manifiesta la OMS podría generar en la población un incremento en el estrés psicosocial lo que conlleva a perjudicar la salud y formar más enfermedades, por lo cual para el individuo sería más difícil acceder a los servicios de salud completos, dado que los procesos son más demorados, no habría pago de incapacidades y

deben asumir los pagos del copago, que pueden ser altos de acuerdo a la patología o enfermedad que se esté tratando. (Mullahy, J., Robert, S. & Wolfe, B, 2001).

Por lo anterior, cuando las personas no cuentan con la capacidad de pago, son catalogadas dentro del régimen subsidiado, que desglosa a lo que hoy en día conocemos como Sisben, que ampara a las personas más necesitadas con el servicio de salud pero también es insensible ante el entorno de las personas con empleos parciales, desempleados y la realidad de las personas enfermas ya que no se les brinda el acceso a la salud de manera gradual y su calidad con el pasar del tiempo va en desmejora. (Secretaria de Salud, s.f.). Esto radica en que este tipo de población pobre o de bajo poder adquisitivo gasta más en salud y como secuela usa menos los servicios institucionales, que en algunos momentos son sustituidos por remedios caseros y por la automedicación para evitar los colapsos del sistema.

Por otro lado, la desigualdad en salud en Colombia también se ve reflejada en otro tipo de contextos como los que definen las tareas de la mujer en el hogar, dado que al no trabajar, no presentaría una cotización al sistema y dependerían directamente de otro para poder acceder al sistema de salud mediante el régimen subsidiado, pero de esta forma no tendría los mismos beneficios que alguien que está en el régimen contributivo. (Jimenez Ancizar, Velasquez Martha Ines, Moreno Jaime, Reyes Gilberto.). Así mismo por ejemplo, según la encuesta de la calidad de vida que realiza el Dane para el año 2019, muestra que el 92,8% de las personas del área urbana se encuentran afiliadas al SGSSS, mientras que en el área rural lo estaban el 94,3% de las personas. En centros poblados y rural disperso el 83,2% de las personas afiliadas lo estaban en el régimen subsidiado. Por el contrario, en las cabeceras se encontró más población afiliada en el régimen contributivo (58,8%) que en el subsidiado (41,0%) (DANE, Encuesta Nacional de calidad de Vida, 2019).

Del mismo modo, al ver la desigualdad en el acceso de la salud por departamentos cerca del 80% de la población es atendida por el régimen subsidiado como lo son en los

departamentos del (Caquetá, La Guajira, Sucre, Amazonas, Nariño, Arauca, Putumayo, Chocó, Guainía, Vaupés y Vichada) y entre los departamentos con una mayor proporción de personas en el régimen contributivo, se encuentran: (Bogotá, San Andrés, Cundinamarca, Antioquia, Valle, Risaralda, Quindío, Caldas y Santander).

No obstante, según el Boletín Técnico de pobreza Extrema, Colombia es uno de los países donde la distribución de su ingreso no es la de esperarse, puesto que, de acuerdo a su coeficiente de Gini para el año 2018 se ubicó en 0,517, mientras que en el 2017 se ubicó en 0,508 presentando un incremento desigual de 9 puntos porcentuales. Debido que durante este periodo, se presentó una elevación de la pobreza monetaria en varias ciudades como Quibdó, Riohacha y Bogotá. (DANE, Boletín Técnico. Pobreza Monetaria en Colombia., 2018). Posteriormente, según la CEPAL en el informe del Panorama Social de América en latina 2019; Colombia para el 2018 obtiene un coeficiente de 0,49 en relación a Argentina y Uruguay que se ubican con un coeficiente de Gini de 0,39 evidenciando así, que según la encuesta nacional de Hogares la desigualdad de las personas es más significativa en Colombia dado su nivel de ingresos.

Consecuentemente, estas brechas de desigualdad en los ingresos, presentan una desigualdad en Salud, su modelo de atención y cobertura, ya que las personas con menor ingreso muy difícilmente puedan acceder a un tratamiento o control de su patología, porque su nivel de aseguramiento no lo permite. Dichas condiciones no solo dañan la equidad en el gasto, sino que en cierta medida se convierten en impedimentos adicionales en el acceso, siendo más notable la desigualdad en la salud. (Cepal., 2017)

2.1 Importancia de la Economía en la Salud.

Actualmente, la economía de salud ha permitido unir la economía y la salud con el fin de establecer los principios de eficacia y eficiencia, en el análisis de costos y procesos, gestión de los recursos, generando un impacto sobre la calidad de la vida de las personas,

estudiando los factores y mecanismos que establecen la producción, distribución, consumo y financiamiento de los servicios de salud como lo es por ejemplo la interpretación de la oferta y demanda de atención médica y servicios de salud, los componentes que afectan la salud, desarrollo de instrumentos de política y su valor económico, planeación regulación y monitoreo de las acciones sanitarias al sistema de salud. Por esta razón, la economía de la salud se ha convertido para muchos economistas un ente de investigación y de estudio, porque día a día la salud es un bien escaso al cual, se busca poder satisfacer las necesidades de la demanda, renunciando a otros bienes elevando el costo de oportunidad. (Centro de Investigación y Desarrollo de Medicamentos, 2001)

Por tal motivo, el presente trabajo pretende realizar un análisis de la desigualdad en el acceso a los servicios de salud, evaluando que diferencias se presentan en los factores así como el ingreso, género y en el contexto urbano/rural en el que nace, desarrollan y viven. Con el fin de determinar o explorar los componentes que abren paso a una disputa en cambios para que la estructura del modelo de Salud sea más flexible para todas las personas por igual.

3. PREGUNTA PROBLEMA

¿Cómo se ha expresado la desigualdad en el acceso a los servicios de salud a partir de las diferencias en el ingreso, el género y el entorno rural/urbano desde la expedición del Sistema General de Seguridad social en Salud hasta el 2020 en Colombia?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

1. Analizar cómo se ha expresado la desigualdad del acceso a los servicios de salud a partir de las diferencias en el ingreso, el género y el entorno rural/urbano desde la expedición del Sistema General de Seguridad Social en Salud hasta el 2020 en Colombia.

4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Explorar la forma en la que ingreso per cápita explica la desigualdad en el acceso a la prestación de servicios de salud.
2. Explorar como el contexto rural y urbano define la desigualdad en el acceso a la prestación de servicios de salud.
3. Explorar la manera en la que el género expone la desigualdad en el acceso a la prestación de servicios de salud.

5. METODOLOGIA

La presente investigación busca realizar un análisis a las desigualdades en el acceso a los servicios de salud a partir de las diferencias que se encuentran en el ingreso, género y el entorno rural/urbano en el que se desarrollan la población. Para ello, se realizó una búsqueda y clasificación de literatura donde se escogió la que mejor concierne con la pregunta de investigación. En primer lugar, se consultan antecedentes históricos del actual modelo de salud: Ley 100/93, también se organizan los autores teóricos por serie de tiempo destacando las lecturas de las inequidades y desigualdades de la población en el acceso a la salud. Posterior a ello, se realiza la recopilación de datos principalmente de: La encuesta nacional de la calidad de vida, Censo nacional de población y vivienda y la Gran encuesta integrada de hogares, de esta forma se logra un análisis cualitativo de esas desigualdades explícitas en el objetivo general. Y en último lugar, se clasifica la información encontrada en lineamientos, repositorios de la CEPAL, boletines técnicos de Banrep, conceptos de la OMS e informes del Ministerio de Salud e instituto nacional de salud.

Por consiguiente, al recopilar y tener la información oportuna y clara, permite encontrar una posición teórica más amplia en las desigualdades en el acceso a los servicios de Salud, sí bien, cada referente muestra diferentes perspectivas al modelo de salud colombiano con la expedición de la ley 100/93. Dichos elementos permiten realizar una descripción y análisis a profundidad en el sistema General de seguridad social en salud.

6. MARCO TEORICO

6.1 DESIGUALDAD POR GÉNERO.

Según Scott, se entiende que *“El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y es una forma primaria de relaciones significantes de poder.”* (Scott, 2008). Lo anterior corresponde, que el género es una categoría relacional y cultural que se enlaza en la construcción social de diferentes caracteres que permiten ser valorados de forma diferentes y asumir roles distintos en la sociedad. Mientras que el sexo identifica las particularidades físicas de los cuerpos, es decir lo que diferencia del hombre de la mujer y viceversa. Del mismo modo, el hombre es un referente de poder, superioridad y dominación.

