

La Equidad de Salud en Colombia: Caso de la Población Subsidiada

María Mercedes Díaz Niño

**Trabajo de Investigación Presentado para Optar al Título de: Magíster en Economía y
Desarrollo**

Directora:

Aurora Inés Gáfaró Rojas

Codirector:

Isaac Guerrero Rincón.

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Economía y Administración

Maestría en Economía y Desarrollo

Bucaramanga

2023

Dedicatoria

Dedico mi tesis principalmente a Dios, por darme la fuerza necesaria para culminar esta meta, por ser mi guía, mi fortaleza y llenarme de su amor para llegar a este punto.

A mis padres, por todo su amor y por motivarme a seguir hacia adelante, también a mis hermanas, por brindarme su apoyo moral y su amor en todos estos momentos de este ciclo.

Finalmente, gracias a todos por apoyarme cuando más lo necesito, por extender su mano en momentos difíciles y por el amor brindado cada día

Agradecimientos

En primer lugar deseo expresar mi agradecimiento a Dios quien me permitió culminar este ciclo, en segundo lugar a mi directora de esta tesis, Dra. Aurora Gáfaro, por la dedicación y apoyo que ha brindado a este trabajo, por el respeto a mis sugerencias e ideas y por la dirección y el rigor que ha facilitado a las mismas.

Asimismo, quiero agregar a los Profesores Isaac Guerrero Rincón, Freddy Ruiz y Rafael Viana, solo puedo dar gracias por la confianza ofrecida desde que llegué a la Universidad Industrial de Santander. Por su orientación y atención a mis consultas sobre metodología, por el material facilitado y las sugerencias recibidas.

Gracias a mi familia, a mis padres, mis hermanas, mi tía, mis sobrinas y cuñados, que siempre ha sido un apoyo incondicional y mi motivación para culminar este ciclo en mi vida.

Contenido

Lista de Anexos	8
Introducción.....	13
1. Planteamiento y Formulación del Problema.....	16
3. Justificación	19
3.1 Hipótesis	20
4. Objetivos.....	21
4.1 Objetivo General	21
4.2 Objetivos Específicos	21
5. Marco de Referencia.....	22
5.1 Estado de Arte	26
5.4 Marco Legal.....	41
6. Metodología	47
6.1. Contextualización de la Investigación.....	47
6.2. Diseño de la Investigación.....	48
6.3. Población y Muestra	50
7. Análisis e Interpretación de los Resultados	52

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

7.1. • Documentación de las desigualdades sociodemográficas y económicas en los servicios de salud de la población subsidiada en Colombia de los niveles 1 y 2 para el periodo 2014 – 2020. 52	
7.2. Comparación y análisis las principales diferencias introducidas por la Ley Estatutaria en salud de 2015 a la ley 100 de 1993.....65	
7.3. Análisis los cálculos del Índice de Concentración <i>IC</i> de la población subsidiada de los niveles 1 y 2 durante el periodo 2014-2020.74	
7.3.1. Índice de concentración- <i>IC</i>74	
7.3.2. Corrección de Wagstaff.....79	
Discusión91	
Conclusiones.....94	
Bibliografía.....96	
Anexos106	

Lista de Tablas

Tabla 1. Mediciones de Desigualdad en Salud	33
Tabla 2. Normatividad colombiana en salud	42
Tabla 3. Descripción de las variables	48
Tabla 4. Población colombiana 2020-2014	51
Tabla 5. Población afiliada por régimen.	51
Tabla 6. Categorización del Sisbén IV	53
Tabla 7. PIB por departamentos 2014-2020	57
Tabla 8. Relación de población del régimen subsidiado y pobre no registrada considerando su ingreso per cápita y estrato.....	59
Tabla 9. Total nacidos en el régimen subsidiado en los niveles 1 y 2 y pobres no asegurados en los años 2014-2020.	64
Tabla 10. Total fallecidos en el régimen subsidiado y no asegurados en los años 2014-2020. .	65
Tabla 11. Comparativo Ley ordinaria- Ley Estatutaria	66
Tabla 12. Cobertura de la población de estratos 1, 2 y no adscrita al Sisbén	72
Tabla 13. Calculo IC para el año 2014, evento de salud, nacidos.....	75
Tabla 14. IC, por evento de salud, en la ventana de tiempo 2014- 2020	79
Tabla 15. Correcciones de los IC, en el suavizador de curvas.	82
Tabla 16. Integración numérica, para ICc en el año 2014, fallecidos.....	83
Tabla 17. Integración numérica, para ICc en el año 2014, nacidos	85

Lista de Figuras

Figura 1. Comportamiento de afiliación de la población perteneciente a los niveles 1 y 2	55
Figura 2. Estado de Cobertura Régimen Subsidiado 2020	56
Figura 3. Comportamiento del ingreso Per cápita por clases sociales 2014- 2020	60
Figura 4. Población afiliada al Régimen subsidiado entre los <1 y los 15 años	61
Figura 5. Población afiliada al Régimen subsidiado entre los 15 y los 45 años, diferenciadas por sexo	61
Figura 6. Población afiliada al Régimen subsidiado entre los 45 y los 65.....	62
Figura 7. Población afiliada al régimen subsidiado mayor de 65 años	63
Figura 8. Infografía línea base evolución de SGSSI.....	71
Figura 9. Representación gráfica del IC, para el periodo 2014	77
Figura 10. Representación gráfica del IC, para el periodo 2016	78
Figura 11. Explicación gráfica del IC.....	81
Figura 12. ICc, año 2014 para fallecidos	83
Figura 13. ICc, año 2014 para nacidos	84
Figura 14. Comportamiento ICc, en los años 2015 al 2020 (antes, durante y después de la Ley Estatuaria), para los fallecidos del régimen subsidiado	86
Figura 15. Comportamiento ICc, en los años 2015 a 2020(antes, durante y después de la Ley Estatuaria), para los nacidos del régimen subsidiado	87
Figura 16. índice tipo Kakwani año 2014 y 2016	89
Figura 17. índice tipo Kakwani comparados entre sí, en los diferentes años de estudio para los fallecidos del sistema subsidiado en los niveles 1 y 2 y PPNA.....	90
Figura 18. índice tipo Kakwani comparados entre sí, en los diferentes años de estudio para los nacidos del sistema subsidiado en los niveles 1 y 2 y PPNA.....	90

Lista de Anexos

Anexo A. Suavizador del IC	106
Anexo B. Base de datos Régimen Subsidiado	107

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Siglas

Atención Primaria en Salud (APS)

Comisión Regulación de Salud (CRES)

Colombiano Pesos (COP)

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)

Derechos Humanos (DD. HH.)

Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

Departamento Nacional de Planeación – (DNP)

Encuesta Nacional de Salud (ENDS)

Entidad Promotora de Salud (EPS)

Índice de Concentración de Salud (*IC*)

Índice de Concentración de Salud Corregido (*ICc*)

Institución Prestadora de Servicio (IPS)

Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Organización Panamericana de salud (OPS)

Población No Asegurada (PNA)

Población Pobre No Asegurada (PPNA)

Políticas de Atención Integral en Salud (PAIS)

Promoción y Prevención (PYP)

Régimen Subsidiado (RS)

Ruta Integral de Atenciones (RIA)

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén)

Sistema General de Seguridad Social (SSGS)

Resumen

Título: La Equidad de Salud en Colombia: Caso de la Población Subsidiada*

Autor: María Mercedes Díaz Niño**

Palabras Clave: Equidad en Salud, Determinantes de la Salud, Desigualdad

Descripción:

En este documento se determinan los cambios producidos en el Sistema de Salud en Colombia desde las dimensiones sociodemográficas y económicas de la población subsidiada del nivel 1 y 2, generadas a partir de la Ley Estatutaria en salud, mediante los índices de concentración de la desigualdad. El estudio se realizó para los años 2014-2020, teniendo en cuenta que la Ley Estatutaria 1751 es del año 2015 y poder revisar su evolución a lo largo de este tiempo. La metodología utilizada se fundamentó en el Índice de Concentración (IC) de desigualdades en salud. Se concluyó que existen brechas por niveles de ingresos per cápita de la población subsidiadas niveles 1 y 2, sin embargo, La Ley Estatutaria garantiza las herramientas y recursos, para que la prestación del servicio sea de fácil acceso y universal dentro del territorio colombiano

*Trabajo de Grado

**Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Economía y Administración.

Abstract

Title: Health Equity in Colombia: The Case of The Subsidized Population *

Author: María Mercedes Díaz Niño**

Key Words: Equity in Health, Determinants of Health, Inequality

Description:

This document determines the changes produced in the Health System in Colombia from the sociodemographic and economic dimensions of the subsidized population of level 1 and 2, generated from the Statutory Health Law, through the concentration indices of inequality.. For a study period of 2014-2020, considering that Statutory Law 1751 is from 2015 and being able to review its evolution throughout this time. The methodology used was based on the Concentration Index (CI) of health inequalities. It was concluded that there are gaps by levels of per capita income of the subsidized population levels 1 and 2, however, the statutory law guarantees the tools and resources, so that the provision of the service is easily accessible and universal within the Colombian territory.

*Bachelor Thesis

** Faculty of Human Sciences. School of Economics and Administration

Introducción

“La Felicidad del cuerpo se funda en la salud; la del entendimiento en el Saber”

Tales de Mileto

Colombia, como estado miembro de la Organización Mundial de la Salud y desde la Constitución Política de 1991, gestó a través de la Ley 100 de 1993, un sistema de salud, con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Partiendo de la reglamentación en salud, se originó el Régimen Subsidiado como mecanismo del Estado, para que la población sin capacidad de pago accediera a los servicios de salud.

A lo largo de la historia del país, se han realizado reformas, con objetivos sociales, como extender la cobertura y mejorar la equidad, sin embargo, hablar de la salud como un derecho fundamental surgió sólo hasta la Ley Estatutaria 1751 del 2015, a diferencia de las anteriores reformas que dejaban la salud, como un derecho de segunda categoría (Ramírez, Rocha, Durango, & Rodríguez, 2016).

Según Whitehead, (1992), “todos los seres humanos deben tener una oportunidad justa de lograr su pleno potencial de salud y nadie debe estar en desventaja para alcanzar ese potencial”. Por tanto, este estudio pretende determinar los cambios producidos dentro del sistema de salud, desde dimensiones sociodemográficas y económicas de la población subsidiada en los niveles uno y dos, generadas a partir de la Ley Estatutaria 1751 del 2015.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Comparar los cambios producidos en el Sistema de salud en Colombia en la población subsidiada, permitirá a los tomadores de decisiones, evaluar la capacidad del Estado en la prestación del servicio de salud en el territorio Nacional (cobertura) e identificar las inequidades o desigualdades, para que “todas las personas puedan acceder a la gama de servicios de salud de calidad, cuando y donde los necesiten, sin sufrir dificultades económicas” (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Investigadores como Berling (1993), refieren que: “la existencia de desigualdades en las oportunidades más básicas como la salud, estropea la capacidad de las personas para funcionar, limitando a la persona en lo que pueda hacer y ser”. Kawachi & Almeida-Filh (2002), plantean que “cualquier aspecto cuantificable que varíe entre poblaciones y genere desventajas del individuo frente al colectivo es desigualdad” y Anand (2002), que “las desigualdades en los ingresos generan desigualdades en salud, debido a que las personas con mayores ingresos generalmente tienen mejor salud”. Por todas estas razones, es importante comparar los cambios que se han producidos en el Sistema de salud colombiano, en la población subsidiada que representa a las más desfavorecidas económicamente y que a partir de la Ley Estatutaria, se esperaría mayor equidad en el servicio, el acceso y la cobertura.

Con respecto al tema de equidad en salud, Whitehead y Dahlgren (2000), explican este concepto desde la existencia de inequidad, se refiere a: “diferencias que son innecesarias y evitables, pero que, además, se consideran arbitrarias e injustas. Medir este evento ha sido trabajo de distintos autores, sin embargo, para este estudio se escogió el Índice de Concentración (*IC*) que cuantifica el grado de desigualdad o inequidad de una variable de salud. Esta medida permitió, distribuir las muertes y nacimientos, de la población afiliada al SISBEN de estratos 1 y 2 con el

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Producto Interno Bruto (PIB) de cada Departamento en Colombia. Se calculó por medio de una herramienta técnica el Índice de Kakwani, Como este índice fue negativo, su valor reflejó que hay parcialidad en el indicador de salud.

El presente documento se desarrollan siete capítulos. En el primero, después de una revisión de la literatura, se plantean los cuestionamientos que condujeron a esta investigación, identificando el problema. En el segundo capítulo, se argumenta la importancia de comparar los cambios respecto a indicadores de equidad en la salud en Colombia, en la población subsidiada. En el tercero se encuentra el propósito general del estudio y las metas planteadas para alcanzarlo. En el cuarto, se esboza el estado de arte, donde diferentes investigadores plantean metodologías de análisis que permitan calcular las inequidades o desigualdades en la salud; además, se hace una breve descripción de la normatividad colombiana y las disposiciones legales en temas de salud. En los capítulos restantes, se realiza la descripción de la metodología, el análisis y la discusión de los resultados.

1. Planteamiento y Formulación del Problema

La salud es una condición básica del ser humano, que le permite gozar del bienestar físico, mental y social. En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) plasmó en el preámbulo de su constitución la definición de la salud, buscando unificar a nivel mundial como la salud depende de interacciones para llegar al “estado de completo bienestar físico, mental y social” (Organización Mundial de la Salud, 1948).

“El concepto de salud agrupa intervenciones sociales como el trabajo, la familia, el consumo y gasto de los hogares, así como los diferentes ambientes en los cuales interactúa” (Navarro, 1998). Estas condiciones sociales se han denominado determinantes sociales de la salud (DSS), respondiendo ¿Cómo las causas individuales se relacionan con las incidencias de enfermedad en la población? Según Tarlov (1996), los DSS son “las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar”.

Las condiciones socioeconómicas determinan las diferencias en las oportunidades de salud y la presencia de ellas entre poblaciones fomenta la inequidad, al igual que las diferencias en salud que se encuentran en el mundo. Según Whitehead (1998), “el término inequidad tiene una dimensión de carácter moral y ético”. Se refiere a diferencias que son evitables, las cuales se encuentran dentro de los parámetros de justo e injusto. Por lo tanto, para describir una situación como inequitativa, la causa tiene que ser examinada y juzgada en el contexto de lo que está sucediendo en el resto de la sociedad.

Colombia, como Estado miembro de la OMS desde la Ley 100 de 1993 implementó un sistema de salud con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad,

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

integralidad, unidad, participación. Partiendo de la reglamentación en salud, se originó el Régimen Subsidiado para los más pobres (Ley 100, 1993), como mecanismo del Estado para que la población sin capacidad de pago acceda a los servicios de salud y de esta manera se fortaleciera el principio de equidad horizontal, buscando que las personas con la misma necesidad tengan iguales oportunidades de atención en el sistema de salud y como parte de lograr un desarrollo sostenible, se estableció el compromiso de "Salud en todas las políticas" donde se garantice el más alto nivel de salud posible para todos los ciudadanos y la responsabilidad de los gobiernos con la equidad y la justicia social (¿Cuál es el propósito de nuestro sistema de salud?, 2015), (8° Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, 2013).

La sentencia T-760 del 2008 de la Corte Constitucional, le ordenó al Ministerio de Salud que cumpliera la ley, que a pesar de la claridad conceptual existente en la norma, eran numerosas las tutelas, los reportes y demandas que documentaban las múltiples barreras establecidas y que dificultaban el acceso de la población al uso de los servicios de salud. Con esta sentencia se dio el reconocimiento de la salud como derecho fundamental y el acceso a servicios de salud de calidad y de manera oportuna y eficaz. Estos debates se lograron legitimar en la Ley 1751 del 2015 (Estatutaria de Salud), la cual en su Artículo 2 expresa qué se entenderá como derecho fundamental a la salud e incorpora en el Artículo 9 los determinantes sociales de salud y la obligación correspondiente del Estado con respecto a ellos (Ley 1751 , 2015) (¿Cuál es el propósito de nuestro sistema de salud?, 2015). Por tanto, se espera que las políticas y los programas del Estado, en su totalidad, sean acordes a las necesidades de las poblaciones. De aquí la importancia de cuestionarse: ¿Qué presenta la literatura respecto a las desigualdades sociodemográficas y económicas en los servicios de salud de la población subsidiada en Colombia?, ¿Qué diferencias se han producido en el sistema de salud en Colombia desde las dimensiones sociodemográficas,

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

económicas de la población subsidiada generadas a partir de la Ley Estatutaria? y ¿Qué método permite cuantificar el grado de desigualdad en la distribución de salud en la población subsidiada de Colombia?. Además, El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (HDESC) (Organización de Naciones Unidas, s.f.) , ratificado por Colombia, dice explícitamente en su Artículo 12 que los Estados parte de ese pacto "reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". Esto conllevó a la pregunta de investigación: ¿Qué cambios se han producido entre el antiguo sistema de salud -ley 100 del 93- y la Ley Estatutaria en Colombia, desde las dimensiones sociodemográficas y económicas? Esta investigación condujo a buscar una forma de justificar estos cambios con una herramienta que permitió medir o cuantificar la desigualdad.

