

D-18947/19



**NACIONES UNIDAS**  
**Fondo de Población de las Naciones Unidas**  
**Programa Global de Formación en Población y Desarrollo**

**Centro Latinoamericano de Demografía**

**REFORMA DEL SECTOR SALUD Y SUS  
REPERCUSIONES SOCIALES EN  
COLOMBIA, CON ÉNFASIS  
EN EL RÉGIMEN  
SUBSIDIADO  
PEDRO TORRES**

**ENSAYO DE INVESTIGACIÓN FINAL**



**CURSO DE POSTGRADO EN POBLACION Y DESARROLLO 1995**

**Santiago de Chile**

**CELADE - SISTEMA DOCPAL  
DOCUMENTACION  
SOBRE POBLACION EN  
AMERICA LATINA**

**SÓLO PARA USO INTERNO**

Este documento corresponde a un trabajo realizado por el participante.

No ha sido sometido a revisión editorial y los juicios en él contenidos son de responsabilidad exclusiva de su autor.



**NACIONES UNIDAS**  
Fondo de Población de las Naciones Unidas  
Programa Global de Formación en Población y Desarrollo

Centro Latinoamericano de Demografía

**REFORMA DEL SECTOR SALUD Y SUS  
REPERCUSIONES SOCIALES EN  
COLOMBIA, CON ÉNFASIS  
EN EL RÉGIMEN  
SUBSIDIADO  
*PEDRO TORRES***

**ENSAYO DE INVESTIGACIÓN FINAL**



**CURSO DE POSTGRADO EN POBLACION Y DESARROLLO 1995**

**Santiago de Chile**



900032628 - BIBLIOTECA CEPAL

## INDICE

CAPITULO I INTRODUCCION .....	1
1.1 PRESENTACION DEL PROBLEMA Y ASPECTOS GENERALES .....	1
1.2 MARCO DE REFERENCIA .....	3
1.2.1 La bondad de los subsidios .....	3
1.2.2 El sistema de salud chileno .....	4
1.2.3 Algunas experiencias en América Latina sobre la seguridad social .....	6
1.2.4 El municipio como ente administrador y ejecutor de políticas sociales .....	8
1.3 PROPOSITOS Y OBJETIVOS .....	8
1.4 CONSIDERACIONES METODOLOGICAS .....	9
1.5 INFORMACION A UTILIZAR .....	10
CAPITULO II ANTECEDENTES .....	10
2.1 LA REFORMA A LA SALUD EN COLOMBIA .....	10
2.2 SEGURIDAD SOCIAL, TRABAJADORES INDEPENDIENTES Y SUS CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS .....	13
2.2.1 El sistema de seguridad social en Colombia antes de la reforma .....	13
2.2.2 La cobertura y el sector informal .....	14
2.2.3 Características demográficas comparativas de los trabajadores cubiertos y no cubiertos por la seguridad social .....	16
2.2.4 Seguridad social, pobreza urbana y exclusión social .....	18
2.2.5 Ciclo de vida laboral y seguridad social .....	19
2.2.6 Seguridad social y trabajadores urbanos independientes .....	19
2.3 MONTO DE RECURSOS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y MECANISMOS DE FINANCIACION .....	20
2.3.1 La operatividad, la cobertura registrada e indicadores relacionados .....	22
CAPITULO III RESULTADOS Y ANALISIS .....	24
3.1 ESCENARIOS PARA AUMENTAR LOS BENEFICIARIOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO ENTRE 1995 Y 1998 .....	24
3.1.1 Escenario 1: interpretación de la situación actual .....	24
3.1.2 Escenario 2: adicionar los recursos de la oferta, al subsidio a la demanda. Salud para todos los pobres y sectores medios .....	25
3.1.3 Alternativas de seguridad social para los trabajadores independientes e informales pobres y sus familias .....	28
3.1.3.1 Reconsiderar el concepto de seguridad social .....	28
3.2 ANALISIS DE LOS RESULTADOS .....	30
CAPITULO IV.        LOS OBSTACULOS O DESAFIOS FUTUROS .....	31
CAPITULO V CONCLUSIONES .....	32
CAPITULO VI RECOMENDACIONES .....	34
BIBLIOGRAFIA .....	37
ANEXOS Y GRAFICOS	

# **LA REFORMA AL SECTOR SALUD Y SUS REPERCUSIONES SOCIALES EN COLOMBIA, CON ENFASIS EN EL REGIMEN SUBSIDIADO**

## **CAPITULO I      INTRODUCCION**

### **1.1      PRESENTACION DEL PROBLEMA Y ASPECTOS GENERALES**

La prestación de servicios de salud públicos y el sistema de seguridad social en salud de Colombia, ha padecido constantes problemas: bajas coberturas, déficits permanentes de los hospitales y clínicas, baja calidad de los servicios, actitud asistencialista y deficiente administración de los recursos. La reforma a la salud se ha diseñado como alternativa a esta situación, la cual introduce el subsidio a la demanda, promueve la competencia, el Estado deja de ser un monopolio en la prestación del servicio y abre espacios al sector privado, posibilitando la libre elección del usuario.

El problema que se plantea en esta nueva orientación, es cómo lograr ampliar la cobertura de la seguridad social en salud y al mismo tiempo garantizar equidad, calidad, contención de costos y buen trato en el servicio. ¿Qué esquema es el que se necesita?, ¿Cuál es el mejor escenario?

Dentro del enunciado general de hacer más eficiente y ampliar la cobertura de los programas sociales a la población colombiana de menores recursos, se han planteado estrategias como la red de solidaridad social, el programa de generación de empleo, la sustitución gradual de algunos subsidios a la oferta por subsidios a la demanda y el mejoramiento de la infraestructura básica de saneamiento. Igualmente, se establece el aumento de la cobertura en seguridad social y el énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Con estas medidas se espera, para los próximos años mejorar la distribución del ingreso y focalizar el gasto público en la población más pobre del país.

En este contexto se analiza el impacto de la reforma a la seguridad social sobre el actual sistema de salud, particularmente la potencialidad de lograr mayores coberturas a la población de menores recursos si se enfatiza en el mecanismo del subsidio a la demanda. Se hace referencia al marco institucional, a la asignación de recursos y a aspectos de

población como el empleo y la estructura de edades.

El acceso universal a los servicios de atención en salud, la mayor eficiencia en la asignación de recursos y una eficacia superior de las intervenciones son las principales propuestas contenidas en la estrategia de Transformación Productiva con Equidad, en la dimensión de la inversión en recursos humanos ante la importancia de la salud en el aumento del bienestar y productividad de la población (CEPAL, 1990).

Es evidente que una población más sana tiene mayores posibilidades de ser más creativa y productiva, ya que se reducen los días perdidos por enfermedad o invalidez y se evita la mortalidad precoz. Igualmente, en caso de una enfermedad catastrófica o de tratamientos costosos, cuando el afectado no posee un seguro de enfermedad o no está cubierto por la seguridad social, a la dolencia misma debe agregar los cuantiosos gastos que ello significa, llevándolo ya sea a la ruina económica o a la caridad pública.

Así, disfrutar de una vida prolongada y saludable es una de las tres necesidades esenciales del desarrollo humano, a lo que debe agregarse el acceso a conocimientos y recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente. Si no están presentes estos requisitos, muchas otras alternativas como las relacionados con las actividades culturales, sociales y políticas, la creatividad o la recreación, serán inaccesibles. Por otra parte el sector salud es una fuente importante de dinamización de la economía, mediante la producción de bienes y servicios muy complejos, la creación de conocimientos científicos y tecnológicos y la generación de empleos numerosos y de alta calidad. Además, la salud tiene una doble función: es un bien final, dado que su consumo provee una satisfacción directa a quien lo recibe, y es un bien de capital, porque ayuda a producir otros bienes finales (OPS-CEPAL, 1994).

Una adecuada política en este sentido tiene efectos redistributivos en la medida en que se definan los grupos más vulnerables, se entienda que las funciones de regulación tienen una creciente importancia y en que la reforma a los sistemas de salud se logre abrir paso entre los diversos actores y estamentos sociales.

Lo dicho precedentemente evidencia la importancia de la salud para la competitividad de un país. Pero es necesario precisar o explicitar los instrumentos o criterios, el cómo llevar a cabo la reforma, la universalización del acceso a la salud y el aumento de la eficiencia, entre otros objetivos. En las próximas páginas se estudiarán algunos elementos analíticos de discusión, para aproximarse a esas importantes metas, con base en los cambios que se

están empezando a desarrollar en Colombia mediante la nueva normatividad <sup>1</sup>, que crea un nuevo marco operativo, financiero e institucional para la seguridad social en salud.

## **1.2 MARCO DE REFERENCIA**

Con la apertura de la economía y la liberación de los mercados, adquirió relevancia substantiva la función estatal de estabilización económica relegando las funciones de fomento productivo y planificación. A su vez, el abandono de funciones productivas no se circunscribió exclusivamente a la privatización de empresas públicas ya que adicionalmente, trajo consigo la desconcentración, delegación y subcontratación en la provisión de servicios sociales y la ejecución de obras públicas. En este contexto, la formulación de políticas sociales se caracterizaron por incorporar al sector privado en la prestación de los servicios sociales básicos, introducir en el financiamiento de tales servicios el criterio teórico de subsidiar la demanda y focalizar el gasto social. Algunas experiencias se pueden racionalizar en la municipalización de la educación y la salud.

### **1.2.1 La bondad de los subsidios**

Una estrategia importante del desarrollo social se debe orientar a buscar la eficiencia de la inversión social, básicamente a través de la focalización del gasto público, lo que implica: crear instrumentos que permitan identificar y calificar la pobreza, seleccionar a los beneficiarios mediante dichos instrumentos para evitar filtraciones hacia otros grupos, eliminar niveles intermedios que ahorren gasto en burocracia y administración, así como posibilitar la reorientación de recursos hacia la inversión; de tal modo que la mayor parte del gasto se dirigirá hacia la población objetivo.

En el otorgamiento de subsidios se debe considerar que éstos han de cumplir la función de mejorar la calidad de vida o resolver situaciones de vulnerabilidad, pero es deseable que no sean permanentes, sino transitorios y graduales, en tanto, que como resultado de los propios esfuerzos y el impacto de otros programas, se supere la pobreza o la situación crítica que se pretende resolver.

El subsidio a la demanda o el "voucher", permite a los consumidores una mayor elección en un esquema de política, la justificación consiste en la recreación de un mecanismo de

---

<sup>1</sup> Se trata de la expedición de las Leyes 60 y 100 de finales de 1993. La primera reglamenta las competencias territoriales, la descentralización y asignación de recursos; la segunda contiene la nueva normatividad del sistema de pensiones y salud.

cuasi-mercado, esto es, de elementos que inducen una mayor conducta competitiva de ofertantes y demandantes. De esta manera se crean las condiciones de funcionamiento de "un mercado de la salud", y particularmente donde la oferta de servicios incorpore las "señales" que recibe de la demanda (CEPAL-UNICEF, 1995,-en prensa)

En el caso colombiano, el principio de solidaridad que se desarrolla en la reforma tiene su base en lo que se podría denominar, subsidios cruzados entre ricos y pobres, entre asalariados de altos ingresos hacia los de baja remuneración, entre el régimen contributivo hacia el régimen subsidiado, entre personas sanas hacia las menos sanas y entre grupos etareos. En la medida en que todos los asalariados cotizan igual porcentaje de sus ingresos y reciben un único Plan Obligatorio de Salud (POS).

### **1.2.2 El sistema de salud chileno**

Hasta 1973, la política social en Chile estuvo marcada por la presencia creciente del Estado en su triple papel de financista, proveedor y regulador de la oferta de servicios sociales. El proceso de reformas sociales impulsado por el autoritarismo, se fundamentó: en la subsidiariedad del estado, en oposición al estado benefactor anterior, en el principio de focalización del gasto en aquellos sectores de menores recursos, en oposición del principio de universalidad teórica<sup>2</sup> que caracterizó la política social precedente, el subsidio directo a la demanda, la desconcentración y privatización de los servicios sociales.

En salud, el fuerte proceso privatizador se expresó en la introducción a partir de 1980 de planes de salud prepagados, ofrecidos por instituciones de salud previsional (Isapres), proceso que creó un dinámico sistema de salud privado. Por otra parte, la subcontratación por parte de los servicios públicos de servicios proporcionados por el sector privado, el sistema privado de seguros de salud creció fuertemente después de 1985. Hacia 1990 existían 34 Isapres que afiliaban a un 16% de la población, integrada preferentemente por el segmento de más altos ingresos y con menores riesgos de salud. El crecimiento y consolidación de este sector privado de salud produjo una disminución de recursos para Fonasa (Fondo Nacional de Salud), que en 1988 atendió sólo el 11% de la población y capturaba el 50% de las cotizaciones obligatorias de salud (ILPES, 1995). Aunque esta cobertura aumenta al 24% en la actualidad, la comparación entre poca cobertura y alto volumen de cotizaciones, evidencia la ausencia de solidaridad del esquema con el cual

---

<sup>2</sup> Universalidad teórica porque el acceso real al 100% de la población es seriamente limitado por la baja capacidad resolutive del sistema, además ineficiente y escasa agilidad en la atención curativa.

funcionan el sector privado.

Por otra parte, la municipalización de la atención primaria, generó un gran rechazo por parte del sector salud. Con la vuelta de la democracia, se produce una revisión de los cambios, decidiéndose mantenerlos en el marco de la descentralización democrática. Aún así, las acciones implementadas por el Ministerio de Salud tienden a recentralizar las decisiones y el poder, enfatizando fuertemente en el rol de los servicios de salud. En relación a los impactos de la municipalización con el personal de salud, ésta significó un rechazo y una resistencia permanente, ya que éste fue un cambio que no provino del sector salud (basado por lo tanto en los conocimientos de la salud pública o en un determinado modelo de salud), sino que se diseñó a partir de un modelo económico.