A su vez la organización mundial de la salud, indica que el género representa aquellos roles definidos por la sociedad. Establecido en atributos tales como hombres, mujeres, niños, niñas, y los individuos con orientación sexual diferente. (OMS, 2021). Así mismo el género refleja la distribución de poder entre los mismos y al no ser una variable estática, cambia de acuerdo al lugar y al tiempo. También se clasifica de acuerdo a las actividades y comportamientos que se desarrollan en cada sociedad y que se consideran oportunos tanto para las mujeres como para los hombres. (OMS, 2021),

Por otro lado, según el ministerio de Salud, se determina que el Género, es *“la construcción de roles, valoraciones, estereotipos e imaginarios asociados a lo masculino y lo femenino y las relaciones de poder que de estos se desprenden y se exacerban con otras formas de desigualdad”* (Cubillos Alzate Julio, Matamoros Mariana, Perea Santiago, Septiembre 2020). Este tipo de construcciones sociales evolucionan con el tiempo por los diferentes criterios entre las culturas y las sociedades. Pero dichas desigualdades y construcciones socioculturales pueden dar inicio a las inequidades frente a la idea del acceso

a la prestación y utilización de los servicios de salud . Según la OMS estas desigualdades pueden asociarse a:

1. La capacidad económica y de desarrollo. Por ejemplo, algunas mujeres cuentan con carencia de los recursos económicos para pagar los tratamientos.
2. Diferencias en el tipo de cultura y/o religiones.
3. Insuficiencia de información y atención sanitaria en salud materna infantil, violencia sexual, manejo del VIH/SIDA.
4. La inexistencia de tratamientos adecuados en los inicios de las enfermedades graves, trastornos mentales o traumatismos que padezcan tanto hombres como mujeres.
5. También, patrones de socialización, obligaciones familiares, tipos de ocupación profesional, estrato, roles de género entre otros. (OMS,FARMAMUNDI)

No obstante, con la llegada de la década de los 90, muchos de los países de América Latina, incluyendo parte de Centro américa, implementaron diversas reformas a la salud como medio de acuerdo en el ámbito macroeconómico y político. Esto con el fin de poder incrementar la equidad en el acceso en la prestación de los servicios de salud, haciendo de este, un componente justo para que todos los hombres y mujeres sin importar su condición tengan el mismo derecho a la salud sin que este sea vulnerado.

En Colombia, con la implementación de la Ley 100/93, se ha presentado con el tiempo factores que muestran, que la inequidad en salud y el aumento en la desigualdad en el acceso, uso, manejo y financiamiento de los servicios en salud son más notorios. Puesto que en algunas ocasiones, la contribución de las responsabilidades, el cuidado de la salud, la capacidad de financiamiento de las personas, no permiten un acceso efectivo. Si bien esto depende de las necesidades y roles de cada persona. Es decir: los aportes que realiza la

población del régimen contributivo, no son los mismos aportes que realiza una persona en el régimen subsidiado, a los que me referiré más adelante en el presente trabajo.

Simultáneamente, Cubillos & Matamoros indican que tanto hombres como mujeres deberían tener las mismas oportunidades cuando adquieren los servicios de salud. Esto es llamado como el punto óptimo, en el cual los individuos tienen las oportunidades y beneficios para satisfacer sus necesidades de forma irracional, por lo tanto ningún individuo debería estar inferior para alcanzar dicho punto óptimo, pues no gozaría de la misma manera porque siempre va a necesitar un bien o servicio para satisfacer su necesidad. Si bien es cierto, la prestación de los servicios de salud es un derecho fundamental y debe ser distribuido en igualdad de oportunidades, en el uso y atributo para el acceso, atención y prestación de los servicios de salud para todos los hombres y mujeres como lo establecido en la constitución política de Colombia. (Cubillos Alzate Julio, Matamoros Mariana, Perea Santiago, Septiembre 2020).

6.1.1 Equidad en prestación de servicios vs equidad en la utilización de servicios de salud.

No obstante, según Cols & Travassos (2000) manifiestan en su libro desigualdades geográficas y sociales, las diferencias que existen cuando se habla de equidad en la prestación de servicios vs la equidad en la utilización de los servicios y aunque parecen ser algo similares, la desigualdad se evidencia mucho más cuando los individuos disponen a realizar el uso de los servicios de salud. Es decir, cuando una persona se encuentra o se siente alicaída, busca la atención medica en un centro de salud como proceso de solución a la situación. A partir de esta necesidad, la persona está expuesta a una serie de situaciones o circunstancias que alteran su calidad de vida en general y colectiva dado que puede sufrir de otra necesidad secundaria, como contagiarse o adquirir un virus que afecte la vida familiar y social por la continua exposición. Partiendo de ello, si el hombre o la mujer alcanzan darle

solución a su situación, puede gozar de la prestación y/o utilización de los servicios que le ofrece la entidad. (Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida C., 2000)

A raíz de ello, ciertos comportamientos de los individuos, acarrear una serie de diferencias entre las mujeres y los hombres que pueden empeorar de acuerdo a factores como la edad, discapacidades, etnia y/o la orientación sexual. Estas desigualdades o inequidades sanitarias crean un déficit en la atención en salud, en la prestación de servicios y en el acceso a los servicios de salud. Por lo general, este tipo de desigualdades del género también influyen en las condiciones de trabajo y en el empleo. (OMS, 2021).

Por ejemplo al considerar el género como causa de Inequidad Sanitaria, según estudios realizados en el año 2000 por la Organización mundial de la Salud: esta “identifica que el género masculino tiene una menor esperanza de vida de 4,4 años menos y una mayor carga de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) que el género femenino.” (Hankivsky, 2012). Por lo general, estas diferencias tienen lugar al nivel de exposición que tienen los hombres a las bebidas alcohólicas y al tabaco, dada su probabilidad de enfermarse, por lo que al calcular los años de vida ajustados genera tasas tres veces superior en el género masculino que en el género femenino. Mientras que las mujeres y niñas tienen menos acceso a los tratamientos de ceguera y cataratas. (OrganizationWorldHealth, 2000)

Por ejemplo, la Organización mundial de la Salud, muestra una comparación de los determinantes y de las conductas en la esfera de salud en función de género y su alta influencia en las metas de los objetivos del desarrollo sostenible. Por ejemplo, en el caso de la población femenina, la falta de los recursos económicos, las actividades del hogar, cuidar los hijos; impide que puedan obtener una atención sanitaria adecuada, así mismo, en la población masculina tienen menos acceso a intervenciones, pruebas y/o tratamientos ya que dada en su condición de jefe de hogar y por cuestiones laborales no pueden tener una atención sanitaria en los tiempos que el individuo desea. (HealthOrganization, 2018)

No obstante, en Colombia, según la organización panamericana de Salud, en su informe *La salud de las mujeres y los hombres en las Americas* hace hincapié en 4 de las desigualdades más significativas en América, de acuerdo a las etapas de la vida entre hombres y mujeres las cuales se clasifican a continuación: (OPS, 2009)

1. Comportamientos riesgosos y violentos que socavan la salud de los hombres, puesto que en la actualidad, las tasas de homicidios, suicidios y accidentes son más altas y propensas en la población masculina que las de la población femenina.
2. Mortalidad por neoplasia maligna del útero, se evidencia una alta desigualdad en las mujeres indígenas dado que cuentan con menos acceso a los servicios de salud y a la realización de la prueba Papanicolaou, a lo cual no podría hacerse la detección temprana de esta enfermedad en dicha población indígena.
3. Mortalidad Materna: Muestra los altos niveles de desigualdad reflejada en indígenas, afrodescendientes y adolescentes por el poco acceso a los servicios de salud reproductiva, puesto que este grupo no cuenta con los mecanismos y formas de pago para obtener este tipo de controles y/o compra de métodos anticonceptivos, por lo que la mortalidad materna es el principal índice de desigualdad y muertes a nivel mundial.
4. Violencia contra las mujeres: La violencia es actualmente un problema de salud pública, por la violación de los derechos humanos, se evidencia que es más alto el nivel de muertes en mujeres que en hombres. (OPS, 2009)

Sin embargo, Elsa Gómez, en su artículo sobre género, equidad y acceso a los servicios de salud, indica que las desigualdades en salud involucran la inequidad de género, puesto que hay desigualdades que dentro de este marco, se consideran evitables, innecesarias e injustas que se capitulan en el ámbito socioeconómico y no siempre son expresadas en tasas iguales de morbilidad y mortalidad tanto en mujeres como en hombres. (Gomez, 2002). Además, indica que “la eliminación de diferencias remediables en las oportunidades” permite

el gozo de los servicios de salud y de no enfermarse dado que se brindaría el servicio igualitario tanto para hombres, como para mujeres. (Gomez, 2002)

Por otro lado, Gómez identifica, que la necesidad es el eje central al momento de hacer uso de los servicios de salud, para lograr una adecuada equidad. Puesto que al hablar de equidad distributiva, todos los individuos, sean hombres o mujeres tienen derecho a beneficiarse, dado que la riqueza se distribuye igualitariamente entre todas las personas. Es decir que dependiendo de la necesidad los servicios en salud deben coincidir. (Gomez, 2002).

De la misma forma, se debe agregar que en la actualidad, el grupo poblacional que hace más uso de los servicios de salud son las mujeres en comparación con los hombres, puesto que las necesidades son diferentes dadas las características biológicas de cada sexo. Por ejemplo en las mujeres, las consultas y/o necesidades son la función reproductiva y al ser el grupo con mayor longevidad (según la pirámide poblacional) y el alto riesgo de sufrir padecimientos, dolores u enfermedades que son crónicas, a lo cual representan las altas tasas de morbilidad en Colombia. A causa de que en el grupo poblacional femenino, detectan los síntomas de dolores a lo cual acuden más a la utilización del servicio de la salud, por ejemplo, al detectarse algún indicio de dolencia ya sea en el autoexamen de seno, al presentar cambios en su cuerpo, acuden al servicio de salud, y aunque este puede ser demorado y engorroso, muchas de las mujeres se enseñan a ser pacientes hasta que haya disponibilidad del médico y puedan agendar una cita. (Gomez, 2002)

Además, al verse este panorama, el sistema de salud, estimula a que las mujeres realicen más la utilización a los servicios de salud mediante la medicina hormonal y los anticonceptivos. Ahora, en el grupo masculino, la situación es totalmente diferente, puesto que en la gran mayoría al padecer alguna dolencia, lo pasan por percibido y no le generan mucha atención, además que ante la búsqueda de atención medica puede verse como signo

de debilidad, poca valentía ante la sociedad por lo cual poco uso hacen en los primeros síntomas cuando de enfermedad se trata. (Weisman, 1998).