Los economistas han respondido al desafío de cuantificar el grado de desigualdad desarrollando métodos empíricos que proporcionan instrumentos útiles para identificar los factores que las causan. La curva de concentración (CC) y el índice de concentración (IC) de salud brindan medidas de desigualdad relativa en salud relacionada con la renta (Wagstaff, Van, & Paci, 1989). Su importancia radica en que capturan la dimensión socioeconómica de las desigualdades en salud; utilizan información de toda la distribución frente al uso de los extremos de la distribución únicamente; ofrecen la posibilidad de ser representados visualmente a través de la curva de concentración y permiten la comprobación de relaciones de dominancia (Jones, Hernández, Rice, & López, 2008), aspectos que se evaluaron en este estudio.

Este estudio toma relevancia porque al identificar las desigualdades en salud, los entes gubernamentales pueden actuar para disminuir las brechas de desigualdad y crear para el caso de la salud condiciones que beneficien a la sociedad y en particular a la población vulnerable (Braveman P, 2003).

3. Justificación

La equidad en salud orienta al Estado para que ningún ser humano se encuentre desfavorecido y logre su potencial en salud. Garantizar un acceso equitativo de salud para el Estado significa una cobertura de las necesidades percibidas y la prestación de servicios adecuados, los cuales deben ser de calidad y coste-efectivos, para todo aquel que las requiera. “Estas garantías son conocidas como los determinantes para el acceso equitativo a los servicios sanitarios” (Fregoso, 2007).

Colombia ha enfocado sus esfuerzos en la cobertura, pero el aseguramiento no garantiza la inexistencia de barreras que pueden evitar que una persona reciba atención médica en caso de necesitarlo. Ellas están relacionadas con la oferta, como la falta de centros de atención o una mala calidad del servicio, y otras relacionadas con la demanda, como la falta de dinero o la necesidad de atención médica percibida por las personas (Grupo de Economía de la Salud , 2011).

En la Ley Estatutaria en salud de 2015, se recogió normativas anteriores donde consolidó y fortaleció derechos y deberes que ya existían para la protección de la salud de los colombianos. En este estudio se orientó el análisis a observar, si la salud como derecho fundamental ha mejorado a partir de la ley Estatutaria, si el estado de salud de los colombianos desde las implicaciones económicas y sociodemográficas ha respondido con un cambio positivo desde la distinta estructura del sistema de salud. Con la metodología propuesta por los investigadores revisados y los análisis cuantitativos realizados, se decidió que el índice de concentración es el apropiado para que un tomador de decisión adopte los resultados y destine recursos para las estrategias de las poblaciones

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

más vulnerables del país, que para este caso son las personas afiliadas al SISBEN de los estratos 1 y 2, en los factores o determinantes que inciden en las desigualdades en salud.

3.1 Hipótesis

Es posible cuantificar el grado de desigualdad en salud, para la población menos favorecida de los estratos 1 y 2, teniendo presente los cambios en el Sistema de Salud del Régimen Subsidiado a partir de la Ley 1751 de 2015.

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

- Determinar los cambios producidos en el Sistema de Salud en Colombia desde las dimensiones sociodemográficas y económicas de la población subsidiada del nivel uno y dos, generadas a partir de la Ley Estatutaria, mediante los índices de concentración de la desigualdad.

4.2 Objetivos Específicos

- Documentar mediante literatura las desigualdades sociodemográficas y económicas en los servicios de salud de la población subsidiada en Colombia de los niveles 1 y 2 para el periodo 2014 – 2020.
- Comparar los cambios producidos en el Sistema de salud en Colombia desde las dimensiones sociodemográficas, económicas de la población subsidiada generadas a partir de la Ley Estatutaria.
- Analizar los cálculos del Índice de Concentración IC, con miras a la equidad en la salud, de la población subsidiada de los niveles 1 y 2 durante el periodo 2014-2020.

5. Marco de Referencia

La Constitución Política de 1991 estableció el derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados. La Ley 60 de 1993 dio impulso al mandato constitucional mediante normas que dieron origen a la descentralización del sistema de salud, este entendido como el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos, donde su principal objetivo es mejorar la salud (Organización Mundial de Salud, 2005) . La Ley 100 del mismo año creó el cómo el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual cubre los gastos de salud a los habitantes del territorio nacional, colombianos y extranjeros. El sistema se encuentra enfocado en responder las necesidades de la población, además cada habitante tiene la facultad y libertad de elección para la afiliación a la Entidad Promotora de Salud (EPS) que prefiera, para hacer parte del sistema. Los servicios los recibe a través de una Institución Prestadora de Servicios (IPS). La vinculación en salud se da por los esquemas de aseguramiento: régimen contributivo, régimen subsidiado y régimen especial (Ministerio de Salud y Protección Social , s.f.).

La norma actual que rige el SGSSS en Colombia es la Ley Estatutaria 1751 de 2015, la cual elevó el carácter de la salud de un servicio a un derecho fundamental autónomo, desde entonces la salud es una responsabilidad del Estado, pues es él quien debe propender a que la salud sea garantizada con altos estándares de calidad y velar porque todas las instituciones que lo conforman presten amparo y protección. Será el Estado quien le pague a las EPS, los regímenes se encuentran vinculados dentro de la Entidad Administradora de los Recursos del Sistema General

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

de Seguridad Social en Salud- SGSSS, (ADRES) con el fin de garantizar el adecuado flujo de los recursos y los respectivos controles. Esta entidad (ADRES) hace parte del SGSSS, la cual se encuentra adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente (ley 100 de 1993).

El sistema de atención en salud en Colombia es el resultado de las acciones que repercuten tanto en las acciones de la demanda como el proceso de planificación de la salud, el cual define los objetivos del sistema, lo anterior se evidencia en la alimentación del sistema en los procesos (Velasco, 1993). Teniendo en cuenta que la oferta en salud es el conjunto de servicios disponibles en cuanto a recursos y producción los cuales deben ser utilizados por la población. Dicha Prestación de Servicios, se desprende del conocimiento de que el sistema de salud se encuentra conformado por una serie de componentes perfectamente identificables. Colombia cuenta alrededor de 30 EPS y 422 Clínicas y Hospitales para fortalecer la red hospitalaria. Es importante notar que en el Ranking realizado por Revista latinoamericana de negocios América Economía para el año 2017 donde cataloga los mejores Hospitales y Clínicas de América Latina, posesionaron a 20 Clínicas Colombianas en dicha distinción (Revista latinoamericana de negocios América Economía, 2017).

Para identificar el Recurso Humano del país es importante tener en cuenta la Ley 1164 de 2007 y la Ley 1438 de 2011 donde cada profesional en salud debe fundamentarse en equidad, solidaridad, calidad, ética, integralidad, unidad, efectividad y la universalidad de la estrategia de Atención primaria en salud, para brindar servicios de calidad a los residentes del país. Adicional a dicha reglamentación desde el 2015 con la Ley estatutaria se fomenta un cambio en la perspectiva de los profesionales de la salud generando un compromiso por parte de las instituciones educativas,

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

los mismos profesionales y las entidades gubernamentales para mejorar los servicios de la salud en el país. (Ministerio de Salud y Protección Social , 2016).

En lo correspondiente a la producción de la oferta en salud es necesario tener en cuenta los problemas objetivos donde los países se enfocan en realizar políticas públicas en salud. Para el caso Colombiano la ley estatutaria, donde lo primordial es la salud, busca prevenir la enfermedad, por lo tanto mediante la resolución 429 de 2016 se orientan los objetivos del Sistema de Salud en Colombia mediante el Modelo de Atención Integral de Atención en Salud (MIAS) acompañado de las diferentes rutas a seguir para el cumplimiento de los mismos (RIAS) las cuales comprenden el conjunto de acciones coordinadas, complementarias y efectivas para garantizar el derecho a la salud, expresadas en políticas, planes, programas, proyectos, estrategias y servicios, que se materializan en atenciones dirigidas a las personas, familias y comunidades para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos (Ministerio de Salud y Promoción Social, 2016).

Ahora, Teniendo en cuenta el concepto de demanda por servicios de salud guarda una relación principal con el concepto de demanda de bienes y servicios en general, es decir la disposición a pagar que tiene la persona por un determinado bien. El problema está en que esta disposición es relativa a personas que tienen los recursos (ingresos o disponible para ello) quedando, como en todo mercado, algunas porciones o sectores de población excluidos (Sanabria Montañez, 2002). En Colombia la demanda se presenta por el número de afiliados en cada régimen de salud, se entiende como afiliados, a todas aquellas personas con cobertura de aseguramiento en salud.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

En Colombia, la mayor parte de la población accede a los servicios de salud mediante los regímenes: el régimen contributivo está dispuesto para la población que posee un vínculo laboral, el Ministerio de Salud y Protección Social (2022), lo define como la vinculación que se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador. El régimen de excepción especial es el Sistema de salud que cobija a los maestros afiliados al Magisterios, miembros de las fuerzas militares, policías, funcionarios públicos de Ecopetrol y los sistemas adoptados por las Universidades (Ley 100, 1993). Si bien tiene las características de pago de un régimen contributivo, su diferencia radica, en que los aportes se hacen directamente al ADRES¹ (antes FOSYGA²) y no a una Entidad Promotora de Salud (EPS). El caso del régimen intramural o INPEC le permite a la población privada de la libertad, acceder a los servicios de salud, al cual estaban adscritos antes de estar en el centro carcelario. El régimen subsidiado se define como “el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022) y finalmente, la población pobre no asegurada, es atendida con los recursos de transferencias del sistema general de participaciones, recibida por cada Entidad Territorial.

¹ Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Administra la Base de Datos única de afiliados BDUA, está amparada normativamente por el decreto 1429 del 2016, es autónoma administrativa y financieramente a pesar de que una entidad estatal.

² Fondo de Seguridad y Garantía, creado en la ley 100 de 1993, “orientándolos con el fin de lograr una atención sanitaria prioritaria y de calidad para todos aquellos que la requieran, sean contribuyentes o no dado que cubre incluso a la población más pobre y vulnerable que no tiene capacidad para pagar una cotización”. Tomado de https://emprenem.ara.cat/blogs/economia-i-finances-per-a-tothom/fosyga-consiste-este-organismo-colombiano_132_2837088.html

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

La Población objeto de estudio de esta investigación, son aquellas que acceden al servicio de salud colombiano y están clasificados en el sistema de identificación de beneficiarios de subsidios, programas sociales – SISBEN-; aquí catalogan a la población de acuerdo con sus condiciones de vida e ingresos. Esta clasificación se utiliza para focalizar la inversión social y garantizar que sea asignada a quienes más lo necesitan (DNP,2022). El Departamento Nacional de Planeación en ejercicio de sus competencias siguiendo los criterios definidos en el documento CONPES 3877 de 2016 actualizó el instrumento de focalización individual Sisbén con un enfoque de inclusión social y productiva que analiza otras variables y busca evaluar la capacidad de generación de ingresos a partir de factores socioeconómicos tales como educación, empleo, salud, características de la vivienda y del hogar (Alcaldía Mayor de Bogotá, s.f.).

5.1 Estado de Arte

La salud no es la ausencia de enfermedad, de la misma manera que la riqueza no es la ausencia de pobreza, o la paz la ausencia de guerra. (Rodriguez Carvajal & Meras Jáuregui, 2022). Según la OMS, la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición tiene algunos aspectos importantes, pues define a la salud en términos positivos, la considera como un estado óptimo y se refiere en conjunto a las áreas física, mental y social. Sin embargo, diversos autores presentan algunas definiciones como: La salud es un producto social y las acciones superan las fronteras en el sector. Por lo anterior, es un asunto de desarrollo regional y de gestión pública para actuar en función del desarrollo social y la calidad de vida (Castell & Florit , 2007). Otro autor indica que, la salud es sinónimo de estar bien psicológica y físicamente, para que todo ser humano sea capaz de lograr

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

sus objetivos, pues es necesario gozar de buena salud, no padecer de enfermedades, porque impiden a las personas trabajar de la mejor manera, y poder contar con todas las capacidades que le permitan ser la persona que quiere llegar a ser (Sen, 2000).

A lo largo del tiempo se han generado importantes cambios en la percepción y explicación de las causas de los problemas de salud. Investigadores, han demostrado la implicación directa de la sociedad, en la salud; reconociendo cómo las diferentes circunstancias sociales y económicas son determinantes directos, mediante el gradiente social, expresan que “es probable que las necesidades materiales, físicas y espirituales o psicosociales sean importantes para el gradiente en salud” (Marmont & Wilkinson, 2003) (Marmot M, 2012). El análisis de los problemas de salud con el denominado enfoque de los determinantes sociales y económicos es un tema central en la agenda de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los ministerios de Salud de varios países (Álvarez Castaño, 2009)

Las condiciones o las circunstancias en la que “las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” según la Organización Mundial de La Salud (OMS), son conocidos como Determinantes Sociales de Salud -DSS- (Organización Panamericana de Salud, 2009). Esta interacción entre diferentes niveles de condiciones de individuos a comunidades fundamenta el potencial de salud y los estilos de vida individual y social.

En un estudio de Determinantes sociales de la salud se realizó un análisis desde el contexto colombiano los autores se propusieron conocer y analizar la efectividad de políticas implementadas por el Estado para hacer frente a los persistentes problemas de salud pública en la población colombiana. concluyeron que Colombia se enfrenta a una transición demográfica y epidemiológica que requiere la aplicación de elementos conceptuales y operativos basados en

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

estrategias que busquen generar cambios de políticas neoliberales a sociales, empoderamiento del sector salud, de los procesos de construcción social, de seguridad, de la dignidad de los pobres frente a los ricos en un país o región, basándose también en el principio de precaución en la implementación de tecnologías que afecten el modo de vida, el ambiente, la economía y la aceptación social (Carmona Meza & Parra Padilla, 2015).

La salud debe ser una de las prioridades de la política fiscal, puesto que el gasto público en este ítem produce beneficios a nivel individual y colectivo. El desarrollo es determinado como la expansión de las libertades reales que disfrutaban los individuos, por lo mismo un disfrute de la vida mediante cualidades importantes como la salud determinan una mejor calidad de vida, esto fomenta que la salud es una vía para reducir la pobreza y promover el desarrollo. (Amartya Sen, 2002). "La ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de individuos, poblaciones o grupos que tienen distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas", no permiten la equidad en la salud, limitando el acceso. (Vega, Solar, & Alec, 2010)

En el siguiente estudio los autores realizaron el "Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica" su objetivo fue brindar un insumo que sirviera para orientar futuras investigaciones y puedan reducir la brecha existente. En esta investigación encontraron 71 artículos, de los cuales su criterio de exclusión y eliminación de artículos repetidos contaron con un total de 31, El 54,8% de las investigaciones se concentró en ciudades como Bogotá (8 artículos), Medellín (5 artículos), Cali, Pereira, Manizales y Arjona. Los resultados mostraron que la mayoría de los artículos se publicaron entre 2006 y 2011 y el área de interés en referencia fueron las áreas urbanas. Los resultados sugirieron que es necesario que Colombia mejore las fuentes de información porque limitan las investigaciones, pues los módulos sobre salud son insuficientes para un estudio profundo de esta problemática.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

También encontraron que los territorios ubicados en la periferia nacional (región de la Orinoquia y Amazonia y Pacífica) donde son mayores las inequidades en el acceso a la salud, han sido los casos menos estudiados, a pesar de albergar a la mayor parte de las minorías étnicas del país y presentar algunos de los peores indicadores de salud y de desarrollo socioeconómico. Finalmente, concluyeron que hacen falta estudios que aborden de manera integral todos los eslabones que involucran el acceso a los servicios de salud. Generalmente, se estudia el acceso en un momento específico del proceso (consulta inicial, búsqueda de tratamiento, etc.), pero son muy pocos los estudios que han intentado seguir el proceso completo desde que se requiere el servicio hasta que el problema de salud sea resuelto, por eso invitan a que se realice este tipo de investigaciones, como también investigaciones sobre la periferia nacional donde hay mayores inequidades y los peores indicadores de salud y desarrollo socioeconómico (Tovar Cuervas & Arrivillaga Quintero, 2014).

Además, existe en la literatura un amplio abanico de autores que explican el concepto de equidad en salud. Algunos desde la existencia de inequidad, se refieren a: “diferencias que son innecesarias y evitables, pero que, además, se consideran arbitrarias e injustas. Así, para calificar una situación dada como inequitativa, es necesario examinar la causa que la ha creado y juzgarla como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad”. (Whitehead y Dahlgren, 2000).

Para la Organización Panamericana de la Salud- OPS, “La equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social” (Organización Panamericana de Salud, 2021). Tener una necesidad igual supone el mismo derecho a los servicios disponibles para todos, “implica que todo el mundo tiene la misma oportunidad de hacer uso de los servicios de salud” (Mooney G. , 1983), Sin embargo, en salud la equidad horizontal se conoce como: “para aquellos a quienes

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

tienen iguales necesidades, tengan iguales oportunidades al acceso de la atención sanitaria” y por equidad vertical, hace referencia a “quienes tengan necesidades desiguales o diferentes tengan oportunidades convenientemente desiguales de acceso a la atención sanitaria” (Doorslaer & X, 2006).

