

**La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y su impacto
sobre la calidad de vida de la población desde la perspectiva de los Determinantes Sociales**

2013 - 2015

Presentado por:

Deysi Yadira Rojas Castro

Gloria Milena Yosa García

Trabajo para optar al título de:

Economista

Director:

Ivonne Andrea Ordóñez Monak Ph.D (c)

Universidad Santo Tomás

División de Ciencias Económicas y Administrativas

Facultad de Economía

Bogotá D.C, Colombia

2019

Resumen

El presente trabajo investigativo está enfocado en determinar el impacto sobre la calidad de vida de las personas y la no afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, realizando un análisis comparativo en el periodo comprendido entre 2013 a 2015. Para dar cumplimiento al objetivo anterior, la realización del trabajo se desarrolla mediante una investigación descriptiva, que metodológicamente está apoyada en encuestas nacionales como la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) y la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) elaboradas por el DANE, utilizando como herramienta la construcción de un modelo econométrico mediante una función LOGIT que permite ejecutar diferentes estimaciones para evaluar cuáles son los principales determinantes presentes en el estado de afiliación al SGSSS; el interés de modelar la logística de afiliación al SGSSS está en conocer la importancia de variables determinantes y a partir de estas modelizaciones definir si la no afiliación al SGSSS como determinante social impacta sobre la calidad de vida de la población colombiana. Los resultados muestran que a través del tiempo ha aumentado la cobertura en salud para toda la población, así como el nivel de servicios prestados, concluyendo que la afiliación al sistema de salud tiene una relación positiva con el bienestar de los hogares, ya que les permite acceder a servicios médicos que mejoran sus condiciones de salud y por lo tanto su calidad de vida.

Palabras clave: Sistema de salud, Determinantes Sociales, Calidad de vida, Afiliación.

Abstract

The present research work is focused on determining the impact on the quality of life of people of non-affiliation to the General Social Security in Health System (SGSSS) in Colombia carrying out a comparative analysis in the period between 2013-2015. To achieve this objective, the work is carried out through descriptive research, which is methodologically supported by national surveys such as the Large Integrated Household Survey (GEIH) and the National Quality of Life Survey (ECV) prepared by DANE, using as a tool the construction of an econometric model using a LOGIT function that will allow to execute different estimates to evaluate which are the main determinants present in the state of affiliation to the SGSSS according to the regime. The interest of modeling the logistics of affiliation to the SGSSS is to know the importance of determining variables and from these modelling to define whether non-affiliation to the SGSSS as a social determinant impacts on the quality of life of the Colombian population. The results show that over time, health coverage has increased for the entire population, as well as the level of services provided, concluding that affiliation in the health system has a positive relationship with the welfare of households, since it allows them to access medical services that improve their health conditions and therefore their quality of life. (Deisy Yadira Rojas Castro, 2019)

Keywords: Health system, social determinants, quality of life, affiliation.

Contenido

1. Introducción.....	5
2. Objetivos.....	8
Objetivo General.....	8
Objetivos específicos	8
3. Marco teórico.....	8
Los Determinantes Sociales de la salud.....	8
Calidad de vida	24
Aspectos generales de la afiliación al SGSSS de la población Colombiana	30
4. Metodología.....	36
Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH).....	37
Muestreo probabilístico	38
Multietápico y Estratificado.....	38
Conglomerados desiguales.....	39
Autoponderación.....	39
Encuesta nacional de calidad de vida (ECV).....	39
Definición y medición de variables	40
5. Resultados.....	43
Caracterización de la dinámica de afiliación al SGSSS en Colombia 2013-2015.....	43
Participación de variables en la probabilidad de no afiliación al SGSSS en Colombia 2013-2015	51
Caracterización de variables que interfieren en la calidad de vida de la población colombiana 2013-2015	52
6. Discusión	56
7. Conclusiones.....	59
8. Referencias Bibliográficas.....	61
9. Anexos	64

Lista de Cuadros

Cuadro 1. Desigualdad vs Inequidad en salud	11
---	----

Lista de Ilustraciones

Ilustración 1. Interacción de los DSS y sus resultados	13
--	----

Lista de Figuras

Figura 1. Tasa de incidencia de la pobreza en América Latina y el Caribe y Colombia 2013-2015... 15	
Figura 2. Áreas de acción de la Declaración Política de Río sobre los DSS	18
Figura 3. Adopción del PDSP 2012-2021 de Colombia a los DSS	21
Figura 4. Evolución de la cobertura en salud en Colombia 2013-2015	35

Lista de Tablas

Tabla 1. Evolución de la cobertura en salud en Colombia. Número de afiliados al régimen subsidiado, contributivo y de excepción 2013-2015.....	35
Tabla 2. Dinámica de afiliación al SGSSS en Colombia por estrato 2013-2015.....	43
Tabla 3. Dinámica de afiliación a los diferentes regímenes en salud en Colombia 2013-2015	44
Tabla 4. Dinámica de afiliación al SGSSS en Colombia por zona 2013-2015.....	45
Tabla 5. Dinámica de afiliación al SGSSS en Colombia por zona y estrato 2013-2015	46
Tabla 6. Dinámica de afiliación a los diferentes regímenes en salud en Colombia por zona y estrato 2013-2015	47
Tabla 7. Razones de no afiliación al SGSSS en Colombia 2013-2015.....	48
Tabla 8. Deficiencias de la calidad de la atención en salud según los usuarios del SGSSS en Colombia 2014 y 2015.....	50
Tabla 9. Porcentaje de disminución de variables que interfieren en la probabilidad de no afiliación al SGSSS en Colombia en Colombia 2013-2015	51
Tabla 10. Proporción de personas sin acceso a servicios básicos	52
Tabla 11. Distribución porcentual del acceso al SGSSS con respecto a la población con acceso a servicios	53
Tabla 12. Percepción de pobreza según jefe de hogar, de la actualidad a hace 5 años con respecto a la población afiliada al SGSSS	53
Tabla 13. Percepción de pobreza según nivel de ingresos del hogar	55
Tabla 14. Escolarización en el nivel de educación secundaria relacionado con la afiliación al SGSSS	55

Lista de Anexos

Anexo 1. Relación entre variables 2013	64
Anexo 2. Relación entre variables 2014	64
Anexo 3. Relación entre variables 2015	65

1. Introducción

En las teorías económicas, que dan respuesta al problema presente con referencia al sistema de salud, se plantea la teoría tradicional del consumidor en la cual, la salud es un bien fundamental en la demanda del consumidor y los servicios de salud son el sistema de entrada de información.

En relación, los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) corresponden a “las condiciones en la cuales la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece, y que reflejan su posición en la jerarquía social, los DSS estudian las inequidades en salud, identifican sus causas y las causas de las causas; además, identifica el tema de los servicios de salud como un determinante social importante pero adicional” (OMS, 2018).

Por otro lado, la calidad de vida, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es definida como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, acompañado de un estado de ánimo positivo en todos los estados naturales de un ser, que integra la vida en todos los aspectos de una forma multidimensional junto con la satisfacción de todas las necesidades básicas del ser humano (Urzúa., 2012, p. 65).

Se hace importante que, para hablar de cobertura universal de los servicios de salud, se debe reconocer que la misma es un determinante social, ya que se deriva de valores, políticas, y recursos de la sociedad en la medida en que puede significar un empobrecimiento para las personas, dado que estas se ven obligadas a generar un gasto de bolsillo en pro de la mejora de su salud, lo cual sin duda alguna puede generar un impacto desfavorable en su situación socio-económica, fenómeno que se convierte en un círculo vicioso que deteriora su salud (Ferrelli, Equidad en salud desde un enfoque de Determinantes Sociales, Contribuciones del encuentro regional “La toma de decisiones para la equidad en salud”, 2015, p. 14).

Pero, estas dificultades económicas de las familias, al tener que generar un gasto adicional para el acceso y la atención en salud, no son características exclusivas de países pobres o en desarrollo. Un claro ejemplo de este fenómeno, es el que se aprecia en Estados Unidos, país conocido por tener uno de los gastos de bolsillo en salud que más influye en desenlaces desfavorables, como la bancarrota familiar. (Ferrelli, Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales, Contribuciones del encuentro regional “La toma de decisiones para la equidad en salud”, 2015, p. 14).

En Colombia, los principios esenciales de la reforma al sistema de salud, que se asocian con los DSS y sus objetivos, se enmarcan mediante la Ley 100 de 1993, tales principios son la equidad, la calidad y el aumento en cobertura. Así mismo, se estableció un sistema de prestación de servicios y de fuentes de financiación en donde la solidaridad en el financiamiento, la eficiencia y la competencia en la provisión de los servicios se constituyeron como los elementos centrales para aumentar la equidad, la calidad y la cobertura, lo que favoreció al aseguramiento como el principal instrumento para alcanzar las metas de cobertura, en especial entre la población más pobre (Miguel García Cancino, 2008).

Con la Ley 100 de 1993 se crearon un fondo de solidaridad (FOSYGA, actualmente conocido como ADRES) y un plan obligatorio de servicios (Plan Obligatorio de Salud, actualmente manejado a través de las Listas de Exclusión); el sistema se basa en el aseguramiento de toda la población mediante la afiliación al SGSSS con dos regímenes: el contributivo y el subsidiado y dentro de las funciones estatales en salud está la regulación, inspección, vigilancia y control para el correcto funcionamiento del sistema de salud. Esta reforma a la salud, tuvo impactos importantes sobre la salud y la calidad de vida de las personas, principalmente a través de los cambios en la cobertura, calidad y demanda de los servicios ofrecidos (Mauricio Santa María,

2009, p. 44). Posteriormente se emite la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015), cuyo principal propósito es fortalecer los principios inicialmente promulgados a través de la Ley 100 de 1993, ya que concibe la salud como un derecho fundamental, enfatizando en los principios de integralidad y equidad para toda la población colombiana.

La presente investigación está enfocada en la realización de un análisis progresivo en indicadores básicos de calidad de vida de las personas, buscando dar respuesta a la pregunta, ¿Cómo la no afiliación en salud como determinante social impacta sobre la calidad de vida de la población?, en un estudio realizado durante el periodo de 2013 a 2015.

Actualmente la diferencia que existe entre lo público y lo privado ha llevado a la inequidad que existe en el mercado; la rentabilidad financiera de las diferentes aseguradoras establece mecanismos de dificultad de costos por encima del derecho a la salud, prevalecen limitaciones desde las normas, los planes de beneficios que generan barreras administrativas, económico-financieras y sociales, desde los diferentes actores involucrados en la cadena de las decisiones. Adicionalmente, se visualizan carencias éticas individuales e institucionales, el clientelismo y la corrupción en el manejo de los recursos, que sumados a la pobreza de algunas comunidades, hacen que se limite aún más el acceso a los servicios de salud.

Se hace entonces importante el aseguramiento en salud como parte de una estrategia de política pública, que favorezca el acceso oportuno, efectivo y equitativo de la población a los servicios de salud (entendiendo que el acceso y la calidad no sólo dependen del aseguramiento) para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de toda la población.

2. Objetivos

Objetivo General

- Determinar el impacto sobre la calidad de vida de las personas y la no afiliación al SGSSS en Colombia durante el periodo de 2013 – 2015.

Objetivos específicos

- Caracterización de la dinámica de afiliación al SGSSS en el periodo de tiempo seleccionado.
- Identificar la influencia de algunos determinantes sociales (Ej: si el Jefe de hogar es mujer, zona de residencia urbana o rural, sexo, edad y estrato de la residencia) en la no afiliación al SGSSS.
- Analizar la relación de los datos disponibles correspondientes a la afiliación y el uso de los servicios en salud con algunas variables básicas de medición de calidad de vida.

3. Marco teórico

Los Determinantes Sociales de la salud

Los Determinantes Sociales de la Salud se definieron y priorizaron por primera vez en Chile en el año 2005, cuando se creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dirigida por Sir Michael Marmot. En ese momento a la CDSS se le delegó la tarea de reunir pruebas sobre las inequidades existentes en la sociedad, con el fin de comprender los determinantes sociales de la salud (DSS) y sus efectos sobre la equidad sanitaria, y así formular recomendaciones para la adopción de medidas al respecto.

Más adelante en 2008, la CDSS en un informe definió los determinantes sociales como las condiciones en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, teniendo en cuenta que aquellas condiciones son el resultado de la distribución de los recursos, que dependen a su vez de las políticas gubernamentales adoptadas. Los determinantes sociales explican las principales inequidades en salud, entendidas como las diferencias observadas que son evitables e injustas.

Los DSS tienen en cuenta las experiencias de los años de vida iniciales de las personas, así como todos los factores relacionados a su ciclo de vida que involucra la situación socioeconómica, la educación, las condiciones de empleo y trabajo, el acceso a una vivienda digna, las características del medio ambiente y los sistemas de prevención y tratamiento de los problemas de salud.

Actuar sobre los DSS en toda la población, es fundamental para el logro de una sociedad en condiciones de equidad, integralidad y justicia que sea económicamente productiva y sana. La salud y el bienestar de la población garantizan la construcción de una sociedad exitosa, que vela por el cumplimiento de los derechos humanos en todos los ámbitos del desarrollo, tanto a nivel nacional como internacional (OMS, 2011, p. 2).

La CDSS cumple con el objetivo principal de brindar asesoría con respecto a las estrategias para mitigar las inequidades, donde propone la WHO (2019) “tres recomendaciones generales: i) Mejorar las condiciones de vida cotidianas, ii) Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y iii) Medición y análisis del problema” (p. 1).