Ahora bien, durante el año 2020, se evidencia que la población total estimada en Colombia era un total de 50.372.424 individuos, cuya distribución para el departamento de Bogotá, de acuerdo con la encuesta nacional de demografía correspondía a un total de 3.707.838 de población masculina y 4.036.117 de población femenina. Siendo este el más sobresaliente en comparación con el departamento de Vaupés, con un total de 23.398 de población masculina y 21.314 de población femenina. A lo cual se pueden evidenciar las diferentes brechas de desigualdad dadas las circunstancias de cobertura, dado que una persona que vive en la capital tendría mayores oportunidades de acceder a los servicios de Salud. (DANE, Censo nacional de Población y vivienda, 2018)

Tabla 1

Distribución de mujeres y hombres por departamento en el año 2020.

Departamento	Hombres	Mujeres	% Hombres	% Mujeres
Bogotá, D.C.	3.707.838	4.036.117	47,9%	52,1%
Antioquia	3.228.014	3.449.916	48,3%	51,7%
Valle del Cauca	2.148.418	2.383.734	47,4%	52,6%
Cundinamarca	1.602.727	1.640.272	49,4%	50,6%
Atlántico	1.325.986	1.396.142	48,7%	51,3%
Santander	1.116.282	1.164.626	48,9%	51,1%
Bolívar	1.081.525	1.099.451	49,6%	50,4%
Córdoba	909.635	919.312	49,7%	50,3%
Nariño	795.543	832.046	48,9%	51,1%
Norte de Santander	798.772	821.546	49,3%	50,7%
Cauca	737.902	754.035	49,5%	50,5%
Magdalena	713.717	713.309	50,0%	50,0%
Tolima	663.178	676.820	49,5%	50,5%
Cesar	639.985	655.402	49,4%	50,6%
Boyacá	612.054	630.677	49,3%	50,7%
Huila	559.677	562.945	49,9%	50,1%
Meta	535.995	527.459	50,4%	49,6%
Caldas	492.783	525.670	48,4%	51,6%
Risaralda	458.514	502.541	47,7%	52,3%
La Guajira	472.394	493.324	48,9%	51,1%
Sucre	476.211	473.041	50,2%	49,8%
Quindío	267.277	288.124	48,1%	51,9%
Chocó	268.811	275.953	49,3%	50,7%
Casanare	219.218	215.977	50,4%	49,6%
Caquetá	207.288	203.233	50,5%	49,5%
Putumayo	180.613	178.514	50,3%	49,7%
Arauca	147.612	146.594	50,2%	49,8%
Vichada	59.588	53.370	52,8%	47,2%
Guaviare	45.845	40.812	52,9%	47,1%
Amazonas	41.035	37.985	51,9%	48,1%
Archipiélago de San Andrés	30.738	32.954	48,3%	51,7%
Guainía	26.309	24.327	52,0%	48,0%
Vaupés	23.398	21.314	52,3%	47,7%
Total	24.594.882	25.777.542	48,8%	51,2%

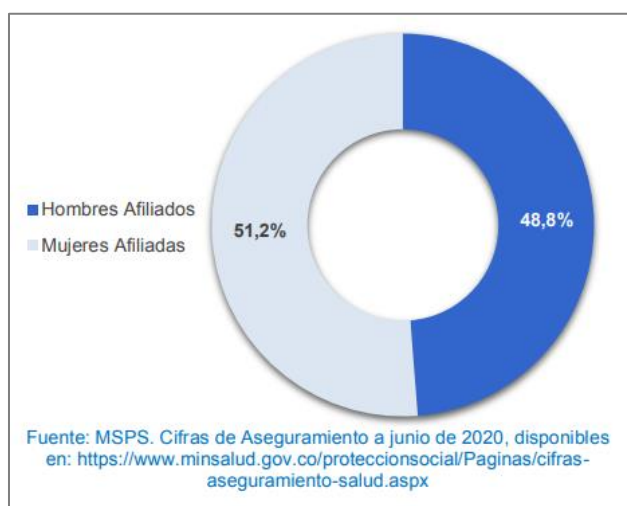
Fuente: DANE Censo 2018. Proyección poblacional 2020

Nota: Tabla 1- Tomado de: Dane. Encuesta nacional 2018.

La tabla 1, muestra que del total de la población colombiana; el 95,87% de la población cuenta con una afiliación al sistema general de seguridad social, en el que el 51,2% corresponde a las afiliaciones de Mujeres y el 48,8% corresponde a afiliaciones de Hombres. Esto permite indicar una desigualdad en el acceso y prestación en los servicios de salud, dado que el porcentaje de mujeres que están afiliadas es más alto que el de los hombres, por lo cual este género es el que más cobertura o aseguramiento en Salud tiene. (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2020)

Grafico 2.

Distribución de Hombres y Mujeres afiliados al SGSSS.

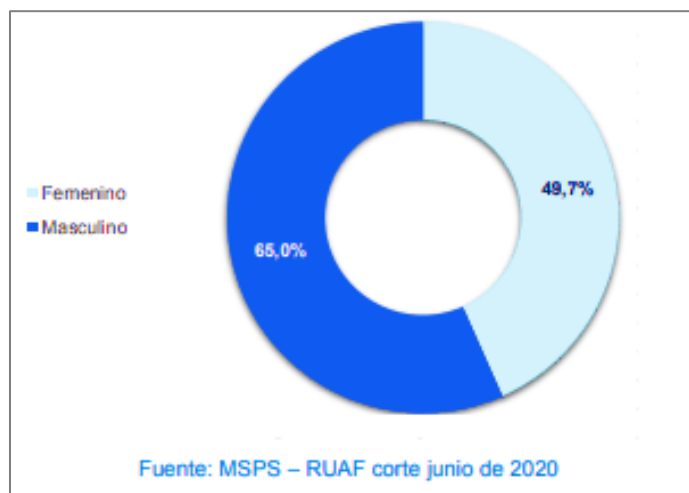


Nota: Grafica 2- Tomado de: Dane. Encuesta nacional 2018.

Así mismo, cuando se identifica la distribución de las personas que cotiza por género, cerca del 51,2% de las mujeres que están afiliadas al sistema general de seguridad social, el 49,7% cotiza al régimen contributivo, mientras que para la población masculina, cerca del 48,8%, el 65% cotiza dentro del régimen contributivo, indicando que este género es el que más aportes a seguridad social como se logra evidenciar en la gráfica 2

Grafica 3

Distribución de las personas que cotizan por sexo



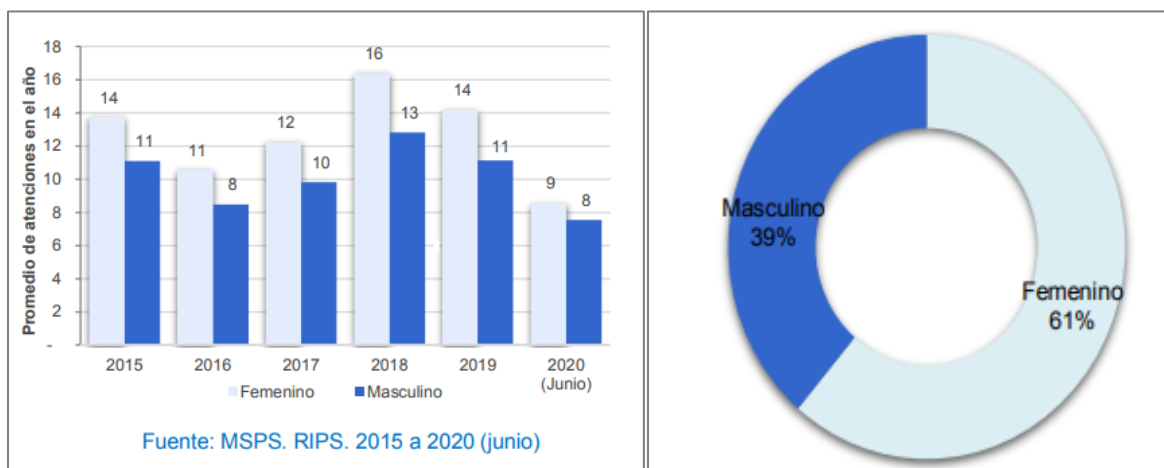
Nota: Grafica 3, Tomado de: Registro Único de Afiliados RUAF.

Por consiguiente, la gráfica 3 muestra que el 65% de la población masculina cotiza en el régimen contributivo en comparación con la población femenina con un 49,7% de aportes en el régimen contributivo. Esta desigualdad tiene que ver mucho con el nivel socioeconómico al cual se encuentran involucrados los individuos, dado que las mujeres que no cotizan, pertenecen en el régimen subsidiado, siendo de esta población mujeres sin trabajo o que se dedican al hogar y son afiliadas por el jefe de hogar (quien cotiza). (RUAF, 2020)

Ahora bien, durante el año 2015 al 2020, el ministerio de salud y protección social estableció que la población que más accede y hace uso de los servicios de salud son las mujeres, a diferencia del género masculino quienes no demandan de estos servicios de salud tan comúnmente, como lo hacen muchas mujeres. Asegura, que a este grupo poblacional femenino son más los procedimientos de Salud y las consultas que se realizan al mes. A comparación con los hombres. (RIPS, 2020)

Grafica 4

Distribución promedio por sexo de las personas que han usado y han sido atendidas en el sistema de Salud.



Nota: Grafica 4 -Tomado de: Registros individuales de prestaciones de servicios de Salud 2020.