Una investigación propuso evaluar las tendencias en la equidad horizontal en la utilización de los servicios de salud entre 1998 y 2008 en Brasil. Concluyeron que la utilización de la atención médica en Brasil parece haberse vuelto cada vez más equitativa en los últimos 10 años. Si bien esto no implica que la equidad en los resultados de salud haya mejorado en forma correspondiente, sugiere que las políticas gubernamentales destinadas a aumentar el acceso, especialmente a la atención primaria, han ayudado a que la utilización de la atención médica en Brasil sea más justa con el tiempo (Macinko & Lima Costa, 2012).

En otros estudios se plantea que, “no solo se trata de equidad en la distribución, sino que también es preciso mencionar el enfoque de la distribución de la atención en salud”. Para comprender como influyen las desigualdades sociales en el estado de salud, (Sen, 2002) y las desigualdades en salud vistas como “las diferencias en salud dentro de la esfera colectiva o poblacional, en cualquier aspecto cuantificable que varíe entre individuos” (Almeida F. , 1999).

Se realizó una revisión sistemática de los modelos conceptuales sobre la equidad en salud basándose en la IR (implementation research), teniendo en cuenta que, la IR es la existencia de brechas entre lo que se llama ciencia y la provisión del servicio. El objetivo del estudio fue buscar y elaborar una síntesis de los marcos o modelos conceptuales que incorporan aspectos de equidad en salud en implementación de la investigación. Describen la forma en la que se incluyen los aspectos de equidad en las diferentes propuestas de investigación. Los autores encontraron 701 artículos, de los cuales los modelos conceptuales que especifican con claridad cómo llevar la

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

equidad en salud al plano de la implementación fueron 12 y una baja frecuencia de documentos sobre el impacto de la equidad. Plantean un marco conceptual que articula estos aspectos generales y específicos, que recomiendan en la implementación de las intervenciones, políticas y programas en sus respectivos contextos para poder disminuir las brechas en salud. Concluyen que para disminuir las brechas en salud y con ellas las inequidades en salud, se hace necesario contar con un marco consolidado de IR en el que se incluyan los aspectos de equidad en salud. Este marco facilitaría mejorar los procesos de implementación de las intervenciones, los servicios y los programas de salud (Eslava, Garzón, Elias, & Reveiz, 2017)

En Chile investigadores comparan ETESA (Evaluación tecnologías Sanitarias) con NICE frente al principio de equidad en salud. Analizan el rol de la equidad como principio de ETESA teniendo en cuenta que el objetivo de la Evaluación es contribuir a la toma de decisiones en la práctica clínica, en la implementación de políticas sanitarias; que incluyan planificación de gastos y recursos, con óptima asignación de estos, ya sean tecnológicos o de innovación y desarrollo. En el caso chileno la constitución obliga al sistema de salud a velar por el acceso igualitario y la libre elección en un nivel similar. Sin embargo, el Ministerio de Salud ha avanzado muy poco en establecer, cómo analizar equidad en el contexto de ETESA. El escaso desarrollo metodológico a nivel internacional para evaluar equidad en especial en las dimensiones asociadas al acceso a la salud, generaron en los autores una nueva mirada a la equidad. Concluyen que Chile enfrenta un gran desafío en la definición e implementación de un proceso de ETESA. Y esta es una política sanitaria que asegurará distintos aspectos de equidad en los resultados de salud o equidad en acceso a cuidados de salud e invitan al desarrollo de teorías y estrategias de análisis que enriquezcan el debate mundial y la salud de sus poblaciones (Espinoza & Cabieses, 2014).

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Algunos estudios se han ocupado de examinar las desigualdades sociales y/o las inequidades que resultan de la falta de justicia social. En estos estudios se relaciona la distribución de indicadores sociales como los ingresos, la pobreza, la educación, el estrato social, la ubicación rural-urbana y otros, con respecto a algunos indicadores de salud, como la esperanza de vida, la mortalidad y la morbilidad (Whitehead M. , 1991) (Ministerio de Salud, 1994).

Existen a su vez, distintas metodologías que identifican la inequidad y las desigualdades en el sector de la salud se encuentran relacionadas con la medición de las variables individuales, que buscan las diferencias o las distancias absolutas. Se destacan el uso mediciones absolutas de desigualdad, mediciones relativas de desigualdad, índices de desproporcionalidad y los índices bidimensionales. Véase tabla 1.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Tabla 1.

Mediciones de Desigualdad en Salud

Tipo de Medición	Definición de la medida	Función	Inconvenientes
Mediciones Absolutas: <i>Con la intención de obtener la varianza global entre los grupos, se ponderan y se suman frente al promedio,</i>	Las diferencias absolutas son las diferencias o distancias en la presentación de una variable específica, entre las poblaciones (J Eslava-Schmalbach & Buitrago, 2010)	$DT: TasaA - TasaB$	La medición genera mayor complejidad que otras medidas en comparación con otras tasas con diferente magnitud
	La desviación media relativa es una medición de la dispersión (J Eslava-Schmalbach & Buitrago, 2010)	$DMR: \sum f_i x_i - x_e(0) / x_e(0)$	No es sensible a las transferencias que ocurren entre individuos con una variable superior o inferior a la media.
	Índice de Disparidad: Estima un promedio de la disparidad de todos los grupos, y la proporción de este valor respecto al valor del grupo de referencia con el mejor valor. (Rincón, y otros, 2017)	$ID: \frac{(\sum f_i r_i - r_{rp} / n)}{r_{rp}}$ r_i es el valor del grupo por comparar; r_{rp} es el valor del grupo de referencia (el mejor valor), y n es el número de grupos	

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

<p>La varianza entre grupos mide la desviación ponderada por el tamaño de la población, para cada grupo, respecto a la tasa promedio poblacional.</p> <p>(Rincón, y otros, 2017)</p>	$BGV: \sum_{j:1}^j p_j (y_i - u)^2$ <p>y_i es la tasa del grupo, u es la tasa promedio de la población y p_j es la proporción de población respecto a la población total que tiene cada grupo.</p>
<p>Mediciones Relativas:</p> <p><i>Hacen referencia a que la desigualdad permanece constante siempre que una variación de la renta media se distribuya de forma proporcional entre todos los hogares. (J Eslava-Schmalbach & Buitrago, 2010)</i></p>	<p>Se extrae por la división de las dos variables, en cuyo caso la distancia relativa se expresa en el número de veces que la Tasa A se presenta respecto a una unidad de la Tasa B.</p> $RT: \frac{TasaA}{TasaB}$
<p>Índices bidimensionales:</p>	<p>El índice de inequidad en salud (IHI) es una medida bidimensional que se</p>

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

<p>Son aquellos indicadores que se incorporan en dos dimensiones, la representación de la inequidad que se obtiene a partir de cada una de las variables incluidas, así como del conjunto global de ellas juntas (Rincón, y otros, 2017)</p>	<p>encuentra construida con seis variables que representan la varianza global de todas las variables de salud incluidas en las metas de desarrollo del milenio, las cuales son: bajo peso en menores de cinco años, mortalidad en menores de cinco años, mortalidad por malaria en niños de 0 a 4 años, mortalidad por malaria en la población general, partos atendidos por personal especializado y niños de un año vacunados contra sarampión.</p>	$IHI: \sum \frac{(w_i(Fa_i)^2)}{\Pi}$	<p>Donde w_i es el peso (medida de ponderación) obtenido para cada uno de los indicadores acumulados, expresado en radianes. Para expresarlo entre 0 y 1, la sumatoria de las dimensiones se divide por π obteniendo la expresión del indicador que se presenta en la fórmula (Rincón, y otros, 2017)</p>
<p>Índices de Desproporcionalidad: Miden la proporción de distribución de una variable dentro de una población.</p>	<p>El coeficiente de Gini: puede utilizarse para medir cualquier forma de distribución desigual. Gini mide el área entre la curva de Lorenz y la diagonal expresada como proporción del área total (CEPAL, 2008)</p>	$G: \frac{M}{(M + N)}$	<p>No satisface la propiedad de descomposición aditiva. Su interpretación puede generar resultados ambiguos cuando las curvas de Lorenz se cruzan.</p> <p>N y M: son las frecuencias acumuladas de las variables en estudio</p>

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

El índice de concentración:
Puede ser descompuesto, lo cual permite identificar las principales fuentes de desigualdad

$$IC = \frac{2}{N\mu_h} \sum_i^N h_i r_i - 1$$

h_i es la variable de salud, μ_h es la media y r_i es el rango fraccional del individuo, N corresponde al tamaño de la población

Nota: Esta tabla contiene las diferentes técnicas de medición que determinan la desigualdad e inequidad en salud. Elaboración Propia

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

El uso de curvas e índices de concentración permiten medir las diferencias sociales, económicas y demográficas en función de analizar el impacto que tienen en la salud, los cambios sociales, según categorías como: raza, riqueza, ubicación geográfica, tipo de trabajo y acceso a servicios. Como es el caso de Heckley, Gerdtham y Kjellsson que desarrollaron, en el 2016, “*A general method for decomposing the causes of socioeconomic inequality in health*”, para la medición de las desigualdades e inequidades en salud. Mediante el uso del método de Regresión de influencia recentrada, los autores explican cómo realizar una descomposición del índice de Concentración de Erreygers. Para esto, fue necesario hallar el índice de concentración utilizando la información de la encuesta Screening Across the Lifespan Twin study (SALT) realizada por Swedish Twin Registry³ donde se registra el estado de salud de los encuestados en los años 1998-2002.

Adicionalmente, los autores usaron los registros de estadística de Suecia sobre el ingreso bruto gravable (ingresos, negocio propio, seguro de desempleo y prestaciones de enfermedad) y el nivel de educación. La técnica se basa en la regresión de función de influencia recentrada y sólo requiere la aplicación de MCO a una variable transformada con interpretación similar. Este método tiene como objetivo explicar las causas de la desigualdad socioeconómica, basándose en la descomposición directa de la covarianza ponderada de la salud y el rango socioeconómico, es decir, el índice dependiente del rango (Heckley, Gerdtham, & Kjellsson, 2016).

Otro estudio donde se cuantificaron las desigualdades socioeconómicas en salud fue para la población inmigrante en España, mediante el uso del índice de concentración con los datos de

³ Swedish Twin Registry, es la base de datos más grande de información sobre gemelos.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

la Encuesta Nacional de Salud Española de los años 2003 y 2006. Las variables utilizadas en este documento de investigación fueron: el sexo, la edad, tres medidas de salud (salud auto percibida, limitaciones en salud y problemas de salud mental diagnosticados). De estos resultados obtenidos, las investigadoras deducen que, con el paso del tiempo, la magnitud de las desigualdades socioeconómicas en salud para los inmigrantes se nivelará a las desigualdades existentes en el colectivo de la comunidad española. Finalmente, concluyen que “Los individuos con menos recursos son los que tienden a concentrar más problemas de salud” y plantean la descomposición del índice de concentración para identificar la contribución de los factores y fomentar políticas (Quevedo & Rubio, 2009).

Jesús Daniel en su estudio “Desigualdades socioeconómicas y étnico-raciales en la mortalidad de un hijo durante su niñez en México, se preguntó ¿Qué tanto importa el color de la piel?” y su objetivo fue demostrar que existen desigualdades raciales en México. Explorando el efecto de las desigualdades étnico-raciales y socioeconómicas en la probabilidad de pérdida de un hijo durante su primer año de vida o antes de que cumpla 5 años. Este trabajo, le permitió al autor dimensionar el efecto de las desigualdades a raíz de determinantes económicos, educativos y étnicos, para esto utilizó la encuesta ESRU de Movilidad Social en México 2017 (ESRU-EMOVI 2017), observó el impacto del color de piel y socioeconómicas de los individuos donde las personas con menor nivel socioeconómico y tonos de piel más oscuros son propensas a perder un hijo en comparación con aquellas que tienen mayor escolaridad y un tono de piel claro. Concluyó con su investigación que las personas de color oscuro de piel tienen 71% mayor probabilidad de perder un hijo en comparación con aquellas de color blanco de piel. El autor con su trabajo demostró que si existen desigualdades raciales en México y su efecto es directamente proporcional en la salud,

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

junto a su impacto demográfico durante la niñez y la tasa de mortalidad infantil, probó que hay desigualdad racial en el país (Borboa, 2023).

En Colombia, se encontró el estudio de análisis de equidad en el desarrollo y manejo médico de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en niños menores de 5 años. El investigador mediante la información disponible en las encuestas de demografía y salud ENDS 2005 y 2010 construyó curvas de concentración, índices de concentración y descomposición del IC para las enfermedades de interés, con el objetivo de conocer la contribución que pueden tener factores como la atención primaria en salud, el acceso a servicio de alcantarillado y el aseguramiento en las variables de análisis. Las variables utilizadas fueron: edad del niño, sexo, ocupación de la madre, nivel educativo de la madre, acceso sanitario, hacinamiento, paredes inadecuadas y agua. Mediante la estimación de los IC, el autor pudo determinar la probabilidad de ocurrencia de que un niño sea llevado al médico dado que presente EDA o IRA y con el uso de la descomposición halló la existencia de inequidades en el desarrollo de la EDA, entre tanto para las IRAS solo se hallaron desigualdades.

De este documento cabe resaltar como “la aplicación de la descomposición representa una herramienta de suma utilidad para conocer con mayor profundidad las diferencias en la relación de uso-necesidad, permite ampliar las dimensiones de análisis y llevar a cabo contrastes entre subgrupos de población, que en definitiva resulta potencialmente aplicable al diseño de políticas públicas en las que de antemano se puedan conocer diferencias entre poblaciones específicas mediante la aplicación de estas técnicas” (Acosta, 2015).

En el 2020, Mujica & Moreno, junto a la Organización Panamericana de salud (OPS), crearon la guía ilustrada para realizar el cálculo de desigualdades ecosociales en salud. Esta herramienta metrica, permite estimar el índice de Kakwani:

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

“Como medida muy útil de la progresividad del financiamiento en salud (y, por extensión, de cualquier intervención social), cuando contrasta la diferencia aritmética entre el índice de concentración de los pagos por concepto de atención de la salud (vía impuestos, seguro de salud y pagos de bolsillo). El índice de Kakwani tiene un rango de valores que va de -2 a +1. Cuando la curva de concentración (que señala el índice de concentración) domina a la curva de Lorenz (que señala el índice de Gini), es decir, cuando el índice de Kakwani es positivo, se dice que hay progresividad, un atributo muy importante de la imparcialidad (fairness) de un sistema de financiamiento equitativo de la salud” (pág. 25). Esta herramienta fue fundamental para el desarrollo de la investigación, junto con las bases teóricas que permitieron calcular el Índice de Concentración *IC*, en población subsidiada del nivel 1 y 2 en Colombia.

Después de esta revisión amplia de la literatura, para esta investigación se consideró que el cálculo más apropiado, por la forma como se encuentra la información y para alcanzar los objetivos propuesto es el índice de concentración que cuantifica el grado de desigualdad o inequidad de una variable de salud relacionada con la del nivel socioeconómico de los individuos, y ha sido citado ampliamente en la literatura relacionada con la medición de inequidades en salud (O’Donell, Doorslaer, Wagstaff, & Lindelow, 2009).

El índice de concentración (IC) es una medida de desproporcionalidad formulada por Kakwani en 1997 y generalizado por Erreygers en 2009, que cuantifica el grado de desigualdad o inequidad de una variable de salud relacionada con el nivel socioeconómico de los individuos. El IC se mide entre un rango de -1 y 1, cada uno de los límites indica la existencia de concentración de la variable en el individuo más pobre y rico.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

$$IC = \frac{2}{N\mu_h} \sum_i^N h_i r_i - 1$$

h_i es la variable de salud, μ_h es la media y r_i es el rango fraccional del individuo i de acuerdo con la distribución del nivel socioeconómico de la población o grupo de estudio con $i=1$ para el más pobre $i=N$ para el más rico, N corresponde al tamaño de la población (Kakwani, 1980). El IC propuesto por Kakwani posee dependencia en la escala de los datos, Erreygers supera el inconveniente con su índice generalizado que se observa a continuación:

$$IC_E = \frac{8}{n^2(b_h - a_h)} \sum_{i=1}^N z_i h_i$$

a_h y b_h son los respectivos mínimo y máximo de la variable de salud, $z_i = \frac{n+1}{2} - \lambda_i$, donde $\lambda_i = 1, 2, \dots, n$; siendo 1 el individuo con mayor nivel socioeconómico (Erreygers, 2009). Una de las características más destacables del IC es que puede ser descompuesto, para conocer el grado de contribución que tiene cada una de las variables relacionadas, con el fin último de determinar las fuentes principales de desigualdad o inequidad.

5.4 Marco Legal

A través de las diferentes normas, en Colombia se garantiza la prestación de un servicio en salud integral, que es regulado por un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Cada una de las normas dispuestas, permite a los usuarios, tanto del régimen contributivo, como

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

del subsidiado, acceder a los sistemas de salud. En la tabla 2, se expone la normatividad en temas de salud para la población colombiana.