Comúnmente se emplean tres tipos de medidas para describir las inequidades: i) Las desventajas en salud que se relacionan con las desigualdades entre los sectores poblacionales o sociales, ii) Las brechas en salud resultantes de las diferencias que existen entre las

personas que se encuentran en situaciones más desfavorables con respecto al resto de la población y iii) Los gradientes de salud relacionados con las diferencias encontradas a lo largo de todo el espectro de la población (PAHO, 2012, p. 13).

Dicho esto, el mejoramiento de las condiciones de vida se enfoca en garantizar la equidad desde los primeros años de vida con el pleno desarrollo de la niñez, así como generar entornos saludables para una población sana con el acceso a una vivienda digna y de calidad, a agua potable y servicios sanitarios y ofrecer empleo y entornos de trabajo dignos a toda la población con el objetivo de producir en todas las personas seguridad financiera, posición social y desarrollo personal; igualmente, brindar protección social para toda la vida y acceso a la salud para todos, lo que constituirá un punto importante para alcanzar la equidad sanitaria.

Actualmente en Colombia se lleva a cabo una lucha continua para lograr conseguir equidad en las condiciones de vida de todas las personas, determinada e influenciada por estructuras políticas y procesos sociales; afectada principalmente por la inequidad en el resultado de normas, políticas y prácticas sociales, y que a partir de la tolerancia de éstas se ha favorecido la arbitraria distribución del poder, la riqueza y los recursos.

Cuando se habla de inequidad, se refiere a las diferencias innecesarias y evitables en la población; por el contrario cuando aquellas diferencias en las condiciones de vida de las personas son inherentes e inevitables, hablamos de desigualdad; teniendo esto en cuenta, es por eso que al momento de tomar medidas y políticas con el fin de promover la salud y el bienestar en las personas hay que hacer principal énfasis en la población vulnerable y en condición de pobreza.

Cuadro 1. Desigualdad vs Inequidad en salud

	DESIGUALDAD	INEQUIDAD
Concepto	Diferencias.	Diferencias injustas y evitables.
Implicaciones	Atender las variables más condicionantes. Objetivos subjetivos no medibles, no comparables.	Define objetivo de salud, cuantificable y comparable define umbrales mínimos necesarios y posibilidad de incidir en políticas estructurales
Efecto	Mitigador.	Transformador.

Fuente: Recuperado de La ética de la equidad: barómetro de cohesión social y principio guía para una nueva política pública, Garay, J., 2015.

En un artículo de la OMS, publicado en 2010 sobre los conceptos marco para la acción sobre los DSS, se explica que ante ésta problemática mundial, no solo interfieren aspectos sociales, sino también económicos, políticos, culturales y medioambientales, cuyo comportamiento determina los resultados en materia de salud y por lo tanto en las condiciones de vida y de salubridad de las personas.

Los componentes básicos del marco conceptual de los DSS incluyen: “i) La situación socioeconómica y política, ii) Los determinantes estructurales y iii) Los determinantes intermedios”. Según la PAHO (2012) afirma que:

Las intervenciones pueden orientarse a adoptar medidas en relación con: 1. Las circunstancias de la vida diaria, los entornos físicos y sociales, el trabajo asociado a la estratificación social y las respuestas del sistema de atención sanitaria a la promoción de la salud y a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, 2. Los factores estructurales, que abordan la naturaleza y el grado de estratificación social en la sociedad, así como las normas y los valores de la población, las políticas económicas y sociales a nivel nacional e internacional, y los procesos de gobernanza nacionales y locales. (p. 15)

En los países, dentro de los contextos político y socioeconómico, se encuentran incluidos varios aspectos de tipo funcional, estructural y cultural de lo que implica un sistema social, los cuales a su vez influyen en gran manera en la formación de los patrones de estratificación social y, por lo tanto, en las oportunidades de salud de las personas, además de incluir los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen las jerarquías sociales, el mercado de trabajo, el sistema educativo y las instituciones políticas (PAHO, 2012).

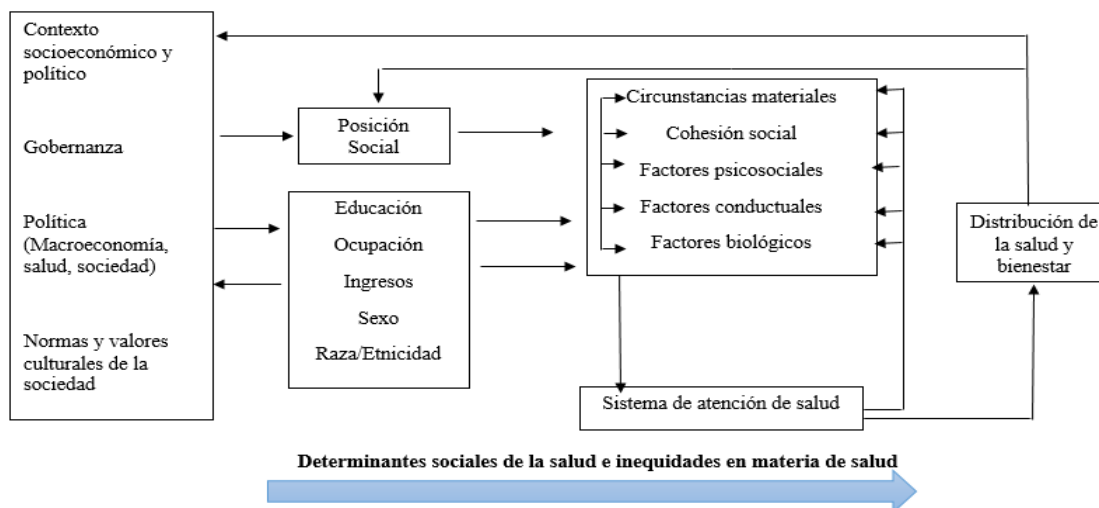
Según la PAHO (2012), los DSS pueden dividirse en estructurales e intermedios, entendiendo los primeros como aquellos que “generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la gente”, configurando la salud como “un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos”.

Igualmente, la PAHO (2012) afirma que “Los determinantes estructurales operan mediante los determinantes intermedios de la salud. Los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud” (p. 22).

Dentro de los determinantes intermedios de la salud se encuentra las circunstancias materiales (condiciones de la vivienda y de su entorno, posibilidades de consumo y características físicas del empleo o el trabajo), las circunstancias psicosociales (factores estresores de las circunstancias de vida y las relaciones interpersonales, que incluyen las redes de apoyo y el entorno social), los factores conductuales y biológicos (condiciones nutricionales, estilos de vida, actividad física, consumo de sustancias psicoactivas y factores genéticos), la cohesión social (confianza, tolerancia y respeto mutuo ante la existencia de diversidad de grupos y sectores de la sociedad) y el propio sistema de salud (vulnerabilidad

y exposición ante los factores de riesgo, garantía de la cobertura y acceso a los servicios de salud) (PAHO, 2012).

Ilustración 1. Interacción de los DSS y sus resultados



Fuente: Recuperado de Determinantes e inequidades en salud, Salud en las Américas, OPS, 2012, pág. 15.

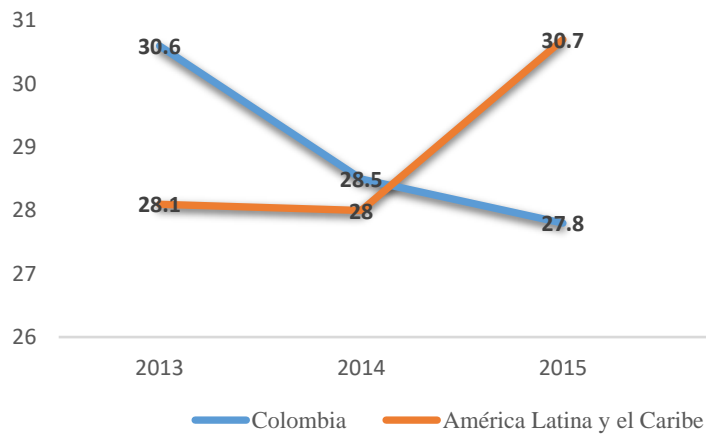
En relación con la problemática de la no afiliación al sistema de salud, la pobreza se convierte en la más difícil de controlar y mitigar, con implicaciones de gran magnitud; de acuerdo a La Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018), “La pobreza repercute directamente sobre el acceso a la vivienda digna, los servicios, la educación y otros factores vitales para la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas. Así mismo, la OMS afirma que la pobreza es posiblemente el determinante individual más importante de la salud” (p. 1).

En una publicación hecha por Renos Vakis (2015) para el Banco Mundial (BM) titulado “Los Olvidados, Pobreza crónica en América Latina y el Caribe”, se resaltan cinco hechos importantes para la población de América Latina y el Caribe:

1. Uno de cada cinco latinoamericanos vive en situación de pobreza crónica, la cual agrupa a los individuos que persisten en la pobreza, que para el caso de Colombia, la investigación afirma que uno de cada tres colombianos pobres vive en la pobreza crónica, 2. La pobreza crónica tiende a concentrarse geográficamente, 3. La pobreza crónica es un problema que afecta al medio urbano tanto como al rural, 4. El crecimiento económico no ha sido suficiente para sacar a los pobres crónicos de la pobreza y 5. Los pobres crónicos tienen oportunidades de ingresos limitadas.

Respecto a esto, se hace hincapié en que alguna de las medidas para la solución de ésta, sería la igualdad de género para la reducción de la pobreza, ya que mayores oportunidades económicas para las mujeres pueden generar mejoras en la productividad y ampliar las perspectivas económicas de los hogares; por otro lado enfocándose en los sectores económicos según Renos Vakis (2015) informa que “los datos registran que las regiones con una alta concentración de personas empleadas en la agricultura suelen tener las tasas más altas de pobreza crónica; mientras que los sectores de alta tecnología, servicios, construcción y comercio muestran una mayor tendencia a contratar personas en regiones con tasas de pobreza crónica más bajas” (p. 20).

Figura 1. Tasa de incidencia de la pobreza en América Latina y el Caribe y Colombia 2013-2015



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial y Fundación Microfinanzas BBVA para los años 2013, 2014 y 2015.

La pobreza crónica, junto con el poco desarrollo económico y social, genera estancamiento en las personas, haciendo que los pobres crónicos se enfrenten a mayores barreras para una incorporación efectiva a la fuerza laboral, lo cual disminuye sus oportunidades de empleo y exacerba el ciclo de la pobreza crónica. La pobreza, para el caso de muchos países latinoamericanos, sigue estando concentrada en un gran porcentaje dentro de ciertos grupos étnicos, por ejemplo “en la Región de las Américas, los pueblos indígenas continúan siendo los más pobres y, en algunas zonas, la brecha que hay entre sus ingresos y los de otros grupos poblacionales ha aumentado aún más” (Organización Panamericana de la Salud, 2018, p. 2).

La OMS y La CDSS tienen una visión integral de los DSS, y concuerdan en que la mala salud de los pobres es el determinante social que afecta en mayor grado a la población en todos los países, sumado a las desigualdades sanitarias entre los países que causan disparidades en la distribución del poder, el ingreso y los bienes y servicios a nivel nacional y mundial. La consecuente falta de equidad en el acceso a los servicios de salud, a la educación, a condiciones

laborales apropiadas, así como a una vivienda digna para todas las comunidades, pueblos, o ciudades y sus posibilidades de lograr una vida próspera, hace que ésta distribución desigual sea perjudicial para la salud, resultando en una nefasta mezcla de políticas y programas sociales deficientes y arreglos económicos injustos.

Con la presencia de toda esta problemática, en 1986 el Gobierno de Canadá en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, expide un documento titulado la Carta de Ottawa, elaborado por la OMS, donde La Organización Panamericana de la Salud (2018) estableció que “Los fuertes vínculos entre los principios de promoción de la salud y los DSS, y en ambos enfoques considera que la salud es un fenómeno ecológico, creado y modificado por el sistema más amplio de factores que influyen en el modo en que las personas, así como los grupos poblacionales, viven la vida cotidiana y las tendencias a largo plazo durante todo el curso de la vida” (p. 5).

Según Alec Irwin, (2005, p. 14) la Carta de Ottawa enuncia el concepto amplio de lo que es salud y promoción de la salud, y adicionalmente establece algunos aspectos que son determinantes para la salud, entre los cuales se encuentran: la vivienda, la alimentación, la educación, los ingresos y un ecosistema estable. Por otra parte incluye elementos como la paz, los recursos sostenibles, la Justicia social y la Equidad; en dicho documento, se identifican cinco áreas de acción para la promoción de la salud que son: “Desarrollo de una política pública saludable, Creación de entornos propicios, Fortalecimiento de la comunidad, Desarrollo de aptitudes personales y Reorientación de los servicios de salud”.

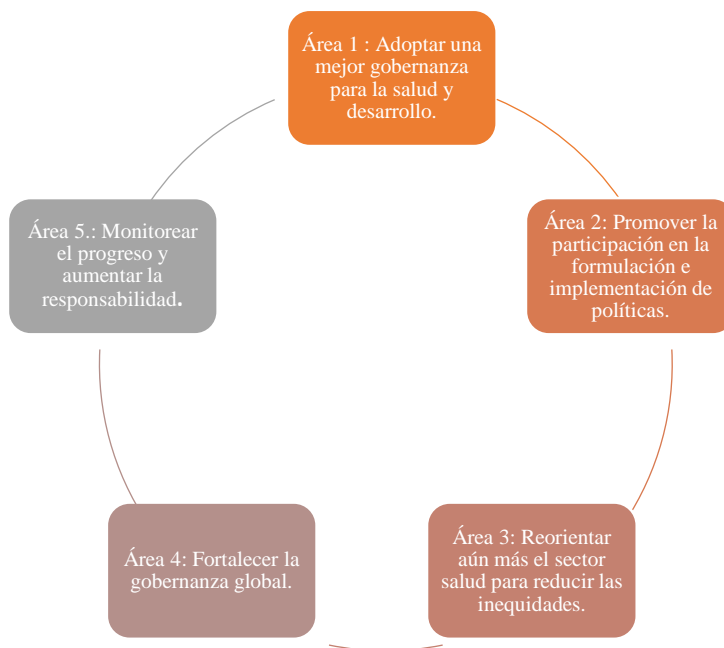
El objetivo de la Carta de Ottawa, plantea algunos de los retos de la promoción de la salud, que incluye la reducción de desigualdades y el aumento de la prevención, a través de mecanismos

que fomentan la participación comunitaria e intersectorial que resulten en la formulación de políticas públicas saludables y la generación de ambientes sanos que promuevan el autocuidado.