En esta perspectiva, las inequidades de género también se ven evidenciadas financieramente, puesto que tanto hombres como mujeres realizan pagos por UPC con tarifas diferenciales. A continuación se determina la estructura de los costos de UPC para hombres y para mujeres para el régimen contributivo como para el régimen subsidiado.

Tabla 2

Inversión UPC (Unidad de pago por capitación) – Régimen contributivo.

Grupos	Régimen Contributivo							Total
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020-I	
Hombres	4,7	5,3	6,4	7,3	8,3	9,2	9,8	51,0
Mujeres	4,8	5,4	6,6	7,5	8,5	9,5	10,0	52,3

Fuente: MSPS - Resoluciones de UPC 2014-2019 y SISPRO No. De afiliados al SGSSS

Nota: Tabla 2, Expresada en Billones de pesos. Tomado de: SISPRO

Tabla 3

Inversión UPC (Unidad de pago por capitación) – Régimen Subsidiado.

Grupos	Régimen Subsidiado							Total
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020-I	
Hombres	4,6	5,1	5,7	6,6	7,5	8,5	10,0	48,1
Mujeres	4,7	5,3	5,9	6,8	7,7	8,8	10,2	49,4

Fuente: MSPS - Resoluciones de UPC 2014-2019 y SISPRO No. De afiliados al SGSSS

Nota: Tabla 3, Expresada en Billones de pesos. Tomado de: SISPRO

Es importante resaltar que la Unidad de pago por capitación, es el “valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) para cubrir las prestaciones del Plan Obligatorio de Salud (POS), en los regímenes contributivo y subsidiado.” (MinSalud, Qué significa cada uno de los conceptos de UPC-S, 2021).

Por consiguiente la tabla 2 y 3, muestra la inversión de UPC realizada por hombres y mujeres pertenecientes al régimen contributivo y subsidiado durante el año 2014 al 2020. Se evidencia una captación de aproximadamente \$ 103 billones de pesos para el régimen contributivo. Lo contrario sucede con el régimen subsidiado donde su nivel de captación fue de \$98 billones de pesos durante el mismo periodo. Con lo anterior, se refleja que las mujeres son las que más pagos por UPC realizan con \$ 1 billón extra que los hombres. A lo cual es un rasgo de desigualdad de género, por la diferencia en la ejecución de los pagos ya que no se aplican igualmente. (SISPRO, 2020-1)

6.1.1 DISCRIMINACION DE LA IDENTIDAD DE GENERO EN LA SALUD

De acuerdo a los Artículos 48 y 49 de la constitución política, el Estado colombiano reconoce la salud como un derecho, sujeto a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, a la adecuada prestación de servicios de salud a la población y el saneamiento ambiental. Sin embargo, no toda la población tiene la accesibilidad a los servicios de salud o de estar afiliado a una EPS. Dentro de los obstáculos más comunes se hallan los geográficos, económicos, laborales, de género, y de orientación sexual. Aunando lo anterior, estas barreras no permiten a la población gozar de los servicios de salud eficiente y humana. (Bernal, 2010)

No obstante, las inequidades son más notorias en la población LGTBI. Por ejemplo, cuando las parejas son del mismo sexo, el cotizante no puede registrar a la pareja como beneficiaria, entre ello la identidad de género y la orientación sexual no son reconocidas por el Sisben. Además de las barreras sociales y culturales. (Bernal, 2010)

Sin embargo el plan decenal de salud pública 2012- 2021, en su Decreto 762 de 2018 el Ministerio del Interior, manifiesta que con las políticas públicas garantizaría la efectividad de los derechos de los individuos con identidad de género diversa para que obtengan igualdad de oportunidades en el disfrute del servicio de salud. Dado que el género es solamente un determinante social y no sería condición para excluir a cualquier individuo. (Fondo de poblacion de las naciones Unidas, 2019)

6.2 DESIGUALDAD POR INGRESO

A lo largo del año 2019, según la Gran Encuesta Integrada de Hogares establece que en Colombia la brecha salarial fue de 12,9% lo que indica que por cada \$100 pesos que recibe un hombre en sus ingresos, una mujer gana 87,1 pesos. Eso muestra según el Dane que mensualmente en promedio las mujeres recibieron 1,07 millones mientras que los hombres 1,23 millones. Aunque estas brechas no son homogéneas y se incluyen aún más en varias características en las poblaciones: por ejemplo en el grupo etario, número de hijos, etnia, si pertenecen al grupo rural, indígenas o con un menor nivel educativo han sido un problema para el acceso a la prestación de los servicios en salud. (DANE, 2020)

Por consiguiente, la exclusión social y las inequidades son cada vez más indudables a la hora de realizar una distribución de los ingresos, para el acceso y en la utilización de los servicios de salud; factores que se reflejan con el paso del tiempo, ocasionándose una dificultad para el desarrollo humano, ya que se impiden la ejecución de las estrategias de lucha contra la pobreza. Del mismo modo, según estudios realizados por la OMS la población que tiene la peor salud son las personas de ingresos bajos, pues entre más baja sea su estrato o posición económica, peor es su salud, a lo que se titula como gradiente social de salud puesto que todas las inequidades en salud afectan directamente a todos. (OrganizacionPanamericanadeSalud, 2012)

Además, estos estudios indican que las desigualdades e inequidades concurren en países cuyas poblaciones tienen ingresos medianos- bajos por la presencia de factores sociales que conllevan a estas desigualdades.

Según Grossman, parte de los individuos que cuentan con un ingreso alto adquieren o realizan una inversión en pro de mejoras a su salud, como lo es por ejemplo la adquisición a la medicina prepagada o a los planes complementarios, ya que los individuos pueden hacer un pago extra por recibir una mejor calidad y acceso a los servicios de salud, solo si el ingreso

se lo permite. A estas situaciones el autor las llama como hipótesis del ingreso absoluto (HIA). (Grossman, 2000). Por ejemplo, según la cámara de comercio de comercio de Bogotá, para el año 2019 “la medicina prepagada cuenta con más de 1,5 millones de afiliados en el país” donde la tarifa para un niño de 15 años puede oscilar desde \$350.983 mil pesos y para un adulto mayor puede tener un costo de \$288.750 mil pesos. (Camara de Comercio de Bogota, , 2019).

Así mismo, según la ACEMI (asociación colombiana de Empresas de Medicina Integral) y la FASECOLDA (Federación de Aseguradores Colombianos) indican que cerca del 4.7 millones de colombianos cuentan con un plan adicional o complementario en Salud, lo que equivale al 8,2% del gasto en salud y un 0,6% del PIB. Además, infieren que de la población colombiana el 27% adquiere pólizas de salud, el 16% ambulancias prepagada y planes complementario, y el 57% prefieren contar con planes de medicina prepagada (Consultor Salud, 2021)

Mientras que, según Cohen, indica que si el individuo presenta una discrepancia en la totalidad del ingreso, en el pago de por ejemplo los servicios públicos, manutención, vivienda, vestuario y este es relacionado con el estado mental de su salud, este es señalado como la hipótesis de ingreso relativo (HIR) puesto que puede estar más incorporado con el elevado estrés psicosocial y el aumento de enfermedades por la frecuencia de síntomas. (Sheldon Cohen, Ph.D. David AJ Tyrrell, MD, y Andrew P. Smith, Ph.D, 1991)

Por lo tanto, el autor destaca que dependiendo del ingreso, se puede comprobar la importancia de la salud en cada individuo. No obstante, el vínculo entre la desigualdad del ingreso y la desigualdad en salud ha creado debates, puesto que si los ingresos de la población se distribuyeran equitativamente, la salud de la población tendería a ser mejor. Sin embargo Wilkinson, indica que cuando un individuo tiene problemas sociales tales como la violencia, el abuso de drogas, embarazos de adolescentes o enfermedades mentales, impiden

a una población ser equitativa y cuando el país consigue un cierto nivel de riqueza, es más preocupante el nivel de desigualdad que se presenta, que el crecimiento del PIB. (Wilkinson, R & Pickett, K., 2009)

Por otro lado, la desigualdad del ingreso en el acceso a la salud, también se ve influenciada por factores que intervienen en el ámbito socioeconómico como lo son:

1. Interpretación del ambiente psicosocial, refiriéndose a las condiciones en las que se encuentra la población en el ámbito laboral y ambiental y como estos perjudican su salud. Es decir que un individuo al tratar de compararse con otros de su alrededor y juzgar su estilo y condición de vida son más sensatos de su bajo estatus social originando situaciones de depresión, ansiedad y estrés, afectándose su salud por el factor socioeconómico que tiene ese individuo. (Wilkinson, 1997)

2. Interpretación neo materialista, este factor considera la capacidad del individuo en percibir los efectos y las experiencias de los procesos económicos y políticos, que generan desigualdad. Es decir, que al centralizarse las inversiones públicas tales como la seguridad pública, la atención en salud, la educación, en áreas de menor desigualdad o de altos ingresos, se generaría más acceso a esos bienes y servicios de acuerdo a su nivel de calidad. Por ello, al presentarse una mayor desigualdad de ingreso, se recurren diferencias en la administración de los recursos en la comunidad y la evidencia de las diferencias en salud dentro de los individuos. (Lynch, J., Davey-Smith, G., Kaplan, G. & House, J., 2000)

3. La interpretación ingreso-individual, se refiere al escenario que origina las diversas diferencias en salud entre varios individuos relacionadas con la distribución del ingreso promedio, teniendo en cuenta que cada población y/o individuo cuenta con diferencias en su ingreso que conllevan a una desigualdad en la prestación y atención de servicios en salud y que varía incluso cuando se controlan las variables que intervienen en el estatus socioeconómico. (Lynch, J., Davey-Smith, G., Kaplan, G. & House, J., 2000). Según Bowles, este