Tabla 2.*Normatividad colombiana en salud*

Año	Norma	Disposiciones
1991	Constitución Política	Los artículos 49, 50, 356 y 366. La salud es un servicio público a cargo del Estado.
1993	Ley 100	<p>Obliga a los nacionales ser parte del Sistema de Seguridad Social, por medio de Empresas Prestadoras de Salud (EPS).</p> <p>Dentro del sistema de salud se cuenta con tres regímenes donde la comunidad tenga la posibilidad de hacer parte del aseguramiento según su capacidad de pago con el fin de lograr la equidad en el servicio. Los regímenes son: Contributivo (RC), Subsidiado (RS) y Especial (RE).</p> <p>El RC, como su nombre lo dice hace relación a los trabajadores asalariados, pensionados y trabajadores independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El RS se encarga de afiliar a la población vulnerable El RE, hace referencia a los funcionarios pertenecientes a Ecopetrol, Militares, Magisterio, entre otras.</p> <p>Creación del fondo de solidaridad y garantía (FOSYGA), el cual recibe los ingresos reunidos según las cotizaciones en el sistema y realiza el pago a las diferentes EPS teniendo en cuenta el monto equivalente a la unidad de pago por capitación o UPC, conforme al número de afiliados.</p>
1998	Ley 480	Incorporó los estatutos de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) aprobados en diciembre de 1995, en función de promover el bienestar

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

		económico y social, teniendo en cuenta las diferentes experiencias frente a los acuerdos sobre Seguridad Social, conjunto de políticas implementadas en pro del bienestar social.
2001	Ley 715 Artículos 42 al 72	Competencia de la Nación frente a la salud, Distribución de los recursos y prestación de los recursos.
2007	Ley 1122	Se instituyó la Comisión de Regulación en Salud (CRES), la cual debe revisar los indicadores de gestión, “Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS), definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen”. Es decir, esta Ley focaliza la inspección, vigilancia, control y funcionamiento de las redes para el mejoramiento de la prestación de servicios en salud a los usuarios.
2010	Ley 1393	Complemento de la Ley 715, porque especifica el destino de las rentas en Salud, promueve actividades para generar recursos y disminuir la evasión de los aportes.
2011	Ley 1438	La estrategia Atención Primaria en Salud (APS) y Promoción y Prevención (PYP), para cimentar la creación de un ambiente sano y saludable.
2013	Ley 1441	Fundamenta las disposiciones y condiciones que deben cumplir las EPS. Así mismo, en esta Ley se implementa el sistema único de habilitación y el cumplimiento del Registro Especial de Prestadoras de Salud (REPS) para realizar la autoevaluación para el cumplimiento de su funcionamiento, calidad y servicio.
2015	Ley 1751 “Ley Estatutaria”	<i>La salud: derecho fundamental.</i> Los colombianos tienen derecho a un servicio oportuno, eficaz y de calidad. Cuenta con 26 artículos basados en el goce efectivo de la salud, con los cuales el gobierno busca garantizar la equidad dentro del sistema mediante políticas dirigidas a la disminución de las desigualdades, promover el

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

		<p>mejoramiento de la salud, prevenir las enfermedades y elevar el nivel de calidad de vida de sus habitantes.</p>
		<p>Artículo 9°. Determinantes sociales de salud: Lograr la reducción de las desigualdades que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida.</p>
		<p>Artículo 14. Prohibición de la negación de prestación de servicios.</p>
		<p>Artículo 15. Prestaciones de salud: Se garantiza el derecho fundamental a la salud a través de la prestación de servicios y tecnologías, estructurados sobre una concepción integral de la salud.</p>
2015	Ley 1753	<p>Artículo 65: implementación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que se basa en cuatro enfoques fundamentales como lo son, atención primaria en salud (APS), salud familiar y comunitaria (conocida como el médico familiar), articulación de las acciones individuales y colectivas y el enfoque poblacional y diferencial</p>
		<p>Artículo 66: Se creó la entidad Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social (ADRES), como una entidad encargada de administrar los recursos que hacen parte de FOSYGA, los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP).</p>
2016	Resolución 429	<p>Orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía del derecho a la salud de la población</p>
		<p>Modelo Integral de Atención (MIAS) pretende perfeccionar y mejorar las condiciones de salud para la</p>

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

		población con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la regulación de los entes sectoriales e intersectoriales, quienes son los responsables de garantizar la atención, la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de condiciones de accesibilidad.
2016	Ley 1797	Fija medidas de carácter financiero y operativo para avanzar en el proceso de saneamiento del sector y en el mejoramiento del flujo de recursos, además busca progresar en la calidad de la prestación de servicios dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
2016	Decreto 1429	Determina la estructura interna y el régimen de transición respecto del inicio de las funciones del Banco de la salud “ADRES”
2016	Resolución 6408	Plan de Beneficios en salud para todos los colombianos. Esta Resolución establece las coberturas de los servicios y tecnologías en salud que deberán ser garantizadas por las EPS o las entidades que hagan veces de estas.
2017	Resolución 374	Corrección a la Resolución 640, en la cual se presentaron errores de carácter formal al efectuarse la descripción de los medicamentos de que tratan los numerales 53, 276, 406 y 429.
2019	Ley 19155	Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. "Pacto por Colombia, pacto por la equidad", buscando la cobertura universal donde EPS e IPS afilien a las personas cuando requieran la prestación de servicios de salud, al régimen que corresponda, teniendo en cuenta su capacidad de pago. Se especifican las características para pertenecer al Régimen Subsidiado (art2)
2020	Decreto 64	Por el cual se modifican los artículos 2.1.3.11, 2.1.3.13, 2.1.5.1, 2.1.7.7, 2.1.7.8 y 2.1.3.17, y se adicionan los artículos 2.1.5.4 y 2.1.5.5 del Decreto 780 de 2016, en relación con los afiliados al régimen subsidiado, la afiliación de oficio y se dictan otras disposiciones. Por lo anterior se determina afiliación inmediata al recién nacido y disposiciones legales para la población migrante

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Nota: esta tabla contiene las leyes, normas y resoluciones más relevantes en tema de salud, prestación del servicio y beneficios para la población colombiana.

Toda esta normativa proporciona las directrices y regulaciones pertinentes al sistema de salud Colombiano, deberes y derechos de la población frente a la prestación de un servicio público, en la cual se construye el alcance de la política pública y la naturaleza de la participación de los entes e instituciones, que hace más de dos décadas han tratado de mejorar en la población: la cobertura, las condiciones necesarias en todos los niveles de atención y el fácil acceso para sus afiliados. Esto le ha permitido a las personas afiliadas al régimen subsidiado, obtener los mismos beneficios que se prestan a través del Plan de Beneficios en salud para el régimen contributivo y permite evidenciar a través de sus principios: “eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación”, en busca de la equidad en salud” (Ley 100, 1993)

6. Metodología

6.1. Contextualización de la Investigación

Para explicar la equidad en salud, mediante las dimensiones sociodemográficas y económicas que inciden en la salud de la población subsidiada, se requiere de una metodología de carácter mixto, que permita lograr una perspectiva integral, completa y holística de la equidad en salud (Sampieri, Fernández, & Baptista, 2010). La combinación de los enfoques cuantitativos y cualitativos amplía la visión de la realidad en el fenómeno de estudio y el uso de un diseño mixto puede minimizar las desventajas de ciertos métodos (Creswell & Tashakkori, 2007).

Como fuente de información secundaria, se tomó el Informe de estadísticas sanitarias mundiales 2020 de la OMS: donde se encuentra la recopilación anual que la OMS prepara a partir de los datos sanitarios de sus 193 Estados Miembros, e incluye un resumen de los progresos realizados hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud y sus metas conexas. Ofreciendo un amplio resumen de la situación actual de la salud y de los sistemas de salud a nivel nacional en las nueve áreas siguientes: Mortalidad y carga de morbilidad; Mortalidad y morbilidad por causas específicas; Selección de enfermedades infecciosas; Cobertura de los servicios de salud; Factores de riesgo; Personal sanitario, infraestructura y medicamentos esenciales; gasto en salud; Inequidades en salud, y estadísticas demográficas y socioeconómicas. Variables que se utilizaron en este estudio. (Organización Mundial de la Salud, 2020).

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

6.2. Diseño de la Investigación

El diseño de la investigación fue transversal, la descripción de los datos se hizo en los años 2014 (antes de la ley estatutaria), 2015 (se decreta la ley estatutaria), 2016 (primer año de la ley), 2017, 2018, 2019 y 2020 (años posteriores a la ley estatutaria). Esta clase de diseño de estudio implica conocer todos los casos de personas con una cierta condición en un momento dado, sin incumbir por cuánto tiempo mantendrán esta característica ni tampoco cuando la adquirieron (Gil, Calderon, & Almazora, 2010).

En la tabla 3, se describen las variables utilizadas en el estudio, donde se alcanzó el objetivo de determinar los cambios producidos en el Sistema de Salud en Colombia desde las dimensiones sociodemográficas: Sexo, edad (registro 14 años $<x < 45$ años según sistema ADRES), natalidad, mortalidad, departamentos y cobertura (según los diferentes regímenes de salud en los estratos 1 y 2 del SISBEN) y la dimensión económica: ingreso per cápita y clasificación de los hogares según su estrato socioeconómico, de la población subsidiada del nivel uno y dos, generadas antes y a partir de la Ley Estatutaria, mediante los índices de concentración que permitió de la desigualdad

Tabla 3.

Descripción de las variables

Nombre de la variable	Clasificación según su naturaleza	Escala de medición	Argumento
Edad	Cuantitativa Continua	Razón	Influye en el estado de salud como en los patrones de utilización en todos los grupos de ingresos (Almeida & Mori,

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

				2012). Para este estudio, la fuente de información brindó los años entre 14 años y 45 años
Sexo	Cualitativa		Nominal	La desigualdad de género limita el acceso a los servicios de salud de buena calidad y contribuye a las tasas evitables de morbilidad y mortalidad a lo largo de la vida de las mujeres y los hombres. (OMS).
Natalidad # de nacidos por año	Cuantitativa	Discreta	Razón	Relaciona el número de niños nacidos vivos, a las mujeres, representando información vital para estudios en salud. (Haupt & Kane, 2003)
Mortalidad # de fallecidos por año	Cuantitativa	Discreta	Razón	Las muertes sucedidas dentro de una población, permitió ver la dinámica poblacional.
Cobertura por Régimen Subsidiado	Cuantitativa	Discreta	Razón	La capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluye medicamentos) y mecanismos de organización y financiación suficientes para cubrir a toda la población (Gispert Abreu, Castell-Florit Serrate, & Lozano Lefrán, 2016)
Cobertura por Régimen Contributivo	Cuantitativa	Discreta	Razón	
Cobertura por Régimen Excepción	Cuantitativa	Discreta	Razón	
Cobertura por Población No asegurada y sin Capacidad de Pago	Cuantitativa	Discreta	Razón	
Departamento Ubicación geográfica	Cualitativa		Nominal	Permitió ver la distribución de las variables evaluadas por los

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

				Departamentos que tiene Colombia
Ingreso per cápita Pobres y Vulnerables	Cuantitativa	Discreta	Razón	Se aplicó como variable de clasificación, ya que esta medida es la más común de las desigualdades económicas e influyentes en salud (Doorslaer, Masseria, & Koolman, Inequalities in access to medical care by income in developed countries, 2006).
Estrato Socioeconómico - Clasificación de los hogares Estrato 1 y 2 Según el DANE	Cualitativa		Ordinal	Las inequidades como consecuencia de las diferentes posiciones económicas (Vega, Solar, & Alec, 2010) Un factor que registró la utilización de servicios en diversos eventos de salud.

Nota: esta tabla describe las variables objeto de estudio.

6.3. Población y Muestra

Para este estudio, se seleccionó la población vinculada al régimen subsidiado, Sisbén 1 y 2, junto a las Personas Pobres no Aseguradas (PPNA), para los años 2014 al 2020. Es importante recalcar que se observaron los cambios de atención en salud, antes (2014 -2016) y después (2017-2020) de la reforma tributaria. La elección de los niveles obedeció a que estos colombianos son beneficiarios del servicio de salud, por medio del subsidio dado por el Estado, debido a que existen las mayores inequidades y en ellos están presentes los indicadores más altos de pobreza del país.

El registro de la información se obtuvo de fuentes secundarias. Según la información del DANE, Colombia en el año 2020 registró 50.911.747 habitantes, como lo muestra la tabla 4. Contó

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

con el 30.7% de beneficiarios en el régimen subsidiado, equivalente a 18.489.547 se observa en la tabla 5. De esta manera se registró la población que fue incluida en el presente estudio, en el periodo seleccionado.

Tabla 4.

Población colombiana 2020-2014

Año	Hombres	Mujeres	Población
2020	24.984.564	26.575.932	50.911.747
2019	24.713.193	26.356.363	50.374.478
2018	24.370.780	26.132.269	49.834.240
2017	23.990.081	25.904.325	49.292.491
2016	23.618.154	25.587.764	48.825.656
2015	23.288.781	25.127.741	48.435.097
2014	23.013.034	24.504.395	47.660.828

Nota: Elaboración propia. Datos tomados de DANE, 2022.

Por tanto, en este estudio, se consideró para cada año observado, todas las personas afiliadas al régimen subsidiado y la población pobre no afiliada.

Tabla 5.

Población afiliada por régimen.

Régimen	Año							Total población por régimen
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	
Subsidiado	25.789.075	26.290.279	18.141.023	18.153.952	18.622.485	17.925.341	18.489.547	143.411.702
PPNA	9.670.702	7.247.684	563.459	513.225	302.799	596.304	561.306	19.455.479
Total población por año	35.459.777	33.537.963	18.704.482	18.667.177	18.925.284	18.521.645	19.050.853	162.867.181

Nota: Elaboración propia. Datos tomados de SISPRO, 2022

7. Análisis e Interpretación de los Resultados

7.1. • Documentación de las desigualdades sociodemográficas y económicas en los servicios de salud de la población subsidiada en Colombia de los niveles 1 y 2 para el periodo 2014 – 2020.

En este capítulo se presenta el desarrollo de los objetivos, se justifican las variables sociodemográficas y su relación con las variables económicas, se compran los beneficios que trajo consigo la entrada en vigor de la Ley Estatutaria 1751 del 2015 con la ley 100 de 1993. Por último se calcularon los Índices de Concentración- *IC* de la desigualdad en eventos de salud como los nacimientos y fallecimientos.

El Sisbén (Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales), como instrumento de “Focalización” para programas sociales, permite identificar aquellas personas en condición de pobreza y vulnerabilidad en el territorio colombiano y así, garantizar el gasto social, que el estado como garante de derechos, debe suplir. Para algunos, el Sisbén se ha vuelto sinónimo de afiliación al régimen subsidiado en salud (Fresneda & Martínez, 2012), esto tiende a confundir a muchos, cuando se menciona que para el año 2021, el Sisbén- cuenta con 23.968.577 personas vinculadas⁴. Pero, no quiere decir, que todos sean beneficiarios del régimen en salud. La fuente de información del Sisbén ha sido actualizada desde su primera puesta en marcha en el año 1994, como necesidad de evitar distorsiones y fraude (p. 17), en el año 2017, surge Sisbén IV, debido a la no actualización de los registros desde el 2011, según el Departamento

⁴ Se resalta que en el año 2020, se inicia la pandemia por Covid-19, lo que deja, un total de fallecidos 365.695 afiliados de los niveles 1 y 2 del régimen subsidiado.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Nacional de Planeación- DNP (2021), lo que dio una mejor oferta de variables y metodologías de análisis.

Es por esto, que la IV versión del Sisbén, clasifica a la población por grupos y no por puntajes, de esta manera, se categoriza según la capacidad de generar ingresos en las familias y la forma como se mide la pobreza en Colombia (Departamento Nacional de Planeación, 2021). Véase tabla 4. Se toman en cuenta otras variables que no eran consideradas en la versión del Sisbén III, como, la capacidad del hogar para generar ingresos, por medio de factores como la educación, empleo, salud, características del entorno y calidad de vida (p. 6).

Tabla 6.

Categorización del Sisbén IV

Grupo	Subgrupo	Categoría
A	A1- A5	Pobreza Extrema
B	B1- B7	Pobreza moderada
C	C1- C18	Vulnerable
D	D1-D21	Ni pobre, ni vulnerable

Nota. Elaboración propia, 2022, información tomada de DNP.

Para acceder al Sistema de Salud subsidiado, como lo había establecido la ley 100 de 1993, el Consejo Superior de Seguridad Social en Salud, bajo el acuerdo 09 de 1994, aprobó el mecanismo para seleccionar a los beneficiarios del régimen Subsidiado, según (Fresneda & Martínez, 2012), estos fueron los criterios a tener en cuenta: “municipios clasificados en las categorías 5 y 6 por el decreto 222 de 1987; municipios con un índice de Necesidades Básicas Insatisfechas- NBI superior al 60% con una concentración de al menos 10.000 personas pobres;

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

estratos socioeconómicos 1 y 2 en las ciudades” (p. 9). Pero este tipo de instrumento permitió distorsiones de incentivos, como lo señalan los autores (Fresneda & Martínez, 2012), “la selección a través de criterios económicos puede incidir también en la conducta de los individuos promoviendo que mantengan su situación como pobres, para evitar ser excluidos de la ayuda gratuita” (p. 17). Esto ocasionó que muchas personas que no se encontraban en pobreza extrema, pobreza o vulnerabilidad (niveles socioeconómicos 1 y 2), hicieran parte del sistema de beneficios y recibieran, uno de ellos, que es la atención en salud subsidiada.