No obstante las profundas reformas implementadas, el sistema de salud chileno evidencia crisis en el sistema administrativo y cuellos de botella, que es necesario señalar: altos costos administrativos, poca cobertura del sistema privado (solo se cubren el 24% de la población), selección adversa de los grupos más vulnerables, ausencia de solidaridad, múltiples planes ofrecidos, uso de los sistemas públicos por parte de los afiliados de las Isapres, ausencia de acciones de prevención y promoción, predominando lo curativo<sup>3</sup>. En respuesta a la anterior situación, se implementará el per cápita para el sistema público y las reformas recientes a la Ley de Isapres, que intenta reducir las dificultades de comparación de los planes ofrecidos.

En cuanto a la atención primaria que está municipalizada en un gran porcentaje, continúa mostrando los problemas laborales clásicos del sector público, con huelgas periódicas y reclamaciones sindicales. Lo cual sería evidencia de que el subsidio a la oferta, es decir la transferencia de recursos a los hospitales y servicios seccionales, continúa padeciendo problemas de gestión y un clima organizacional adverso.

Si bien en Chile, el subsidio a la demanda no se ha implementado al sistema de salud, este mecanismo parece haber funcionado bien en el caso de un sector social, que tiene características similares en cuanto a complejidad, mercados imperfectos y resistencias gremiales; se trata del sector educativo, donde los llamados colegios subvencionados, que son administrados por particulares y financiados por el Estado a través de las unidades de subvención escolar (USE), han generado competencia en la prestación del servicio, posibilidad de elección para los usuarios, mejoramiento de la gestión educativa y mayores

---

<sup>3</sup> Ver Fisher, 1995 y Jaramillo, 1995.



rendimientos escolares.

### **1.2.3 Algunas experiencias en América Latina sobre la seguridad social**

Colombia no es una excepción en América Latina. Los sistemas de seguridad social en la región, fueron inspirados, en una ideología universalista llamada de corte Bismarkiano. Sin embargo, la obligatoriedad de la afiliación y la financiación basada en descuentos sobre la nómina restringieron básicamente el sistema para los trabajadores asalariados y sobre todo en los del sector moderno de la economía; en tanto que la cobertura de los independientes fue siempre escasa o nula. Los esfuerzos posteriores para cubrirlos se han efectuado principalmente bajo las siguientes dos modalidades:

- a. Reorganizando el sistema formal tradicional, de tal manera que un único sistema integral cubije a toda la población. En algunos casos se han establecido diferencias entre cotizantes (los asalariados) y no cotizantes (la población indigente), reflejadas en la calidad de la atención recibida (mejor para los primeros que para los segundos) y el reconocimiento de prestaciones monetarias exclusivas para los cotizantes.
- b. Creando un sistema dual de protección social : seguro social multiriesgo, de cotización obreropatronal obligatoria, para los asalariados, y un sistema asistencial de protección básica en salud, gratuito o subsidiado, para el resto de la población.

Los desarrollos posteriores han combinado, para el primero de esos esquemas, estrategias que oscilan entre la afiliación obligatoria y la voluntaria, y entre la cobertura total o parcial de los riesgos cubiertos, y que, para el segundo de ellos, contemplan, a veces, la promoción de diversas formas de seguros privados (López,1990).

No obstante, los resultados han sido poco significativos. En Chile, los trabajadores por "cuenta propia" de afiliación voluntaria, cotizantes al nuevo sistema, eran, en 1986, apenas el 11.9% a nivel nacional. En Jamaica, donde se estableció, desde 1968, la afiliación obligatoria de los "cuenta propia" al National Insurance Scheme (NIS), el porcentaje de "cuentas propia" cotizantes era apenas el 1% en 1986. Costa Rica optó, desde 1974, por permitir la afiliación voluntaria para los "cuentas propia". En salud, la cobertura teórica es alta (93% en 1985). Pero esa cifra incluye el sistema asistencial que, junto con el de seguros, es administrado por una sola entidad. Méjico estableció la afiliación obligatoria de los "cuentas propia", profesionales, patronos y trabajadores familiares desde 1973, pero,

debido a problemas administrativos, tuvo que cambiarla posteriormente por un sistema voluntario. En 1986 el porcentaje de los "cuentas propia" cubiertos por el Instituto Mexicano de seguridad social (IMSS) oscilaba entre el 0.75 y el 1.2 . En Perú existen, desde 1968, programas de afiliación voluntaria para los "cuentas propia". Cubren riesgos de enfermedad, maternidad y pensiones. En 1986 se calculaba que su cobertura era del 4% a nivel nacional y del 16% en Lima (Mesa-Lago,1990).

Estos fracasos se han atribuido a los siguientes factores:

1. Para los sistemas de afiliación voluntaria: La relación costos relativos y beneficios resulta desfavorable para los trabajadores independientes. Costos relativos altos porque, de un lado, los trabajadores independientes deben cubrir la cotización global que aportan en conjunto el asalariado y su patrón y porque, de otro, sus ingresos medios son muy bajos. Beneficios restringidos: en general las prestaciones no resultan atractivas por su monto, calidad y por las trabas administrativas. El bajo nivel de organización de los trabajadores independientes es un desestímulo adicional a la afiliación.
2. Los sistemas de afiliación forzosa, por su lado, presentan, primeramente, problemas de control administrativo derivados de la falta de registro de los trabajadores independientes porque no se llevan registros y no se han establecido mecanismos para hacer efectiva la afiliación forzosa.

Por otra parte, la legislación laboral y la seguridad social en Colombia han estado basados, desde sus orígenes, en la idea subyacente de que el grado de salarización de la economía aumentaría con el tiempo, que la economía capitalista moderna terminaría sometiendo a sus reglas (las del régimen salarial) a toda la población e iría creando un proletariado estable, no dentro de cada firma, pero sí dentro del conjunto agregado de las empresas modernas.

Ello no ha sido así y, al contrario, se ha consolidado un ciclo de vida laboral que, con la edad, lleva a muchos trabajadores de los empleos asalariados a los independientes. No se trata de dos grupos distintos de trabajadores sino , esencialmente, de un mismo grupo poblacional que pasa por distintas fases laborales. Por lo tanto se presentará un flujo o intercambio entre el régimen subsidiado y el contributivo, de ahí la importancia de entender esta interacción y formular políticas que orienten al Estado en en su papel de subsidiario y promotor.

#### **1.2.4 El municipio como ente administrador y ejecutor de políticas sociales**

En Colombia en 1993 se estableció como una función privativa del municipio la promoción del desarrollo local; particularmente señala el desarrollo, directamente o con otros órganos del Estado, de funciones relacionadas con la asistencia social, la salud pública, la educación y la cultura, capacitación y promoción del empleo, construcción de vivienda e infraestructura sanitaria.

En los programas asistenciales y de servicios sociales de más amplia cobertura en la población, el municipio juega un importante rol en la cadena de la administración de dichas políticas estatales, ya que constituye la instancia pública más cercana a la comunidad y con la capacidad para identificar a los grupos de beneficiarios objetivo y focalizar así la entrega de beneficios y servicios.

La municipalización de la salud es aún un desafío pendiente. Esta representa para el municipio un cambio en la concepción de salud, buscando la meta que favorezca la salud como un producto social.

Por otra parte, representa un cambio en el modelo tradicional de salud transformándose en un sistema abierto e interactivo con los otros sistemas organizacionales y el nivel local. Para el sector salud existe la posibilidad real de salir de los grandes hospitales y de la salud altamente tecnologizada para reencontrarse con las personas, enfermas y sanas y junto a ellas definir y trabajar por promover el estado de salud. (Raczynski y Serrano,1988, citado por Ilpes,1995).

### **1.3 PROPOSITOS Y OBJETIVOS**

El propósito del presente trabajo es investigar y discutir el funcionamiento del sistema de salud en Colombia con base en lo diseñado en la reforma al sector salud. Se señalarán sus principales falencias y se plantean escenarios sobre como ampliar la cobertura y mejorar la calidad del sector salud, dada la disponibilidad de recursos y el nuevo marco operativo.

Se desarrollan los siguientes aspectos:

- Analizar las implicaciones que la reforma tendrá sobre el aumento de cobertura y el incremento de la eficiencia en la prestación del servicio de salud, en particular para la población más pobre del país.

- Presentar, con base en la reflexión teórica y en escenarios de simulación, diferentes alternativas para aumentar la cobertura y la eficiencia en el régimen subsidiado, entre 1995 y 1998. Mostrando los recursos generados por el sistema y el número de beneficiarios, de acuerdo con diferentes estrategias de profundización de la reforma, en la búsqueda de un modelo de salud integral.
- Discutir como el subsidio a la demanda, promueve la competencia y aumenta la eficiencia.
- Analizar las relación existente entre las características del empleo y afiliación a la seguridad en salud para los trabajadores informales e independientes, considerando sus diferencias demográficas.

#### **1.4 CONSIDERACIONES METODOLOGICAS**

La presente investigación se lleva a cabo a partir de revisión bibliográfica especializada, el conocimiento y observación que se tiene sobre el desenvolvimiento del problema de la salud en Colombia. Se han consultado diagnósticos y estudios sectoriales de la salud en Colombia, complementado con estudios sobre la experiencia internacional. Se utilizan estadísticas relevantes, simulando situaciones o escenarios de cobertura y financiación. Se realiza un análisis institucional y conceptual, planteando alternativas.

Las hipótesis que se desarrollan son:

- La participación del sector privado, el cambio de énfasis de subsidiar la demanda en vez de subsidiar la oferta, así como la libertad de elección del usuario, promoverá la competencia entre entidades prestadoras de servicios, beneficiando al sistema de salud en general.
- El sistema mixto, de subsidiar la oferta y la demanda, continua presentado serios problemas de gestión y de clima laboral, que no permiten una eficiente prestación del servicio de salud.
- Para prestar una atención integral a los deciles más pobres de la población, es conveniente el subsidio a la demanda y la privatización de los servicios. En tanto que se genere competencia entre las instituciones prestadoras de servicios y posibilidad de libre

elección de los usuario, generando un mercado en la salud.

- Las dificultades en la cobertura de los sectores de menores recursos esta estrechamente relacionado con las características del empleo, particularmente el informal y el de las microempresas.

## **1.5 INFORMACION A UTILIZAR**

Se utilizará y analizará información a nivel nacional para:

Variables generales: población, NBI, densidad, ingresos fiscales y recursos de transferencias, indicadores económicos, población total, grupos etareos, sexo, nivel de ingreso, cobertura de servicios públicos.

Información específica de salud como: número de consultas, egresos hospitalarios, perfil epidemiológico, principales causas de morbilidad y mortalidad. Recursos financieros destinados para la salud. Proyecciones financieras y cálculo de fuentes de recursos y necesidades de financiación del sector salud.

Tabulados disponibles de las Encuestas de Hogares del Dane.

Información bibliográfica sobre aspectos institucionales, filosofía de las reformas a los sistemas de salud y reportes presupuestales.

## **CAPITULO II ANTECEDENTES**

### **2.1 LA REFORMA A LA SALUD EN COLOMBIA**

Colombia inició una ambiciosa reforma a la salud que contempla, entre otros aspectos los siguientes: subsidio gradual a la demanda y libertad de elección del usuario, con lo que se debe lograr una sana competencia entre las diferentes entidades hospitalarias y administradoras, que las lleve a ser responsables, solventes y eficientes. Se crean

instrumentos muy importantes como la medición de las atenciones con base en una unidad de pago per cápita, un plan obligatorio de salud y la constitución de empresas promotoras de salud (ver Gráfico 1). Se normatiza el régimen contributivo y el régimen subsidiado, se desarrolla el principio de solidaridad y se delegan responsabilidades a las autoridades territoriales en el marco de la descentralización.

De esta manera, se espera superar el modelo asistencialista, de tal manera que el consumidor de servicios estatales de salud no las perciba como un favor sino como un derecho, creando un sistema de seguridad social integral, eficiente, universal y solidario, que amplíe la cobertura de servicios curativos, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como el desarrollo de programas de protección social a los grupos más vulnerables (infancia, tercera edad y discapacitados de los sectores pobres).

Con el fin de promover la cobertura del nuevo sistema de seguridad social, las autoridades nacionales y territoriales adelantarán acciones que contribuyan a la creación de una cultura de la previsión y motivarán la afiliación; así como la asociación de usuarios y la afiliación colectiva a la seguridad social.

El régimen contributivo deberá afiliar entre trabajadores y beneficiarios aproximadamente un 40% de la población total, incluyendo la cobertura familiar y la atracción de los grupos con capacidad de cotizar que actualmente no lo hacen, así como la constitución de Empresas Promotoras de Salud -EPS (similares a las Isapres de Chile), que promueven la afiliación y el recaudo. El sistema es solidario porque los aportes, van a una sola bolsa y cada uno recibe una "canasta básica", que para el caso de Colombia, se denomina plan obligatorio de salud (POS), igualmente es solidario con los sectores pobres informales en la medida que un punto porcentual de la cotización se destina al régimen subsidiado. Este plan se mide en unidades de pago por cápita, de acuerdo con la edad y sexo del beneficiario (ver Cuadro 1), y cubre las atenciones mínimas tanto del nivel primario como para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de mediana y alta complejidad. Es decir, independientemente del nivel de ingreso, todos reciben un mismo paquete de servicios, aunque hay espacios para los llamados planes complementarios que están a cargo del usuario. La viabilidad está dada porque actúa como un seguro, en donde a diferencia de la educación y de otros servicios sociales, toda la población no se enferma al mismo tiempo y con la misma intensidad, así las demandas por salud son diferenciadas, con excepción de las campañas masivas de prevención y promoción.