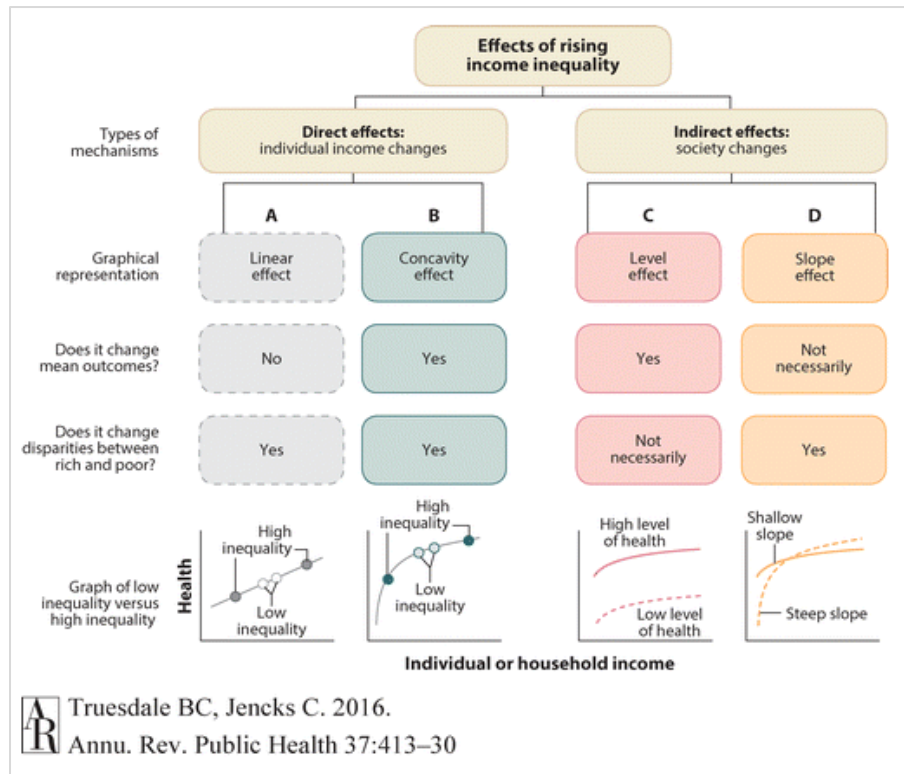
tipo de variables tales como: El nivel de escolaridad, la raza y la riqueza intervienen en la representación del estatus socio económico y que por lo tanto incrementan su nivel de desigualdad. (Bowles, Samuel y Herbert Gintis., 2002)

También indica el autor que una forma para reducir estas desigualdades en salud, es establecer una *“inversión estratégica en condiciones neo materiales a través de una distribución más equitativa de los recursos privados y públicos”* (Lynch, J., Davey-Smith, G., Kaplan, G. & House, J., 2000) .Lo que permite un continuo progreso en la Salud pública del Siglo XXI.

De la misma manera, al incrementarse la desigualdad en los ingresos en una población, esta puede afectar de dos formas a los individuos una forma es directa y la otra es indirecta. *“Los efectos directos operan a través de cambios en los ingresos propios de un individuo y los efectos indirectos operan a través de cambios en los ingresos de otras personas, que a su vez cambian las instituciones políticas y económicas de una sociedad, así como sus costumbres e ideales.”* (Beth C. Truesdale & Christopher Jencks, 2016). Muchos de estos cambios consiguen perturbar el comportamiento y los estímulos de los individuos así el ingreso cambie o no cambie afecta el nivel de salud o la variación entre los ingresos y la salud del individuo.

Grafica 5

Los efectos del aumento de la desigualdad de ingresos en la salud.



Nota: Grafica 5, Tomado de: La revista Annu. Rev. Public Health.

De acuerdo a lo anterior, Beth C. Truesdale & Christopher Jencks indican que los ingresos individuales afectan la salud de acuerdo al siguiente modelo:

H_i: Salud Individual

$$H_i = \alpha + \beta(Inc_i) + \varepsilon_i,$$

Inc_i: Transformación del Ingreso

E_i: Error aleatorio

Dado que, para cambiar la salud de las personas, se puede modificar el grado de salud de la población disminuyendo o aumentando α , también modificando **Inc_i** el ingreso del individuo y cambiando la pendiente β que vincula la salud con el ingreso ya que afecta la fuerza de la relación entre el ingreso individual y las derivaciones individuales de cada individuo. Por Consiguiente, un aumento en la desigualdad de los ingresos, genera un aumento en las diferencias del poder adquisitivo lo que crea ciertos efectos directos que

intervienen en los cambios de ingresos propios de los individuos y los efectos indirectos que intervienen en los cambios en los ingresos de la población en general, estos efectos indirectos permiten que las instituciones políticas, económicas cambien dado que pueden afectar la salud de los individuos aun si sus ingresos no cambian. (Beth C. Truesdale & Christopher Jencks, 2016)

Por otro lado, según la OMS en la comisión sobre los determinantes sociales de la salud, indica que estas desigualdades no solo se evidencia en los niveles de pobreza, o en el volumen de atención de los servicios de salud específicos, si no que recaen sobre los orígenes intermedios de mortalidad y morbilidad de los países de retribución media y alta se enlazan con el estrato o estatus económico de la población. Puesto que estas inequidades en salud se manifiestan en las condiciones en las que un individuo nace, vive, trabaja y envejece. (OMS, 2011)

No obstante, para mitigar estas desigualdades en estatus económico en Colombia, el gobierno impulso más vigorosamente los programas sociales con el fin de ayudar a las personas en condición de vulnerabilidad y así poder reducir la pobreza extrema de los hogares vulnerables, además de poder brindar incentivos y mecanismos para que muchos de los jóvenes de escasos recursos puedan ingresar a la educación superior y se puedan enlazar al mercado laboral más fácilmente.

Para ello, la comisión tercera del Senado de la república, indica que para el año 2020 más de 4.9 millones de hogares fueron beneficiados con algún programa social, pero cerca de 2 millones de hogares cuentan con más de dos programas sociales, generando así una inequidad puesto que hay hogares vulnerables que no han podido acceder a este plan de beneficios. En otras palabras, parte del 50% de dichos subsidios están dirigidos a personas que cuentan con un ingreso alto o se clasifican en estratos mayores a 3. (Senado de la Republica, 2020).

Grafica 6

Distribución de programas Sociales en Colombia

4.9 millones de Hogares beneficiados
2.5 millones de hogares no tienen acceso a los programas
2 millones de hogares tienen mas de dos programas sociales
7.9 billones entregados para mitigar y disminuir la pobreza.

<i>Programas sociales de mayor impacto</i>	<i>Giro Mensual</i>	<i>Beneficiados</i>
Familias en Accion	\$145.000	2.6 millones de familias
Jovenes en Accion	\$356.000	288.000 Jovenes entre 14 y 28 años
Colombia mayor	\$80.000	1.7 millones de adultos mayores
Ingreso Solidario	\$160.000	2.6 millones de hogares
Devolucion del IVA	\$75.000	1 millon de hogares

Elaboracion propia. Tomado de: Senado de la republica (2020)

<https://www.senado.gov.co/index.php/prensa/lista-de-noticias/13-senadores/1726->

6.2.1 GASTO EN SALUD

El sistema de salud colombiano demanda significativos recursos financieros para que toda su población alcance un nivel sobresaliente en salud, para ello es de vital importancia que estos recursos se usen de la mejor manera y sean distribuidos de una manera eficiente.

De acuerdo a los indicadores de desarrollo del Banco Mundial para Colombia, la evolución comparada del gasto en salud entre los países que conforman la OECD y Colombia destaca la magnitud de crecimiento. Por ejemplo durante el año 2000 los países de la OECD reflejan una elevación del gasto de 9,5% y 12,1% para el 2011. Mientras que Colombia para el año 2000 reflejo un incremento de 5,9% y para el 2011 un 6,1% aumentando 2 puntos porcentuales, aferrado en compensación del PIB.