El Congreso de Colombia, en la Ley 142 de 1994, define “la estratificación socioeconómica como la clasificación de los inmuebles residenciales de un municipio, que se hace en atención al Régimen de los Servicios Públicos Domiciliarios en Colombia”, clasificando las viviendas y los predios de la siguiente manera: 1. Bajo-bajo; 2. Bajo; 3. Medio-bajo; 4. Medio; 5. Medio-alto; 6. Alto. “Los estratos 1, 2 y 3 corresponden a los usuarios con menores recursos, beneficiarios de servicios personalizados (salud y educación principalmente)” (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2020).

Esta estratificación socioeconómica le permitió al estado identificar geográficamente los sectores y la población vulnerable, en aras de poder realizar inversión pública y programas sociales de expansión. Sumado a esto, también se encuentra una clasificación por pobreza monetaria, ligada directamente a los ingresos que se perciben en cada clasificación. En el año 2020, se consideraba pobreza extrema aquellos hogares cuyo ingreso per cápita era menor o igual a \$332.000 COP mensuales (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2020) y la población vulnerable era aquella con un ingreso per cápita entre los \$332.000 y los \$ 654.000 COP mensuales. La pobreza marca entonces, el limitante económico, porque no le permite a un hogar acceder a los

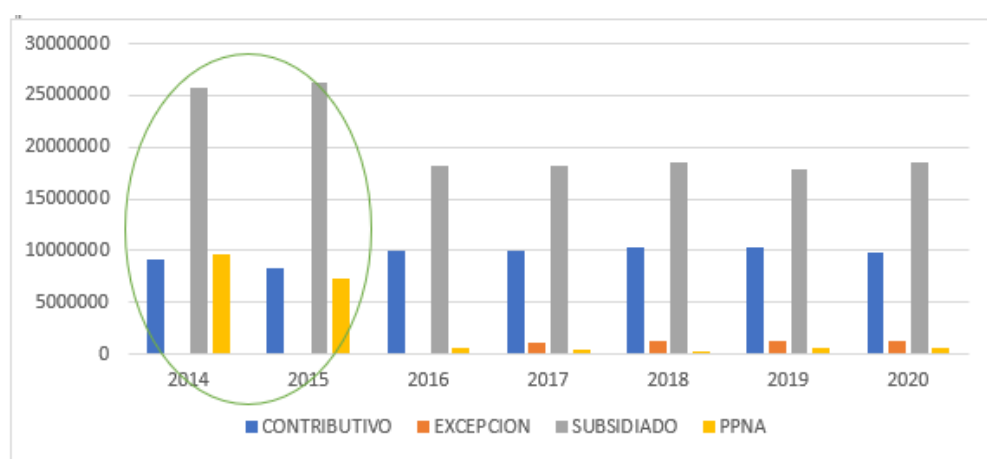
EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

servicios básicos, una mejor vivienda y por ende un sistema de salud, con acceso a los medicamentos y tratamientos necesarios.

Pertenecer a los estratos 1 y 2 es hablar de vulnerabilidad o pobreza. A partir del 2016 en adelante, aproximadamente el 35% de la población contó con una cobertura de salud, por parte del Régimen Contributivo, el 61% de esta población, prevaleció en el régimen subsidiado. En la figura 1, se observa el comportamiento de las afiliaciones a los distintos regímenes de salud, se puede inferir que en los años 2014 y 2015, muchas personas accedieron al servicio subsidiado de salud porque hicieron uso inadecuado del Sisbén, su registro y no se encontraba toda la población identificada, de allí, el reporte de un alto índice de Población Pobre no Asegurada. En el 2016 en adelante, se observa un comportamiento más homogéneo en los regímenes, una vez entrada en vigor la Ley Estatutaria 1751 del 2015, que garantiza el derecho fundamental a la salud.

Figura 1.

Comportamiento de afiliación de la población perteneciente a los niveles 1 y 2



Nota: Datos tomados de SISPRO, 2022.

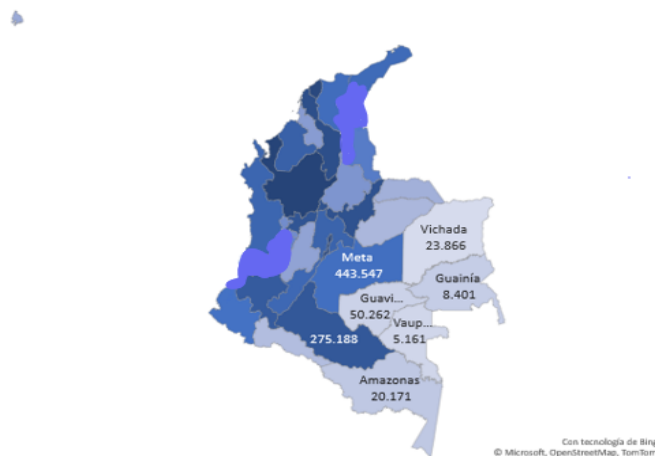
EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Además, se observa un incremento en el 2015 por la participación de la población de nivel 1 y 2 al régimen subsidiado, donde se disminuye la población pobre no asegurada., En el 2016 cuando entra en vigencia la ley Estatutaria 1751 del 2015, se reorganizan las afiliaciones, se categoriza por régimen de excepción, el contributivo aumenta, el subsidiado disminuye y la población no identificada se reduce considerablemente, se observa una reducción de población no afiliada y sin capacidad pago y aumento de vinculación laboral.

Los registros en la plataforma de Sisbén permiten explicar el comportamiento de la cobertura, del servicio de salud en el territorio nacional y el Producto Interno Bruto, de la misma manera, identificar la producción interna de los Departamentos y su aporte a la economía del país.

Figura 2.

Estado de Cobertura Régimen Subsidiado 2020



Nota: Elaboración propia. Los departamentos con mayor cobertura están representados por las tonalidades más oscuras.

La figura 2, permite observar el comportamiento de la cobertura nacional en salud para el régimen subsidiado de los niveles 1 y 2, ; primer lugar Antioquia, en segundo lugar se encuentra

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

el distrito capital Bogotá, y le siguen los *departamentos* de: Atlántico, Bolívar, Córdoba y Valle del Cauca y los Departamentos con más baja cobertura (Vaupés, Guainía, Guaviare, Vichada, Putumayo y Amazonas), también hacen parte de los que menos ingresos aportan al país, como dice Wagstaff , la pobreza y los bajos ingresos también son causa de mala salud. (Wagstaff, Van, & Paci., 2001) Véase tabla 5. Ahora bien, a mayores ingresos, mayor salud y mejor cobertura como se observa en la capital del país.

Tabla 7.*PIB por departamentos 2014-2020*

Departamentos	PIB (Miles de millones de pesos)						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Antioquia	111.129	115.446	119.046	120.973	125.173	129.672	121.300
Atlántico	33.772	35.716	36.347	36.779	37.610	38.690	36.173
Bogotá D.C.	198.996	206.478	210.683	214.484	221.652	229.314	214.485
Bolívar	27.793	28.105	29.285	30.271	30.804	31.920	28.623
Boyacá	20.986	22.165	22.341	22.574	23.237	23.732	21.709
Caldas	12.106	12.514	12.821	13.043	13.395	13.798	13.174
Caquetá	3.323	3.350	3.427	3.454	3.525	3.596	3.387
Cauca	13.899	14.622	14.975	14.876	15.139	15.614	14.630
Cesar	14.391	14.570	15.676	16.123	16.090	16.646	14.256
Chocó	3.472	3.571	3.765	3.482	3.202	3.341	3.264
Córdoba	13.684	13.657	13.731	13.920	14.196	14.774	13.915
Cundinamarca	46.230	48.055	49.601	50.409	51.551	52.890	49.779
Huila	13.915	13.805	13.636	13.212	13.369	13.754	13.144
La Guajira	8.721	8.666	8.891	8.996	8.977	8.955	6.684
Magdalena	10.128	10.514	10.869	10.990	11.248	11.525	10.832
Meta	29.878	30.712	28.904	29.022	29.404	30.800	28.105
Nariño	11.569	12.230	12.760	12.441	12.643	13.064	12.501
Norte de Santander	12.253	12.534	13.041	12.940	13.347	13.550	12.804
Quindío	6.104	6.381	6.624	6.736	6.793	6.968	6.550
Risaralda	12.367	12.656	13.027	13.202	13.551	13.969	13.185
Santander	52.135	51.999	53.175	54.065	54.942	56.515	51.681
Sucre	6.469	6.577	6.807	6.982	7.108	7.366	6.928

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Tolima	17.182	17.381	17.708	17.936	18.120	18.512	17.237
Valle del Cauca	75.901	78.074	80.022	81.447	84.172	87.023	81.835
Nuevos departamentos*	24.935	24.914	24.324	24.268	24.812	25.331	23.168

Nota: los nuevos departamentos “corresponden a Amazonas, Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, San Andrés, Providencia y Santa Catalina (Archipiélago), Vaupés y Vichada, antiguamente organizados, como intendencias y comisarías” Departamento Administrativo Nacional de Estadística, (2022).

Los datos presentados permiten concluir, que la población de nivel 1 y 2 de las ciudades con menos ingresos y desarrollo, tienen problemas de acceso y cobertura al régimen subsidiado. Ratifica la selección de estos dos niveles por las condiciones sociales y demográficas. En la tabla 6, se evidencia la relación de la población registrada en el Sisbén, estimando los ingresos per cápita en los años objeto de estudio. Los ingresos se encuentran relacionados directa o indirectamente con indicadores demográficos en los territorios, que aumenta y disminuyen algunas tasas como: natalidad, mortalidad, morbilidad, esperanza de vida, fecundidad, entre otras, como argumentan (Lorenzo Valdes & Ruiz Porras, 2017), “el desarrollo económico suele referirse a las relaciones y dinámicas entre la producción, la natalidad y la mortalidad” y como esos cambios confluyen con la desigualdad.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Tabla 8.

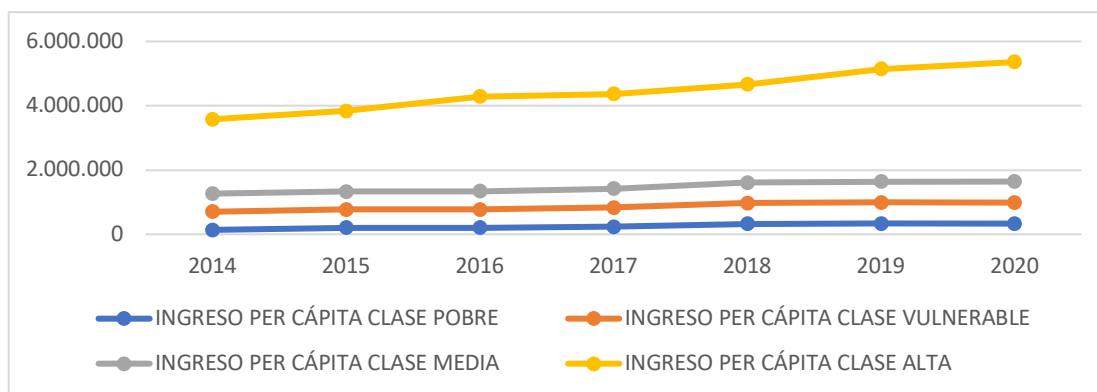
Relación de población del régimen subsidiado y pobre no registrada considerando su ingreso per cápita y estrato

Año	Población subsidiada nivel 1 y2	Población pobre no asegurada	Población estrato 1	Población estrato 2	Ingreso per cápita clase pobre	Ingreso per cápita clase vulnerable	Ingreso per cápita clase media	SMLV	Ingreso per cápita clase alta
2014	18.616.469	361.232	7.519.466	11.458.235	137.350	563.898	563.899	616.000	2.313.688
2015	18.947.811	505.435	7.707.890	11.745.356	203.050	563.899	563.900	644.350	2.507.025
2016	18.141.023	563.459	7.411.210	11.293.272	206.900	563.900	563.901	689.454	2.950.650
2017	18.153.952	513.225	7.498.697	11.270.748	236.400	590.100	590.398	737.717	2.951.990
2018	18.622.485	302.799	7.498.697	11.426.587	327.674	641.696	641.697	781.242	3.052.736
2019	17.925.341	335.754	7.235.528	11.025.567	331.688	653.780	653.781	828.116	3.500.001
2020	18.489.547	561.306	7.548.451	11.502.402	332.000	654.000	654.001	877.803	3.718.205

Nota: Valores de ingreso en miles de pesos. Elaboración propia de datos tomados de SISPRO y DANE, 2022.

Es tendencia que la población aumente, al igual que los ingresos, pero las brechas de ingreso son muy amplias entre la clase alta, la clase pobre y la vulnerable, como se observa en la figura 3. La OMS, afirma que “la esperanza de vida sigue estando fuertemente afectada por los ingresos. En los países de ingresos bajos, la esperanza de vida es inferior a la de los países de ingresos altos” (Organización Mundial de la Salud, 2019).

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Figura 3.*Comportamiento del ingreso Per cápita por clases sociales 2014- 2020*

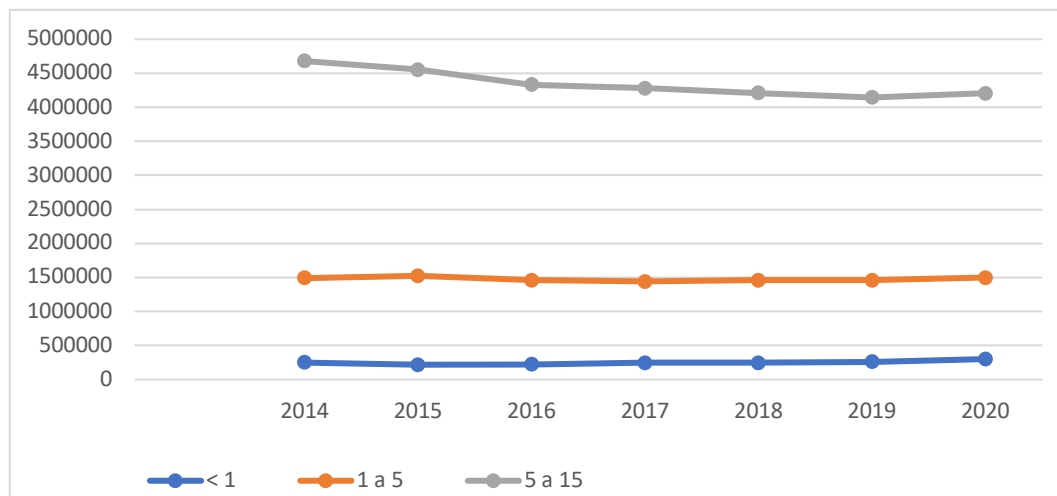
Nota: Elaboración propia de datos tomados de SISPRO y DANE, 2022.

La OMS afirma, que los países con desigualdades muy marcadas en los ingresos per cápita (brecha muy amplia entre la clase pobre y la clase alta), tienen más probabilidad que su población no alcance la esperanza de vida y a tratarse adecuadamente sus problemas de salud (Organización Mundial de Salud, 2005). “En la actualidad, el mundo está experimentando un incremento de personas mayores, ocasionando un cambio en la distribución de la población en los países, hacia edades avanzadas” (Organización Mundial de la Salud, 2022), En la figura 4, 5,6 y 7 se observa la población por grupo etario, vinculada al régimen subsidiado en los niveles 1 y 2, el comportamiento por rangos de edad y el patrón de tendencia, en proporción a los adultos mayores (López Plaza, 2022)

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Figura 4.

Población afiliada al Régimen subsidiado entre los <1 y los 15 años

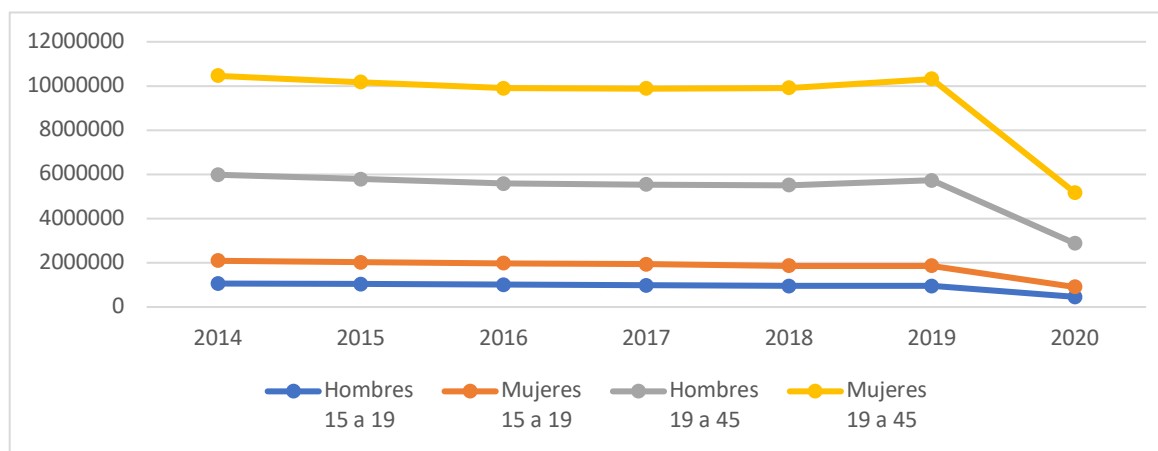


Nota: Datos tomados de la página del Sisbén, 2022.