Cuadro 1  
Costo relativo de la UPC, según estructura poblacional

Grupo de edad	Costo relativo	Valor en \$1995
0 - 1	3.29	398.090
1 - 4	1.96	237.160
5 - 14	0.47	56.870
15 - 44	0.74	89.540
45 - 59	1.52	183.920
60 y +	1.94	234.740
Promedio	1.00	121.000

Fuente: Ministerio de salud de Colombia.

El régimen subsidiado afiliara a los grupos más pobres y vulnerables, sin capacidad para cotizar al régimen contributivo, en particular las mujeres jefes de hogar, madres gestantes y lactantes y los niños, los discapacitados y las comunidades indígenas y habitantes pobres de las zonas rurales, entre otros. Esto implica la creación de Empresas promotoras de salud (EPS) privadas, públicas o mixtas del orden nacional o territorial. Estos grupos poblacionales recibirán un Plan obligatorio de salud subsidiado (POS-S), el cual aumentará progresivamente, hasta alcanzar al POS del régimen contributivo, según como evolucione la disponibilidad de recursos. En éste régimen esta considerado el plan materno-infantil para madres pobres, que deberá cubrir la atención prenatal, el parto y los requerimientos del niño durante el primer año.

A éstos dos regímenes de seguridad social en salud se complementan con el Plan de atención básica, el cual esta orientado a desarrollar en la población una cultura de la previsión y responder a situaciones individuales y colectivas que demanden acciones complementarias a las previstas en el plan obligatorio de salud. Mediante intervenciones de promoción de la salud, se informará y educará a la población para lograr cambios de hábitos que generen estilos de vida saludables, evite accidentes y contribuya a la reducción de la violencia. Con la prevención de la enfermedad se detectarán, controlarán y eliminarán factores de riesgo de enfermedad y muerte, en tanto que la vigilancia epidemiológica reafirmará los programas de prevención que respondan adecuadamente a las necesidades de salud de la población, en particular la atención de enfermedades de transmisión sexual y Sida. El Ministerio de Salud, las entidades territoriales y las empresas promotoras de salud (EPS), diseñarán y pondrán en marcha políticas y acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, así como la cofinanciación de las campañas de vacunación. Las

acciones se realizarán según variables de edad, género, nivel socioeconómico y región geográfica, entre otras.

De esta manera la nueva organización institucional, tiene como reto el acceso universal a los servicios de salud curativos y preventivos, mediante la afiliación progresiva a la seguridad social, en las modalidades contributiva y subsidiada, y el mejoramiento de los servicios e intervenciones de atención básica o de salud pública.

Una característica importante de la reforma es evitar la llamada selección adversa, en donde por lo menos un 5% de los afiliados a la seguridad social en salud, deberán ser mayores de 60 años y 20% mujeres entre los 15 y los 44 años de edad. Además, se impedirá que sólo se ofrezcan servicios a los ricos y a las personas menos propensas a la enfermedad.

## **2.2 SEGURIDAD SOCIAL, TRABAJADORES INDEPENDIENTES Y SUS CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS <sup>4</sup>**

### **2.2.1 El sistema de seguridad social en Colombia antes de la reforma**

La seguridad social en Colombia se enunciaba como solidaria y universalista, pero en realidad, tal vez por razones prácticas, financieras u operativas, ha funcionado y se ha diseñado para la población asalariada.

Los asalariados del sector público están cubiertos en toda una serie de riesgos por las cajas de previsión, que se nutren con descuentos sobre los sueldos y salarios pagados por los trabajadores y por el Estado como empleador. Para los trabajadores del sector privado, la Ley 90 de 1946, que creó el Instituto de Seguros Sociales, inició la protección de los riesgos de enfermedad profesional y maternidad; 18 años después se extendió a los accidentes de trabajo y enfermedad profesional e invalidez, vejez y muerte. La afiliación de los asalariados es obligatoria para el patrón y su financiación se cubre con descuentos porcentuales sobre la nómina.

Adicionalmente, para los asalariados del sector privado y público, las Cajas de compensación familiar cubren algunos riesgos familiares (en principio el subsidio familiar, pero se atienden otros campos que, a veces, duplican otros sistemas) con base en una

---

<sup>4</sup> Este punto se apoya en tabulados disponibles de las Encuestas de Hogares del Dane y López, 1990.



deducción del 4% del sueldo o salario.

Este sistema, basado esencialmente en la afiliación forzosa y en descuentos sobre la nómina, funciona más para los trabajadores urbanos que para los rurales; funciona relativamente bien para los asalariados del sector público y para los de las empresas urbanas modernas, pero sólo funciona a medias para los asalariados de las microempresas y es deficiente o escaso para los trabajadores independientes y mucho más para los llamados "por cuenta propia".

Por lo tanto, la extensión de la seguridad social en Colombia ha dependido, principalmente y de manera directa, del grado de salarización del empleo y, sobre todo, de la dinámica del empleo asalariado moderno. Para el caso de las ciudades, esa cobertura resulta muy baja donde el empleo asalariado, generado por medianas y grandes empresas privadas o por el Gobierno, es reducido: Cúcuta 27.12%, Pasto 30.1%, Barranquilla 36.1%. En cambio, es más alto en los lugares en que el peso del empleo asalariado moderno es elevado: Medellín 56.0%, Manizales 50.1 % y Bogotá 50.0% (López, 1990).

### **2.2.2 La cobertura y el sector informal**

Como se puede observar en el Anexo 1, entre 1984 y 1988 la cobertura del sistema de seguros sociales visto en su conjunto (Instituto de Seguros Sociales, Cajas de previsión, Cajas de compensación, seguros médicos privados) se mantuvo prácticamente estable (48.6% y 49.1%) en los años de inicio y término del período, en las cuatro áreas metropolitanas principales. Sin embargo, aunque no exhibe progresos en materia de cobertura social global, se han realizado intentos para cubrir las capas de trabajadores tradicionalmente desprotegidos.

Se observa un cierto progreso en lo que se refiere a la cobertura social del empleo independiente (que ganó 3.6 puntos porcentuales, pasando del 11.6% al 15.2%), del servicio doméstico (que ganó 3.5 puntos) y del empleo asalariado de las microempresas (que ganó 1.3 puntos porcentuales). Pero se retrocedió levemente en la cobertura social del empleo asalariado de las firmas medianas y grandes (que perdió 2.2 puntos).

El 18.7% de las nuevas afiliaciones del período 1984-1988 correspondió a trabajadores independientes, su grado de cobertura aumentó en un 30%, pasando del 11.6% al 15.2%. Para los profesionales, cuya cobertura pasó del 25.4% al 31.2%, y para los patronos de medianas y grandes empresas, en donde pasó del 51.5% al 64.2%, se alcanzan niveles

importantes. En el mismo período se lograron algunos progresos en la cobertura de los "cuenta propia" informales, de 6.8% paso a 8.3% y en los microempresarios de 25.9% paso a 28.4%. Sin embargo, es necesario aumentar los esfuerzos, y la reforma reciente a la salud contiene instrumentos apropiados.

Debe señalarse que un 33.7% de las nuevas afiliaciones de trabajadores independientes se realizó a través de seguros privados. El canal privado fue aún más importante para los cuenta propia informales (41% del incremento). En cambio, las nuevas afiliaciones de los sectores más pudientes se hicieron especialmente por la vía del ISS: 71.4% para los profesionales y técnicos independientes, 70.4% para los medianos y grandes patronos. Estas cifras parecen indicar que, al menos para la franja menos pobre de los trabajadores independientes, existe una demanda creciente por seguridad social que está siendo parcialmente atendida por canales o alternativas privadas. Es probable que esa franja pueda ser atraída por el régimen subsidiado o contributivo si se mejoran la calidad del servicio y se amplían los riesgos cubiertos.

De tal manera, la seguridad social de la franja más pobre es un reto importante. Su afiliación a la seguridad social presenta algunos problemas. Dado el carácter informal de los empleos de este sector su afiliación difícilmente podrá ser forzosa y deberá ser voluntaria y estimulada por el Estado mediante el otorgamiento de subsidios selectivos y graduales; puede resultar cara frente a sus ingresos y frente a la aparente gratuidad del Sistema Nacional de Salud. Por lo tanto, es aquí donde se debe implementar el subsidio a la demanda.

El servicio doméstico representó el 2.9% de las nuevas afiliaciones del período (1984-1988). La dictación de la Ley 11 de 1988 parece haber tenido un efecto rápido y considerable para este gremio, tradicionalmente abandonado. Su grado de cobertura, que en junio de 1984 era del 11%, y que dos años después había caído al 10.3%, aumentó en junio de 1988 al 14.5%. El 113.3% de las nuevas afiliaciones de 1984-88 se hizo con el Instituto de Seguros Sociales, entidad que desplazó parte de los pocos seguros privados que antes cubrían algunas de esas trabajadoras. Igual que en los anteriores grupos, se observa una aparente disposición a afiliarse al sistema de seguridad social en salud.

Los asalariados de las microempresas, que representaba apenas el 13.4% de los trabajadores cubiertos por la seguridad social en 1984, absorbieron más del 27% de la nuevas afiliaciones del cuatrienio considerado. El aumento en su grado de cobertura puede atribuirse al mayor interés de los microempresarios por protegerse contra riesgos laborales. Aunque el Instituto

de Seguros Sociales fue el canal predominante para las nuevas afiliaciones, pierde, con todo, significación relativa, y casi un 10% de las nuevas afiliaciones se hicieron a través de seguros médicos privados (versus 8% en 1984).

En síntesis, entre 1984 y 1988 el número de trabajadores urbanos afiliados a todos los subsistemas de seguros sociales creció a una tasa anual media del 4.9% y el de los afiliados al Instituto de Seguros Sociales al 4.3%. A nivel nacional la afiliación al Instituto de Seguros Sociales se expandió en 6.5% anual; los derecho-habientes crecieron en 8.5% anual. Ese crecimiento es superior al del empleo asalariado y al del producto interno bruto.

La estructura de la afiliación al ISS, muestra una reorientación marginal hacia los asalariados de las microempresas, en el período de estudio, pasan de representar el 13.8% del total de afiliados al 15.9%, los independientes pasan del 5.0% al 6.1% y hacia el servicio doméstico se pasa del 0.8% al 1.3%. En cambio, la importancia relativa de los asalariados de medianas y grandes empresas en la afiliación disminuye, pasando del 59.7% al 58.3% y también la de los asalariados del Gobierno que pasa del 20.5% al 18.2% (ver Anexo 1).

Estas cifras evidencian la necesidad de la protección de los grupos tradicionalmente marginados de la seguridad social. El reto es su masificación, con el apoyo financiero del Fondo de Solidaridad, y en complemento a un sistema diseñado esencialmente para los trabajadores asalariados vinculados al sector moderno de la economía.

### **2.2.3 Características demográficas comparativas de los trabajadores cubiertos y no cubiertos por la seguridad social**

La población no afiliada (no asalariados y empleados de las microempresas, entre otros), tiene menos responsabilidades familiares y menor educación, muestran menor interés en la afiliación voluntaria o soporta más que los patronos incumplan sus obligaciones.

En las ciudades colombianas los trabajadores no asalariados (principalmente independientes, servidores domésticos y ayudantes familiares) y los asalariados de microempresas conforman la mayor parte de la población sin seguridad social (ver Anexo 2).

Los trabajadores independientes representan el 49.5% de la población no cubierta. Se trata sobre todo de cuentas propias informales (41.2%) y de microempresarios (7.6%). Los profesionales y técnicos independientes (3.7%) y los patronos de firmas medianas o grandes (0.7%) son totalmente marginales.

Las "otras categorías laborales" también fuera del sistema asalariado, significan el 13.6% de la población desprotegida. El servicio doméstico llega al 9.2% y los ayudantes familiares al 4.4%.

Por su lado, los asalariados representan el 36.9% de los trabajadores desprotegidos y se concentran esencialmente en las microempresas (25.5%). Los de las medianas y grandes representan sólo el 11.4%.

Como se puede apreciar en las Encuestas de hogares y en los estudios derivados, es evidente que la población desprotegida por la seguridad social está conformada básicamente por dos grupos muy distintos: de un lado, jóvenes trabajadores dependientes (asalariados vinculados a microempresas y "otras categorías laborales", como el servicio doméstico y los ayudantes familiares) y, del otro, trabajadores independientes de edad elevada, cuyas diferencias demográficas con la población protegida se captan menos en las cifras medias y más por tipos de trabajadores. En todos los casos, sin embargo, la desprotección está asociada con un grado menor de responsabilidad familiar (un porcentaje menor de jefes de hogar) y con una escolaridad más baja (ver Anexo 2).

Entre los asalariados, los que carecen de seguridad social exhiben un grado mayor de masculinidad, una educación menor y una mayor juventud. Sus responsabilidades familiares son menores (porcentajes más bajo de casados y de jefes de hogar).

Las empresas, sobre todo las microempresas, logran eludir más fácilmente sus obligaciones en materia de seguridad social, con aquellos trabajadores que, por su papel secundario en los hogares (asociado con la juventud y su condición de soltería), su condición masculina (quizá porque los exime del riesgo de maternidad) y su menor educación, se despreocupan más del tema.

De manera similar, en los otros empleos (el servicio doméstico y los ayudantes familiares) la desprotección se asocia también con menores responsabilidades familiares (edad menor, mayor soltería y menos jefes de hogar) y con una menor educación. Sin embargo, en este caso, se aprecia un porcentaje mayor de mujeres.

Los trabajadores independientes (protegidos o no) son más viejos que los asalariados y, consecuentemente, tienen un grado mayor de responsabilidad familiar. Sin embargo, dentro del grupo de los independientes, la diferencia entre no protegidos y protegidos está asociada también con una menor edad relativa, una menor educación escolar y con un porcentaje

más bajo de casados y de jefes de hogar pero, a diferencia del caso de los asalariados, con un grado de masculinidad más bajo.