La actuación constante de los países para la mitigación de las inequidades y desigualdades en materia de salud a través de los determinantes sociales, se convierte en un reto importante, para lo que la OMS y las Naciones Unidas (ONU). La CDSS en sus recomendaciones finales, subraya que para mejorar la equidad en salud se requiere de un sólido gobierno nacional, la participación pública en la formulación de políticas, la orientación hacia el sector de la salud, y un fuerte liderazgo mundial; siempre manteniendo el foco en la mejora de la equidad en salud. Es importante destacar que también se requieren sistemas de monitoreo sobre los DSS para fortalecer la rendición de cuentas, la transparencia y la puesta en práctica y evaluación de las intervenciones.

En correspondencia a esta problemática, en 2011 se da la aplicación de la Declaración Política de Río sobre los DSS, donde intervinieron 124 Estados Miembros de la OMS que adoptaron la Declaración Política de Río como su marco de políticas para guiar la acción sobre los DSS en cinco áreas; posteriormente, en 2012, la Declaración fue respaldada por los 194 Estados miembros en el 65ºencuentro Mundial de la Salud.

Figura 2. Áreas de acción de la Declaración Política de Río sobre los DSS



Fuente: Elaboración propia con datos de Global monitoring of action on the social determinants of health: a proposed framework and basket of core indicators, World Health Organization, 2016, pág. 2.

La declaración política de Río explica que, la equidad sanitaria es una responsabilidad de todos los sectores, que sumada a la actual crisis mundial en cuanto al aspecto financiero y económico, genera la necesidad de adoptar medidas que promuevan la reducción de inequidades en el sector salud, de tal manera que se evite el deterioro de las condiciones de vida de las personas y empeoren los sistemas de atención en salud y protección social, lo que reafirma la postura de la Organización Panamericana de la Salud (2018), que exige que: “todos los sectores gubernamentales, todos los segmentos de la sociedad y todos los miembros de la comunidad internacional se comprometan con un principio a escala mundial” (p. 6), donde se priorice las premisas “todos por la equidad” y “salud para todos”.

La Organización Panamericana de la Salud afirma que “dentro de los países, las desigualdades en la salud son aún mayores y están estrechamente relacionadas con el género,

la identidad indígena y afrodescendiente, el nivel de educación, los ingresos y la riqueza, las discapacidades y la sexualidad, así como las intersecciones entre estas variables”. (Organización Panamericana de la Salud, 2018, p. 16)

Teniendo en cuenta la definición de Whitehead (2000), donde describe que las inequidades sanitarias se consideran política, social y económicamente inaceptables, injustas y evitables, tanto dentro de los países como entre ellos; la promoción de la equidad sanitaria se hace vital para el desarrollo sostenible, el mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar de todos, lo cual, a su vez, contribuye a la paz y a la seguridad, reconociendo el disfrute de un mejor nivel de salud con el fin de lograr uno de los derechos fundamentales de todos los seres humanos, sin discriminación por religión, ideología política, raza o condición socioeconómica:

Es por esto que distintas comisiones internacionales se centran en los DSS, como también en los sistemas de salud. Los determinantes sociales pueden ejercer una influencia poderosa sobre el acceso y la calidad de la atención, y el acceso a una atención de calidad. La cobertura universal de salud es un componente esencial del derecho a la salud y un requisito para la equidad en cuanto a los recursos y la salud. En América Latina hay grados altos de inequidades socioeconómicas y étnicas en materia de acceso a la atención de salud que son consecuencia del costo de los servicios y, en algunos países, la insuficiencia de suministro, especialmente en las zonas rurales y los asentamientos informales. (Organización Mundial de la Salud, 2018, pág. 3)

Para el caso colombiano, se tiene clara la existencia de grandes disparidades entre la población, siendo uno de los países latinoamericanos más desiguales, donde se aprecia aún hoy en día inequidades no sólo en términos de salud, sino también en las condiciones laborales, en

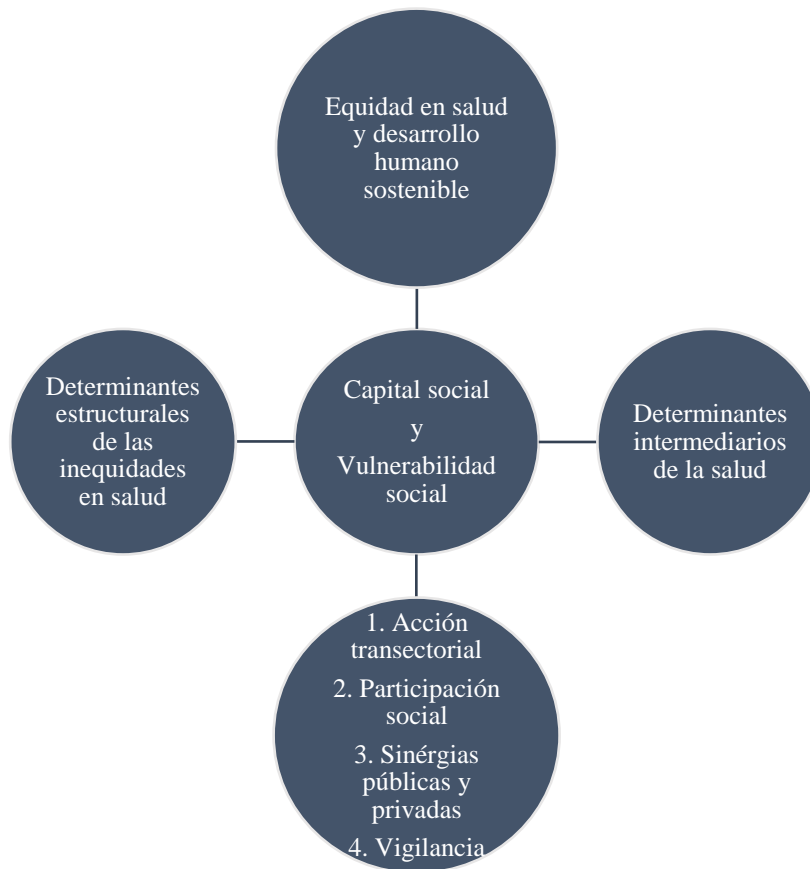
educación y en vivienda; claramente determinantes importantes para la calidad de vida y el bienestar de las personas.

Es por esto que, los DSS y su aplicación en la disminución de brechas de inequidad se ha convertido en uno de los grandes retos para Colombia y el mundo, en materia social y de la salud pública; esto no es viable si no se entiende la salud como el resultado de la interacción entre el individuo, sus condiciones de vida y la sociedad, así como la influencia de las diferencias existentes entre los grupos poblacionales.

Para lo cual se han tomado en cuenta ciertas medidas que permitan mitigar las inequidades de salud en Colombia; por ejemplo, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú (2013), “con enfoque de DSS, y como resultado de un contrato social entre todos los actores y sectores del país para avanzar en el logro establecido en el marco de la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) del país llevada a cabo por medio de la Ley 1438 de 2011, que plantea la implementación de estrategias de intervención colectiva e individual basadas en un sistema participativo e intersectorial y tiene como eje transversal la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para lograr un impacto positivo en los determinantes sociales y económicos de la salud en el país, con la finalidad de: 1. Alcanzar la equidad en salud, 2. Afectar positivamente los determinantes sociales de la salud y 3. Mitigar los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida”.

Su objetivo principal es fortalecer el SGSSS con una estrategia renovada de APS con la acción conjunta entre el Estado, la sociedad y las instituciones, con el fin de implementar mecanismos basados en prevención y promoción y garantizar la universalidad en el aseguramiento de los servicios de salud, sin olvidar la sostenibilidad financiera del sistema.

Figura 3. Adopción del PDSP 2012-2021 de Colombia a los DSS



Fuente: Elaboración propia con datos del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, 2013, pág. 38.

Ferrelli (2015) informa que: “El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 asume un abordaje de enfoques múltiples: i) salud como derecho, ii) Determinantes Sociales de la Salud, iii) enfoque diferencial y iv) enfoque poblacional” (p. 71).

Sin embargo, con la implementación de las medidas llevadas a cabo dentro del PDSP, a pesar de evidenciarse mejoras en los indicadores de medición como la Tasa bruta de natalidad, la Tasa bruta de mortalidad y la Expectativa de vida, la salud en Colombia se enfrenta a retos y problemas estructurales profundos, que incluyen las condiciones sociodemográficas y económicas.

Si bien se han logrado mejoras, como una mayor cobertura desde el punto de vista de la afiliación, la cual para Colombia según los datos del Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) (2017) alcanzó el 94,41%, aún siguen existiendo barreras de acceso a los servicios de salud, lo cual no garantiza una cobertura efectiva y universal para la población. De igual manera tampoco hay evidencia de una reducción significativa en las inequidades en la utilización de los servicios de salud entre la población de acuerdo a su condición socioeconómica.

En Colombia se han implementado y realizado una serie de políticas públicas en concordancia con los DSS; por ejemplo, la PAHO (2012) en un informe, donde demuestra los avances de los países en América Latina en programas de promoción y prevención, nombra que: “Desde 2004, en Bogotá se ha promovido el programa Salud a su Hogar con una óptica de derechos humanos para abordar cinco componentes básicos: 1. Necesidades de alfabetismo de los grupos de población, 2. Determinación de las inequidades, 3. Promoción de las actividades intersectoriales, 4. Ejecución de la presupuestación participativa , y 5. Empoderamiento de las comunidades.” (p. 40)

El programa ha permitido que la capital pueda obtener resultados importantes en cuanto a los indicadores clásicos de salud pública, que a su vez han mejorado el índice de desarrollo humano (IDH). En años recientes, los gobiernos distritales de la ciudad de Bogotá, adoptando medidas mundiales, han incluido en sus planes de gobierno elementos importantes como la calidad de vida y el bienestar de la población, considerándolos ejes importantes que promueven la participación intersectorial, la participación social y el fomento de la acción activa de la ciudadanía (PAHO, 2012, p. 40):

En la relación de Colombia con el mundo, la equidad se hace presente en la agenda mundial y con esto Colombia ha hecho explícito el interés y compromiso social para continuar

actuando sobre los DSS, adoptando un marco común para su abordaje. Sin embargo, el país comenzó a prestar atención hacia la equidad en salud cuando en la Constitución Política de 1991 (artículo 13), estableció el derecho fundamental a la igualdad, prohibiendo cualquier forma de discriminación; posteriormente, el gobierno contempló en su legislación valores y principios como el de la universalidad, la equidad, la solidaridad y la calidad. (Ferrelli, Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales Contribuciones del encuentro regional “La toma de decisiones para la equidad en salud”, 2015, p. 71)

En conjunto, para el monitoreo de éstas y otras políticas adoptadas con el fin de medir la disminución de las inequidades en materia de salud en Colombia y poder involucrar todos los niveles de gobierno para lograrlo, y promover la colaboración de investigadores; la academia y la sociedad, Ferrelli (2015) en su artículo de conferencia en el programa para la cohesión social en América Latina informa que “a partir del Decreto 859 de 2014, se crea la Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP).” (p. 73):

La CISP se posiciona entonces como la primera instancia de carácter vinculante en el país para la gestión de los DSS, y que de alguna forma, cumple con las recomendaciones para llevar a cabo la acción intersectorial que han inspirado el marco sugerido por la OPS: voluntad política, necesidades y prioridades, marco planificado, estructuras, evaluación y participación, seguimiento y fortalecimiento de la capacidad.

“Colombia reconoce que las interacciones entre salud, bienestar, equidad y desarrollo económico deben ser tenidas en cuenta dentro de las agendas políticas de todos los países”. (Ferrelli, Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales Contribuciones del encuentro regional “La toma de decisiones para la equidad en salud”, 2015, p. 73)

Colombia reconoce que el PDSP 2012-2021 contempla alrededor de 118 metas transectoriales, entre las cuales el 55% involucra una responsabilidad compartida con los demás sectores (trabajo, educación, asistencia social, agricultura, etc.) mientras el 45% de las metas corresponden directamente al sector salud. (Ferrelli, Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales Contribuciones del encuentro regional “La toma de decisiones para la equidad en salud”, 2015, p. 73)

Calidad de vida

Carolina Salas (2013) en la definición de calidad de vida (CV) afirma que:

La calidad de vida relacionada con la salud, también denominada estado de salud o estado funcional, se ha definido como el componente de la CV que es debido a las condiciones de salud de las personas y que está referida a partir de las experiencias subjetivas de los pacientes sobre su salud global. (p. 40)

En relación, aparece por primera vez el término “Calidad de Vida”, relacionado también con los sistemas de salud; este concepto surge tiempo atrás cuando el filósofo Hipócrates descubrió tras un estudio arduo que las enfermedades de la población surgían de causas externas como el estilo de vida que tenía cada uno de los individuos.