Los usuarios del régimen subsidiado en el rango de edades de <1 a 5 años, ha mantenido un leve aumento a través del tiempo, mientras que la población de 5 a 15 va disminuyendo, en palabras de (López Plaza, 2022), hay un crecimiento, pero mucho más lento.

Figura 5.

Población afiliada al Régimen subsidiado entre los 15 y los 45 años, diferenciadas por sexo



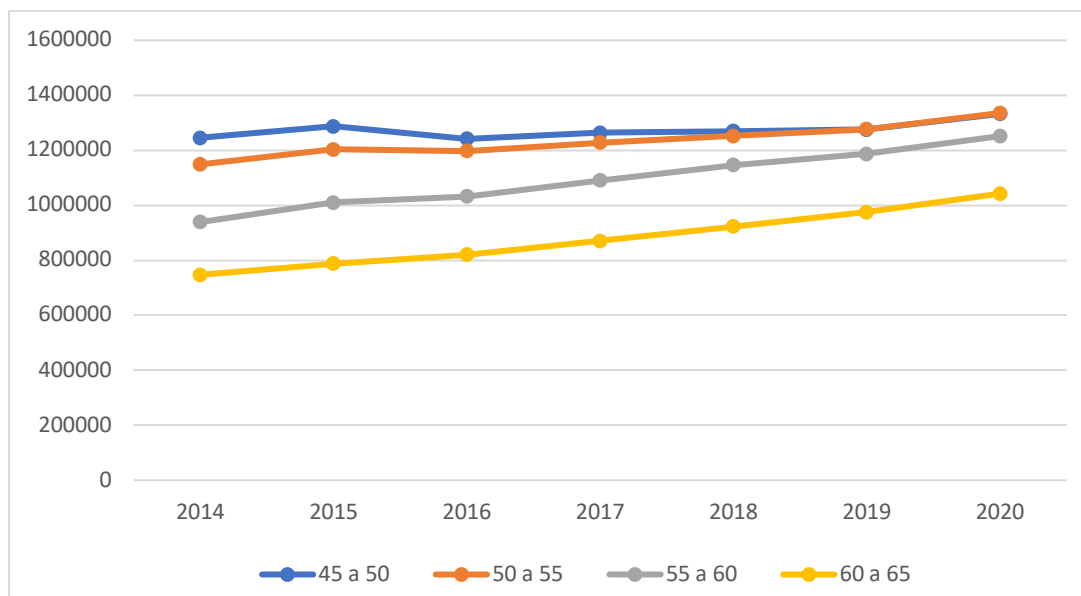
Nota: Datos tomados de la página del Sisbén, 2022

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

En la figura 5, correspondiente al grupo etario de 15 a 45 años, que también es el segmento más fuerte de la Población en Edad de Trabajar⁵- PET, se observa que en el año 2020, la caída de la línea de tendencia muestra la atipicidad de lo sucedido en pandemia. Este comportamiento, también soporta los análisis realizados anteriormente, cuando a cobertura por año, se observa para el 2015, una leve disminución de hombres y mujeres pertenecientes al régimen subsidiado y en el 2016 el grupo etario de 15 a 19 años se mantuvo constante hasta el 2019. Para el caso del segmento de edad entre los 19 y los 45 años, se evidencia el decrecimiento, con su punto más marcado en el año 2020.

Figura 6.

Población afiliada al Régimen subsidiado entre los 45 y los 65.



Nota: Datos tomados de la página del Sisbén, 2022

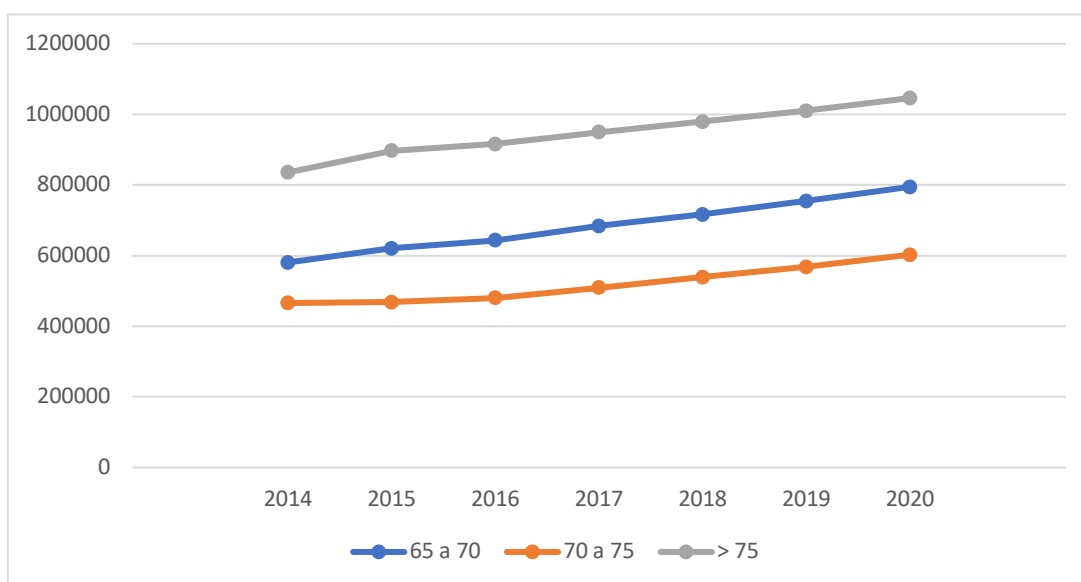
⁵ “Población en Edad de Trabajar – PET, Este segmento está constituido por las personas de 12 años y más en las zonas urbanas y 10 años y más en las zonas rurales. Se divide en población económicamente activa y población económicamente inactiva” (Departamento Nacional de Estadística).

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

En la figura 6, podemos inferir que la población vinculada al régimen subsidiado, en los rangos de edad de 45 a 65 años, ha aumentado, plantea (Turner, 2014), “el envejecimiento de la población conduce a un estancamiento continuo”, lo que conlleva un coeficiente de dependencia⁶ de las personas mayores en aumento, véase figura 7. La población mayor de 60 años representa el 18,85% del total de población objeto de estudio en el año 2020.

Figura 7.

Población afiliada al régimen subsidiado mayor de 65 años



Nota: Datos tomados de la página del Sisbén, 2022

⁶ “La relación de dependencia demográfica (RD) expresa el cociente de las personas en edades «dependientes» (menores de 15 y mayores de 60 años) respecto a las personas en edades «productivas» (población entre 15 y 59 años de edad), multiplicado por 100” (Departamento Nacional de Estadística, 2015).

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Según (López Plaza, 2022), “si tomamos el comportamiento de los nacimientos, el país todavía tiene un comportamiento positivo pero cada vez ese crecimiento es más lento”, esto se ve reflejado en las tasas de natalidad (véase tabla 7) y mortalidad (véase tabla 8) con la población de estudio.

Tabla 9.

Total nacidos en el régimen subsidiado en los niveles 1 y 2 y pobres no asegurados en los años 2014-2020.

Tasa de Natalidad-Nacidos							
	Total Nacidos						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Régimen Subsidiados	357644	341255	334626	353811	348964	332567	340681
No asegurados	22871	17031	15131	17502	37178	66582	68207
Total Nacidos	380515	358286	349757	371313	386142	399149	408888
Tasa de Natalidad	1,22 %	1,17 %	1,12 %	1,21 %	1,30 %	2,05 %	2,15 %

Nota: En la tabla se presentan datos, por el número de nacimientos que se realizaron en el régimen subsidiado en los niveles 1 y 2, la población no asegurada, como personas vulnerables, la tasa oscila entre el 1,85 % y el 2,15%, en los años de estudio. Elaboración propia de información tomada de SISPRO,2022.

En la tabla 8 se observa un aumento gradual de fallecimientos, con picos marcados en los años 2019 y 2020, debido al fallecimiento acelerado de los beneficiarios del régimen subsidiado. Antes de pandemia y durante el año de pandemia (2020). En general hasta el 2019, la tasa de mortalidad en los usuarios fue baja, porque siempre se mantuvo inferior al 10%.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Tabla 10.

Total fallecidos en el régimen subsidiado y no asegurados en los años 2014-2020.

	Tasa de Mortalidad-Fallecidos						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Fallecidos régimen Subsidiado y PPNA	10191	10524	26341	24752	27240	27860	365.695
Tasa de Mortalidad	5,37 %	5,41 %	8,88 %	8,10 %	8,76 %	9,10 %	117,13 %

Nota: en la tabla 8 se observa los fallecidos del régimen subsidiado en los niveles 1 y 2 durante el periodo 2014-2020. Información tomada de SISPRO,2022.

Las variables demográficas y económicas permiten caracterizar e identificar a la población en los años 2014 a 2020 y observar su comportamiento, una vez puesta en marcha la Ley Estatutaria 1751 del 2015, se hace efectivo el goce de los derechos en salud, en términos de cobertura del sistema de seguridad social en salud, considerándose un elemento de éxito, para los beneficiarios del régimen subsidiado, lo que permite orientar algunos resultados en pertinencia y viabilidad para lograr una mayor equidad y eficiencia en la prestación del servicio de salud.

7.2. Comparación y análisis las principales diferencias introducidas por la Ley Estatutaria en salud de 2015 a la ley 100 de 1993.

Como resultado de la constitución de 1991, surgió la Ley 100 de 1993, en la cual se fundamentó el sistema de salud para Colombia, como uno de los tres principales componentes de la seguridad social, generando en los colombianos la obligación de pertenecer al sistema, a través de las Empresas Promotoras de Salud-EPS. Posteriormente a esta Ley se dieron cambios influenciados por las tendencias neoliberales del contexto global (Gómez & Nieto, 2014), que

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

procuraron mejorar aspectos de la salud, pero este modelo no se encontraba cimentado en el interés del usuario y la consolidación del derecho a la salud de toda la población, dando origen a la implementación de la Ley Estatutaria, apoyada por las reglamentaciones de PAIS, MIAS y RIA que rigen en el país. A continuación se presenta un paralelo comparativo de las Leyes 100 y 1751 para comprender su importancia. Véase tabla 11.

Tabla 11.

Comparativo Ley ordinaria- Ley Estatutaria

	Ley 100 de 1993	Ley 1751 de 2015
Clasificación de la Ley	Ley Ordinaria	Ley Estatutaria
Finalidad	Creación de un Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI). Del cual surge el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) donde su finalidad es regular el servicio público esencial de la salud y generar condiciones de acceso al servicio.	Garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. Este derecho es irrenunciable y legitima el acceso de manera oportuna, eficaz, de calidad e igualitario.
Generalidades	Se establece el aseguramiento como un esquema fundamental, originando un mercado de salud. Los servicios se dividen en dos categorías, las cuales son: 1. Los servicios de servicio individual, los cuales se conocen como el Plan Obligatorio de Salud (POS). 2. Los servicios de salud pública, conocidos como Plan de Atención Básica (PAB), los cuales se enfocan en el control de factores de riesgo de la colectividad.	Por la Resolución 6408 de 2016 surge el Plan de beneficios, el cual hace referencia a los colombianos tienen derecho a la garantía de la salud y es el estado quien define el Listado de servicios y tecnologías que serán excluidas de la financiación con recursos públicos asignados a la Salud pues no presentan evidencias científicas de eficacia y efectividad, según los decretos 2353 de 2015, 705 de 2016 y 5267 de 2017.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Teniendo en cuenta que el POS tiene determinada la lista de inclusiones de servicios para los usuarios y si el servicio requerido esta por fuera de dicha lista, se lleva a consulta por el comité médico, científico y técnico de la EPS para la decisión de este.

Algunas generalidades enmarcadas en el artículo 156: El Gobierno Nacional se encargará de dirigir, orientar, regular, controlar y vigilar el servicio público esencial de salud que constituye el sistema general de seguridad social en salud.

Todos los afiliados al SGSSS recibirán un plan integral de protección de la salud, con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el plan obligatorio de salud.

Las entidades promotoras de salud están en la obligación de suministrar, dentro de los límites establecidos en el numeral 5° del artículo 180, a cualquier persona que desee afiliarse y pague la cotización o tenga el subsidio correspondiente, el plan obligatorio de salud, en los términos que reglamente el gobierno.

El profesional tiene la autonomía bajo la regulación y evidencia científica de requerir el servicio para el paciente, lo anterior bajo el artículo 17 y según la resolución 1328 de 2016.

Elementos del derecho:

Disponibilidad: El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnología e instituciones de salud.

Aceptabilidad: Los diferentes agentes del sistema deben respetar las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando su cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud.

Accesibilidad: Los servicios y tecnología de salud deben ser accesibles a todos, en igualdad de condiciones. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.

Calidad e idoneidad profesional: Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas.

Entidad Administradora de los recursos.	<p>Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA): Tiene por objeto garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del sistema general de seguridad social en salud, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias señaladas en la Ley 100.</p> <p>Artículo 219 determina las subcuentas independientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De Compensación Interna del Régimen Contributivo. • De solidaridad del régimen de subsidios en salud. • De promoción de la salud. • Del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes de Tránsito. 	<p>Administradora de Recursos del Sistema General de seguridad Social (ADRES): en los artículos 66 y de 1 de 2015 como una entidad encargada de administrar los recursos que hacen parte de FOSYGA, los del Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), los que financien el aseguramiento en salud, los copagos por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP).</p>
Principios	<p><u>Universalidad:</u> Se garantiza la protección de todas las personas en las diferentes etapas de la vida. Por medio de los dos regímenes: contributivo y subsidiado.</p> <p><u>Equidad:</u> Donde todos los habitantes del país sin importar la capacidad de pago posean el mismo nivel de servicio.</p>	<p><u>Pro homine:</u> Las autoridades y demás actores del sistema de salud, adoptarán la interpretación de las normas vigentes que sea más favorable a la protección del derecho fundamental a la salud de las personas.</p> <p><u>Universalidad:</u> Todo ser humano que se encuentre dentro del</p>

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

<p><u>Obligatoriedad</u>: se establece el deber de la población de la afiliación al sistema, ya sea mediante la contribución: empleador-trabajador o el Estado a la población sin ningún vínculo laboral.</p>	<p>territorio colombiano gozará del derecho fundamental a la salud en todas las etapas de la vida.</p>
<p><u>Unidad</u>: Articulación de políticas, instituciones, regímenes y prestadores para alcanzar la seguridad social.</p>	<p><u>Equidad</u>: El Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas específicamente al mejoramiento de la salud de personas de escasos recursos, de los grupos vulnerables y de los sujetos de especial protección.</p>
<p><u>Participación social</u>: el sistema fomenta espacios de participación ciudadana para el control de las instituciones del sistema.</p>	<p><u>Continuidad</u>: Las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua.</p>
<p><u>Integralidad</u>: Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada uno contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley.</p>	<p><u>Oportunidad</u>: La prestación de los servicios y tecnologías de salud deben proveerse sin tardanza alguna.</p>
<p><u>Libre elección</u>: Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible.</p>	<p><u>Prevalencia de derechos</u>: El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes.</p>
<p><u>Autonomía de Instituciones</u>: para ejercer la descentralización se les otorga autonomía administrativa,</p>	<p><u>Progresividad del derecho</u>: El Estado promoverá la correspondiente ampliación del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación gradual de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficos, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo de la salud.</p>

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

<p>personería jurídica y patrimonio propio a las IPS.</p> <p>Descentralización</p>	<p><u>Libre elección:</u> Las personas tienen la libertad de elegir sus entidades de salud dentro de la oferta disponible.</p>
<p><u>Solidaridad:</u> El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.</p>	<p><u>Sostenibilidad.</u> El Estado dispondrá, por los medios que la Ley estime apropiados, los recursos necesarios y suficientes para asegurar progresivamente el goce efectivo del derecho fundamental a la salud.</p>
<p><u>Eficiencia:</u> la capacidad de disponer de la mejor utilización social y económica de los recursos (administrativos, técnicos y financieros) disponibles para que el servicio sea prestado de manera adecuada y oportuna.</p>	<p><u>Solidaridad.</u> El sistema está basado en el mutuo apoyo entre las personas, generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades.</p>
	<p><u>Eficiencia:</u> El sistema de salud debe procurar por la mejor utilización social y económica de los recursos, servicios y tecnologías disponibles para garantizar el derecho a la salud de toda la población.</p>
	<p><u>Interculturalidad:</u> Es el respeto por las diferencias culturales existentes en el país y en el ámbito global.</p>

Nota: se observa en la tabla las principales diferencias entre la ley 100 de 1993 y la ley 1751 del 2015, la primera ordinaria y la segunda estatuaría, esta última es de carácter especial porque regula derechos fundamentales. Elaboración propia.