Aunque la desprotección social de los independientes es, en promedio, muy elevada, de manera marginal, son los jefes de hogar, más viejos, varones y relativamente más educados, quienes comienzan a mostrar interés por su afiliación a la seguridad social que, en este caso, debe hacerse de manera voluntaria por el mismo trabajador. El mayor porcentaje de hombres que exhiben los independientes afiliados frente a los no afiliados, se explica quizá porque las mujeres se preocupan menos de protegerse directamente contra los riesgos de maternidad que, a edades avanzadas es menor.

#### **2.2.4 Seguridad social, pobreza urbana y exclusión social**

Los bajos ingresos han sido el principal obstáculo para elevar la cobertura de la seguridad social, de tal manera y como ya se anotó, la tasa de cobertura del sistema de seguridad social varía con el tipo de empleo y el tipo de personal de la empresa: es mayor entre los asalariados que entre los independientes y mayor en el sector público y las empresas grandes que en las pequeñas. Pero en todos los casos, crece con el ingreso laboral mensual.

Para el total de trabajadores de las cuatro ciudades principales, esa cobertura pasa del 10.1% entre quienes devengan menos de medio salario mínimo, a 69.6%, para quienes devengan 10 o más salarios. Entre los trabajadores asalariados, pasa del 21.7% al 91.5%. Entre los independientes pasa del 6.6% al 50.6% (Anexo 3). Paralelamente, la preferencia por los seguros médicos privados sube también con el nivel del ingreso. Por ello, si una gran parte de los trabajadores independientes carece de seguridad social, ello se debe no solamente a que sean independientes sino, sobretodo, a que son pobres, al hecho de que, a falta de un patrón que cubra por ellos una parte considerable de las cotizaciones, no tienen ingresos suficientes para pagarlas.

Más que por los ingresos de cada trabajador, la pobreza se aprecia mejor a nivel de los hogares, por el ingreso per cápita de la familia.

En Colombia, los hogares urbanos pobres (ver Anéxo 4), son más grandes, tienen más niños, su participación laboral es menor, su desempleo mayor y cada ocupado sustenta un número mayor de personas. Paralelamente, sus trabajadores se concentran en empleos independientes y, cuando son asalariados, se concentran más en microempresas. Debido a ello, el porcentaje de hogares que dependen exclusivamente de trabajadores independientes

aumenta de manera directa con la pobreza: entre 17 y 19.5% en los 6 deciles más ricos; 27.8% en el decil 2, y 42.7% en el decil 1 (el más pobre) . La combinación de empleos de diversos tipos (asalariados y no, independientes y no) es también menor en los hogares más pobres (López, 1990).

### **2.2.5 Ciclo de vida laboral y seguridad social**

El ciclo de vida, que con la edad lleva a los trabajadores de empleos asalariados a los empleos independientes, tiene una primera consecuencia: disminuye, para los trabajadores activos la cobertura del sistema formal de seguros sociales a medida que aumenta la edad. La cobertura media en salud es del 50.5%. Para los menores de 20 años (que trabajan, en gran parte, en las microempresas) es sólo del 21%. Alcanza un máximo hacia los 26 años (59%) y mantiene este nivel hasta los 35 años (donde es cercana al 58%): en estas edades los trabajos asalariados ofrecidos por el sector formal de la economía son más significativos. Luego disminuye, a medida que los trabajadores se dedican a oficios independientes, llegando al 50% hacia los 49 años, al 47% hacia los 55 años y al 33% para los de más de 60 años (López, 1990).

### **2.2.6 Seguridad social y trabajadores urbanos independientes**

Hasta 1984, la afiliación de los trabajadores independientes venía siendo atendidos por el Instituto de Seguros Sociales (ISS), por intermedio de agremiaciones y en condiciones idénticas a las del personal asalariado. Un buen ejemplo es el de la ciudad de Medellín, reseñado por López 1990, donde el grueso de los pocos trabajadores independientes afiliados provenía del Sindicato de Choferes de Antioquia que, más que trabajadores por cuenta propia o pequeños propietarios, tenía afiliados a conductores de todo tipo, atraídos por las ventajas de la agremiación (trámites de licencias, servicios de la casa cárcel, etc.).

En 1984, el Instituto de Seguros Sociales abrió las puertas a los trabajadores independientes bajo nuevas condiciones: afiliación voluntaria, pero con la posibilidad de que las asociaciones ejerzan una función agrupadora, siempre que ello quede claramente establecido en sus objetivos sociales; exclusión de los riesgos de accidentes de trabajo y enfermedad profesional; limitaciones en la protección de enfermedad general por situaciones preexistentes en materia de salud; se estableció una base de cotización mínima equivalente a 1.5 veces el salario mínimo y una escala basada en ingresos presuntos, según los niveles cursados en educación superior.

Este programa fue sometido a reformas posteriores, pero en la preocupación por cubrir los trabajadores independientes, se deben explorar otras modalidades complementarias. Desde 1989, y con miras a una futura extensión al resto del país, viene ensayándose un modelo para la prestación, a todos los niveles, de servicios de medicina familiar, para los "cuenta propia" y sus familias.

En 1988 se modificaron algunas de las condiciones más restrictivas del programa de trabajadores independientes establecido en 1984. De un lado, al encargar a las seccionales de los trámites administrativos, se agilizó el proceso de afiliación. De otro, la modificación de la base de cotización para los aportes (se eliminaron los ingresos presuntos y se redujo la base de cotización al salario mínimo legal) con lo que disminuyó los costos para el usuario: la cotización mínima cayó, como porcentaje del salario mínimo legal, del 20% al 13.5%.

Como consecuencia de lo anterior, las afiliaciones de trabajadores independientes pasaron, a nivel nacional, de 1.447 a 17.153 entre junio de 1988 y junio de 1989 (oficina de Planeación del ISS-Bogotá, citado por López,1990). No obstante, la cifra sigue siendo mínima frente al universo (1.3 millones de trabajadores urbanos independientes), lo que significa que queda mucho por hacer.

No obstante las dificultades anteriores, las evidencias e intentos reseñados, estarían mostrando la potencialidad de afiliación del sector de independientes y "cuenta propia". De tal manera que el recién diseñado régimen subsidiado debe evaluar estas experiencias, dirigir el esquema institucional y sus recursos, para lograr una significativa afiliación entre estos segmentos de la población. De tal manera que se genere una cultura de la previsión y se movilicen ahorros de estos sectores hacia la previsión de la salud.

### **2.3 MONTO DE RECURSOS PARA LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y MECANISMOS DE FINANCIACION**

La ampliación de la cobertura a la familia, en el caso del régimen contributivo, se financiará con aportes compartidos entre el empleador y el trabajador, los cuales se aumentaron en el presente año en un 50%, ya que pasaron del 8% al 12% del salario del trabajador. En el caso de los trabajadores independientes con capacidad de pago, asumirán la totalidad del aporte sobre una base que depende de su actividad laboral.

Cuadro 2  
RECURSOS REGIMEN SUBSIDIADO, NUMERO DE BENEFICIARIOS Y  
RECURSOS DEL SUBSIDIO A LA OFERTA  
(UPC-S creciente) Millones \$/94

	1994	1995	1996	1997	1998	TOTAL 1995-1998
RECURSOS SUBSIDIO A LA DEMANDA 1/						
- Transferencias municipales	118,019	149,553	197,270	234,619	275,387	856,829
- Subcuenta de Solidaridad	111,700	198,765	313,063	304,620	336,575	1,153,024
- Imporenta Cusiana-Cupiagua	0	0	0	2,111	5,487	7,598
Total	229,719	348,318	510,333	541,351	617,449	2,017,451
Valor UPC-S (\$/94)		51,271	51,271	51,271	51,271	
% de la UPC-C		50.0%	52.5%	55.1%	55.1%	
BENEFICIARIOS (personas)		6,793,649	9,953,599	10,558,578	12,042,798	
OTROS RECURSOS PARA COMPLEMENTAR						
EL POS-S ---> Copagos (7.5%) 2/		26,124	38,275	40,601	46,309	151,309
RECURSOS SUBSIDIO A LA OFERTA	532,409	540,907	654,104	722,721	796,508	2,714,240
- SITUADO FISCAL (Niveles I,IIyIII)	343,280	343,280	343,280	308,952	274,624	1,270,136
- SITUADO FISCAL EXCEDENTE	12,058	12,057	114,676	204,087	294,798	625,618
- RENTAS TERRITORIALES(CEDIDAS)	177,071	185,570	196,148	209,682	227,086	818,486

Cálculos propios realizados de acuerdo con datos del Ministerio de Salud y Departamento Nacional de Planeación.

1/ Según cálculos para el Documento Conpes 2756/95

2/ Calculados como el 7.5% del total de recursos para subsidio a la demanda, interpretando lo establecido en el D.2491/94.

UPC: unidad de pago per cápita, S: subsidiada. C: contributiva.

CUADRO 3  
RECURSOS REGIMEN CONTRIBUTIVO Y NUMERO DE BENEFICIARIOS  
Millones \$/94

	1994	1995	1996	1997	1998	TOTAL 1995-1998
RECURSOS REGIMEN CONTRIBUTIVO	635,518	1,198,208	1,287,734	1,376,978	1,487,381	5,350,300
A.COTIZACION DE AFILIADOS-11%	635,518	1,145,116	1,209,243	1,270,914	1,349,710	4,974,983
a. Subcu.de compensación-10.2% (1)	589,299	1,061,835	1,121,298	1,178,484	1,251,550	4,613,167
- Incapacidades - 0.3%	17,332	31,230	32,979	34,661	36,810	135,680
b. Subcuenta de promoción-0.5%	28,887	52,051	54,966	57,769	61,350	226,136
Valor UPC-C (\$/94) (2)		102,542	102,542	102,542	102,542	
NUMERO DE BENEFICIARIOS (1)/(2)		10,355,085	10,934,972	11,492,654	12,205,198	
RECURSOS PARA COMPLEMENTAR EL POS (COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS)	-	53,092	78,491	106,064	137,671	375,317

Cálculos propios realizados de acuerdo con datos del Ministerio de Salud y Departamento Nacional de Planeación.

UPC: unidad de pago per cápita. C: contributiva.



Para la financiación del sistema subsidiado concurrirán recursos fiscales del orden nacional y territorial, se crea la subcuenta de solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía. El Fondo, a su vez, se alimenta de recursos del presupuesto general de la nación, de fuentes parafiscales, aportes del régimen contributivo y regalías, las que sólo serán significativas en 1997.

El régimen Contributivo contará en los cuatro años con \$5.35 billones de las cotizaciones, los copagos y las cuotas moderadoras, estos recursos se incrementan de \$636 mil millones en 1994 a 1.49 billones en 1998, lo cual representa pasar del 1.18% al 2.22% como proporción del PIB (ver Cuadro 3).

En tanto que el régimen subsidiado incluyendo los recursos de la oferta, pasarán de 762 mil millones (1.42% del PIB) en 1994 a \$1.4 billones (2.10% del PIB) en 1998 (Ver Cuadros 2 y 6). El régimen subsidiado se financia en un 23.4% con recursos del presupuesto nacional, en un 22% con contribuciones privadas (entre los que se encuentran un punto de cotización del régimen contributivo y los copagos), un 24.5% con las transferencias y participaciones municipales y un 30% con rentas cedidas (ver Cuadros 2 y 3).

### **2.3.1 La operatividad, la cobertura registrada e indicadores relacionados**

Si bien es un poco más fácil el funcionamiento del régimen contributivo, el subsidiado tiene dificultades de operación, así un informe reciente del DNP <sup>5</sup> da cuenta que solo han afiliado al 19% de los beneficiarios potenciales, concentrados en dos departamentos.

La cobertura de la seguridad social en la población ocupada en 1993 mostraba las siguientes cifras

---

<sup>5</sup> Según un reciente evaluación en 1995 sobre la Seguridad social en salud, esto ocurría con el régimen subsidiado, en tanto que sobre el contributivo se anotaba que ya estaban funcionando 17 EPS privadas y que el Instituto de Seguros Sociales, era la mayor EPS.

Cuadro 4  
Colombia: Cobertura de la seguridad social en la población ocupada,  
según posición ocupacional en 1993

POSICION OCUPACIONAL	POBLACION OCUPADA		
	TOTAL	AFILIADOS	%
Obreros y empleados del gobierno	1.126.197	819.032	72.7%
Obreros y empleados particulares	6.332.471	2.375.625	37.5%
Empleado doméstico	627.965	44.499	7.1%
Patrón empleador	530.244	72.563	13.7%
Trabajador cuenta propia	3.835.769	237.436	6.2%
Trabajador familiar sin remuneración	933.960	19.757	2.1%
<b>Total</b>	<b>13.386.606</b>	<b>3.568.912</b>	<b>26.7%</b>

Fuente: DNP, Sistema de indicadores sociodemográficos para Colombia, con base en la Encuesta Casen.

Cuadro 5  
Colombia: Indicadores seleccionados en 1993

Población total	----->	33.951.171	de habitantes
Población con NBI	----->	32.2%	== => 10.93 millones
Población en miseria	---->	13.5%	== => 4.58 millones
Proporción de población por estratos bajo-bajo (I), bajo (II) y medio-bajo (III), es decir pobres y medio bajo <sup>6</sup> .			
Población en estrato I y II	...	31.5%	== => 10.7 millones
Población en el estrato III	...	47.3%	== => 16.1 millones

Fuente: DNP, memoria para la elaboración del Sistema de indicadores sociodemográficos para Colombia, con base en la Encuesta Casen y la encuesta de hogares de septiembre de 1994.

Es de aclarar que fue necesario recurrir a estadísticas de diferentes años, haciendo el supuesto de que las proporciones no cambian significativamente en los años considerados.