En concordancia con la definición de CV, aparece el término “Estado de Bienestar”, que se deriva de los desajustes socioeconómicos que fueron precedentes a la gran depresión de los años 30, época donde surge el papel importante que desempeña el Estado, donde se define el bienestar de la comunidad y la naturaleza del estado del bienestar, que consiste en proteger a las personas a que sin ayuda de éste puedan llevar una vida mínimamente tolerable (Modelo Keynesiano).

El concepto de CV es muy diverso y empieza a definirse como un concepto que integra todas las áreas de la vida de forma multidimensional, que contiene condiciones objetivas y subjetivas. El concepto aparece hace mucho tiempo y surge inicialmente para definir el bienestar del ser humano en todos los aspectos, tanto físico, mental, económico y social, para satisfacer todas las necesidades básicas del ser humano.

La OMS, en Ginebra, en el año de 1966, durante el Foro Mundial de la Salud, definió calidad de vida como:

La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con el entorno. (Salud O. M., Salud en las Américas, 2018, p. 3)

El concepto de calidad de vida también tiene mención en la Carta de Ottawa de 1986, al asociarla con la promoción de la salud, con el propósito de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Así mismo Carolina Salas (2013), refiere que: “se establece un conjunto de condiciones y requisitos para la salud, que se asemejan a lo que podríamos concebir como calidad de vida: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. A esto se agrega información, educación para la salud y mejora de las capacidades aplicables a la vida cotidiana” (p. 41).

Una de las ideas que aporta el autor Borthwick-Duffy en 1992 acerca de la calidad de vida, es que la define como la calidad en las condiciones de vida de una persona, como la satisfacción en las condiciones vitales y adicionalmente combinadas con la satisfacción personal.

Por otro lado, para Eric Allardt la calidad de vida se basa en tener, amar y ser; el tener hace referencia a las condiciones necesarias para vivir, tener recursos como alimentación, vivienda, educación, empleo, salud y no caer en la miseria, el amar se refiere a tener buenas relaciones sociales en todos sus entornos y el ser hace referencia a estar en sociedad y vivir en armonía con la naturaleza, participar en decisiones políticas, actividades recreativas y laborales.

La definición de CV está íntimamente relacionada con las necesidades del hombre. Maslow realiza una tabla donde describe la necesidades del ser humano de la siguiente manera: 1. Necesidad de dar lo que uno es capaz: autorrealización, 2. Necesidades de autoestima: éxito, 3. Necesidades de afecto: amor y amistad, 4. Necesidad de seguridad contra el daño y 5. Necesidades fisiológicas: alimentación, agua, aire; tomando ésta última como la más importante ya que dice que una vez satisfechas estas necesidades, las restantes toman menor importancia, pero una vez satisfechas las demás se siente un estado de satisfacción plena.

La CV es definida como la satisfacción de vivir, es la suma de todos los factores que derivan de la interacción que existe entre la sociedad y el medio ambiente alcanzados en la vida respecto a las necesidades biológicas y físicas. Es el grado de satisfacción que se alcanza en el área física, psicológica, social, material y estructural. (Carolina Salas, 2013, p. 41)

En las diferentes definiciones existentes que hay sobre lo que es calidad de vida, Robles Espinoza (2016) dice que:

No existen criterios únicos para definir la calidad de vida; sin embargo, aparecen como patrones comunes palabras tales como bienestar, satisfacción multidimensional, subjetivo/objetivo, que parecen dar un marco común a la diversidad de definiciones. Llegando a una definición global: “nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida. (p. 121)

Así la CV se traduce en ausencia o presencia de bienestar personal de cada ser humano, en general se podría definir como la satisfacción plena de las necesidades básicas y así llegar a un estado de ánimo positivo en todos los estados naturales del ser.

Un componente importante de la CV, sin duda es el estado de salud, ya que es un factor importante de la felicidad; de acuerdo con la OMS, la definición para la salud es similar al de calidad de vida: “Estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad.”

Desde el enfoque económico no existe un concepto definido para calidad de vida, pero sí de bienestar, según Carolina Salas (2013) “los utilitaristas como Bentham (filósofo fundador del Utilitarismo) y J.S Mill (discípulo de Bentham y seguidor de David Ricardo), definen este concepto desde tres dimensiones: renta per cápita, nivel de vida y calidad de vida, pero la más antigua utilizada por ellos es la renta per cápita (cociente entre el PIB y número de habitantes de un país en un año)” (p. 39).

Las medidas anteriormente mencionadas no fueron suficientes para definir en su totalidad este concepto, debido a esto la ONU agregó otros componentes que ayudarían a definir totalmente

el nivel de vida de una persona como: educación, salud, vivienda, empleo y lo demás relacionado con la esperanza de vida al nacer, el grado de alfabetización de la población adulta y la nutrición.

Por otro lado, para Amartya Sen disfrutar la vida y vivir por mucho tiempo es una de las cosas más deseadas por el ser humano; en su artículo Carolina Salas (2013) expone que CV es: “alcanzar la libertad a través de la obtención y desarrollo de las capacidades. En primer lugar, la gente necesita cantidades diferentes de los bienes básicos, en segundo lugar, más importante que la posesión o el acceso a los bienes es lo que dichos bienes realmente hacen a los individuos, el tercer indicador es equiparable con las actividades o funciones valiosas que un sujeto efectivamente es capaz de realizar.” (pág. 38). Además, menciona la crítica de Sen especificando que: “el desarrollo se debe medir en términos de la libertad que poseen sus ciudadanos, entendida como la capacidad de funcionamiento de las personas para llevar el tipo de vida que valoran y que tienen razón en valorar” (Carolina Salas, 2013, p. 38).

En Colombia la CV toma una definición multidimensional debido a que abarca muchos indicadores entre ellos se encuentra el IDH (Índice de Desarrollo Humano), que según Carolina Salas (2013) “es el que evalúa la eficiencia de acciones emprendidas y la asignación de recursos mediante la focalización del gasto social.”(p. 39).

Hacia 1996, con la necesidad de especificar las condiciones necesarias para el mejoramiento y aseguramiento de la CV se crea el programa Medición de las Condiciones de Vida (MECOVI), el BM, el BID (Banco Interamericano de Desarrollo) y la CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), con el objetivo de fortalecer la actividad de las encuestas de hogares y medición de las condiciones de vida en América Latina y el Caribe. “Desde entonces han apoyado a los países en la tarea de generar información adecuada y de alta calidad, acerca de las

condiciones de vida de los habitantes de la región en cuanto a su contenido, alcance, confiabilidad, precisión, actualidad y relevancia para el diseño y evaluación de políticas”. (DANE, 2009, p. 11)

Para el caso de Colombia las encuestas de calidad de vida, según el DANE (2009) “son instrumentos que permiten analizar la situación de bienestar de la población investigada, estas encuestas se enfocan en la encuesta de mercado laboral como también en la Encuesta de Ingresos y Gastos (EIG), que permite realizar un análisis del bienestar de cada individuo.”(pág. 12). En Colombia, ésta encuesta es realizada por el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística), que recopila información acerca de los diferentes aspectos del bienestar de los hogares como es la educación, salud y el acceso a bienes y servicios; estos análisis posteriormente permiten explicar los diferentes niveles de vida que existen:

Las encuestas de calidad de vida surgen como respuesta a la necesidad de caracterizar la población en los diferentes aspectos involucrados en el bienestar de los hogares, así que en 1986 y con el auspicio de la ONU, el Departamento Nacional de Planeación (DNP), UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) y el DANE se creó un grupo cuya labor fundamental consistió en definir métodos para la medición de la pobreza. Para ello se definieron dos metodologías: la primera mide pobreza estructural, denominada Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), con base en la información del Censo de Población y Vivienda, realizado en 1985; y la segunda, que mide pobreza coyuntural, denominada línea de pobreza (LP), también denominada pobreza por ingresos con base en la EIG realizada entre 1984 y 1985. (DANE, 2009, p. 13)

Con la aplicación de las encuestas de calidad de vida, en Bogotá, en 1991, con el apoyo de UNICEF y la Alcaldía Mayor de Bogotá, a través del Departamento Administrativo de Planeación Distrital (DAPD), el DANE aplicó la Encuesta sobre Pobreza y Calidad de Vida

en Santafé de Bogotá. Sus resultados fueron representativos para las 19 localidades urbanas del Distrito Capital. Dos años más tarde, a finales de 1993, el DANE realiza la Encuesta de Calidad de Vida, con cobertura nacional y representatividad para el total nacional, cabecera y resto, resto urbano y para cada una de las cuatro principales ciudades: Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla. (DANE, 2009, p. 14)

Para la misma época, en la metodología de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida el DANE (2009) expone que “el DNP efectuó la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN), y la Contraloría General de la República aplicó la Encuesta sobre Equidad del Gasto Social, el objetivo fundamental de las dos encuestas era similar, aunque sus resultados mostraron diferencias.” (pág. 14). Esto sirvió para estudiar una nueva viabilidad para realizar una sola encuesta nacional que fuera multipropósito y que diera mayor confiabilidad en los resultados arrojados, y es así como surge la realización de las encuestas de Calidad de vida, generando una nueva metodología para ser aplica de cuatro a cinco 5 años.

Aspectos generales de la afiliación al SGSSS de la población Colombiana

De acuerdo a Guerrero (2011) describe que: “El sistema de salud colombiano está compuesto por un amplio sector de seguridad social financiado con recursos públicos y un decreciente sector privado. Su eje central es el SGSSS” (p. 145); este sistema “tiene como objetivo regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país, en todos los niveles de atención”.

En la constitución política de Colombia del año 1991 se estableció el derecho para todos los colombianos, garantizando la atención en salud como un servicio público, esta prestación se realiza

bajo la supervisión y control del Estado con participantes públicos y privados, aquella medida fue el inicio para la creación de la ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el SGSSS.

De igual forma Guerrero (2011) nos dice que: “De acuerdo a la clasificación en el SGSSS, existen dos regímenes de aseguramiento que pretenden dar cobertura a toda la población: el Régimen Contributivo (RC) y el Régimen Subsidiado (RS), vinculado entre sí a través de un fondo de recursos llamado Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)” (p. 148). Vale la pena aclarar que a partir de la ley 1751 de 2015, el FOSYGA se transforma en el ADRES, o Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La afiliación al sistema de salud en Colombia es de carácter obligatorio y se realiza a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, quienes ofrecen el paquete de beneficios tanto para el RC como para el RS. Es posible de igual manera acceder a los servicios de salud por medio de un sector exclusivamente privado, “que por lo general es utilizado por la clase alta y un sector de la población de ingresos medios que, por carecer de cobertura o en busca de mejores condiciones de acceso que ofrece el SGSSS, acude a la consulta privada” (Ramiro Guerrero, 2011, p. 145).

El RC incluye a todas las personas que se encuentran vinculadas a través de un contrato laboral, los servidores públicos, los pensionados, los trabajadores independientes con capacidad de pago, las madres comunitarias y los aprendices en etapa lectiva y productiva. “Estas personas deben hacer un aporte mensual o cotización a una EPS, para que esta última les garantice la atención en salud a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Por otro lado, el RS, se encarga del aseguramiento de todas las personas sin capacidad de pago y no cubiertas por el RC, deben estar afiliadas las personas con mayores necesidades en términos económicos, sociales y laborales y las comunidades vulnerables del país, es decir, las clasificadas en los niveles 1 y 2 del SISBEN¹, esta identificación “da prioridad a las poblaciones especiales, tales como personas en condición de desplazamiento, población infantil abandonada a cargo del ICBF, menores desvinculados del conflicto armado, comunidades indígenas; personas mayores en centros de protección; población rural migratoria; personas del programa de protección a testigos; indigentes y población gitana”. (Minsalud, 2019)

El logro en la atención al RS se hace a través de los recursos captados para su financiamiento a través del FOSYGA y equivalen a uno y medio puntos porcentuales provenientes del 12.5% de la cotización del régimen contributivo que se suman a fondos provenientes de otras fuentes fiscales y parafiscales.

A través del tiempo, el SGSSS por medio del RS, ha logrado afiliar y ofrecer cobertura a los sectores vulnerables, aunque aun así existe una proporción de la población que tiene ingresos medios que carece de cobertura, ya sea porque se encuentran temporalmente sin empleo, o porque siendo trabajadores independientes sus ingresos no alcanzan para cotizar el 12.5% al SGSSS, y tampoco alcanzan para acceder a consultas privadas.

Además de los beneficiarios del SGSSS, existen varios grupos que gozan de otros esquemas de seguridad social; para el año 2011 aproximadamente el 4.9% de la población del país pertenecía a los regímenes especiales en salud. Tal es el caso del Magisterio, las Fuerzas

¹ Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales, que clasifica a la población a través de un puntaje de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas; se utiliza para identificar a la población en situación de pobreza y vulnerabilidad para focalizar la inversión social y garantizar que sea asignada a quienes más lo necesitan.

Militares, la Policía Nacional, y quienes laboran en las universidades públicas y en la Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL). (Ramiro Guerrero, 2011, p. 148)

En relación Camero (2016) informa que:

La financiación en el sistema de salud tiene tres grandes fuentes. En primer lugar, están los trabajadores independientes afiliados al régimen contributivo que deben realizar un aporte del 12.5% de sus ingresos laborales al sistema de salud. En segundo lugar, están los empleados, quienes hacen una contribución del 8% de su salario a seguridad social, más un 4.5% extra-salarial que deben hacer sus empleadores, y la última fuente de financiación es realizada por el gobierno nacional, que debe transferir el monto necesario para hacer frente a todos los gastos en salud generados por el RS, que no puedan ser cubiertos por el excedente en los aportes del RC. (p. 7)

En términos de equidad, el aseguramiento a cargo de las EPS debe garantizar los mismos beneficios tanto para el RC como para el RS, cada EPS ofrece a los afiliados un punto de IPS públicas y privadas como: consultorios, hospitales, laboratorios y demás profesionales que ofrecen los servicios en salud y los hospitales públicos que se han transformado en empresas sociales del estado que ofrecen sus servicios a las EPS.