Grafica 7

Gasto en Salud 2000- 2011

Grupo País	2000	2005	2010	2011
Ingreso bajo	4.2	4.9	5.7	5.8
Ingreso medio bajo	4.1	4.4	4.2	4.3
Ingreso medio alto	5.0	5.3	5.7	5.8
Ingreso alto OCDE	9.5	10.8	12.1	12.1
Colombia	5.9	6.0	6.5	6.1
Latino América & Caribe	6.5	6.9	7.5	7.4

Nota: *Grafica 7. Tomado de: Catálogos de Datos indicadores de desarrollo mundial. Banco Mundial*

6.3 DESIGUALDAD URBANO/RURAL

Según el DANE, durante el censo del 2018, de la población total en Colombia, cerca de 11.833.841 habitantes pertenece al sector rural. La cobertura de afiliación en seguridad social en salud se ha incrementado por encima del 90% como lo indica la gran encuesta integrada de Hogares. La brecha entre lo urbano y lo rural es de 1,6 punto porcentual. (DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares, 2017)

Grafica 8

Afiliación a Salud



Nota: Grafica 8. Tomado de: *Ministerio de Salud- Aseguramiento en salud (2010- 2016)*

Así mismo, dentro de la calidad y el acceso a los servicios en salud, cerca del 6,5% de los hogares rurales despliega inconvenientes para recibir y/o adquirir servicios de salud. (MinAgricultura, 2020). Uno de los problemas es la exclusión social y productiva generando una desigualdad en la atención. Es decir, un trabajador independiente del sector rural en promedio cuenta con ingreso que corresponde a una fracción del salario mínimo, por ende, las posibilidades para adherirse a los servicios de salud es mediante el régimen subsidiado, mientras que si un individuo es asalariado este puede estar mejor posicionado y contar con contribuciones al régimen contributivo. (Acosta O L, Botiva León M A, Ramírez J, Uribe L, 2015)

Así mismo, la población rural cuenta con la seguridad social tradicional que se asocia a los trabajos formales, mecanismo que es limitado en protección a los trabajadores rurales dado que dependiendo de las actividades propias del trabajador se haya diferencias en la estructura productiva, los ciclos laborales, vinculación laboral y las estacionalidades. (Acosta O L, Botiva León M A, Ramírez J, Uribe L, 2015)

Por consiguiente, el municipio con el menor número en afiliados es en el departamento del Caquetá - San Vicente del Caguan. Puesto que cerca del 29% de los

productores no están afiliados al sistema de seguridad social en salud. Por consiguiente, según la encuesta integrada de Hogares (GEIH) y el censo agropecuario en Colombia, el régimen que más predomina en número de afiliaciones es el subsidiado con un 71,0%, dado que muchos de los individuos que acceden a este régimen no tienen o no cuentan con los ingresos o no cuentan con una vinculación laboral en el régimen contributivo el 19,8% de afiliados y el 1,0% en régimen especial. (DANE, Gran Encuesta Integrada de Hogares, 2017)

Posterior a ello, de acuerdo al boletín técnico No 24 del año 2014, se ejecutó el tercer censo agropecuario en el cual muestra el contexto de los determinantes de las brechas entre el sector urbano y el rural, de lo cual genera diferencias en factores tales como el analfabetismo, la pobreza, la educación escolar, los servicios de alcantarillado y acueducto y la afiliación de al régimen de salud, definen la calidad de vida de las personas que se encuentran en el sector rural.

A raíz de ello, el boletín da a conocer los indicadores de la situación de salud actual de las personas en enfermedad y en el contexto de acceso en atención en salud. Estos indicadores permiten mostrar que las poblaciones que presentan menor condición de vida, están más propensos a un mayor índice de mortalidad por enfermedades como lo es la Enfermedad Diarreica Aguda- EDA ya que un individuo en zona rural es más propenso a adquirir esta patología, mientras que en ciudades como Bogotá, Medellín el EDA no es uno de los problemas de salud para la población Infantil. (MinSalud, Analisis de Situacion de Salud en colombia., 2014). Pero, al mirar departamentos más pobres como lo es Vaupés, Vichada se registran tasas de mortalidad mucho más elevadas.

Por otro lado, es importante destacar que las desigualdades genera una gran brecha entre los departamentos más pobres y los departamentos con mejores condiciones en calidad de Vida, puesto que cada departamento constantemente conserva el PIB per cápita muy por debajo del promedio a Nivel nacional. Este grupo es llamado la periferia y corresponden la

región de la costa pacífica y la costa caribe, Amazonas y Orinoquia, siendo muestra de los niveles de inequidad y desigualdad. Otro grupo es la región Andina o grupo del centro. (Banco de la Republica, 2010). Por ejemplo, cuando un individuo decide acceder a los servicios de salud, se presentan obstáculos, dado que entre la población más alejada sea del centro, las condiciones, la inaccesibilidad y la calidad son precarias.

En Colombia, la población puede tener acceso a la salud, dependiendo de su poder adquisitivo o en su defecto sobre la capacidad de ingreso, pero cuando los individuos no cuentan con los recursos suficientes puede generar procesos de salud- enfermedad y que pueden permanecer aun después de recibir un tratamiento o atención primaria. (Rodríguez-Triana DR, Benavides-Piracón JA, 2016). El actual modelo de seguridad social no diferencia si es de ciudad o es de campo, ni los beneficios, ni las condiciones de acceso. Sin embargo, se estableció para el sector rural, el programa de subsidio al aporte a la pensión en donde se le brinda un aporte a aquellos grupos que por sus condiciones o características no cuentan con acceso a los sistemas de seguridad social. (Hernández, 2015)

Por consiguiente, los favorecidos dependiendo del grupo poblacional, deben comprometerse a aportar un porcentaje (entre el 5% y el 30%) del total de la cotización y la proporción restante la subsidia el gobierno nacional mediante el fondo de Solidaridad pensional. Al vincularse la persona queda cubierto de las prestaciones asistenciales y económicas, así como también con auxilio funerario y en contra de los riesgos de invalidez, vejes y muerte. (Fondo de Solidaridad Pensional , 2020)

Grafica 9

Programa de Subsidio al Aporte en Pensión -PSAP-.Subsidio Otorgado según Grupo Poblacional

GRUPO POBLACIONAL	SUBSIDIO OTORGADO	TIEMPO DE SEMANAS SUBSIDIADAS*
Independiente Rural- Decreto 3771 de 2007	90%	750
Independiente Rural 2 (35 hasta 54 años)- Decreto 4944 de 2009	75%	650
Independiente Rural 3 (55 hasta 65 años)- Decreto 4944 de 2009	75%	500
Independiente Urbano- Decreto 3771 de 2007	70%	750
Independiente Urbano 2 (35 hasta 54 años)- Decreto 4944 de 2009	75%	650
Independiente Urbano 3 (55 hasta 65 años)- Decreto 4944 de 2009	75%	500
Discapacitado (Afiliados Desde 1996 hasta 20070901)	95%	800
Discapacitado (Afiliados Después 20071001)- Decreto 3771 de 2007	95%	750
Ediles	75%	650
Mayores de 40 Años	75%	650
Cesantes o Desocupados	70%	500

Nota: Grafica 9 -Tomado de: Fondo de Solidaridad Pensional.

La Grafica 9 muestra que de acuerdo al artículo 29 de la ley 100 de 1993, el tiempo del subsidio es determinado de acuerdo al grupo poblacional al cual se vinculó o si es el caso, solo hasta que este haya cumplido la edad (65 años), para que se le haya aplicado este subsidio. (Fondo de Solidaridad Pensional , 2020). Este programa contribuye a un aumento de la cotización favoreciendo a los individuos informales de la zona rural. Así mismo, mientras que los individuos de la zona urbana cerca del 70% de los trabajadores informales salieron favorecidos con este tipo de subsidios.

Por otro lado, otra diferencia en el acceso a la salud en el sector rural, es el nivel del sistema de riesgos profesionales al que se encuentra afiliada la persona. Puesto que dependiendo del riesgo de exposición del trabajo, se establece la tasa de cotización. Pero por lo general, en la agricultura el riesgo que más utilizan los empleadores es el Tipo o Clase II: Riesgo Bajo, lo que corresponde al 1,044% de cotización, es decir el empleador o patrono debe hacer el aporte de 1,044% del salario del trabajador. (Hernandez, 2015)

Igualmente, muchas de las fuentes de ingreso son afines con las actividades económicas primarias como lo es la ganadería, agricultura, la pesca entre otros y el sistema de seguridad social cada vez más limita a que las personas puedan afiliarse al sistema. Por

ejemplo: se encuentran elevados costos en el transporte, en la comunicación, la suprema dependencia en la agricultura como fuente de ingresos y la poca vocería política en pro a los beneficios de la población rural que no permite que la población rural pueda desarrollarse y no pueda acceder al sistema de seguridad social. Estas limitaciones se desarrollan como consecuencia de la ineficiencia del mercado de aseguramiento, la pobreza generalizada, la poca capacidad de pago de la población, los niveles inferiores de educación y el tiempo en la producción. Lo que conlleva a una escasa afiliación al sistema de seguridad social dentro del régimen contributivo, como así mismo en el sistema pensional. (Hernandez, 2015)

Según Holzmann y Jorgensen (2009) indica que para evitar los problemas con la incorporación de las personas al sistema, es necesaria la implementación de políticas que conlleven a amortiguar, prevenir la pérdida y disminución del ingreso de las personas del sector rural por parte del Estado. Es decir, al implementar políticas con una adecuada condición de empleo, educación, capacitación y mayor remuneración. Permite que la población rural pueda desarrollarse mejor en el medio en el que se encuentran y así poder mitigar las bajas afiliaciones, dado que si un individuo posee todo ello, puede lograr obtener los beneficios que el sistema de seguridad social le brindan. De esta forma no solo previene a la población si no que la prepara para desenvolverse en el medio. (Holzmann R. y Jorgensen S., 2009)