<sup>6</sup> Según cálculos realizados por el DNP sobre la base de la Encuesta de Hogares de septiembre de 1994, extrapolada al resto del país (DNP,1995c). Para los ejercicios se ha supuesto que esas proporciones eran similares para el año de 1993.

## **CAPITULO III RESULTADOS Y ANALISIS**

Como consecuencia de la reforma en el sistema de salud, el régimen contributivo deberá afiliar entre trabajadores y beneficiarios aproximadamente a un 40% de la población total, que incluye la cobertura familiar y la atracción de los grupos con capacidad de cotizar, que actualmente no lo hacen. En tanto que, el régimen subsidiado afiliará a los grupos más pobres y vulnerables, sin capacidad para contribuir actualmente con el sistema, aproximadamente unos 12 millones de personas (DNP,1995a).

### **3.1 ESCENARIOS PARA AUMENTAR LOS BENEFICIARIOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO ENTRE 1995 Y 1998**

Dado el monto de los recursos señalados anteriormente, se puede afirmar que la crisis, expresada en bajas cobertura y poca eficiencia, podría ser más estructural que financiera. Por lo tanto, la importancia de simular diferentes situaciones, para darle la mejor utilización a los recursos existentes, en el marco de la reforma y de los instrumentos creados por la misma.

#### **3.1.1 Escenario 1: interpretación de la situación actual**

Aún cuando no hay proyecciones publicadas sobre la evolución del número de beneficiarios del régimen subsidiado, solo se ha estimado que en 1998 se cubrirán 12 millones de pobres y 14 millones del régimen contributivo (DNP,1995a). Sobre esta base se presenta un ejercicio realizado tomando como referencia la reglamentación existente y el monto de recursos que estaban proyectados al principio del presente año, según el presupuesto del Departamento Nacional de Planeación para el "Plan de Salud 1995-1998".

De acuerdo con los cálculos que se presentan en el Cuadro 2 y 6, en 1995 el régimen subsidiado cubriría 6.8 millones de personas, con una UPC subsidiada del 50% y en 1998 se cubrirán 12.0 millones de personas y una UPC del 50%. Con lo cual, en teoría, la mitad del plan obligatorio de salud que le corresponde a éste régimen, estaría financiado en. Siempre que haya efectividad en los recaudos fiscales y parafiscales. Por lo tanto, es muy importante el funcionamiento pleno de los mecanismos que diseñó la Ley 100, esto son el Fondo de Solidaridad, la Superintendencia de Salud y el Ministerio de Salud.

Según los cálculos que se presentan en el Cuadro 2, los beneficiarios del régimen subsidiado evolucionan así: 6.8 millones en 1995, 9.9 millones en 1996, 10.6 millones en 1997 y 12.0 millones en 1998, en el escenario 1; lo que representa cubrir la totalidad de los pobres existentes en el país, según los indicadores de pobreza (ver Cuadro 5).

Los grupos poblacionales del régimen subsidiado, recibirán un plan obligatorio de salud subsidiado (POS-S), el cual se acercará progresivamente al POS del régimen contributivo.

### **3.1.2 Escenario 2: adicionar los recursos de la oferta, al subsidio a la demanda. Salud para todos los pobres y sectores medios <sup>7</sup>**

Una alternativa, por lo menos teórica, es transferir los recursos de la oferta, de origen fiscal tanto nacional como territorial, para subsidiar la demanda <sup>8</sup>. Lo que implica de hecho una privatización en la prestación de los servicios asistenciales de salud (pero no la financiación), o al menos colocar a los servicios públicos en condiciones realmente competitivas. Este ejercicio evidencia la posibilidad de cubrir en 1998 con seguridad social en salud al total de la población pobre y al 90% del estrato medio bajo, que representan el 32 y 47% respectivamente, del total de la población colombiana. Para lo cual se afiliaría la población de éstos estratos, que cumplan la condición de no estar afiliados a algún sistema previsional; quienes constituyen realmente la población objetivo de la política de seguridad social en salud (ver Cuadro 6).

El esfuerzo de ampliar a estos niveles la cobertura se justifica teniendo en cuenta que los recursos del régimen subsidiado sumados los de la oferta se incrementan de manera sustancial, se duplican entre los años 1994 y 1998, ya que se generan nuevos recursos y se reorientan otros. Por lo tanto es necesario invertirlos en la mejor alternativa posible, con el objeto de ofrecer seguridad en salud al mayor número de colombianos pobres y medios.

En este escenario, se distribuye la totalidad de los recursos de la oferta y la demanda entre

---

<sup>7</sup> Para la elaboración de este escenario se tomaron algunas ideas del planteamiento elaborado por Caviedes D. Rafael, en Centro de Estudios Públicos,(1994).

<sup>8</sup> Corresponden a los recursos del situado fiscal, transferencias municipales y las rentas cedidas (de recaudo territorial), los cuales financian el funcionamiento de los servicios seccionales, hospitales y centros de salud públicos del territorio nacional. Es de aclarar, que aún quedan otros recursos como los de loterías, y otras transferencias municipales, que se destinan a "otras acciones de salud". Además existen recursos para prevención y promoción, que no se han considerado en el ejercicio.

la población pobre y de sectores medios bajos, la tasa de crecimiento poblacional es de 1.67%, se supone que el peso de los estratos en la población colombiana no se modifica en el mediano plazo (entre 1995 y 1998), se aumentan los copagos y se aplica un subsidio diferenciado. En los estratos I y II se subsidiaría el paquete de salud en un 81% y para los del estrato III en un 55%. De esta manera todos los colombianos pobres y de sectores medios bajos, tendrían acceso gradual a la seguridad social en salud entre 1995 y 1998.

Este acceso gradual implica recibir una canasta integral de atenciones, llamado Plan Obligatorio de Salud (POS), que cubre las atenciones del nivel primario, secundario y terciario, los medicamentos, curación odontológica, exámenes de diagnóstico y hospitalización; así como acciones de prevención y promoción, se excluyen el reconocimiento monetario en caso de incapacidad. Esta canasta básica la podrían recibir todos los del estrato I y II incluso en 1995 y la recibirían gradualmente los del estrato III, el 56% en 1996 y el 91% en 1998 (ver Cuadro 6).

Como se observa en el mismo cuadro, se estima que los pobres (estratos I y II), unos 9.6 millones de personas, que representan el 32% de la población y carecen de seguridad social en un 87%, estas personas podrían haber estado cubiertas en sutotalidad desde 1995, con un subsidio promedio del 81%. Los del estrato III, unos 11.1 millones, tendrían un subsidio máximo del 55%, quienes representan el 47% de la población y carecen de seguridad social en un 67%. Las simulaciones realizadas permiten estimar que la evolución de los recursos proyectados, alcanzarían para garantizarle la afiliación a los pobres, aún con el crecimiento vegetativo de la población.

Para el total de la población se puede comparar que con el escenario 1, el déficit de cobertura en 1998 sería del 34%, mientras que con el escenario 2, este se reduciría a la tercera parte, esto es al 11%, mostrando impacto en el total de la población, toda vez que los recursos se están focalizando hacia grupos que no sólo son los más desfavorecidos sino que representan la mayoría de la población colombiana, los estratos I, II y III que significan más de las tres cuartas partes (79%) de la población total (ver Gráfico 2).

Alcanzar la anterior cobertura, constituiría técnicamente, la mejor forma de asignar los recursos creados por la reforma a salud y podría estar demostrando que el problema es más institucional y operativo que de recursos financieros.

Cuadro 6

Escenario 2: TODOS LOS RECURSOS DE LA OFERTA SE ADICIONAN AL REG.SUBSIDIADO  
Y DEFICIT NACIONAL SEGUN TOTAL DE BENEFICIARIOS

	Poblacn* objetivo en1995 millons	EVOLUCION DE RECURSOS Y DE LA COBERTURA				
		1994	1995	1996	1997	1998
		Mill\$/94				
RECURSOS REG.SUBSIDIADO		229,719	348,318	510,333	541,351	617,449
RECURSOS SUBSI.OFERTA		532,409	540,907	654,104	722,721	796,508
TOTAL DE RECURSOS		762,128	889,226	1,164,437	1,264,071	1,413,956
Costo de atender estratosIyII			798,260	811,591	825,145	838,925
		millones de personas				
Estratos IyII (81% subsidio)	9.61		9.61	9.77	9.93	10.10
Estratos III (55% subsidio)	11.12		1.67	6.49	8.08	10.58
			15%	57%	70%	91%
Total de beneficiarios			11.28	16.26	18.01	20.68

\* sin seguridad social

Crecimiento poblacional del estrato III 11.12 11.31 11.50 11.69

## DEFICIT NACIONAL SEGUN TOTAL DE BENEFICIARIOS

millones de personas

Con escenario 1

BENEFICIARIOS Reg.contributivo	10.36	10.93	11.49	12.21
BENEFICIARIOS Reg.Subsidiado	6.79	9.95	10.56	12.04
Total beneficiarios	17.15	20.89	22.05	24.25
Total de la población	35.10	35.68	36.28	36.89
Deficit	17.95	14.80	14.23	12.64
" " (en %)	51%	41%	39%	34%

Con escenario 2

millones de personas

BENEFICIARIOS Reg.contributivo	10.36	10.93	11.49	12.21
BENEFICIARIOS Reg.Subsidiado	11.28	16.26	18.01	20.68
Total beneficiarios	21.64	27.20	29.50	32.89
Total de la población	35.10	35.68	36.28	36.89
Deficit	13.46	8.49	6.78	4.00
" " (en %)	38%	24%	19%	11%

Fuente: calculos propios con base en los cuadros anteriores.

### **3.1.3 Alternativas de seguridad social para los trabajadores independientes e informales pobres y sus familias <sup>9</sup>.**

Con el objeto de complementar la viabilidad del escenario 2, se analizan las características del empleo de la población económicamente activa, con el objeto de aportar elementos que permitan extender masivamente la seguridad social hacia los trabajadores informales pobres (urbanos y rurales) y sus familias. Esto es, trabajadores independientes ("cuenta propia" tanto informales como profesionales y técnicos de pocos recursos), asalariados y patronos de las microempresas, y servidores domésticas, que no dependen laboralmente de un patrono que les cofinancie la cotización, como lo establece la legislación colombiana.

La ampliación masiva de la cobertura hacia estos sectores de la población requiere de mecanismos flexibles e innovadores, dentro del marco de la reforma.

Si bien el objetivo del presente trabajo no es formular políticas sobre empleo o disertar sobre sus problemas estructurales, es importante entender algunas de sus particularidades para encontrar alternativas de afiliación a la seguridad social y su articulación con las demandas de salud, en relación directa con sus características demográficas.

De esta se desprende que la determinación de la población pobre beneficiaria del régimen subsidiado, se haría en consideración a su vinculación laboral y por el parentesco con el trabajador activo, más que por su estratificación según NBI o línea de pobreza.

#### **3.1.3.1 Reconsiderar el concepto de seguridad social**

La seguridad social en salud en el marco de la reforma no puede limitarse a amparar los trabajadores en una fase de su ciclo (en su fase salarial) sino que debe cobijarlos en su ciclo laboral completo (en sus fases asalariada y no asalariada). Bajo la condición de este reconocimiento previo, las modalidades de protección y de financiación de la seguridad social podrían así ser replanteadas radicalmente. De no adoptarse algún mecanismo se seguirá cubriendo a los trabajadores solamente durante una fase de su ciclo laboral, la fase asalariada.

Tratándose de dos fases distintas de un mismo ciclo laboral, la cobertura no podrá ser universal a menos que asalariados y no asalariados estén amparados por un único sistema,

---

<sup>9</sup> Desarrollado con base en los estudios de Carmelo Mesa-Lago, 1990 y López, 1990.

que cuando el trabajador pase a la fase informal o no asalariada, haya conciencia de la cotización para la protección de la salud y el subsidio contribuya, si su nuevo ingreso no le alcanza. Se podría viabilizar aunando recursos entre los que recauda el Fondo de Solidaridad, los aportes del presupuesto general de la nación, el situado fiscal, las transferencias a los municipios, los copagos, las rentas territoriales y parafiscales.

No obstante, la uniformación de los derechos exige una disyunción de casos. Resulta más viable universalizar la seguridad para enfermedad general y maternidad, donde la calidad de la atención debe ser única. Pero, dada la limitación de recursos, se excluyen las incapacidades, los accidentes de trabajo y enfermedad profesional, que requeriría otros mecanismos y otras fuentes de financiación.

Se necesita una mejor capacidad de control sobre las evasiones, que puede hacerse mediante una mejor coordinación con otras autoridades, como con el Plan Nacional de la microempresa. Además, son necesarias campañas educativas y de información, particularmente teniendo en cuenta que la desprotección está correlacionada, como se anotó, con el bajo nivel educativo y el desconocimiento de los trabajadores jóvenes de las microempresas en materia legal. Por otra parte, la sociedad debe hacer conciencia y el Estado promoverla, de que los empleos del sector informal deben internalizar en el precio de los bienes o servicios producidos, el costo de su seguridad en salud <sup>10</sup>.

Es cierto que existen algunas franjas reducidas de trabajadores independientes pudientes (patronos de empresas de todos los tamaños y capas selectas de "cuentas propias") que pueden ser cubiertas, y de hecho viene ocurriendo así en la práctica, por los seguros privados. Por encima de 2 salarios mínimos se encuentra un 55.5% de los empresarios y un 23.7% de los "cuentas propia" (López,1990). Su importancia relativa puede aumentar en el largo plazo con el desarrollo económico del país: sus ingresos son función de la masa salarial y por tanto de la expansión del PIB. Pero la gran mayoría es pobre y lo seguirá siendo por mucho tiempo. Por lo tanto deberá ser atendida con subsidios.