Pero hoy en día en lo que respecta al financiamiento, existen grandes inequidades; por ejemplo, en 2010 mientras que el gasto privado promedio en salud representaba, para el 20% más rico de la población 1.4% de sus ingresos, esta proporción era más de 5 veces superior entre el 20% más pobre de la población, a quienes les representaba el 7.5%, y de igual forma, actualmente uno de los principales desafíos que afronta el actual SGSSS en Colombia es el acceso a los servicios médicos.

Esto se debe a que “a pesar del aumento en la cobertura del aseguramiento del 56,9 % al 90,8% registrado entre 1997 y 2012, el acceso a los servicios de salud en Colombia, entendido como el porcentaje de personas que utilizó los servicios médicos al momento de necesitarlos, disminuyó en el mismo período al pasar de 79,1% a 75,5%”, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV). (García, 2014, p. 1)

En línea con la problemática propuesta, se encuentra que:

Uno de los grandes retos del aseguramiento en salud era la baja cobertura que presentaba el país, pues en 1993, año en que se expidió la Ley 100, la cobertura alcanzaba el 23,5%; pasados 23 años, la cobertura aumentó un 72,1%, lo que representó que en 2016 el 95,6% de la población pudiera acceder al sistema de salud colombiano. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, p. 8)

De otro lado, el funcionamiento del RC del SGSSS se lleva a cabo a través de los recursos que deben entregarse a las EPS que los afiliados escogen libremente. Las EPS están encargadas de afiliar y registrar a los usuarios y también de organizar y garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS). Estas también remiten cotizaciones de los trabajadores al FOSYGA, el cual les devuelve la unidad de pago por capitación (UPC) por cada persona de una familia afiliada. La UPC es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al SGSSS para cubrir las prestaciones del POS, en los regímenes contributivo y subsidiado. La UPC debe ser equivalente al valor actual y puede variar de acuerdo a la edad y sexo.

Para el final del año 2016, se evidencia una disminución de la cobertura en cerca de 2% respecto al 2015, esto originado principalmente por razones como: 1. La depuración de registros de la Base Única de Afiliados (BDUA), a partir de la información disponible en el

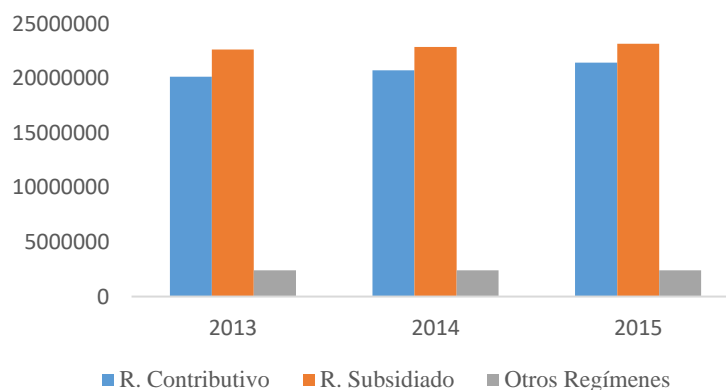
Ministerio de la Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC) y 2. El ajuste en los datos correspondientes a la cobertura, acceso y gasto; entendiéndose por cobertura las personas que se encuentran afiliadas al régimen subsidiado, régimen contributivo y régimen de excepción con respecto a la población total proyectada por el DANE. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, p. 8)

Tabla 1. Evolución de la cobertura en salud en Colombia. Número de afiliados al régimen subsidiado, contributivo y de excepción 2013-2015

Concepto	Dic. 2013	Dic. 2014	Dic. 2015
Régimen Contributivo	20.150.266	20.760.123	21.453.376
Régimen Subsidiado	22.669.543	22.882.669	23.179.801
Otros regímenes	2.402.307	2.402.307	2.402.307

Fuente: Recuperado de Boletín del aseguramiento en salud, Boletín No. 01 - Primer Trimestre 2017, Ministerio de Salud y Protección Social, 2017.

Figura 4. Evolución de la cobertura en salud en Colombia 2013-2015



Fuente: Elaboración propia con datos del Boletín del aseguramiento en salud, Boletín No. 01 - Primer Trimestre 2017, Ministerio de Salud y Protección Social, 2017.

El Ministerio de salud y de Protección Social (2015) añade que:

Es importante señalar que hace un par de décadas la baja cobertura del aseguramiento era el mayor reto del SGSSS, en 1993 sólo una cuarta parte de la población tenía algún tipo de

protección mientras que el aseguramiento de la población más pobre y en las zonas rurales era incipiente. Una mayor cobertura, amplía el acceso a los servicios de salud de los colombianos más pobres, contribuye al cierre de las brechas sociales y protege financieramente a millones de hogares. En la actualidad, se estima que el 97% de la población se encuentra asegurada en salud. (p. 98)

En el año 2015 el RS superaba los 23 millones de personas afiliadas, el RC se encontraba alrededor de los 21 millones de afiliados y un estimado de más de 2 millones de personas ubicadas en los regímenes exceptuados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017, p. 14).

4. Metodología

Para llevar a cabo la investigación, el presente estudio utiliza la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) y la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) elaboradas por el DANE, realizando un análisis comparativo en el periodo comprendido entre 2013 a 2015. Cabe destacar que la encuesta fue hecha por medio de muestreo probabilístico, multietápico, estratificado y por conglomerados, con lo cual se confirma su significancia estadística y la idoneidad de las mismas para el presente estudio.

Utilizando como herramienta la construcción de un modelo econométrico, que permitirá ejecutar diferentes estimaciones para evaluar cuáles son los principales determinantes que influyen en estar o no afiliado a algún régimen de salud, además según la GEIH y para el análisis y cálculo de las variables se tienen en cuenta las personas afiliadas al sistema especial en salud.

El interés de modelar la logística de afiliación al SGSSS está en conocer la importancia de variables determinantes tales como jefatura de hogar, ruralidad, sexo, edad y estrato oficial del barrio donde reside. A partir de estas modelizaciones se define la no afiliación al SGSSS como

determinante social base para el estudio y así mismo observar su impacto sobre la calidad de vida de la población colombiana.

Para tal modelización se escogió la función LOGIT, que como lo describe Guerrero (2013) “permite el análisis de una regresión de respuestas binomiales, es decir, que se analizan a la vez dos condiciones y se realizan diferentes estimaciones para evaluar cuáles son los principales factores que influyen en estar o no afiliado a algún régimen de seguridad en salud (subsidiado, contributivo o especial)” (p. 1), adicionalmente, porque permite utilizar variables de tipo dummy y valores nominales.

Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH)

La GEIH es una encuesta mediante la cual se solicita información sobre las condiciones de empleo de las personas (si trabajan, en qué trabajan, cuánto ganan, si tienen seguridad social en salud o si están buscando empleo), además de las características generales de la población como sexo, edad, estado civil y nivel educativo, se pregunta sobre sus fuentes de ingresos. La GEIH proporciona al país información a nivel nacional, cabecera - resto, regional, departamental, y para cada una de las capitales de los departamentos. (DANE, 2019)

Su objetivo general es proporcionar información básica sobre el tamaño y estructura de la fuerza de trabajo (empleo, desempleo e inactividad) de la población del país, así como de las características sociodemográficas de la población colombiana; se busca suministrar información para que se puedan entender las señales que ofrece el mercado laboral sobre las condiciones de la economía; de ahí, la función del DANE (Departamento Administrativo

Nacional de Estadística) de proveer esta información básica y relevante sobre el estado y las tendencias de los principales indicadores del mercado laboral. (DANE, 2009)

Como lo menciona el DANE (2009), “la GEIH produce información a nivel nacional, urbano, rural y para las trece principales ciudades y áreas metropolitanas de Colombia, con un muestreo probabilístico, multietápico, estratificado, de conglomerados desiguales y autoponderado; la GEIH está conformada por la población civil no institucional residente en todo el territorio nacional, donde se excluyen los nuevos departamentos, denominados territorios nacionales antes de la Constitución de 1991” (pág. 12), en los cuales reside aproximadamente el 4% de la población total. Esta población se encuentra dispersa en casi la mitad de la superficie del país.

Muestreo probabilístico se basa en un método estadístico de muestreo, esto es, no tomar toda la población total que habita en Colombia, sino tomar una pequeña parte de esa población, definida “la muestra”. Ahora, no solo es muestreo, sino que también es probabilístico, es decir, que todos los individuos que hacen parte de la población total pueden ser seleccionados dentro de la muestra con la misma probabilidad. Por tanto, el diseño estadístico de estas encuestas parte del muestreo probabilístico. (DANE, 2015, p. 16)

Multietápico y Estratificado Según Peter Mandeville expone que el muestreo estratificado requiere que los elementos sean divididos en grupos, llamados estratos, antes de empezar el proceso de muestreo. Un muestreo multietápico utiliza más que una etapa de selección para formar la muestra. La primera etapa utiliza las unidades de muestreo de mayor tamaño que se llaman unidades de muestreo primarios PSUs (primary sampling units), mientras que en la etapa final se utilizan las unidades de muestreo más pequeño denominadas unidades de muestreo secundarias SSUs (secondary sampling units); por ejemplo si el objeto es investigar pacientes, entonces los

PSUs pueden ser los hospitales, y los SSUs, los pacientes dentro de los hospitales seleccionados. (DANE, 2015, p. 16)

Conglomerados desiguales El muestreo por conglomerados es un procedimiento en el cual se eligen conglomerados de elementos, y a cada conglomerado que resulte en la muestra se le revisa completamente, es decir, se censa. Podemos definir como conglomerados a familias, salones de clase, manzanas de viviendas, centros de salud, comunidades, etc., según sea el estudio que se desarrolle. Los conglomerados de tamaños desiguales son por ejemplo, las familias que contienen un número variable de personas y las manzanas de viviendas que por su estructura en muchos casos son de tamaños diferentes. (DANE, 2015, p. 16)

Autoponderación En los casos de muestreo autoponderado, la probabilidad de selección de un segmento (población dentro de un conglomerado) cualquiera está dada por:

$$P = n/N$$

Donde **n** es el tamaño de la muestra y **N** es el tamaño de la población del conglomerado. (DANE, 2015, p. 16)

Encuesta nacional de calidad de vida (ECV)

La ECV cuantifica y caracteriza las condiciones de vida de los colombianos incluyendo variables relacionadas con la vivienda como el material de las paredes, los pisos y servicios públicos, las personas para los que se incluyen variables de: educación, salud, cuidado de los niños, fuerza de trabajo, gastos e ingresos, etc., y los hogares que involucra variables como: tenencia de bienes y percepción del jefe o del cónyuge sobre las condiciones de vida en el hogar (UNIANDES, 2018). La consideración de estos aspectos hace posible realizar

posteriores análisis a los factores que explican los diferentes niveles de vida existentes en la sociedad.

Definición y medición de variables

Ya expuestos los objetivos y principios generales de cada una de las encuestas; para la investigación, la variable dependiente definida es estar afiliado al sistema general de seguridad social en salud en Colombia, para lo cual con respecto a la GEIH, se tomarán como variables independientes: Jefe de hogar género femenino, Urbano/rural, Sexo, Edad y Estrato oficial del barrio donde reside.

$$\text{Probafil} = \beta_0 + \beta_1(\text{Jefatura}) + \beta_2(\text{Urbano/Rural}) + \beta_3(\text{Sexo}) + \beta_4(\text{Edad}) + \beta_5(\text{Estrato}) + e$$

La variable Jefe de hogar género femenino puede establecer mayor probabilidad de afiliación al régimen de seguridad social; esto bajo el cumplimiento de la ley 1232 de 2008 que establece: “Especial protección. El Gobierno Nacional establecerá mecanismos eficaces para dar protección especial a la mujer cabeza de familia, promoviendo el fortalecimiento de sus derechos económicos, sociales y culturales, procurando establecer condiciones de vida dignas, promoviendo la equidad y la participación social con el propósito de ampliar la cobertura de atención en salud y salud sexual y reproductiva; el acceso a servicios de bienestar, de vivienda, de acceso a la educación básica, media y superior incrementando su cobertura, calidad y pertinencia; de acceso a la ciencia y la tecnología, a líneas especiales de crédito y a trabajos dignos y estables” (Artículo 3°, ley 1232 de 2008).

Otra variable es la distinción entre Urbano/Rural, “Esta Variable permitirá conocer las particularidades de localización en Colombia, donde la población rural en particular está expuesta en mayor medida a frecuentar índices de pobreza, provocando la migración de un régimen

contributivo a un régimen subsidiado debido a los procesos de informalidad en su vinculación al trabajo por jornales; además por la prolongada migración hacia las cabeceras municipales, atraídos por mayores oportunidades laborales y por procesos de conflicto que generan desplazamiento forzado, los cuales incluyen autoexclusión de procesos democráticos, bajos índices de participación en los sistemas de seguridad social orientados a satisfacer sus necesidades. Es así como la población rural puede tener un factor diferencial en la probabilidad de pertenecer a un régimen de seguridad social en salud”.