7. CONCLUSIONES

1. De acuerdo a la evidencia encuentro que en Colombia el tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad social en salud es un parámetro y un factor del nivel socioeconómico de las personas. Puesto que permite predeterminar el nivel de mortalidad y morbilidad que se relaciona con los determinantes sociales de salud.
2. Así mismo se evidencia que, las desigualdades en salud entre poblaciones, pueden presentarse prematuramente o tarde de acuerdo a las diferencias en el requerimiento de materiales económicos, conductas asociadas a la salud, y, o cuando se presentan situaciones donde se presentan mucho estrés. También las desigualdades geográficas, puesto que a menudo para las personas que se encuentran en la periferia del país les es mucho más difícil y costoso acceder a un adecuado acceso a la salud. Como sucede en el Chocó, Guaviare y Amazonas. A diferencia de las personas que se encuentran en la capital.
3. Posteriormente se evidencia que las mujeres son el grupo poblacional con menos acceso a la salud, puesto que un porcentaje de ellas son madres amas de casa que no cuentan con un ingreso y que por lo tanto pertenecen al régimen subsidiado como beneficiarias. Por otra parte, se evidencia según el RUAF, el grupo poblacional que más asiste al médico o que adquiere los servicios de salud, son las mujeres; pues según publicación realizada por el RIPS durante el 2015 al 2020 las mujeres asistieron 76 veces más que los hombres. Asisten a procedimientos médicos y seguimientos de mes a mes.
4. Se concluye que la desigualdad en el acceso a la salud, no solo es ocasionado por las variaciones del PIB per cápita de los individuos, la pobreza o de acuerdo a las condiciones económicas, sociales y, o políticas a las que está sujeta la población, sino que la desigualdad también se ve reflejada y presente en las condiciones en la que la población nace, vive, trabaja y envejece.
5. Se observa que el ingreso de las personas es una de las variables que también permite determinar el acceso a los servicios de salud; por ejemplo, si el individuo cuenta con un alto ingreso puede acceder a todos los beneficios y coberturas del SGSSS, tanto

así, que puede adquirir planes complementarios o el pago de medicina prepagada con el fin de poder tener un beneficio extra en la prestación de servicios de salud. Caso contrario que sucede con la población que cuenta con bajo ingreso, pues las condiciones y entorno en las que se desenvuelve el individuo no permiten poder acceder a un beneficio extra en la prestación de servicios de salud y se elevaría el estrés psicosocial.

6. Se evidencia, que la desigualdad en salud, también se ve reflejada en las mujeres que se dedican al hogar, puesto que al no trabajar, no presentan una cotización directa al SGSSS, sino que dependen del jefe del hogar para acceder a los servicios de salud mediante el régimen subsidiado cuyos beneficios son más restringidos que si perteneciera al régimen contributivo.
7. Así mismo al analizar el entorno rural/ urbano se concluye que del total de las personas que se encuentran en el campo, cerca del 58,8% están afiliadas al régimen contributivo, mientras que el 41% se encuentra en régimen subsidiado y la población no asegurada acude a sobanderos, remedios naturales y/o curanderos como forma de cuidar su salud. Por consiguiente en departamentos tales como caqueta, la Guajira, sucre, amazonas, Nariño, Arauca, putumayo y choco solamente el 80% de la población es atendida por el régimen subsidiado.
8. Se concluye que, las desigualdades o inequidades sanitarias crean un déficit en la atención en salud. Por ejemplo el género masculino tiene una menor esperanza de vida de 4,4 años menos y una mayor carga de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) que el género femenino, Por lo general, estas diferencias tienen lugar al nivel de exposición que tienen los hombres a las bebidas alcohólicas y al tabaco, dada su probabilidad de enfermarse, por lo que al calcular los años de vida ajustados genera tasas tres veces superior en el género masculino que en el género femenino. Mientras que las mujeres y niñas tienen menos acceso a los tratamientos como por ejemplo los de ceguera y cataratas.
9. Según el ministerio de salud y de protección social, en el territorio colombiano el 51,2% de las mujeres se encuentran afiliadas al sistema general de seguridad social, mientras que en la población masculina el 48,8% se encuentra afiliado. Por consiguiente del total de esa población se evidencia que el 65% de la población

masculina cotiza en el régimen contributivo, mientras que las mujeres que cotizan en el régimen contributivo son aproximadamente el 49,7%, esta desigualdad debe darse por el nivel socioeconómico al cual se encuentran expuestas, muchas mujeres se dedican a labores del hogar o son desempleadas y se encuentran afiliadas como beneficiarias.

- 10.** Se evidencia que el género femenino, es el grupo poblacional que más predomina en la captación de pagos por UPC, pues la diferencia en pagos es casi de un billón extra a lo que ha pagado los hombres.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Fondo de población de las Naciones Unidas. (2019). *Lineamientos de atención en los servicios de salud que consideran el enfoque diferencial de género y no discriminación para personas LGBTI*. Bogotá.
- Acosta O L, Botiva León M A, Ramírez J, Uribe L. (2015). *La protección social de la población rural en Colombia: Una propuesta desde la perspectiva de las familias y sus necesidades*. Colombia. Obtenido de : <http://repositorio.cepal.org/>
- Almeida-Filho N & Silvapaim J. . (1999). *La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica*. Cuadernos Médico Sociales.
- Amparo Hernández Bello, Román Vega Romero. (2001). El sistema Colombiano de Seguridad Social en Salud: Desigualdad y Exclusion . *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol. 1, núm. 1, 48-73.
- Banco de la República. (Enero de 2010). *Documentos de trabajo sobre Economía Regional*. Obtenido de Persistencia de las desigualdades regionales en Colombia: <https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/DTSER-120.pdf>
- Bernal, M. (2010). *Provision de Servicios afirmativos de salud para personas LGBT*. Bogotá: Colombia Diversa.
- Beth C. Truesdale & Christopher Jencks. (2016). Los efectos de la desigualdad de ingresos en la salud: promedios y disparidades. *Annual Reviews*, 37: 413-430. Obtenido de <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032315-021606>
- Bowles, Samuel y Herbert Gintis. (2002). La herencia de la desigualdad. *Revista de perspectivas económicas* , 3-30.
- Cámara de Comercio de Bogotá, . (Julio de 2019). *Cluster Bogotá Salud*. Obtenido de <https://www.ccb.org.co/Clusters/Cluster-de-Salud-de-Bogota/Noticias/2019/Julio-2019/La-medicina-prepagada-cuenta-con-mas-de-1-5-millones-de-afiliados-en-el-pais>
- Centro de Investigación y Desarrollo de Medicamentos. (2001). *Alcance y aplicación de la economía de la salud*. La Habana Cuba: Representación de la Organización Panamericana de la Salud en La Habana.
- Cepal. (2017). *El ingreso y su distribución*. Naciones Unidas.
- Consultor Salud. (Abril de 2021). *Planes Voluntarios en Salud*. Obtenido de <https://consultorsalud.com/4-7-planos-voluntarios-de-salud-colombia/>
- Cubillos Alzate Julio, Matamoros Mariana, Perea Santiago. (Septiembre 2020). *Boletines Poblacionales Género - Mujeres, hombres y personas de los sectores LGBTI*.

- Ministerio de Salud y protección social , Bogotá. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/280920-boletines-poblacionales-generoI-2020.pdf>
- DANE. (2017). *Gran Encuesta Integrada de Hogares*. Bogotá.
- DANE. (2018). *Boletín Técnico. Pobreza Monetaria en Colombia*. Bogotá.
- DANE. (2018). *Censo nacional de Población y vivienda*. Bogotá: Proyección poblacional 2020.
- DANE. (2019). *Encuesta Nacional de calidad de Vida*. BOGOTÁ. Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2019/Boletin_Tecnico_ECV_2019.pdf
- DANE. (2020). *BRECHA SALARIAL DE GENERO*. Bogotá: Dirección General.
- (2010). *Desigualdades Sociales en Salud en Colombia* . Instituto nacional de Salud, Colombia. Obtenido de <https://www.ins.gov.co/direcciones/ons/informes/6.%20desigualdades%20sociales.pdf>
- DNP. (2021). *Conoce al Sisben IV*. Obtenido de https://www.sisben.gov.co/Paginas/conoce_el_sisben.aspx
- Fondo de Solidaridad Pensional . (29 de Abril de 2020). *¿Que es el PSAP?* Obtenido de <https://www.fondodesolidaridadpensional.gov.co/fondo-de-solidaridad/que-es-el-fondo-de-solidaridad-pensional/programas/programa-de-subsidio-al-aporte-en-pension-psap.html>
- Gomez, E. (2002). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: Una aproximación empírica. *Rev.Panama Salud Publica* , 327- 334.
- Grossman, M. (2000). *The human Capital Model*. Amsterdam, Países Bajos: Elsevier Science BV.
- Hankivsky. (2012). *Women’s health, men’s health, and gender and health: implications of intersectionality*. Obtenido de Social Science and Medicine.: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22361090>
- HealthOrganization, W. (Agosto de 2018). *Genero & Salud* . Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Hernandez, C. A. (2015). *Sector Rural Colombiano: Dinámica Laboral y opciones de Afiliación a la seguridad Social*. Bogotá: Coyuntura Económica. Vol XLV No 2 Fedesarrollo.
- Hernández, C. A. (2015). *Sector rural colombiano: dinámica laboral y opciones de afiliación a la seguridad social*. Bogotá : Coyuntura Económica. Vol. XLV, No. 2 Fedesarrollo.