Por otra parte, la transición demográfica se encuentra en una fase avanzada por lo que disminuyen el tamaño de las familias, que ha hecho posible una reducción en los niveles de

---

<sup>10</sup> Al igual que con el costo de la pensión, constituyen parte fundamental de un ingreso digno para cualquier persona: o quizá con la lógica de la protección del medio ambiente, internalizando los costos.



pobreza urbana <sup>11</sup>. Pero esa transición tendrá efectos futuros para esa generación que pudo aumentar su ingreso presente con un número menor de hijos.

Con todo, y a pesar de la pobreza, parece existir una capacidad de ahorro en los sectores populares que puede movilizarse para financiar, en parte, estos programas.

### **3.2 ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

De acuerdo con los ejercicios realizados, el escenario 2, donde se transfieren los recursos de la oferta a la demanda, constituye técnicamente la mejor forma de asignar los recursos creados por la reforma al sector salud. Demuestra que el problema es más institucional y operativo que de recursos financieros.

Aunque este escenario constituye una simulación teórica, muestra la potencialidad de cobertura del mecanismo de financiación y del monto de los recursos, así como la bondad del mecanismo del subsidio a la demanda.

Por la naturaleza del ejercicio, en el escenario 2, no se consideran las resistencias gremiales y sindicales, así como los intereses políticos. Sin embargo ello no debería ser un obstáculo imposible de solucionar, en Colombia como en otros países de la región, hay ejemplos de privatización o modificación de mecanismos de financiamiento estatal o servicios públicos que se consideraban importantes para el bienestar de la población o para un mejor funcionamiento de la economía. Ejemplos son: la privatización de los puertos, la recolección de basuras, el mantenimiento de carreteras y la construcción de vivienda social, entre otros.

Se pueden simular otras posibilidades, moviendo los porcentajes del subsidio, afinando los cálculos de la proporción de población pobre que carece de seguridad social, haciendo seguimiento a nivel local de la evolución del empleo y de la distribución espacial de la población.

---

<sup>11</sup> "La acelerada disminución en el tamaño medio de los hogares en todos los deciles, en 1976-1986 que pasó de 6.50 a 5.40 personas por hogar en los cuatro deciles más pobres, fue un factor clave en la drástica disminución de la pobreza urbana." Marta Luz Henao y Oliva Sierra: Informe especial: La pobreza urbana en Colombia: evolución y características , en Perfil de coyuntura económica. No 6, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia y Revista Economía Colombiana, Contraloría General de la República, Bogotá, octubre de 1989, citado por López,1990.

Por otra parte y siguiendo la teoría económica, el cambio de énfasis de subsidiar la demanda en vez de subsidiar la oferta, así como la libertad de elección del usuario, promoverá la competencia entre entidades prestadoras de servicios, desarrollando lo que se puede denominar "el mercado social de la salud".

#### **CAPITULO IV. LOS OBSTACULOS O DESAFIOS FUTUROS**

Como nuevo proceso la reforma al sector salud implica muchos retos, desde la presente investigación se pueden anticipar algunas dificultades:

- Aquellos municipios menores de 20.000 habitantes, pueden no alcanzar el punto de equilibrio en las afiliaciones a las empresas promotoras de salud (EPS), por lo que necesitarían asociaciones de municipios para cubrir los riesgos que una atención integral requiere. Para el caso de áreas rurales alejadas, se necesitarían plusvalores o bonificaciones adicionales según las dificultades de acceso. Aunque, es de aclarar que la población del país que vive en esas condiciones es reducida y están consideradas en los estratos más pobres, por lo tanto el impacto sobre los recursos puede ser pequeño y no afectar significativamente las simulaciones realizadas.
- De acuerdo con el proceso de descentralización, el ejecutor final es la localidad, por lo tanto, el rol de los alcaldes es fundamental, implica mejor gestión y apropiarse de los mecanismos creados por la reforma. Además, se deben establecer sistemas de registro e información, que identifiquen a los potenciales beneficiarios de subsidios y permita hacer seguimiento a la evolución de la pobreza en su localidad.
- Para el funcionamiento del régimen subsidiado, es muy importante la focalización del subsidio y la organización operativa y financiera de los municipios. Para lo que se necesita capacitar los alcaldes y sus equipos de apoyo.
- Se debe garantizar la diversidad de entidades administradoras de los subsidios, que permita a los usuarios ejercer el derecho a la libre elección. Este es uno de los postulados de la reforma que promueve la eficiencia en la prestación de los servicios de salud.
- La contención de costos, es un aspecto crucial y permite la estabilidad del sistema y su viabilidad financiera. La cual se puede lograr, mediante el fomento de la competencia

entre las instituciones prestadoras de servicios y la regulación de la unidad de pago per cápita. Así como en el fortalecimiento de un sistema de tarifas racional, partiendo de las tarifas del seguro obligatorio de accidentes de transporte (SOAT), que ha venido funcionando relativamente bien. Estas tarifas se aplicaría a las instituciones de salud que atiendan los afiliados del régimen subsidiado y contributivo.

- Teniendo en cuenta que de la población asalariada, un reducido porcentaje esta afiliado a la seguridad social, se debe aplicar las normas que hacen obligatorio la afiliación, de tal manera que se reduzca significativamente la evasión.
- Se debe regular la unidad de pago per cápita, de acuerdo a la evolución del perfil epidemiológico, la estructura de edades y la transición demográfica. Igualmente debe contribuir a impedir la elevación de costos de las intervenciones.

Todo esta estructura requiere del funcionamiento pleno de los mecanismos de la reforma al sector de la salud, esto es, el Fondo de Solidaridad, la Dirección de Seguridad Social, la Superintendencia de Salud y el Ministerio de Salud.

Futuros desarrollos sobre el tema deberán construir escenarios y pruebas de sensibilidad, en los que se simulen los recursos del sistema, de acuerdo a las proyecciones sobre el desempeño de la economía en relación directa con la generación de empleos.

## **CAPITULO V            CONCLUSIONES**

La mejor solidez financiera del sistema y el aumento de recursos para la universalización de la seguridad social en salud, depende finalmente de: la elevación sostenida del ingreso nacional per cápita, de que se logre crecer con equidad, del incremento de la competitividad de la economía; pero sobre todo, de que se aumente el empleo productivo y se formalicen las actividades económicas.

La variable empleo juega un papel central en este proceso, porque el sistema se apoya financieramente en las cotizaciones que dependen del salario, es decir del nivel y calidad del empleo, particularmente del sector formal existente en el país.

De esta manera, el nivel de empleo del país y la mayor formalización de la economía, darán

más solidez financiera al sistema de previsión en salud; toda vez que las actividades de microempresarios y de la pequeña empresa se logren modernizar, haciendo crecer el sistema contributivo, mediante la creación de la cultura de la previsión, con un plan de estímulos y subsidios adecuados.

Teniendo en cuenta que el sistema de salud de un país se debe entender como la suma de los factores que condicionan el proceso de la salud y la enfermedad: las condiciones socioeconómicas, el medio ambiente, el comportamiento social e individual, las condiciones biológico-genéticas de la población. Es indudable que la organización de los servicios de salud y la asignación de los recursos, contribuye decisivamente a una vida saludable y prolongada.

Alcanzar la cobertura del escenario 2, adicionando los recursos de la oferta al régimen subsidiado, constituiría técnicamente, la mejor forma de asignar los recursos creados por la reforma al sector salud y demuestra que el problema es más institucional y operativo que de recursos financieros. Sí bien constituye una simulación teórica, con muchos obstáculos gremiales y que depende de la voluntad política, muestra la potencialidad de cobertura que se alcanzaría con los actuales recursos y podría servir para fijarle metas de atención integral a los servicios de salud públicos.

Agudizando el análisis, sobre las características del empleo y la seguridad social, se podría concluir que sí toda la población económicamente activa pobre, fuera asalariada, cotizarán a la seguridad social en salud, o si los trabajadores independientes y "cuenta propia", pudieran cotizar o se les estimulará a ello, con un mecanismo progresivo de subsidios, junto al funcionamiento de la cobertura familiar, posiblemente no sería necesario la actual infraestructura de hospitales y centros de salud públicos, a menos que se dejarán funcionando para los indigentes, desamparados y discapacitados, que representan un bajo porcentaje en la población colombiana. De ahí la importancia del seguimiento a la evolución del empleo y el control de la evasión.

Los mecanismo de focalización de subsidios debe ser coyuntural y flexible, para adaptarse a la evolución de la situación que se desea resolver, es decir, la interacción del régimen subsidiado y el contributivo, es dinámica y requiere ajustes puntuales en su desarrollo.

Lo anterior y el impulso de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, mediante campañas preventivas y realización de diagnósticos, se determinará la demanda agregada por servicios de salud (curativos y preventivos) para los próximos años. Lo que

exigiría adaptar la oferta de servicios a la evolución del perfil epidemiológico, al avance de la transición demográfica y la ocupación de la población, especializándose en determinadas áreas, tales como la salud de adultos y la salud ocupacional.

## **CAPITULO VI      RECOMENDACIONES**

De acuerdo con el anterior análisis y las simulaciones realizadas, se plantean las siguientes recomendaciones:

- Es deseable revisar el monto de los copagos, con la intención de aumentarlos racional y progresivamente, de acuerdo con la evolución del ingreso y del empleo. Según las encuestas de hogares, la gente pobre gasta una porción importante de sus pocos recursos en atención de salud, por lo tanto si se les estimula adecuadamente, con la asignación del subsidio, podrían cotizar periódicamente o hacer pagos en el momento de las intervenciones, como ocurre actualmente.
- Coordinar con otras entidades ejecutoras de la política social del gobierno nacional y local, sobre la identificación de beneficiarios de subsidios y así poder focalizar mejor las acciones.
- Es necesario crear un mecanismo regulatorio y de supervisión, que mediante una reglamentación impida excesos de las entidades administradoras de los subsidios.
- Sería deseable establecer un subsidio parcial a la cotización, en el caso de los desempleados de los sectores pobres y medios.
- Hacer mayor difusión de la reforma a la salud, e informar a la ciudadanía sobre sus derechos y responsabilidades como cotizantes y usuarios de los servicios de salud, mostrando la importancia de fortalecer la seguridad social en salud.
- Es necesario advertir que es necesario destinar una partida para los indigentes, y los desempleados que no queden carnetizados.
- Para el caso de los llamados "cuenta propia" o del sector informal, a quienes se les deberá hacer seguimiento de la asignación del subsidio, creando la cultura de la previsión,

mediante estímulos y acciones compulsivas <sup>12</sup>. Así como subsidiarles una parte de la afiliación o de la intervención en caso de una eventualidad de salud.

### **Para el régimen Contributivo**

- Fortalecer la vigilancia sobre el cumplimiento de las normas sobre Plan Obligatorio de Salud que ofrecen las empresas promotoras de salud (EPS) y regular los planes complementarios en función del plan obligatorio de salud, evitando que se relegue éste último.
- Descentralizar el Instituto de Seguros Sociales, definir su papel frente al Sistema de Seguridad Social en Salud, incluyendo su descentralización a nivel departamental o municipal de acuerdo con las economías de escala, que se puedan constituir según la población afiliada.
- Diseñar e implementar un plan antievasión y antielusión, en consideración a la dinámica del empleo, en coordinación con los programas de apoyo a la microempresa y a la economía informal.

### **Para el régimen Subsidiado y trabajadores independientes**

- Aunque los trabajadores por "cuenta propia" trabajan para mercados atomizados, muchos laboran, de hecho, para grandes firmas: distribuidores y vendedores de prensa, de loterías, grupos asociativos que trabajan en el mantenimiento de la red vial, microempresas familiares satélites de grandes consorcios, campesinos parcelarios que producen para grandes cooperativas, entre otros. Para éstos grupos la seguridad social en salud podría efectuarse a través de cotizaciones globales del conjunto de empresas de cada rama, que cubran el aporte obrero patronal y que se calcularían, para cada una, en función de las ventas. Aunque podrían buscarse acuerdos voluntarios con esas empresas, lo ideal sería que la afiliación de los trabajadores tuviera un carácter obligatorio previa reglamentación.
- Igualmente, debería haber obligatoriedad de la afiliación de otros grupos específicos de trabajadores independientes relativamente organizados: caso de los vendedores de plazas

---

<sup>12</sup> Las acciones compulsivas, consistirían en hacer obligatoria la afiliación a algún sistema de salud, para situaciones como obtener licencia de conducción, pasaporte, estudiar, así como para acceder a un crédito, en el caso de la microempresa. Similar como ocurre en los Estados Unidos con el Security Health.

de mercado. Las entidades municipales que regulan esas actividades, deberían coordinar la recaudación de las cotizaciones de esos trabajadores, junto con las cuotas de servicios generales, además el cumplimiento de tales aportes sería condición para la conservación de la licencia de funcionamiento de cada vendedor.

- Agilizar el proceso de afiliación al Régimen Subsidiado, e impulsar la conformación de empresas administradoras de los subsidios, bien sean empresas promotoras públicas, mixtas o privadas.
- Considerar las diferencias demográficas entre afiliados y no afiliados, para formular políticas de seguridad social en salud y asignación de subsidios.
- Informar a los beneficiarios sobre las entidades administradoras del Régimen Subsidiado y promover la libre elección.
- Es necesario adoptar mecanismos o incentivos adecuados que induzcan a las EPS a afiliarse a la población pobre y prestar adecuadamente el plan obligatorio de salud, impidiendo la selección adversa.
- Brindar asistencia técnica a las entidades territoriales para que promuevan la afiliación al régimen subsidiado.

Finalmente, para asegurar la viabilidad de la reforma a la salud en Colombia y particularmente, ampliar la cobertura y alcanzar eficiencia en la prestación del servicio, se deberá moderar o impedir el aumento de los costos, mantener la regulación sobre los instrumentos centrales de la reforma, elevar la calificación de los recursos humanos vinculados a la salud y aumentar la capacidad institucional. Es evidente que la organización de los servicios de salud y una mejor asignación de los recursos, de acuerdo a los instrumentos analizados, contribuyen decisivamente a una vida saludable y prolongada.