La variable edad permite a un individuo aprovechar de sus fortalezas para emplearse, generar ingreso y subsistir. Se espera que, a mayor edad, aumenten las oportunidades de acceso a los sistemas de salud, toda vez que el individuo contará, por su mayor experiencia, con mejores herramientas para competir en los mercados laborales, requiriendo su vinculación inmediata al sistema, o, en el sentido contrario, la edad es la variable que refleja su vulnerabilidad y el requerimiento de ser incluido en el régimen subsidiado. (Harry Salomon Guerrero Torres, 2013, p. 26)

La variable Sexo busca identificar si la persona o las personas que conforman el hogar es hombre o mujer y la incidencia de esto sobre la determinación de las personas afiliadas y no afiliadas a los diferentes regímenes en salud.

La variable Estrato oficial del barrio está relacionada con el número de necesidades básicas insatisfechas y la proporción de personas afiliadas igualmente a los diferentes regímenes en salud. Los estratos altos sugieren una afiliación al régimen contributivo y especial, mientras los estratos bajos al régimen subsidiado.

Para la investigación, la distinción de las variables se realiza a través de diferentes preguntas de la GEIH, donde la edad se define a través de la pregunta p6040 “¿Cuántos años cumplidos tiene?”, la variable sexo a través de la pregunta p6020 nombrada “sexo”.

Por otra parte, considerando las variables causales que explican la probabilidad de estar o no afiliado al SGSSS; la jefatura de hogar se representa en la pregunta p6051 “¿Cuál es el parentesco de.....con el jefe o la jefa de hogar?” que además debe cumplir con la condición de género femenino con el fin de establecer relación respecto a la ley 1232 de 2008 descrita anteriormente. La variable estrato socio-económico definida por la pregunta p8520s1a1 “¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos, privados o comunales cuenta la vivienda?”, finalmente la seguridad social en salud a través de la pregunta p6090 “¿está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de seguridad social en salud?” y el régimen en salud p6100 “¿a cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado?”.

Por otro lado, así mismo se tendrá en cuenta algunas de las variables estudiadas en la ECV, con el objetivo de observar y analizar de acuerdo al total de población cuántas personas cumplen con esenciales características de calidad de vida como Necesidades Básicas Insatisfechas a través del acceso a servicios públicos (energía eléctrica, gas natural, acueducto, alcantarillado y recolección de basuras), medido como “Total de hogares y distribución porcentual por acceso a servicios públicos”, donde para éste caso la falta de acceso a dos de éstos servicios convierte a la persona vulnerable o propensa a requerir más servicios de salud. En concordancia, también el estudio de las variables: Porcentaje de hogares sin servicio sanitario, Población afiliada al SGSSS por regímenes y Población ocupada (PO).

5. Resultados

Los resultados se presentan de acuerdo a los objetivos específicos nombrados anteriormente.

Caracterización de la dinámica de afiliación al SGSSS en Colombia 2013-2015

Tabla 2. Dinámica de afiliación al SGSSS en Colombia por estrato 2013-2015

	Estrato					
2013	1	2	3	4	5	6
Afiliado	91,65 %	90,55 %	91,99 %	94,34 %	96,62 %	93,23 %
No afiliado	8,35 %	9,45 %	8,01 %	5,66 %	3,37 %	6,77 %
2014						
Afiliado	94,08 %	94,33 %	92,74 %	95,64 %	97,69 %	92,60 %
No afiliado	5,92 %	5,67 %	6,26 %	4,36 %	2,31 %	7,40 %
2015						
Afiliado	94,33 %	94,70 %	95,46 %	94,46 %	99,05 %	100 %
No afiliado	5,67 %	5,30 %	4,54 %	5,54 %	0,95 %	-

Fuente: Elaboración propia con datos de la GEIH del DANE.

Se observa que para cada uno de los estratos hubo una evolución positiva en cuanto al número de afiliados año tras año, habiendo dos puntos importantes a resaltar: i) En el estrato 4 para el año 2015 hubo un desplazamiento de 1,2 puntos porcentuales de personas afiliadas que pasaron a no estar afiliadas con respecto al año 2014, esto podría explicarse por desempleo lo que demora el trámite de las personas para afiliarse nuevamente o cambiar de régimen y ii) En el estrato 6 para el año 2014 con respecto al 2013 aumentó el número de personas no afiliadas que podría explicarse por la misma razón anteriormente mencionada, sin embargo éste cambio en el año 2015 donde el porcentaje de cobertura fue del 100%.

Tabla 3. Dinámica de afiliación a los diferentes regímenes en salud en Colombia 2013-2015

	Estrato					
2013	1	2	3	4	5	6
R. Contributivo	20,69 %	50,72 %	74,15 %	89,97 %	94,90 %	97,34 %
R. Especial	1,64 %	3,17 %	5,02 %	5,00 %	2,57 %	1,04 %
R. Subsidiado	77,68 %	46,11 %	20,83 %	5,02 %	2,53 %	1,62 %
2014						
R. Contributivo	21,10 %	48,96 %	73,55 %	89,64 %	92,32 %	95,16 %
R. Especial	1,58 %	2,78 %	3,84 %	3,30 %	3,23 %	-
R. Subsidiado	77,32 %	48,26 %	22,61 %	7,06 %	4,45 %	4,84 %
2015						
R. Contributivo	22,63 %	52,02 %	74,38 %	86,81 %	91,39 %	97,21 %
R. Especial	1,33 %	3,27 %	4,68 %	4,63 %	3,87 %	0,63 %
R. Subsidiado	76,04 %	44,71 %	20,94 %	8,56 %	4,74 %	2,16 %

Fuente: Elaboración propia con datos de la GEIH del DANE.

La tabla muestra que a mayor estrato es mayor la probabilidad de pertenecer al régimen contributivo, o de acceder a los servicios especiales de salud; por el contrario en el estrato 1 es donde se concentra el mayor número de personas afiliadas al régimen subsidiado, aunque se ha presentado una pequeña disminución de este porcentaje año tras año, desplazando este número de personas hacia el régimen contributivo, lo que sugiere para el periodo de estudio una mejora en la oferta de trabajo o de las condiciones laborales, correspondiente con la disminución de la tasa de desempleo según datos del BM para Colombia al pasar de 9,19% en 2013 a 8,24% en 2015.

Tabla 4. Dinámica de afiliación al SGSSS en Colombia por zona 2013-2015

	Rural	Urbano
2013		
Afiliado	93,29 %	90,95 %
No afiliado	6,71 %	9,05 %
2014		
Afiliado	95,11 %	93,99 %
No afiliado	4,89 %	6,01 %
2015		
Afiliado	94,88 %	94,79%
No afiliado	5,12 %	5,21 %

Fuente: Elaboración propia con datos de la GEIH del DANE.

Los datos anteriores demuestran que el porcentaje de cobertura entre la zona rural y urbana en Colombia presentan una diferencia mínima, resaltando que en el año 2013 y 2015 era mayor el número de no afiliados al sistema de salud en la zona urbano, que podría explicarse por la migración de la población hacia las ciudades por causas como: la baja productividad en el campo, desempleo causado por la introducción de nuevas técnicas agrícolas que aumentan la productividad, pero que utilizan poca mano de obra o buscando huir de la violencia del conflicto armado.

Tabla 5. Dinámica de afiliación al SGSSS en Colombia por zona y estrato 2013-2015

Estrato	1		2		3		4		5		6	
	Zona	R	U	R	U	R	U	R	U	R	U	
2013												
A	92,82%	90,82%	94,12%	89,91%	95,2%	91,9%	100%	94,29%	96,66%	96,63%	92,62%	93,24%
NA	7,18%	9,18%	5,88%	10,09%	4,8%	8,1%	-	5,71%	3,34%	3,37%	7,38%	6,76%
2014												
A	94,91%	93,49%	95,55%	94,12%	94,33%	93,72%	95,04%	95,65%	100%	97,67%	100%	92,39%
NA	5,09%	6,51%	4,45%	5,88%	5,67%	6,27%	5,96%	4,35%	-	2,32%	-	7,61%
2015												
A	94,6%	94,14%	95,46%	94,57%	95,63%	95,46%	95,22%	94,45%	97,09%	99,1%	100%	100%
NA	5,4%	5,86%	4,54%	5,43%	4,37%	4,54%	4,78%	5,55%	2,91%	0,9%	-	-

*R: Rural, U: Urbano, A: Afiliado, NA: No afiliado

Fuente: Elaboración propia con datos de la GEIH del DANE.

Se observa que en el estrato 1, 2 y 3 para cada uno de los años existe mayor cobertura en área rural, el estrato 4 presentó en 2014 mayor cobertura en la zona urbana, el estrato 5 que presentaba en 2013 y 2014 mayor cobertura en el área rural, para 2015 logra una cobertura de casi el 100% en el área urbana, y por último el estrato 6 en 2015 muestra una cobertura del 100% tanto para el área rural y urbana.

Tabla 6. Dinámica de afiliación a los diferentes regímenes en salud en Colombia por zona y estrato 2013-2015

Zona	Rural						Urbano					
	Estrato	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5
2013												
Contributivo	12,49%	25,24%	51,54%	64,84%	84,06%	92,88%	26,59%	55,49%	74,78%	90,20%	95,04%	97,39%
Especial	0,86%	1,42%	1,61%	-	-	-	2,19%	3,49%	5,12%	5,05%	2,60%	1,05%
Subsidiado	86,65%	73,34%	46,85%	35,16%	15,94%	7,12%	71,21%	41,02%	20,10%	4,75%	2,35%	1,57%
2014												
Contributivo	13,35%	22,08%	46,34%	47,59%	98,46%	87,03%	26,75%	53,69%	74,02%	90,18%	92,29%	95,41%
Especial	0,78%	1,06%	0,94%	2,24%	-	-	2,16%	3,08%	3,89%	3,31%	3,25%	-
Subsidiado	85,87%	76,86%	52,72%	50,18%	1,54%	12,97%	71,09%	43,24%	22,08%	6,51%	4,47%	4,59%
2015												
Contributivo	12,61%	27,60%	47,69%	57,93%	70,96%	80,41%	30,01%	56,31%	74,96%	87,22%	91,87%	97,74%
Especial	0,60%	1,11%	2,50%	2,70%	-	-	1,80%	3,65%	4,73%	4,65%	3,96%	0,65%
Subsidiado	86,69%	71,29%	49,81%	39,37%	29,04%	19,59%	68,19%	40,04%	20,31%	8,12%	4,17%	1,61%

Fuente: Elaboración propia con datos de la GEIH del DANE.

Al hacer un análisis por estrato, se encuentra que el estrato 1 se concentra para todos los años en mayor proporción en el régimen subsidiado tanto en la zona rural como urbana, el estrato 2 para todos los años concentra el mayor número de afiliados en el régimen subsidiado en la zona rural, mientras que en la zona urbana se encuentra en el régimen contributivo, el estrato 3 en la zona rural concentraba el mayor número de afiliados en el régimen subsidiado en los años 2014 y 2015, el estrato 4 concentraba el mayor porcentaje de afiliados en salud en el régimen contributivo, aunque en 2014 en la zona rural se encontraba el mayor número de afiliados, y por último el estrato 5 y 6 presentaba el mayor número de afiliados en el régimen contributivo para todo el periodo tanto en la zona rural como urbana.

Tabla 7. Razones de no afiliación al SGSSS en Colombia 2013-2015

Año	Causa	Rural	Urbano
2013	1)Por falta de dinero	8,47%	94,91%
	2)Muchos trámites	16,67%	9,04%
	3)No le interesa o descuido	18,55%	13,75%
	4)No sabe que debe afiliarse	1,05%	1,08%
	5)No está vinculado laboralmente	4,69%	17,07%
	6)Está en trámite de afiliación	36,87%	24,04%
	7)No hay entidad cercana	2,51%	0,54%
	8)Otra razón, cual?	11,19%	9,59%
2014	1)Por falta de dinero	7,17%	16,06%
	2)Muchos trámites	17,26%	12,56%
	3)No le interesa o descuido	19,15%	16,32%
	4)No sabe que debe afiliarse	1,70%	2,08%
	5)No está vinculado laboralmente	5,78%	18,58%
	6)Está en trámite de afiliación	38,98%	24,54%
	7)No hay entidad cercana	1,67%	0,68%
	8)Otra razón, cual?	8,30%	9,09%
2015	1)Por falta de dinero	6,88%	17,28%
	2)Muchos trámites	13,85%	12,47%
	3)No le interesa o descuido	16,53%	13,72%
	4)No sabe que debe afiliarse	1,56%	1,56%
	5)No está vinculado laboralmente	6,17%	17,85%
	6)Está en trámite de afiliación	38,80%	28,65%
	7)No hay entidad cercana	3,08%	0,46%
	8)Otra razón, cual?	13,12%	8,01%

Fuente: Elaboración propia con datos de la GEIH del DANE.

Durante el periodo, en 2013 la respuesta de las personas a la pregunta ¿Cual es la razón de no estar afiliado al SGSSS en este momento?, en la zona rural la respuesta presentada con mayor frecuencia fue que se encontraba en trámite de afiliación, mientras que en la zona urbana la razón más frecuente fue por falta de dinero; tal como lo afirma Guerrero (2011):

Apesar de que los usuarios estén afiliados deben cumplir con las cuotas moderadoras como copagos, que los afiliados tienen que realizar de acuerdo con tabuladores y tarifas ajustadas por servicios y por grupos de ingresos. Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización de los servicios y promover la inscripción de los afiliados en los programas de atención integral desarrollados por las EPS, además estos copagos tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema; en el caso del régimen contributivo, el afiliado cotizante no está obligado a hacer copagos por la atención hospitalaria, pero sí los miembros de su núcleo familiar. (p. 149)

Y en 2014 y 2015 la razón de los encuestados que presentaba mayor frecuencia tanto para la zona rural y urbana, también era que para el momento se encontraba en trámite la afiliación.