- Holzmann R. y Jorgensen S. (2009). Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública.*, 21 (1). Obtenido de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/816>
- Jimenez Ancizar, Velasquez Martha Ines, Moreno Jaime, Reyes Gilberto. (s.f.). *Afiliación, pago y recaudo de aportes al Sistema general de seguridad social en salud*. BOGOTA : Programa de Apoyo a la Reforma de Salud.
- Lynch, J., Davey-Smith, G., Kaplan, G. & House, J. (2000). Desigualdad de Ingresos y mortalidad: Importancia para la salud de los ingresos individuales, el entorno psicosocial o las condiciones materiales. *THE BMJ*, 320. Obtenido de The bmj: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Income+Inequality+and+Mortality:+Importance+to+Health+of+Individual+Income,+Psychosocial+Environment,+or+Material+Conditions&author=Lynch+J.&author=Davey-Smith+G.&author=Kaplan+G.&author=House+J.&publication
- MinAgricultura. (2020). El desarrollo rural en Cifras. Principales características Sociales de la población rural en Colombia. *Cartilla de asistencia técnica de Programa de apoyo a la política de desarrollo rural.*, 18-21.
- Ministerio de Salud y de Protección Social. (2020). *Cifras de aseguramiento a Junio del 2020*. Bogotá: Ministerio de Salud. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- MinSalud. (2014). *Análisis de Situación de Salud en Colombia*. ASIS. Obtenido de [Acceso 21 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/>
- MinSalud. (2021). *Qué significa cada uno de los conceptos de UPC-S*. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/UPC_S.aspx#:~:text=La%20Unidad%20de%20pago%20por%20capitaci%C3%B3n%20\(UPC\)%20es%20el%20valor,los%20reg%C3%ADmenes%20contributivo%20y%20subsidiado](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/UPC_S.aspx#:~:text=La%20Unidad%20de%20pago%20por%20capitaci%C3%B3n%20(UPC)%20es%20el%20valor,los%20reg%C3%ADmenes%20contributivo%20y%20subsidiado).
- Mullahy, J., Robert, S. & Wolfe, B. (2001). Health, Income, and Inequality: Review and Redirection for the Wisconsin Russell Sage Working Group. En Russell Sage Foundation.
- OMS. (2011). *Cerrando la brecha: la política de acción sobre los determinantes sociales de la salud, Conferencia mundial sobre los determinantes sociales de la salud*. Rio de Janeiro.
- OMS. (01 de 2021). *El género*. Obtenido de <https://www.who.int/topics/gender/es/>
- OMS, FARMAMUNDI. (s.f.). *Equidad de género y Salud. Guía introductoria*. Obtenido de <http://farmaceuticosmundi.org/wp-content/uploads/2015/12/Equidad-de-genero-y-salud.pdf>

- OPS. (2009). *La salud de las mujeres y los hombres en las Americas*. America: Oficina de Género, Etnicidad y Salud.
- OrganizacionPanamericanadeSalud. (2012). Capitulo 2. Determinantes e inequidades en salud. *Salud en las Americas* , 13,14, 15,20.
- OrganizationWorldHealth. (2000). *Global Health Estimates 2016: Life expectancy*.
Obtenido de http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/en/
- RIPS. (2020). *Registros individuales de prestacion de servicios de salud*. Bogota: Ministerio de Salud y proteccion social.
- Rodríguez-Triana DR, Benavides-Piracón JA. (2016). *Salud y ruralidad en Colombia: análisis desde los determinantes sociales de la Salud*. Colombia: Rev. Fac. Nac. Salud Pública.
- RUAF. (2020). *Distribucion de la persona que cotiza por sexo*. Bogota: Ministerio de salud y proteccion social.
- Scott, J. W. (2008). *El genero: Una categoria util para el analisis historico*. Mexico.
- Secretaria de Salud. (s.f.). *Aseguramiento en Salud/Regimen Subsidiado*. Obtenido de <http://www.saludcapital.gov.co/DASEG/paginas/regimensubsidiado.aspx>
- Senado de la Republica. (3 de Septiembre de 2020). *Debate sobre impacto de los programas sociales en el país*. Obtenido de <https://www.senado.gov.co/index.php/prensa/lista-de-noticias/1730-debate-sobre-impacto-de-los-programas-sociales-en-el-pais>
- Sheldon Cohen, Ph.D. David AJ Tyrrell, MD, y Andrew P. Smith, Ph.D. (1991). Estrés psicológico y susceptibilidad al resfriado común. *New England Journal of Medicine*, 606-612.
- SISPRO. (2020-1). *Resoluciones de UPC 2014- 2019* . Bogota: Ministerio de Salud y proteccion social.
- Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida C. (2000). *Desigualdades geograficas y sociales en la utilizacion de los servicios de salud*. Brasil: Cien Saude Cole.
- Weisman, C. (1998). *Women´s health care*. Baltimore: *The Johns Hopkins University Press*.
- Wilkinson, R & Pickett, K. (2009). Income Inequality and Social Dysfunction. *Annual Review of Sociology*. Obtenido de <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-070308-115926>
- Wilkinson, R. (1997). *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality*. Londres: Routledge.

Yepes Fransisco Jose & Sanchez Luz Helena. (2000). *La reforma del sector de la salud en Colombia: ¿un modelo de competencia regulada?* Colombia: Revista Panamericana de Salud Publica.

ANEXOS

Meta de los	Objetivos de Desarrollo Sostenible	Factores determinantes de la salud relacionados con el género	Conductas en la esfera de la salud en función del género
3.1: Mortalidad materna	Las niñas con niveles más bajos de autonomía pueden recibir presiones para abandonar la escuela, contraer matrimonio y tener hijos en la edad adolescente, lo cual se asocia con un mayor riesgo de muerte materna	La falta de recursos económicos y de otra índole puede impedir que algunas mujeres acudan a centros de atención sanitaria y se retrase la atención obstétrica.	
3.2: Muertes evitables de recién nacidos y niños menores de 5 años	La influencia de la mujer en la toma de decisiones en el hogar y en el control de los recursos determina los recursos asignados a la alimentación y el bienestar de los niños.	El género de un niño enfermo puede influir en las decisiones de sus padres. En ocasiones, ello da lugar a que las niñas tengan menos probabilidades de ser atendidas cuando lo necesitan.	
3.3: Epidemias de sida, tuberculosis, paludismo, enfermedades tropicales desatendidas, hepatitis,	Las ocupaciones de los hombres (por ejemplo, las que implican trabajar al aire libre) pueden aumentar la exposición a los mosquitos. Asimismo, las tareas domésticas que realizan las mujeres, como la	En ocasiones, los horarios de apertura de los centros de salud no son compatibles con los compromisos laborales de los hombres. Además, los varones pueden tener menos acceso a intervenciones como las pruebas y	

Meta de los	Objetivos de Desarrollo Sostenible	Factores determinantes de la salud relacionados con el género	Conductas en la esfera de la salud en función del género
enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.	3.4: Mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (ENT) y promoción de la salud mental.	<p>recogida de agua, también pueden aumentar la exposición.</p> <p>Si la etnia, la situación socioeconómica y la ubicación geográfica influyen las tasas de ENT, el género puede interactuar estrechamente con estos factores para aumentar las tasas de estas enfermedades. Por ejemplo, las mujeres de las minorías étnicas que viven en entornos urbanos obesogénicos tienen tasas de diabetes más elevadas</p>	<p>el tratamiento de la infección por el VIH que, a menudo, se prestan a través de los servicios de salud reproductiva que utilizan principalmente las mujeres</p> <p>Las normas relacionadas influyen mucho en la aceptabilidad de determinadas exposiciones de riesgo muy asociadas con las tasas de mortalidad por ENT. Por ejemplo, en algunas sociedades se considera que fumar tabaco es un aspecto positivo de la masculinidad y un hábito mal visto en una mujer. Sin embargo, las empresas tabacaleras se adaptan a los cambios en las normas sociales aumentando la publicidad dirigida a las mujeres, que se ven expuestas a más riesgos para su salud.</p>

Meta de los	Objetivos de Desarrollo Sostenible	Factores determinantes de la salud relacionados con el género	Conductas en la esfera de la salud en función del género
3.5: Drogadicción y consumo excesivo de bebidas alcohólicas	Los adolescentes de orientación homosexual (gays y lesbianas), bisexual y transexual tienen índices más altos de drogadicción y consumo excesivo de bebidas alcohólicas.	Las mujeres tienen menos probabilidades que los hombres de acceder a programas de tratamiento porque deben cuidar de los niños o por temor de perder la custodia de los mismos, entre otros aspectos.	
3.6: Accidentes de tránsito	Las expectativas culturales y sociales de los empleos «aceptables» (como conductor de autobús, camión o taxi) aumentan la exposición de los hombres.	Además, los hombres jóvenes suelen adoptar comportamientos de riesgo influidos por normas y expectativas asociadas a la masculinidad, como ocurre con la manera de conducir vehículos.	
3.7: Acceso universal a los servicios de atención sexual y reproductiva	Las tasas de embarazo, matrimonio infantil y violencia de género son más elevadas entre las adolescentes que viven en zonas afectadas por catástrofes naturales.	En algunos países, las mujeres necesitan el permiso de los hombres para utilizar anticonceptivos.	

Meta de los	Objetivos de Desarrollo Sostenible	Factores determinantes de la salud relacionados con el género	Conductas en la esfera de la salud en función del género
3.8: Logro de la cobertura sanitaria universal	Cuando la vulnerabilidad asociada a la etnia y la ubicación geográfica se suma a la relacionada con el género, se limita el acceso a los servicios de salud.	En los lugares donde los seguros de enfermedad se contratan voluntariamente, la menor capacidad de pago de las mujeres y la necesidad de cuidar de sus hijos suelen influir en esta decisión.	
3.9: Polución y contaminación ambiental	El trabajo (ya sea dentro o fuera del hogar) influye en las tasas y los tipos de exposición a los riesgos. Por ejemplo, los hombres suelen estar más expuestos a los contaminantes de los vehículos de motor, y las mujeres, a los humos de las cocinas.	Los hombres, cuyas tasas de tabaquismo son más elevadas, están también más expuestos a los contaminantes del aire. Estos dos factores agravan las diferencias entre sexos en relación con determinados resultados sanitarios.	

Nota: El anexo 1, muestra los factores determinantes de la salud relacionados con el género vs las conductas en la esfera de la salud en función del género, partiendo de la meta de los objetivos del desarrollo sostenible. Tomado de (HealthOrganization, 2018).