## BIBLIOGRAFIA

- Uthoff, Andras (1990), *Población y Desarrollo en el Istmo Centroamericano*.
- Centro de Estudios Públicos, (1994), *La salud en Chile*, Santiago.
- CEPAL, (1992), *Equidad y Transformación Productiva: un Enfoque Integrado*, Santiago.
- Cepal, (1990) *Transformación Productiva con Equidad*.
- Colegio Médico de Chile, (1994), Cuadernos Médico sociales, Santiago.
- DANE, (1995), Tabulados de las Encuestas de Hogares, mimeo.
- Departamento Nacional de Planeación,(1995a), Documento Conpes 2756 Minsalud-DNP, Santafé de Bogotá, enero 11 de 1995.
- -----,(1995b), *El Salto social*, Santafé de Bogotá.
- -----,(1995c), *Sistema de indicadores sociodemográficos para Colombia*, Santafé de Bogotá.
- Documento CONPES (memoria) - Ministerio de Salud-DNP:UDS-DISAL Santafé de Bogotá, D.C., Octubre 25 de 1995
- Faroop, G. (1989), *Población y empleo en países en desarrollo*.
- Fischer Ronald, 1995, *Isapres: problemas del sistema*, en Economía y Gestión 1 de septiembre de 1995, Santiago de Chile.
- Jaramillo P. Ivan, (1995), *El futuro de la salud en Colombia*, Fescol 2a edición, Santafé de Bogotá
- López C. Hugo, (1990), *Trabajadores urbanos independientes, ciclo de vida laboral y*



*seguridad social en Colombia*, Instituto de Seguros Sociales - CIE Universidad de Antioquia.

- Mesa-Lago Carmelo, (1990a), *La seguridad social y el sector informal*, Prealc, Santiago de Chile.
- -----, (1990b), *Más allá de la regulación, el sector informal en América Latina*, Prealc, Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud, 1994, *Etatuto orgánico de salud*, Santafé de Bogota.
- OEA (1974), *Lineamientos para alcanzar el mayor empleo y crecimiento en A.Latina*, Washintong.
- OIT, (1994), *Población y empleo, dos elementos indisociables*, Ginebra.
- OPS-CEPAL, 1994, *Salud, Equidad y Transformación Productiva en América Latina y el Caribe*.
- OMS, Foro Mundial de la Salud, Revista internacional de desarrollo sanitario, Volumen 15 número 4 1994
- Pontificia Universidad Catolica de Chile, (1995), *La salud en Chile: desafios y oportunidades*, Cuadernos de Economía, año 32 No. 95, Santiago.

# Esquema de la Reforma a la salud

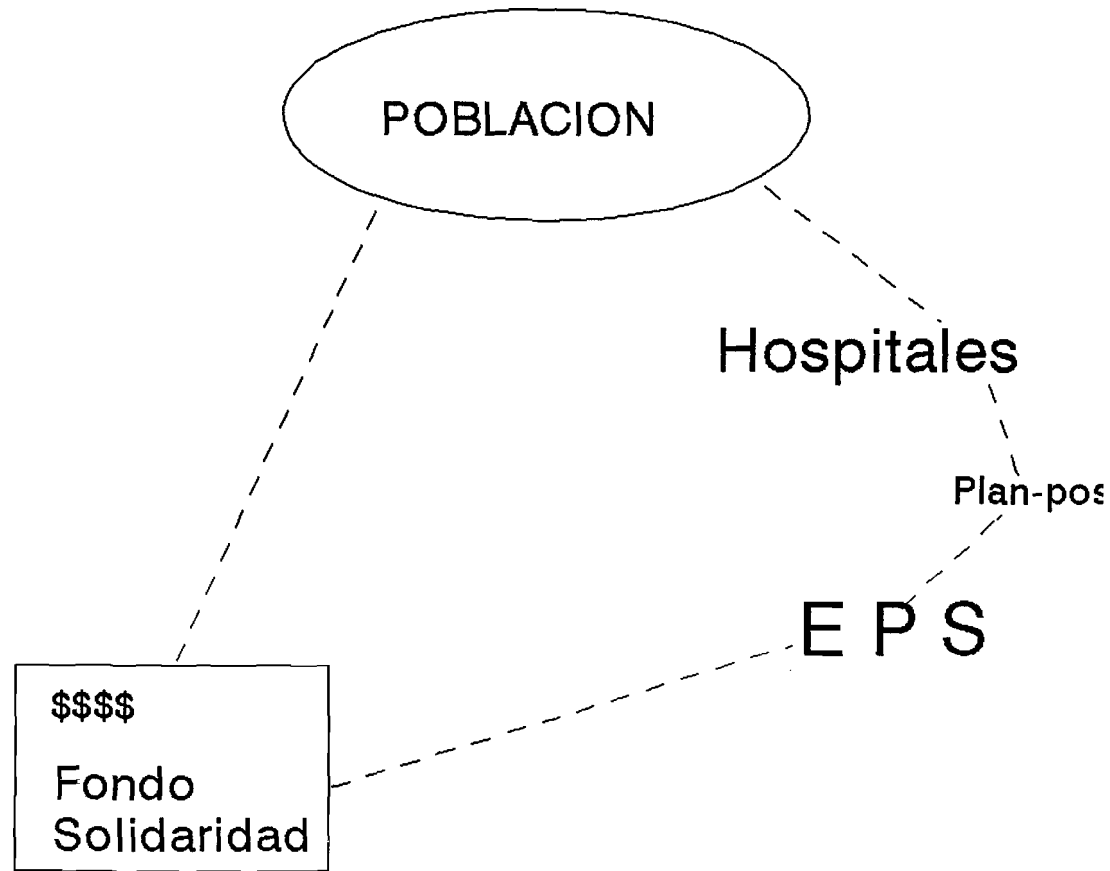
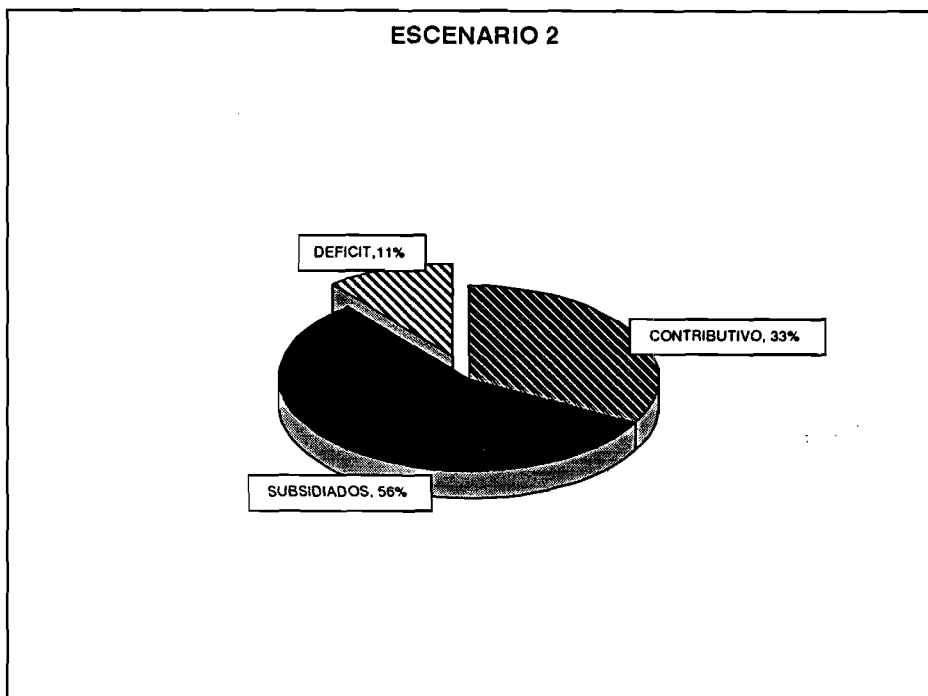
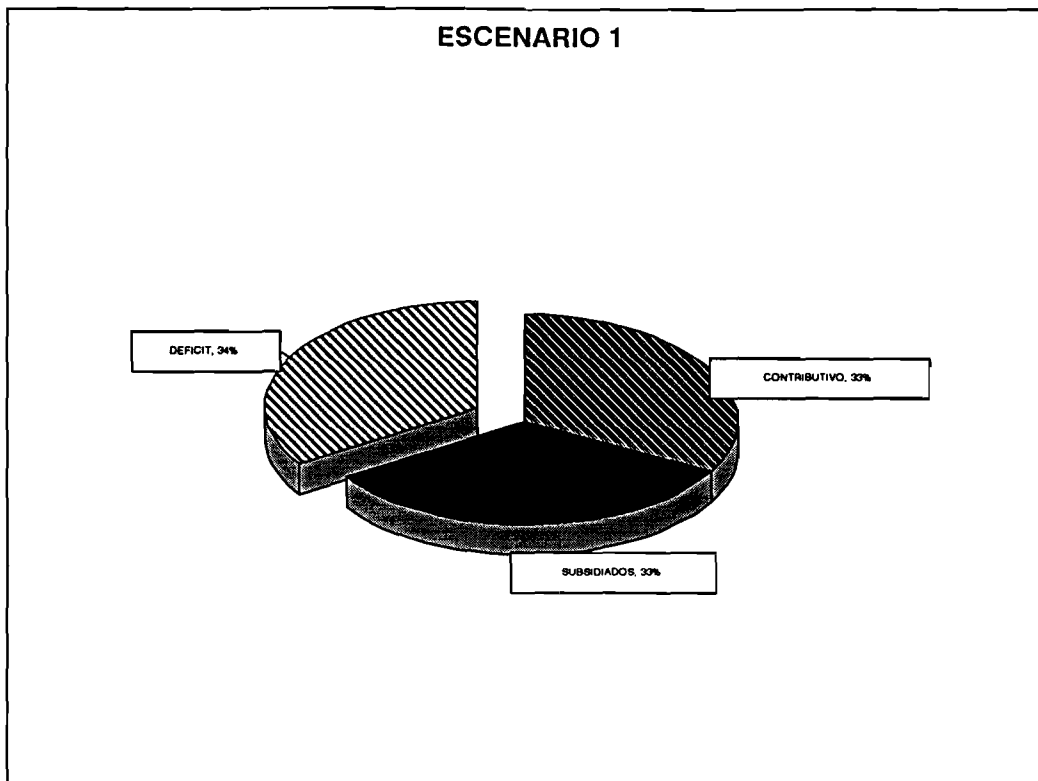


Grafico 1

Grafica 2  
COMPARACION ESCENARIOS 1 vs 2, en 1998, total país.  
Mayor cobertura a los pobres y sectores medio-bajos,  
menor déficit de atención, en el escenario 2



Anexo 1

EVOLUCION DE LA COBERTURA DE LA SEGURIDAD SOCIAL POR TIPOS DE EMPLEO Y CANALES

(Cuatro áreas metropolitanas principales, junio de 1988)

	GRADO DE COBERTURA DE LOS DISTINTOS SUBSISTEMAS (%)									
	ISS/Cajanal		Caj Compens		Seg Med Pr.		No sabe cual		Total afiliado	
	84	88	84	88	84	88	84	88	84	88
<b>A. EMPLEO ASALAR.</b>	65.5	62.3	2.6	2.5	4.1	4.2	0.2	0.8	72.4	69.9
1. Microempresas	32.8	32.2	0.4	0.6	2.6	3.0	0.5	1.7	36.2	37.5
2. Med. y grand. empres	79.0	77.0	1.7	1.5	2.3	2.7	0.2	0.5	83.2	81.7
3. Gobierno	79.6	78.3	8.8	9.9	11.8	11.8	0.0	0.0	100.0	100.0
<b>B. EMPLEO INDEPEND.</b>	7.0	8.6	0.8	0.6	3.9	5.1	0.1	0.8	11.6	15.2
1. Cuentas propias	4.7	5.5	0.4	0.4	2.9	3.6	0.1	0.7	8.2	10.1
a. Informales	4.2	4.5	0.4	0.4	2.1	2.8	0.1	0.7	6.8	8.3
b. Prof y técn Indep.	11.8	18.9	0.8	0.7	12.7	13.2	0.0	0.3	25.4	31.2
2. Patronos	19.4	20.2	1.2	1.4	9.4	10.5	0.3	1.5	30.3	33.7
a. Microempresarios	16.5	16.2	0.7	1.1	8.5	9.4	0.2	1.8	25.9	28.4
b. Medianos y grandes	33.7	43.4	3.5	3.4	13.8	17.4	0.5	0.0	51.5	64.2
<b>C. OTROS EMPLEOS</b>	4.9	7.6	0.1	0.5	3.9	3.8	0.3	0.7	9.3	12.6
a. Serv doméstico	5.4	10.0	0.1	0.1	5.2	3.9	0.4	0.8	11.0	14.5
b. Ayud familiares	4.0	2.0	0.3	1.5	1.3	3.7	0.0	0.9	5.7	8.2
<b>D. TOTAL EMPLEO</b>	42.6	42.0	1.7	1.8	4.0	4.5	0.2	0.8	48.6	49.1