Tabla 8. Deficiencias en la calidad de la atención en salud según los usuarios del SGSSS en Colombia 2014 y 2015

Año	Característica	Rural	Urbano	Total nacional
2014	1) Trámites excesivos o dispendiosos	16,71%	13,08%	13,73%
	2) Mala atención del personal administrativo o asistencial	21,73%	25,56%	24,88%
	3) Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial	3,08%	3,33%	3,29%
	4) Condiciones deficientes de infraestructura, dotación o mobiliario	2,48%	2,35%	2,37%
	5) Demora en la asignación de citas	43,44%	43,26%	43,29%
	6) Demora en la atención por parte del personal médico	9,61%	10,22%	10,11%
	7) Otro	2,96%	2,20%	2,33%
2015	1) Trámites excesivos o dispendiosos	15,03%	14,18%	14,33%
	2) Mala atención del personal administrativo o asistencial	19,95%	22,27%	21,84%
	3) Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial	2,61%	2,62%	2,62%
	4) Condiciones deficientes de infraestructura, dotación o mobiliario	2,72%	2,41%	2,47%
	5) Demora en la asignación de citas	46,46%	48,53%	48,14%
	6) Demora en la atención por parte del personal médico	10,66%	8,37%	8,79%
	7) Otro	2,58%	1,63%	1,81%

Fuente: Elaboración propia con datos de la GEIH del DANE.

Según la percepción de los usuarios en cuanto a la calidad del servicio de salud en Colombia, enfocado en las mayores deficiencias o fallas del sistema, en 2013 esta pregunta no hacía parte de la GEIH, por lo que para el periodo analizado solo se encontraron resultados para el año 2014 y

2015, donde los usuarios coincidieron en que la mayor falencia está en la demora en la asignación de citas.

En Colombia los mayores tiempos de espera siempre se presentan en mayor medida para los servicios de medicina especializada, por lo que se requiere mejorar los procesos de contratación con los centros de atención especializada y los trámites en estos servicios para evitar las demoras en acceso a los mismos; éstas demoras no solucionan las necesidades inmediatas de los usuarios prolongando y empeorando el estado de salud de los usuarios.

Participación de variables en la probabilidad de no afiliación al SGSSS en Colombia

2013-2015

Tabla 9. Porcentaje de disminución de variables que interfieren en la probabilidad de no afiliación al SGSSS en Colombia 2013-2015

Variables	Año		
	2013	2014	2015
Jefe de hogar femenino	0,1%	0,4%	0,1%
Sexo (Mujer)	2,16%	1,7%	2%
Urbano	1,2%	0,8%	0,5%
Edad (Aumento)	0,04%	0,03%	0,02%
Estrato (Aumento)	0,03%	0,1%	0,5%

Fuente: Elaboración propia con datos de la GEIH del DANE.

La relación entre variables a partir de una regresión logística donde la variable dependiente **Y** corresponde a *Exclusión del sistema de salud*, y las variables independientes utilizadas son *Jefe de hogar femenino, Sexo, Urbano, Edad y Estrato*, se concluye que en 2013 ser mujer jefe de hogar y habitar en la zona urbana aumenta la probabilidad de no estar afiliado, lo que reafirma lo expuesto en la Tabla 4; mientras que el ser mujer, pertenecer a un estrato mayor y a mayor edad disminuye esta posibilidad de ser excluido del SGSSS en Colombia.

Por su parte en 2014 pertenecer a la zona urbana aumenta la probabilidad de ser excluido del sistema de salud, igualmente expuesto en la Tabla 4; y las demás variables como ser mujer jefe de hogar, el hecho de ser mujer, pertenecer a un estrato mayor y a mayor edad disminuye esta probabilidad.

Finalmente en 2015 ser mujer jefe de hogar y habitar en la zona urbana aumenta la probabilidad de no estar afiliado, estando en concordancia con los datos expuestos en la Tabla 4; pero, las variables como ser mujer, pertenecer a un estrato mayor y tener más años cumplidos disminuye la probabilidad de no estar afiliado.

Caracterización de variables que interfieren en la calidad de vida de la población colombiana 2013-2015

Tabla 10. Proporción de personas sin acceso a servicios básicos

	2013		2014		2015	
	A	NA	A	NA	A	NA
Tasa global sin acceso a electricidad	1,8%		1,5%		1%	
Electricidad	20,9%	79,6%	30,5%	69,5%	33,4%	66,6%
Tasa global sin acceso a gas	41,1%		38,5%		37,5%	
Gas	26,5%	73,5%	28,3%	71,7%	30,2%	60,8%
Tasa global sin acceso a acueducto	11,4%		11,6%		10,1%	
Acueducto	15,6%	84,4%	25,7%	74,3%	32,4%	67,6%
Tasa global sin acceso a alcantarillado	24,1%		23,3%		23%	
Alcantarillado	14,5%	85,5%	18,6%	81,4%	24,8%	75,2%
Tasa global sin acceso a servicio sanitario	24,8%		25,8%		24,3%	
Servicio sanitario	25,4%	74,6%	30,2%	69,8%	34,7%	65,3%

*R: Rural, U: Urbano, A: Afiliado, NA: No afiliado

Fuente: Consolidado de la base de datos de la ENCV del DANE

De acuerdo a los datos obtenidos por la ECV en los años 2013 hasta 2015, en cuanto a la proporción de personas que no tienen acceso a los servicios públicos, se demuestra que hay una mínima población que no está afiliada a ningún régimen de salud, esto debido a sus condiciones laborales, sociales y habitacionales; en el transcurso del periodo se observa que esta cobertura en salud ha aumentado y por ende los usuarios sin acceso a servicios públicos ha disminuido.

Tabla 11. Distribución porcentual del acceso al SGSSS con respecto a la población con acceso a servicios

	Afiliados	No Afiliados
2013	91,3%	8,6%
Tienen acceso a servicios	86,5%	28,6%
No tienen acceso	13,5%	71,4%
2014	94,1%	5,8%
Tienen acceso a servicios	91,4%	32,6%
No tienen acceso	8,6%	67,4%
2015	94,6%	5,2%
Tienen acceso a servicios	95,2%	37,5%
No tienen acceso	4,8%	62,5%

Fuente: Consolidado de la base de datos de la ENCV del DANE

La tabla muestra la distribución porcentual de afiliados y no afiliados al SGSSS respecto a quienes tienen acceso a servicios y quiénes no. Los datos demuestran que es mayor el número de personas que están afiliadas y que gozan del acceso a los servicios básicos, caso contrario ocurre con los no afiliados al SGSSS.

Tabla 12. Percepción de pobreza según jefe de hogar, de la actualidad a hace 5 años con respecto a la población afiliada al SGSSS

	Mejor	Peor	Igual
2013	46,2%	39,6%	14,2%
Afiliados	95,2%	32,5%	68,9%
No afiliados	4,8%	67,5%	31,1%
2014	45,1%	43,9%	11,0%
Afiliados	94,6%	38,6%	62,7%
No afiliados	5,4%	61,4%	37,3%

Fuente: Consolidado de la base de datos de la ENCV del DANE

A nivel nacional, los hogares consideran que sus condiciones de vida son negativas con respecto a las que tenían cinco años atrás; en el año 2014 con respecto al 2013 se observa un aumento de la población insatisfecha, lo que quiere decir que en este año se comenzaron a sentir los síntomas de la recesión económica, así Anzola (2015) lo describe diciendo que:

Ésta percepción sobre las condiciones de vida de los hogares se refleja en la estratificación socio-económica de la sociedad colombiana, donde se genera una estructura crónica de desigualdades y jerarquías que se mantiene y reproduce desde la colonia: una cuarta parte de los hogares en extrema pobreza, un tercio perteneciente a una clase media frágil, inestable y siempre amenazada por la pobreza y menos de la décima parte de los hogares pertenecientes a las castas ricas y dominantes política y económicamente. La población rural, además, siempre ha llevado la peor parte y a sufrido los efectos de un régimen oligárquico excluyente. (Anzola, 2015)

Tabla 13. Percepción de pobreza según nivel de ingresos del hogar

	2013	2014	2015
No alcanza a cubrir gastos mínimos	26,1%	26,0%	23,1%
Afiliados	37,2%	38,3%	36,2%
No afiliados	62,8%	61,7%	63,8%
Solo alcanza para gastos mínimos	59,1%	59,7%	61,7%
Afiliados	52,8%	53,4%	58,2%
No afiliados	47,2%	46,6%	41,8%
Cubre más de los gastos mínimos	14,7%	14,3%	15,1%
Afiliados	70,6%	72,7%	85,2%
No afiliados	29,4%	37,3%	14,8%

Fuente: Consolidado de la base de datos de la ENCV del DANE

En la percepción de insuficiencia de los ingresos para satisfacer las necesidades del hogar, los conyugues afirman que los ingresos no alcanzan a cubrir los gastos mínimos, de esta manera la proporción de personas que se encuentran afiliados al SGSSS es menor que los no afiliados debido a su nivel de ingreso.

A nivel nacional los jefes de hogar y cónyuges consideraron en mayor cuantía que sus ingresos sólo alcanzaban para cubrir los gastos mínimos, dentro de estos, la afiliación a salud. Además, se evidencia en menor porcentaje la población que se encuentra en la situación en que los ingresos cubren más de los gastos mínimos y que por ende tienen mayor probabilidad de acceder al SGSSS debido a que sus ingresos son mayores y pueden cubrir esta necesidad.

Tabla 14. Escolarización en el nivel de educación secundaria relacionado con la afiliación al SGSSS

	2013	2014	2015
Total Nacional	79,64%	78,59%	78,29%
Afiliados	82,3%	81,4%	80,2%
No Afiliados	17,7%	18,6%	19,8%

Fuente: Consolidado de la base de datos de la ENCV del DANE

La tasa de escolarización indica la proporción de la matriculación total independientemente de la edad; de lo anterior se observa una disminución en el porcentaje de personas cursando educación secundaria, lo que refleja una desmejora de la cobertura del nivel específico de enseñanza, esto también relacionado con la disminución del gasto público en educación. Así mismo se observa que el número de personas que cursan secundaria y que están afiliados al SGSSS disminuye en el transcurso de los años y por ende hay un aumento en el porcentaje de población sin cobertura al sistema de salud y que se encuentran dentro de éste grupo de población en nivel secundaria.

El inconveniente que se presenta cuando no se está afiliado al sistema de salud, es que conlleva a consecuencias dentro de la población, ya que un estado de salud inadecuado en los niños retrasa o dificulta el adecuado aprendizaje y el óptimo desarrollo de sus habilidades psicomotoras.

6. Discusión

Esta investigación tuvo como propósito caracterizar la dinámica de afiliación al sistema de salud en Colombia, y así identificar cómo la afiliación en salud como determinante social impacta sobre la calidad de vida de las personas.

Sobre todo se pretendió examinar las características del SGSSS en cuanto a afiliación y los aspectos que más se destacan en ello, específicamente en el grupo socio-económico a partir del estrato y la zona de ubicación (Rural o Urbana), identificando el rango de afiliación en cada uno de ellos, y concluir si estos factores influyen sobre variables de calidad de vida como el acceso a servicios básicos.

De los resultados obtenidos en esta investigación, se puede deducir que el pertenecer a un estrato socio-económico menor, así como habitar en la zona urbana aumentan la probabilidad de

no estar afiliado al sistema de salud, consecuentemente esta condición que va acompañada de deficiencias en el acceso a servicios básicos y otras variables como la educación, lo convierte en una cadena de eslabones que debilitan la calidad de vida de la población vista a partir de la percepción propia de las personas y datos recolectados en los censos poblacionales.

Los resultados expuestos en la presente investigación muestran una concordancia significativa entre las variables utilizadas para su modelización así como una correspondencia entre datos obtenidos a partir de la GEIH y los datos de la ECV.

Estos resultados obtenidos eran de esperarse teniendo en cuenta las condiciones del país, siempre vulnerable ante los cambios en política, algunos positivos otros no tanto. Las reformas hechas en salud han mejorado el acceso y por tanto han aumentado la cobertura en salud, aunque aún se necesita especialmente más recursos que aumenten y mejoren el funcionamiento de los servicios de salud.

En otros estudios realizados relacionados al tema de investigación, aunque no con el mismo énfasis realizado en el presente trabajo; por ejemplo Sachs (2001) concluyó que:

El bienestar, la salud o, la forma como las personas perciben su estado de salud, tiene una relación positiva con la calidad de vida, ya sea percibida u objetiva. Así mismo se encuentra que un mejor estado de salud se relaciona con mayores ingresos, mayor crecimiento económico y menores tasas de crecimiento poblacionales. (Mauricio Santa María F. G., 2009, p. 6)

Por su parte Gertdtham y Johannesson (1997) encuentran que “el estado subjetivo de salud es un determinante, tan importante como el nivel de ingreso y la felicidad de las personas”, así, y para el caso colombiano, Cardenas (2008) dice que “Al estudiar los determinantes de la felicidad

de las personas, sostienen que los problemas de salud tienen un impacto negativo sobre la misma (p. 6).