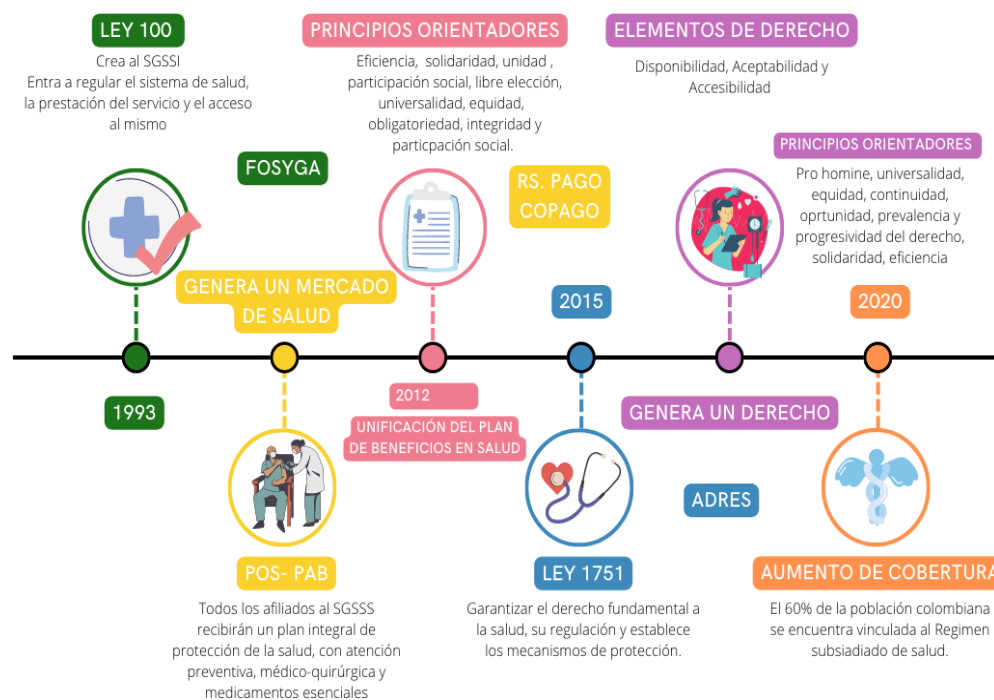
La Ley 1751 de 2015, a través de la incorporación de principios jurídicos, como: “Pro homine:”, “interculturalidad”, “progresividad del derecho” y “prevalencia del derecho”, garantiza

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

la prestación de un servicio de salud, que permita ser sostenible y a su vez, brindar el acceso y servicio a todos los colombianos. Donde se articulan una serie de políticas públicas, derechos y deberes para el funcionamiento del Sistema de Salud en Colombia, a diferencia de la Ley 100 de 1993, se resalta el derecho fundamental a la Salud, por tanto, el Estado colombiano se ve obligado a realizar las acciones pertinentes para el cumplimiento de las “políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales”.

Figura 8.

Infografía línea base evolución de SGSSI



Nota: Elaboración Propia. La restructuración del SGSSI y la necesidad que se generó con la unificación del plan de beneficios de salud en el 2012, permitieron identificar la necesidad de garantizar elementos de derecho, que se enfocaran en la prestación de un servicio de salud universal, obligatorio y equitativo, en resumidas cuentas, antes de la Ley Estatutaria, el Régimen

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Subsidiado no contaba con los mismos beneficios que el contributivo (Información tomada de la ley 100 de 1993 y ley 1751 de 2015.).

De esta manera, la Ley Estatutaria 1751 del 2015, busca la reducción de las inequidades en la prestación del servicio y vincula a toda la población, sin importar los ingresos socioeconómicos, o el régimen de salud al que se encuentren vinculado. Véase tabla 10.

Tabla 12.

Cobertura de la población de estratos 1, 2 y no adscrita al Sisbén

Cobertura población régimen subsidiado	Estrato 1 y 2	PPNA y sin capacidad de pago	Total Sisbén 1 - 2 y PNA	Total población Colombiana	Cobertura afiliados nivel 1 y 2 %
2014	18.616.469	361.232	18.977.701	47.660.828	39,8
2015	18.947.811	505.435	19.453.246	48.435.097	40,2
2016	29.088.271	563.459	29.651.730	48.825.656	60,7
2017	30.062.462	513.225	30.575.687	49.292.491	62,0
2018	30.787.877	302.799	31.090.676	49.834.240	62,4
2019	30.286.930	335.754	30.622.684	50.374.478	60,8
2020	30.658.711	561.306	31.220.017	50.911.747	61,3

Nota: la tabla, muestra el comportamiento de la cobertura de afiliación al Sisbén de los niveles 1 y 2 de las personas identificadas y las personas pobres no afiliadas en los periodos de tiempo 2014-2020. Esta tabla omite a los desplazados o población no identificada. Información tomada de SISPRO, 2022 y el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas.

En los registros del 2014 en la base de datos SISPRO, se logra observar que 2.430.048 personas desplazadas, susceptibles de ser afiliadas, no se encuentran identificadas, por lo tanto no reciben servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). Para el año 2015, esta cifra se reduce a 2.265.277. una vez entrada en vigor la Ley Estatutaria (2016), se integran las

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

bases de datos de las diferentes instituciones del país como, la Registraduría Nacional del Estado Civil (RNEC), Registro Único de Afiliados (RUAF)⁷ y Base Única de Afiliados (BDUA)⁸, de esta manera se logra identificar a un gran porcentaje de la población, reduciéndose a solo 111.478 personas no identificadas o sin coincidencias dentro de los registros Pila o los de la RNEC, para el año 2016. En el año 2017, se presentó un pequeño aumento de personas no identificadas de 113.999 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022), lo anterior con relación a la quinta oleada de inmigración venezolana a Colombia, en este año se expidieron 1.500.000 documentos, y en promedio 37.000 venezolanos entraron diariamente bajo la tarjeta de movilidad fronteriza (Semana, 2018). En los siguientes años, los datos muestran un aumento gradual de las personas no identificadas en los niveles 1 y 2 del Sisbén, pero a su vez, se evidencia un aumento de la tasa de cobertura para dichos niveles, es decir que los esfuerzos por ampliar la cobertura universal en salud para Colombia han sido positivos.

Es importante resaltar la garantía que otorga Ley 1751 del 2015, al subordinar a la Ley 100 de 1993, puesto que regula el derecho fundamental a la salud, ofreciendo los mecanismos de protección del sistema. Esta Ley permite a toda la población residente en el país (nacionales y extranjeros), las garantías para el efectivo goce del derecho de la salud, como se observa la

⁷ “Es un sistema de información que contiene el registro de los afiliados al Sistema Integral de Seguridad Social (Salud, Pensiones, Riesgos Profesionales), a Subsidio Familiar, a Cesantías, y de los beneficiarios de los programas que se presten a través de la red de protección social. Ministerio de Salud y Protección Social. Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Registro%C3%A9AnicodeAfiliados-RUAF.aspx#:~:text=El%20Registro%20%C3%A9Anico%20de%20Afiliados,la%20red%20de%20protecci%C3%B3n%20social%2C>

⁸ “Es la base que contiene la información de los afiliados plenamente identificados, de los distintos regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud. (Régimen Subsidiado, Contributivo y Regímenes especiales)”. Tomado de: [https://www.minsalud.gov.co/Lists/Glosario/DispForm.aspx?ID=122&ContentTypeId=0x0100B5A58125280A70438C125863FF136F22#:~:text=Glosario%20de%20%C3%A9rminos%20%2D%20BDUA%20\(Base%20%C3%A9Anica%20de%20Afiliados\)](https://www.minsalud.gov.co/Lists/Glosario/DispForm.aspx?ID=122&ContentTypeId=0x0100B5A58125280A70438C125863FF136F22#:~:text=Glosario%20de%20%C3%A9rminos%20%2D%20BDUA%20(Base%20%C3%A9Anica%20de%20Afiliados))

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

correspondencia de la cobertura en relación con el total de la población colombiana en los años de estudio.

7.3. Análisis los cálculos del Índice de Concentración *IC* de la población subsidiada de los niveles 1 y 2 durante el periodo 2014-2020.

7.3.1. Índice de concentración- *IC*

El índice de concentración se basa en el principio de desproporcionalidad, al comparar dos distribuciones acumuladas, el rango va de -1 a +1, siendo 0 el referente de equidad, cuando este índice tiende a ser negativo (-1), su valor refleja que el indicador de salud o la enfermedad que se está comparando se concentra en la población con mayor desventaja social, por el contrario si es positivo (+1) es porque el indicador o carga de enfermedad se concentra en la población con mayor ventaja social, de no existir desigualdad, el *IC* es igual a 0 (Organización Panamericana de Salud, 2020). En la tabla 10, se observan los cálculos realizados con los datos obtenidos para el periodo 2014-2020.

Para realizar este ejercicio se utilizó la guía ilustrada paso a paso para el cálculo y análisis de desigualdades eco sociales en salud, de la Organización Panamericana en Salud- OPS, se prepararon los datos en un Excel de la siguiente manera, en la primera columna se ubican las unidades geográficas para nuestro caso de estudio los 33 departamentos del territorio colombiano. En la segunda columna denominada **Población Base- *pobb***, se registró el tamaño de la población subsidiada del nivel uno y dos y la PPNA, por cada uno de los departamentos este será el denominador en el cual se calcula el “**Indicador de Desigualdad**” que se desea obtener. La columna número tres indica el “**Estratificador de Equidad**” o la variable social-***pdb***, acá se

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

refleja la condición socioeconómica, se utilizó el PIB departamental. En la cuarta columna se indica la variable de interés o “**Indicador de Salud**”, que son los **nacidos o fallecidos**, eventos ocurridos durante el periodo de estudio en la población del régimen subsidiado. Una vez ordenados los datos de menor a mayor, se hallan los pesos de la variables, frecuencias y distribuciones (que serían las siguientes cinco columnas), **wpop**, proporción acumulada de la población ordenada según la variable de estratificación social; **Wpop**, frecuencia relativa acumulada de la variable de estratificación. **fsal**, cuota de salud y corresponde a la frecuencia acumulada de la cuota de salud, en la octava columna se estima **wsal**, que corresponde a los pesos proporcionales del evento de salud, en la novena columna de obtiene **Wsal**, que son las frecuencias relativas acumuladas, por último, se estima el **IC** y representa gráficamente, véase tabla 13 y figura 9 y 10, como ejemplo de la metodología utilizada.

Tabla 13.

Calculo IC para el año 2014, evento de salud, nacidos

Departamento	Pobsb y ppna	pdbpc	nacidos	wpop	Wpop	fsal	wsal	Wsal	IC
					0,000			0	
Vichada	94582	4733848	688	0,002	0,002	650,72	0,00	0,00	0,0
Vaupés	31671	5961330	378	0,001	0,003	119,72	0,00	0,00	0,0
Choco	678830	6291011	5508	0,015	0,018	37389,9	0,00	0,01	0,0
Guainía	45258	6550834	505	0,001	0,019	228,55	0,00	0,01	0,0
Nariño	2186836	6863228	14886	0,049	0,067	325532	0,04	0,05	0,0
Sucre	786654	7085546	12374	0,017	0,085	97340,5	0,01	0,06	0,0
Amazonas	73139	7465703	1191	0,002	0,086	871,09	0,00	0,06	0,0
Córdoba	2665841	7555705	22095	0,059	0,146	589017	0,08	0,14	0,0
Magdalena	1812944	7620221	15838	0,040	0,186	287134	0,04	0,18	0,0
Caquetá	597559	7990249	5938	0,013	0,199	35483	0,00	0,18	0,0
Guaviare	114919	8146529	880	0,003	0,202	1011,29	0,00	0,18	0,0

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Norte De Santander	1938578	8310220	11947	0,043	0,245	231601	0,03	0,21	0,0
Cauca	1636384	9302222	12869	0,036	0,281	210586	0,03	0,24	0,0
La Guajira	1071437	10629004	11203	0,024	0,305	120033	0,02	0,26	0,0
Quindío	411672	10917328	3081	0,009	0,314	12683,6	0,00	0,26	0,0
Caldas	776754	11718627	5818	0,017	0,331	45191,5	0,01	0,26	0,0
Cesar	1485997	12460838	15557	0,033	0,364	231176	0,03	0,30	0,0
Tolima	1553954	12554593	10135	0,034	0,399	157493	0,02	0,32	0,0
Huila	1392892	12755711	14703	0,031	0,429	204796	0,03	0,34	0,0
Risaralda	800548	12762046	5388	0,018	0,447	43133,	0,01	0,35	0,0
Bolívar	2772341	13463342	23444	0,062	0,509	649947	0,09	0,44	0,2
Atlántico	2550009	13681473	23327	0,057	0,565	594840	0,08	0,51	0,2
Putumayo	483163	13936142	3324	0,011	0,576	16060	0,00	0,52	0,0
Valle	3456410	16490649	25496	0,077	0,653	881246	0,12	0,63	0,3
Boyacá	1233132	17552741	9489	0,027	0,680	117011	0,02	0,65	-0,1
Antioquia	5514920	17607117	23326	0,122	0,802	1286410	0,17	0,82	0,4
Cundinamarca	1899329	17888991	12394	0,042	0,845	235402	0,03	0,85	-0,1
San Andrés	55156	18620820	268	0,001	0,846	147,82	0,00	0,85	0,0
Arauca	360267	21144781	3243	0,008	0,854	11683	0,00	0,85	-0,1
Santander	1975427	24482373	13567	0,044	0,898	268006	0,04	0,89	-0,1
Bogotá D.C.	3106474	26337646	24020	0,069	0,967	746175	0,10	0,99	0,3
Meta	1020828	38526731	7734	0,023	0,989	78950,8	0,01	1,00	-0,1
Casanare	484538	42843277	4026	0,011	1,000	19507,5	0,00	1,00	-0,1
Total	45068443	460250878	344640	1		7536866	1,00		0,06

Nota: En la tabla 11, se evidencia los caculos realizados con la herramienta establecida por la OPS y un ejemplo, de cómo se calcularon para cada año y evento, respectivamente. Para el 2014, el *IC* en salud era de 0,06.

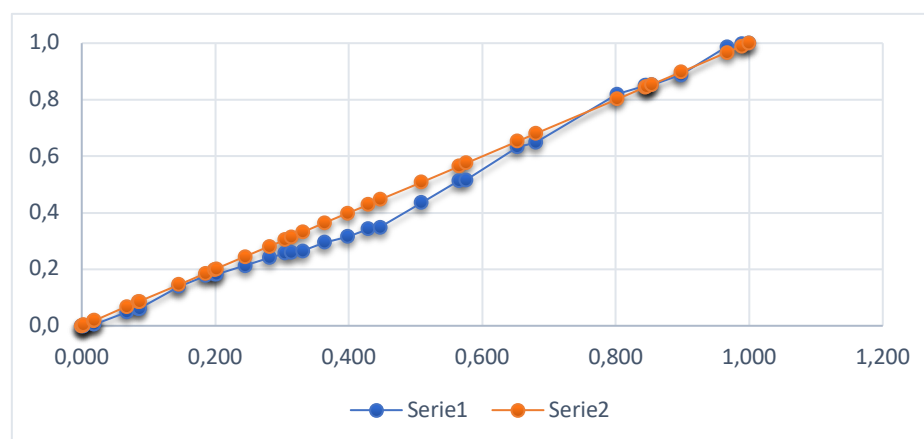
Para interpretar gráficamente, se debe considerar la distribución normal de los datos y la posición de los puntos de intercesión a lo largo de la curva de Lorenz y la línea de equidistribución, entonces se tiene, “si los puntos (serie 1), se ubican por sobre la línea de equidistribución, (serie

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

2), esto indica una polaridad negativa o concentración desproporcionada de la desigualdad en el extremo poblacional socialmente más desaventajado. Por el contrario, si los puntos se ubican por debajo de la línea de equidistribución esto esta indicando una polaridad positiva o concentración desproporcionada de la desigualdad en el extremo poblacional socialmente más aventajado” (Mujica & Moreno, 2020). Vease figuras 9 y 10.

Figura 9.