	ESTRUCTURA DE LA AFILIACION DE C/SUBSISTEMA (% v erical)									
	ISS/Cajanal		Caj Compens		Seg Med Pr.		No sabe cual		Total afiliado	
	84	88	84	88	84	88	84	88	84	88
<b>A. EMPLEO ASALAR.</b>	94.0	92.5	90.0	87.6	62.2	59.2	67.4	62.4	91.1	88.8
1. Microempresas	13.8	15.9	4.1	7.1	11.6	13.8	39.9	43.1	13.4	15.8
2. Med. y grand. empres	59.7	58.3	31.8	25.9	18.4	19.5	27.5	19.2	55.2	53.0
3. Gobierno	20.5	18.2	54.1	54.4	32.3	25.8	0.0	0.0	22.6	18.9
<b>B. EMPLEO INDEPEND.</b>	5.0	6.1	9.3	10.1	29.1	34.0	20.5	31.1	7.2	9.2
1. Cuentas propias	2.8	3.0	6.1	5.1	18.1	18.9	14.9	19.0	4.3	4.8
a. Informales	2.3	2.3	5.3	4.3	12.1	13.4	14.9	18.3	3.3	3.6
b. Prof y técn Indep.	0.5	0.7	0.9	0.8	6.0	5.5	0.0	0.7	1.0	1.2
2. Patronos	2.1	3.1	3.2	5.0	11.0	15.1	5.8	12.1	2.9	4.4
a. Microempresarios	1.5	2.1	1.6	3.2	8.2	11.4	3.7	12.1	2.1	3.1
b. Medianos y grandes	0.6	1.0	1.6	1.8	2.8	3.7	1.9	0.0	0.9	1.2
<b>C. OTROS EMPLEOS</b>	1.0	1.4	0.7	2.4	8.7	8.8	12.2	8.6	1.7	2.0
a. Serv doméstico	0.8	1.3	0.2	0.3	7.7	4.8	12.2	3.8	1.4	1.6
b. Ayud familiares	0.3	0.1	0.5	2.1	0.9	2.0	0.0	2.8	0.3	0.4
<b>D. TOTAL EMPLEO</b>	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

	INCREMENTO 1984-1986							TASA CREC ANUAL		
	Incremento		Distribucion Incremento x canales					%		
	Miles	% vert.	ISS/CN	CC	SMP	No sabe	Tot	ISS/CN	SMP	Tot
<b>A. EMPLEO ASALAR.</b>	235.6	77.6	82.0	3.9	8.4	5.8	100	3.9	6.1	4.3
1. Microempresas	82.9	27.3	75.8	2.9	9.7	11.8	100	8.0	12.3	9.4
2. Med. y grand. empres	130.2	42.9	90.1	0.1	7.0	2.9	100	3.7	9.2	3.9
3. Gobierno	22.5	7.4	59.1	29.6	11.3	0.0	100	1.3	1.6	1.7
<b>B. EMPLEO INDEPEND.</b>	56.9	18.7	50.2	2.8	33.7	13.3	100	9.9	11.7	11.7
1. Cuentas propias	22.8	7.5	43.2	0.3	36.9	19.7	100	6.3	8.6	8.3
a. Informales	16.4	5.4	32.3	0.3	41.4	28.1	100	4.3	10.3	7.9
b. Prof y técn Indep.	6.3	2.1	71.4	0.5	25.1	3.0	100	13.9	5.1	9.6
2. Patronos	34.2	11.3	54.9	4.5	31.6	9.0	100	14.3	16.4	16.2
a. Microempresarios	25.1	8.3	49.3	4.9	33.1	12.7	100	13.5	16.8	16.7
b. Medianos y grandes	9.1	3.0	70.4	3.5	27.4	-1.3	100	15.9	15.3	15.0
<b>C. OTROS EMPLEOS</b>	11.2	3.7	75.4	10.1	4.5	10.0	100	13.4	1.2	10.0
a. Serv doméstico	8.9	2.9	113.3	0.7	-17.7	3.7	100	19.9	-4.7	9.9
b. Ayud familiares	2.3	0.7	-74.8	47.1	92.7	34.9	100	-15.7	30.3	10.2
<b>D. TOTAL EMPLEO</b>	303.7	100	75.8	3.9	13.0	7.3	100	4.3	7.5	4.9

Fuente: DANE, Encuestas de hogares, cuatro áreas metropolitanas principales, junio/1988, y López, 1990.

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS COMPARATIVAS DE LOS TRABAJADORES  
CUBIERTOS Y NO CUBIERTOS POR LA SEGURIDAD SOCIAL

(Cuatro áreas metropolitanas principales, junio de 1988)

	Trabajadores cubiertos por la seguridad social							Trabajadores no cubiertos por la seguridad social						
	Distib %	Edad años	Homb %	Jefes %	Casad %	Educ años	Resid urb años	Distib %	Edad años	Homb %	Jefes %	Casad %	Educ años	Resid urb años
<b>A. Asalariados</b>	88.8	33.4	60.0	45.1	42.3	9.7	23.0	36.9	29.2	70.4	36.4	24.1	7.2	19.9
1. Microempresas	15.8	31.3	57.5	36.0	29.8	8.6	22.0	25.5	28.9	70.3	35.4	22.8	6.9	19.9
2. Med y grand	53.0	32.6	61.8	46.5	41.2	9.4	22.6	11.4	29.7	70.8	38.7	26.9	7.8	20.0
3. Sector público	19.9	37.1	57.4	51.5	55.1	11.4	24.7	0.0						
<b>B. Independientes</b>	9.2	43.1	74.6	67.6	64.6	10.8	29.6	49.6	40.0	65.2	58.6	46.3	7.0	25.7
1. Cta propia	4.8	42.4	69.6	61.5	56.9	9.8	28.9	41.2	39.6	62.8	55.6	43.8	6.7	25.5
a. Informales	3.2	43.9	71.5	67.6	59.2	6.9	28.7	37.5	40.1	62.6	56.4	43.2	5.9	25.5
b. Prof y téc	1.6	39.6	65.7	49.2	52.3	15.5	29.5	3.7	35.2	64.3	47.9	50.3	14.9	25.7
2. Patronos	4.4	43.8	80.1	74.3	73.1	11.9	30.2	8.3	42.0	77.1	73.4	58.8	8.5	26.6
a. Microemp	3.1	43.2	79.6	73.8	73.1	11.6	29.6	7.6	42.1	77.5	73.8	57.7	8.2	26.7
b. Med y grand	1.2	45.5	81.5	75.5	73.2	12.7	31.8	0.7	41.6	72.1	69.8	72.1	11.9	25.7
<b>C. Otros empleos</b>	2.0	34.7	13.2	8.8	16.7	5.7	17.8	13.6	27.8	12.8	5.8	14.3	5.4	14.0
1. Svicio dóm	1.6	34.9	11.3	9.5	6.9	4.8	15.8	9.2	27.3	3.4	7.6	5.5	4.6	11.5
2. Ayud fliares	0.4	34.2	20.9	5.7	56.2	9.1	25.8	4.4	28.9	32.7	2.1	32.7	7.3	19.1
<b>D. Total</b>	100	34.3	60.4	46.5	43.8	9.7	23.5	100	34.3	60.0	43.3	33.8	6.8	22.0

Fuente: DANE, Encuestas de hogares, cuatro áreas metropolitanas principales, junio/1988, y López, 1990.

## SEGURIDAD SOCIAL E INGRESOS LABORALES DE LOS TRABAJADORES

(Cuatro áreas metropolitanas principales, junio de 1988)

## TRABAJADORES CUBIERTOS POR SEGURIDAD SOCIAL (% c/casilla)

	Ingreso mensual de trabajo en salarios mínimos									
	Menos de 0.5	de 0.5 a 0.95	de 0.95 a 1.05	de 1.05 a 2.0	de 2 a 3	de 3 a 4	de 4 a 5	de 5 a 10	10 y más	Total
<b>A. Asalariados</b>	21.7	27.2	67.2	72.2	84.3	88.7	89.8	90.9	91.5	89.3
1. Microempresas	9.8	14.0	45.1	41.1	45.6	56.3	51.2	69.3	42.6	37.0
2. Med y grand	40.3	44.4	80.0	84.5	88.5	86.7	96.1	89.0	93.2	81.4
3. Sector público	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>B. Independientes</b>	6.6	5.2	7.2	10.1	18.9	28.2	33.5	40.9	50.6	13.9
1. Cta propia	5.7	4.0	7.5	8.4	14.9	23.2	37.1	34.9	32.2	9.8
a. Informales	5.4	3.9	7.7	7.7	13.5	14.9	30.1	20.5	29.3	7.5
b. Prof y téc	13.3	9.0	0.0	15.4	22.4	39.7	44.7	49.9	37.9	27.9
2. Patronos	21.9	22.3	3.2	17.5	28.5	35.0	28.4	47.2	60.0	30.9
a. Microemp	14.9	21.0	3.5	15.6	24.5	30.9	29.0	42.0	55.8	26.2
b. Med y grand	84.4	43.0	0.0	51.3	62.7	64.8	0.0	62.9	67.9	62.5
<b>C. Otros empleos</b>	4.7	9.8	8.4	21.1	30.1	21.1	11.5	23.4		14.6
<b>D. Total</b>	10.1	16.0	60.0	55.3	67.8	65.0	64.5	70.4	69.6	50.4

## TRABAJADORES CON UN SEGURO MEDICO PRIVADO (% c/casilla)

	Ingreso mensual de trabajo en salarios mínimos									
	<0.5	de 0.5 a 0.95	de 0.95 a 1.05	de 1.05 a 2.0	de 2 a 3	de 3 a 4	de 4 a 5	de 5 a 10	10 y más	Total
<b>A. Asalariados</b>	2.0	1.6	1.6	4.0	5.9	7.5	7.2	11.8	7.9	4.1
1. Microempresas	1.4	0.9	1.4	3.2	5.2	7.2	7.8	19.1	0.0	2.8
2. Med y grand	3.8	2.2	1.3	2.1	3.4	4.4	6.0	8.1	6.6	2.6
3. Sector público	0	10	8	13	10	13	9	15	13	12
<b>B. Independientes</b>	2.0	1.1	1.3	3.5	5.6	8.8	16.7	16.2	21.7	4.7
1. Cta propia	1.8	1.0	1.4	3.2	5.3	7.3	20.3	13.2	14.1	3.4
a. Informales	1.6	0.7	1.5	2.7	3.9	5.7	13.2	10.1	17.1	2.5
b. Prof y téc	4.9	9.0	0.0	8.5	12.4	10.5	28.0	16.4	7.9	11.0
2. Patronos	6.1	2.7	0.0	4.7	6.0	10.7	11.4	19.4	25.6	10.2
a. Microemp	6.8	2.9	0.0	4.3	4.6	9.3	11.7	21.4	24.0	9.1
b. Med y grand	0.0	0.0	0.0	11.7	18.5	21.0	0.0	13.1	28.6	17.3
<b>C. Otros empleos</b>	1.3	2.5	2.0	5.5	11.8	4.3	3.5	0.0		3.9
<b>D. Total</b>	2.0	1.5	1.6	4.0	5.9	7.9	7.8	13.5	15.3	4.2

Fuente: DANE, Encuestas de hogares, cuatro áreas metropolitanas principales, junio/1988, y López, 1990.

**CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS Y LABORALES  
DE LOS HOGARES SEGUN DECILES DE INGRESO PER CAPITA**

(Cuatro áreas metropolitanas principales, junio de 1988)

Deciles ingreso per cápita	variables socioeconómicas por hogar						% hogares c/decil según sus trabajadores sean:					
	1 Ingres sal mín	2 Pers. por Hogar	3 % pobl menor 12 años	4 Tasa partic. %	5 tasa desempl %	6 tasa depend pers/ocup	7 Todos asalari	8 todos no asalari	9 combin asal y no asal	10 todos indep	11 todos no indep	12 combin indep y no indep
1	0.8	5.7	36.5	49.6	24.2	4.2	44.2	49.7	6.1	42.7	47.2	10.1
2	1.3	5.2	33.0	50.1	18.5	3.7	56.0	33.4	10.5	27.8	59.6	12.7
3	1.7	5.0	29.7	54.3	16.4	3.2	58.5	24.1	17.4	20.1	62.1	17.8
4	2.1	4.9	25.6	54.8	13.1	2.8	54.9	25.1	20.0	22.2	58.4	19.4
5	2.4	4.5	22.1	57.8	13.2	2.6	60.5	21.6	17.9	18.3	64.4	17.2
6	2.8	4.4	21.4	60.7	9.5	2.3	56.9	22.7	20.5	18.8	60.9	20.4
7	3.6	4.5	17.4	62.6	8.7	2.1	53.7	21.8	24.6	17.2	58.8	24.0
8	4.0	3.8	15.5	65.5	6.2	1.9	55.1	23.6	21.3	19.2	61.9	18.9
9	5.8	3.8	15.9	67.3	5.1	1.9	48.8	24.3	26.9	18.1	59.8	22.1
10	12.9	3.5	13.5	69.2	2.4	1.7	40.6	27.7	31.7	19.5	52.5	27.9
Total	3.5	4.5	24.1	58.2	11.6	2.6	52.7	29.4	17.9	24.4	58.0	17.6

Fuente: DANE, Encuestas de hogares, cuatro áreas metropolitanas principales, junio/1988, y López, 1990.

Notas: las cifras para el total de hogares incluyen los casos sin información que no pudieron ubicarse en ningún decil. Los deciles se establecieron según el ingreso total per cápita. 1) Comprende ingresos laborales (de ocupados) y no laborales (de ocupados, desocupados e inactivos). 2) Las personas por hogar incluyen el servicio doméstico. 3) Población menor de 12 años, 4) Población económicamente activa sobre población de 12 años o más. 5) desempleados /PEA. 6) Personas en el hogar por ocupado. 7) porcentaje de los hogares de cada decil donde todos los trabajadores son obreros o empleados asalariados. 8) Porcentaje de los hogares de cada decil donde todos los trabajadores son distintos a obreros y empleados asalariados. 9) Porcentaje de los hogares de cada decil que combinan asalariados y no asalariados. 10) Porcentaje de los hogares de cada decil donde todos los trabajadores son independientes. 11) Porcentaje de los hogares de cada decil donde todos los trabajadores son no independientes. 12) Porcentaje de los hogares de cada decil que combinan trabajadores independientes y no independientes