Así el desarrollo de una sociedad no debe medirse solamente por el nivel y crecimiento del producto, sino también por el bienestar de los individuos que la componen. En este sentido, el impacto de las políticas macroeconómicas y sociales, tanto sobre sectores fundamentales como la salud y la educación, como sobre la evolución de variables que afectan directamente el bienestar de la población, es un tema central en el diseño de políticas públicas. (Mauricio Santa María F. G., 2009, p. 4)

Entre estas variables se destacan las relacionadas con el empleo, los ingresos y el estado de salud de las personas. La importancia de esos impactos ha sido reconocida por varias instituciones como el Fondo Monetario Internacional (FMI), que consideran que la estabilidad social y política, producto de un adecuado y bien distribuido nivel de bienestar, es requisito fundamental para un crecimiento económico sostenible. (Mauricio Santa María F. G., 2009, p. 4)

En relación, actualmente los vínculos entre la salud y el bienestar han empezado a ser destacados como fundamentales por la literatura económica, donde Sachs (2001) plantea tres canales a través de los cuales se generan esos vínculos:

El primero, y el más directo, afirma que ciertas enfermedades que se pueden prevenir reducen el número de años de vida saludables de los individuos, ocasionando pérdidas económicas a la sociedad por el truncamiento de estas vidas, ya sea por una muerte temprana o por una discapacidad crónica, el segundo está relacionado con el efecto de las enfermedades sobre las decisiones de inversión de los padres en sus hijos. Por ejemplo, altas tasas de mortalidad infantil

están asociadas con altas tasas de fertilidad. Un gran número de hijos, a su vez, reduce la habilidad de las familias pobres de invertir adecuadamente en salud y en la educación de cada hijo, y finalmente, el tercer canal establece que las enfermedades tienen un efecto negativo en los retornos a las iniciativas de inversión, ya que cualquiera de ellas se puede ver socavada por la alta prevalencia de algún tipo de dolencia. Así mismo, las enfermedades endémicas y epidémicas reducen la cooperación social y la estabilidad política y macroeconómica de un país. (Mauricio Santa María F. G., 2009, p. 4)

La revisión de literatura y los resultados obtenidos nos lleva a afirmar que la no afiliación en salud es un determinante que afecta significativamente las condiciones de vida de las personas y por tanto la calidad de vida, que en conjunto con otras variables como el empleo o la educación deterioran la situación de bienestar de la población.

7. Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos a partir de la utilización del modelo (Logit) con base en los datos del DANE para la GEIH y realizando un contraste con datos de la ECV, para estudiar la relación que existe entre determinantes sociales, el tipo de afiliación al sistema de salud y la calidad de vida de las personas; partimos del hecho de que en general el efecto principal de la afiliación a una aseguradora de salud tiene una relación positiva con el bienestar de los hogares, ya que les permite acceder a servicios médicos que mejoran sus condiciones de salud y por lo tanto su calidad de vida.

Así mismo se encontró, de acuerdo a la caracterización de la dinámica de afiliación al SGSSS, que a mayor edad y al pertenecer a un estrato socio-económico más alto se disminuye la probabilidad de no estar afiliado al sistema de salud, ya que al tener más años cumplidos se me

debe asegurar la atención en salud por el aumento en la posibilidad de padecer algún tipo de enfermedad o requerir mayores tratamientos médicos, además el pertenecer a un estrato más alto supone mayores ingresos que permitirá hacer frente ante los costos de la atención en salud.

En concordancia entre los datos tratados y resultados obtenidos de la GEIH y la correlación realizada entre las variables se halló que para el periodo aunque no se ha logrado una cobertura en salud del 100% en la mayoría de los estratos socioeconómicos, si existe una evolución positiva de ésta a través de los años.

En la relación entre variables, identificando la influencia de algunos determinantes sociales en la no afiliación al SGSSS, se encontró que para todos los años pertenecer al área urbana aumenta la probabilidad de estar excluido del sistema de salud, que podría explicarse por la migración de la población hacia las ciudades por causas como: la baja productividad en el campo, desempleo causado por la introducción de nuevas técnicas agrícolas que aumentan la productividad, pero que utilizan poca mano de obra o buscando huir de la violencia del conflicto armado, al mismo tiempo en un proceso de oferta y demanda, ésta migración de personas hacia las ciudades hace que aumente la fuerza laboral en el sector urbano, disminuyendo la oferta laboral, o por lo menos la oferta laboral formal, aumentando la informalidad y el número de personas no afiliadas al sistema de salud.

Adicionalmente, al analizar la relación de los datos correspondientes a la afiliación y el uso de los servicios en salud con variables básicas de medición de calidad de vida, al estimar la probabilidad de que un individuo se sienta mejor por tener acceso a los servicios básicos y a salud, a través de la percepción del jefe de hogar sobre las condiciones de calidad de vida de su hogar en función de su estado subjetivo de salud y del tipo de afiliación a partir de las variables como: acceso a servicios básicos, afiliación en salud, percepción de pobreza, ingresos del hogar y acceso

a educación, se encontró que el estado subjetivo de salud efectivamente tiene una relación positiva con la calidad de vida percibida por las personas. Es decir, en la medida en que mejoran las condiciones de salud, se obtiene el mismo efecto en las condiciones de vida de la población.

8. Referencias Bibliográficas

- (Acemi) Asociación de Colombiana de Empresas de Medicina Integral. (2013). *Cifras e indicadores del sistema de salud*.
- (CEPAL), División de Desarrollo Social y la División de Estadísticas de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2014). *El Panorama Social de América Latina*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- (CPRC), The Chronic Poverty Research Centre. (2006). *The Chronic Poverty Report 2004–05*. The Chronic Poverty Research Centre (CPRC).
- Alec Irwin, E. S. (2005). *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: Aprender de las experiencias anteriores*. Ginebra: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
- Álvarez, L. S. (2014). Los determinantes sociales y económicos de la salud. Asuntos teóricos y metodológicos implicados en el análisis. *Gerencia y Políticas de Salud (RGPS)*, 28-40.
- Andrea Isabel Robles Espinoza, B. R. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente*, 120-125.
- Antonio Clavero Barranquero, M. L. (2005). Una revisión de modelos econométricos aplicados al análisis de demanda y utilización de servicios sanitarios. *Hacienda Pública Española / Revista de Economía Pública*, 129-162.
- Anzola, L. S. (15 de septiembre de 2015). *Encuesta Calidad de Vida, Dane, Colombia 2014. Nivel y calidad de vida de los colombianos*. Obtenido de Encuesta Calidad de Vida, Dane, Colombia 2014. Nivel y calidad de vida de los colombianos:
<https://www.desdeabajo.info/suplementos/item/27125-encuesta-calidad-de-vida-dane-colombia-2014-nivel-y-calidad-de-vida-de-los-colombianos.html>
- Ayala, J. (2014). *La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso*. Cartagena: Documentos de trabajo sobre economía regional. Banco de la República, centro de estudios económicos regionales (CEER).
- Carolina Salas, M. G. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *CES Salud Pública*, 36-46.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation, Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.
- DANE. (2009). *Metodología Encuesta Nacional de Calidad de Vida*. Estadística Bogotá, D.C.: DANE.
- DANE. (2009). *Metodología Gran Encuesta Integrada de Hogares*. Bogotá, D. C.: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

- DANE. (2015). *Manual de recolección y conceptos básicos Gran Encuesta Integrada de Hogares*. DANE.
- DANE. (marzo de 2019). *Gran encuesta integrada de hogares (GEIH) Mercado laboral - Históricos*. Obtenido de Gran encuesta integrada de hogares (GEIH) Mercado laboral - Históricos: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo/geih-historicos>
- DANE. (s.f.). *Encuesta nacional de calidad de vida (ECV)*. Obtenido de Encuesta nacional de calidad de vida (ECV): <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/calidad-de-vida-ecv>
- Ferrelli, R. M. (2015). Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales Contribuciones del encuentro regional “La toma de decisiones para la equidad en salud”. *Documento de Trabajo n° 39, Serie: Conferencias y reuniones, Área: Salud* (págs. 1-136). Madrid: Programa EUROSociAL.
- Ferrelli, R. M. (2015). *Equidad en salud desde un enfoque de Dterminantes Sociales, Contribuciones del encuentro regional “La toma de decisiones para la equidad en salud”*. México: EUROSocial.
- Harry Salomon Guerrero Torres, N. J. (2013). *Inequidades en el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia*. Bogotá D, C.: Pontificia Universidad Javeriana.
- Ingrid Vargas Lorenzo, M. L. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *salud pública*, 701-712.
- Jaramillo, P. S. (2006). Pobreza rural en Colombia. *Revista colombiana de sociología*, 47-62.
- Lina María Camero Nader, A. L. (2016). *Fuentes de financiación y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Ssocial en Salud–SGSSS*. Bogotá, D. C.: Dirección de Financiamiento Sectorial, MINSALUD.
- Mauricio Santa María, F. G. (2009). El sector salud en Colombia: Impacto del SGSSS después de más de una década de reforma. *Coyuntura Social No. 38*, 41-103.
- Mauricio Santa María, F. G. (2009). *Un diagnostico general del sector salud en Colombia: Evolución, contexto y principales retos de un sistema en transformación*.
- Miguel García Cancino, N. O. (2008). *Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas*. Colombia: ECOE Ediciones LTDA.
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2017). *Boletín del aseguramiento en salud, Boletín No. 01 - Primer Trimestre 2017*. Bogotá, D. C.: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá: MinSalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá D. C.: MinSalud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *La equidad en salud para Colombia, Brechas internacionales y territoriales*. MINSALUD.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (18 de marzo de 2019). *Minsalud*. Obtenido de Unidad de pago por capitación del Régimen Subsidiado: https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/UPC_S.aspx

- Minsalud. (2019). *Contenidos, Aseguramiento en salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Contenidos/aseguramiento-salud.aspx>
- OMS. (2011). *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*. Río de Janeiro: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (12 de diciembre de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Determinantes sociales de la salud: https://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud en las Américas*. Obtenido de Determinantes sociales de la salud en la región de las Américas: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=determinantes-sociales-de-la-salud&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen Ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Determinantes sociales de la salud: https://www.who.int/social_determinants/es/
- PAHO. (2012). Determinantes e inequidades en salud. *Salud en las Américas*, 12-59.
- Ramiro Guerrero, A. I.-M. (2011). Sistema de salud de Colombia. *salud pública de méxico* , 144-155.
- Renos Vakis, J. R. (2015). *Los olvidados. pobreza crónica en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial.
- Sector Administrativo de Salud y Protección Social. (2016). *Informe al Congreso de la República 2014-2015*.
- UNIANDES. (29 de octubre de 2018). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ENCV*. Obtenido de Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ENCV: <https://datoscede.uniandes.edu.co/datoscede/microdatos-detalle.php/129/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida---encv/>
- Urzúa, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 61-71.
- Whitehead, M. (2000). Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. *Studies on social and economic determinants of population health*, No. 2.
- WHO. (2019). *Subsanar las desigualdades en una generación - ¿Cómo?* Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). *Global monitoring of action on the social determinants of health: a proposed framework and basket of core indicators*.
- World Health Organization. (2019). *World Health Organization*. Obtenido de Determinantes sociales de la salud, Subsanar las desigualdades en una generación - ¿Cómo?, Mejorar las condiciones de vida cotidianas:

https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index1.html

Zenén Carmona Meza, D. P. (2015). Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Salud Uninorte*, 608-620.

9. Anexos

Anexo 1. Relación entre variables 2013

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	69,537
Model	21.7935741	5	4.35871482	F(5, 69531)	=	64.96
Residual	4665.73263	69,531	.067102913	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.0046
				Adj R-squared	=	0.0046
Total	4687.52621	69,536	.067411502	Root MSE	=	.25904

y	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
jefem	.001646	.0035986	0.46	0.647	-.0054073 .0086993
sexo	-.0265054	.0020864	-12.70	0.000	-.0305947 -.0224162
urbano	.0125217	.0021787	5.75	0.000	.0082514 .016792
edad	-.0004857	.0000482	-10.08	0.000	-.0005802 -.0003912
strata	-.0003538	.0012289	-0.29	0.773	-.0027625 .0020549
_cons	.1209672	.004081	29.64	0.000	.1129685 .1289659

Fuente: Elaboración propia con datos de la GEIH del DANE para el 2013, corrido en Stata.

Anexo 2. Relación entre variables 2014

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	63,283
Model	9.79149002	5	1.958298	F(5, 63277)	=	40.11
Residual	3089.44559	63,277	.048824148	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.0032
				Adj R-squared	=	0.0031
Total	3099.23708	63,282	.048975018	Root MSE	=	.22096

y	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
jefem	-.0047057	.0031857	-1.48	0.140	-.0109498 .0015383
sexo	-.0176444	.001868	-9.45	0.000	-.0213057 -.0139831
urbano	.0082021	.0019399	4.23	0.000	.0043999 .0120044
edad	-.0003043	.0000424	-7.17	0.000	-.0003875 -.0002211
strata	-.0019396	.0011137	-1.74	0.082	-.0041224 .0002432
_cons	.0871954	.0036636	23.80	0.000	.0800147 .0943761

Fuente: Elaboración propia con datos de la GEIH del DANE para el 2014, corrido en Stata.

Anexo 3. Relación entre variables 2015

Source	SS	df	MS	Number of obs	=	72,563
Model	11.9509039	5	2.39018078	F(5, 72557)	=	49.67
Residual	3491.30216	72,557	.048118061	Prob > F	=	0.0000
				R-squared	=	0.0034
				Adj R-squared	=	0.0033
Total	3503.25306	72,562	.048279445	Root MSE	=	.21936

y	Coef.	Std. Err.	t	P> t	[95% Conf. Interval]
jefem	.001187	.0029013	0.41	0.682	-.0044995 .0068735
sexo	-.0204562	.0017366	-11.78	0.000	-.02386 -.0170524
urbano	.0055414	.0018032	3.07	0.002	.0020071 .0090758
edad	-.0002707	.0000395	-6.85	0.000	-.0003481 -.0001933
strata	-.005309	.0009994	-5.31	0.000	-.0072679 -.0033501
_cons	.0966445	.0034026	28.40	0.000	.0899754 .1033137

Fuente: Elaboración propia con datos de la GEIH del DANE para el 2015, corrido en Stata.