Representación gráfica del IC, para el periodo 2014

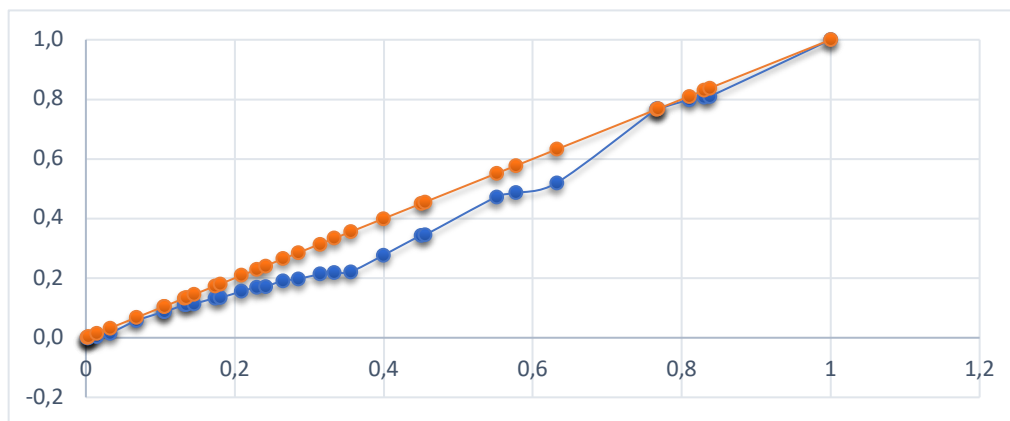


Nota: Elaboración propia. En en el año 2014, los nacimientos de la población subsidiada en los niveles 1 y 2, presentan una concentración desproporcionada de la desigualdad en el extremo poblacional socialmente más aventajado.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Figura 10.

Representación gráfica del IC, para el periodo 2016



*Nota:*Elaboración propia. En el año 2016, al igual que en el 2014, los nacimientos de la población subsidiada en los niveles 1 y 2, presentan una concentración desproporcionada de la desigualdad en el extremo poblacional socialmente más aventajado. Para corregir los errores, se hace necesario aplicar el suavizador de curvas.

Mujica & Moreno, (2020), reconocen la importancia de esta herramienta métrica que “captura las desigualdades en salud, la dimensión socioeconómica, la experiencia poblacional en su conjunto y las diferencias en los tamaños poblacionales de las unidades de análisis a lo largo del gradiente social” (pág. 15). A continuación se muestran los IC en los periodos objeto de estudio. Véase table 14.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Tabla 14.*IC, por evento de salud, en la ventana de tiempo 2014- 2020*

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
IC							
Nacidos	0,059	0,04	0,11	0,374	0,09	0,083	0,073
Fallecidos	-0,002	1,163	0,207	0,203	0,206	0,149	0,14

Nota: Elaboración propia de datos tomados de SISPRO, 2022.

7.3.2. Corrección de Wagstaff

Como la variable expresada solo ocurre en dos posibles estados (vivos y muertos), se hace necesario corregir el error que pueda presentar, esto se debe que los valores del **IC**, no se encuentren entre -1 a +1, sino que van desde $\mu - 1$ a $1 - \mu$ (Organización Panamericana de Salud, 2020). Afectando el rango de los valores del índice. Esto suele pasar porque con el tiempo se aumenta la cobertura y el **IC** se reduce. Este error se corrige analíticamente mediante un procedimiento denominado la corrección de Wagstaff, que consiste en dividir el **IC**, entre la unidad, menos el promedio.

Entonces, se obtiene IC_c :

$$IC_c = \frac{IC}{1 - \mu}$$

Se reemplaza:

$$IC_c = \frac{0,0595}{1 - 0,018}$$

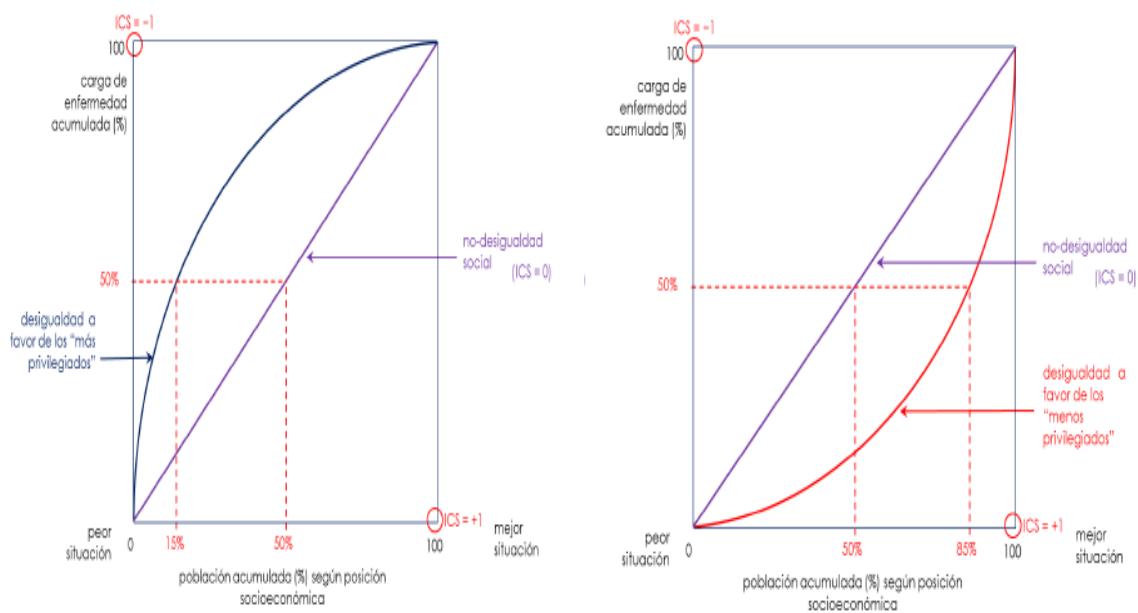
EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

$$IC_c = 0,0605$$

El índice de concentración corregido es igual a 0,0605

El índice de concentración también se puede representar gráficamente a través de la curva de concentración, se interpreta de la siguiente manera: En las coordenadas “X”, encontramos la proporción acumulada de la población por estratificación social, y en el eje de las “Y”, la proporción acumulada de la variable de la salud. Si no existe desigualdad, la curva de concentración se concentrará en la línea de “equidistribución” (Organización Panamericana de Salud, 2020), que corresponde a la diagonal de 45°, así, se podría inferir que el evento de salud que se está estudiando está equitativamente distribuido en la población. En el caso de que la curva de concentración se situó por encima de la línea diagonal, el evento de salud traslada la carga de la distribución hacia la izquierda, si sucede lo contrario la curva de concentración queda debajo de la línea diagonal la distribución de la carga o evento de salud es trasladada a la derecha, véase gráfico 11.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Figura 11.*Explicación gráfica del IC**Nota:* Organización Panamericana de Salud (2020)

En el gráfico 11, se observa el comportamiento de la curva de concentración, en el eje de la “X”, se sitúan población acumulada (%), según posición socioeconómica, en la coordenada “Y”, la carga de mortalidad acumulada (%) de la población del régimen subsidiado. Cuando se realiza la corrección, se identifica claramente “la concentración del evento de salud en cada percentil del gradiente de posición poblacional definida por el Estratificador social empleado” (Mujica & Moreno, 2020, p. 25).

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Tabla 15.*Correcciones de los IC, en el suavizador de curvas.*

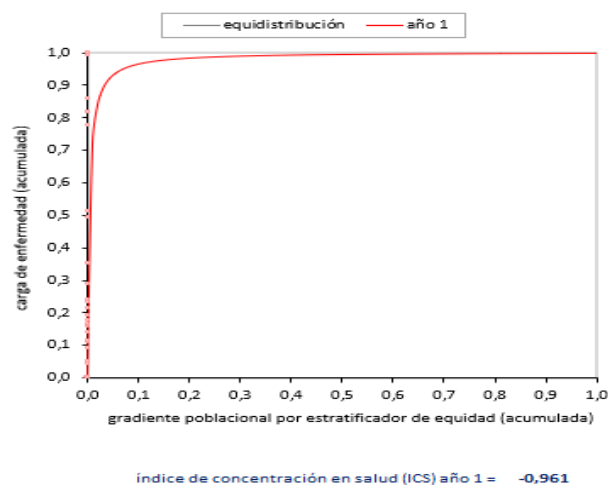
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<i>ICc</i>							
Nacidos	0,071	0,109	0,119	0,210	0,094	0,091	0,019
Fallecidos	-0,091	0,186	0,210	0,071	8E-10	8E-10	-0,58

Nota: Elaboración propia de datos tomados de SISPRO, 2022 y calculados en el suavizador de curvas (Mujica & Moreno, 2020).

“El *IC*, se obtiene por integración numérica de los percentiles de su distribución. Estas funciones están implementadas en el Suavizador de curvas de concentración”. (Mujica & Moreno, 2020).

“Esta matriz de integración numérica, permite identificar la concentración del evento de salud en cada percentil del gradiente de posición poblacional definida por el Estratificador social empleado en el análisis exploratorio” (Mujica & Moreno, 2020, p. 20). Se utilizó la herramienta y se encontraron los siguientes resultados. Véase figuras de la 12 y 13 y las tablas 16 y 17

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Figura 12.*ICc, año 2014 para fallecidos*

Nota: Elaboración propia de datos tomados de SISPRO, 2022 y calculados en el suavizador de curvas (Mujica & Moreno, 2020).

En este caso, el 10% de la población, concentra el 96,6% de los fallecidos (Mujica & Moreno, 2020), lo que traduce que el indicador de salud se concentra en la población en mayor desventaja social, véase tabla 16.

Tabla 16.*Integración numérica, para ICc en el año 2014, fallecidos.*

integración numérica:	C1 =	-0,006553	
	x	y	delta x-y
	0,00	0,000000	0,000000
	0,01	0,720082	-0,710082
	0,02	0,840297	-0,820297

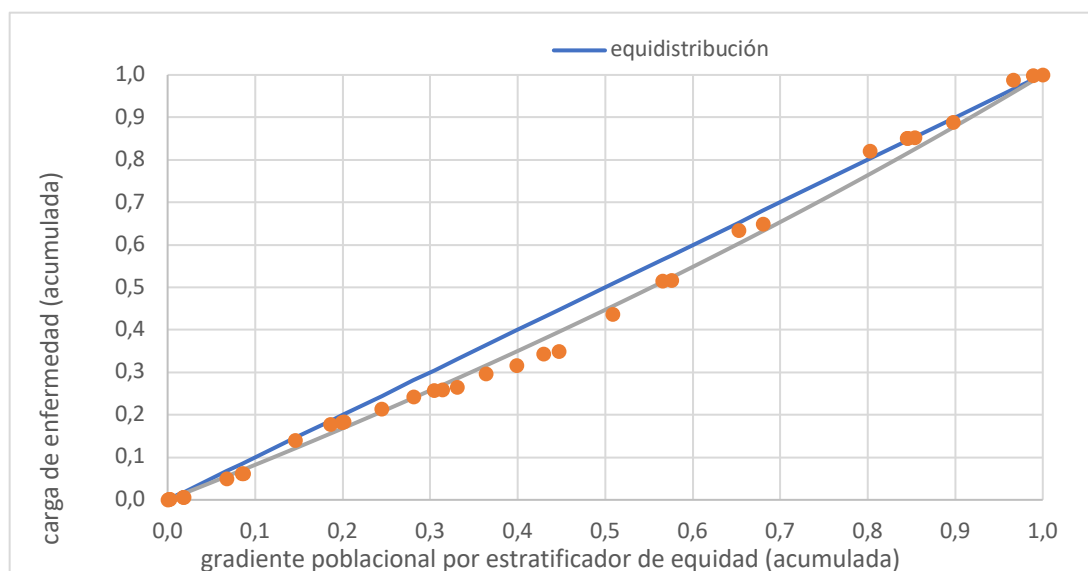
EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

0,03	0,889112	-0,859112
0,04	0,915515	-0,875515
0,05	0,932047	-0,882047
0,06	0,943368	-0,883368
0,07	0,951607	-0,881607
0,08	0,957869	-0,877869
0,09	0,962791	-0,872791
0,10	0,966761	-0,866761
0,11	0,970030	-0,860030
0,12	0,972769	-0,852769

Nota: Elaboración propia. Datos tomados de SISPRO, 2022 y calculados en el suavizador de curvas de (Mujica & Moreno, 2020).

Figura 13.

ICc, año 2014 para nacidos



Nota: Elaboración propia. Datos tomados de SISPRO, 2022 y calculados en el suavizador de curvas de (Mujica & Moreno, 2020).

Los nacimientos están distribuidos equitativamente, el 9% de la población, concentra el 7,7 % del indicador de salud. (Mujica & Moreno, 2020), véase tabla 17. En el caso de los nacidos la

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

agrupación de los datos se encuentra por debajo de la línea de equidistribución lo que indica que el evento de salud se concentra en la población en mayor ventaja social.

Tabla 17.

Integración numérica, para ICc en el año 2014, nacidos

integración numérica:	C1 =		7,751700
	x	y	delta x-y
	0,00	0,000000	0,000000
	0,01	0,008097	0,001903
	0,02	0,016224	0,003776
	0,03	0,024384	0,005616
	0,04	0,032575	0,007425
	0,05	0,040799	0,009201
	0,06	0,049054	0,010946
	0,07	0,057342	0,012658
	0,08	0,065663	0,014337
	0,09	0,074016	0,015984

Nota: Elaboración propia. Datos tomados de SISPRO, 2022 y calculados en el suavizador de curvas de (Mujica & Moreno, 2020).

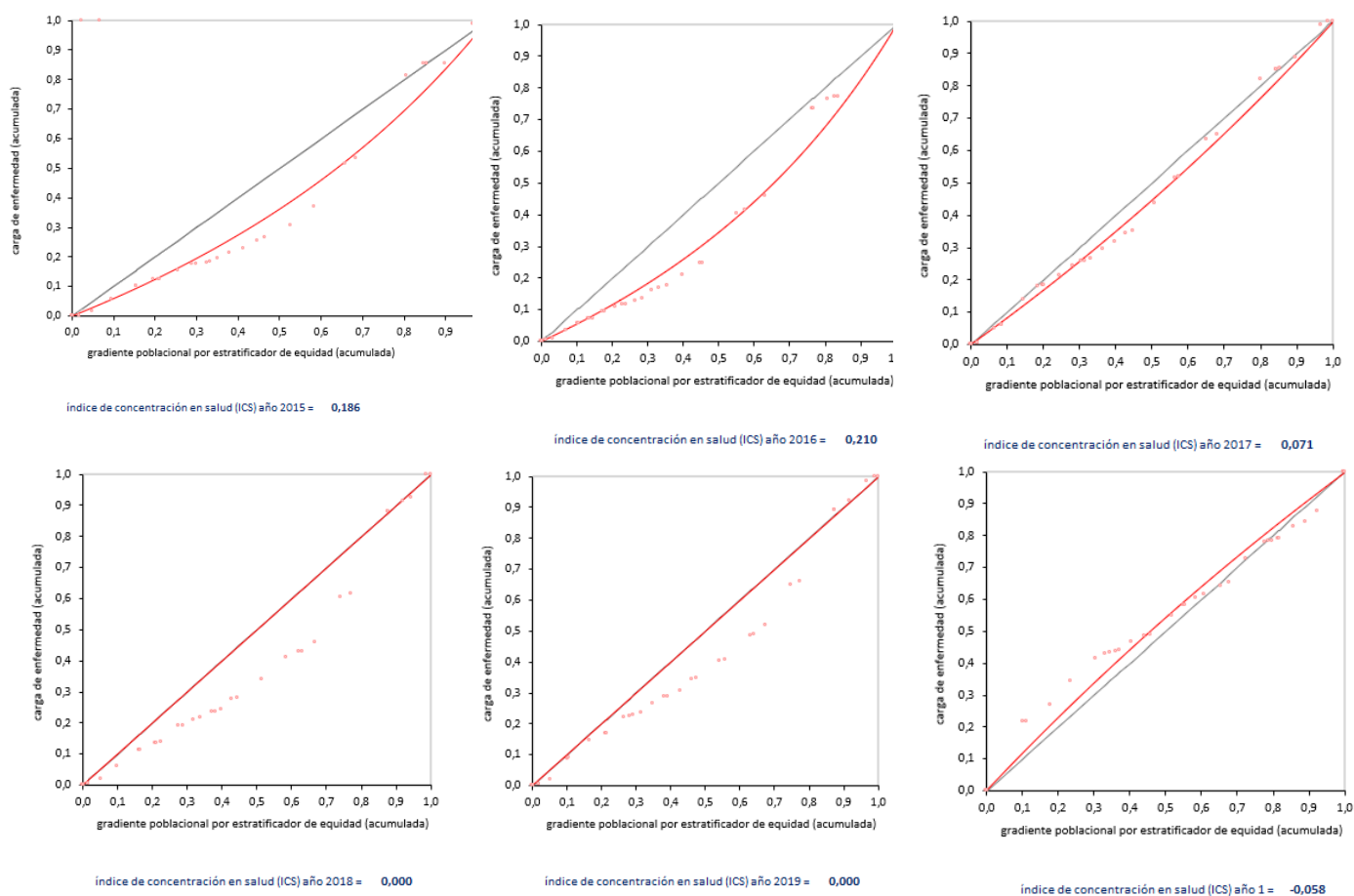
En la figura 14, se observan los **IC** en diferentes periodos de tiempo, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020 (durante y después de la Ley Estatutaria), del evento de salud de los fallecidos. En los años 2015 y 2016 tiene un comportamiento similar, la agrupación de los datos se encuentra por debajo de la línea de equidistribución, lo que indica que el evento de salud se concentra en la población con mayor ventaja social. En el 2017, los datos y la curvan de Lorenz se sitúan más cerca de la línea de equidistribución, reduciendo la desigualdad. Para los años 2018 y 2019, la curva de Lorenz se iguala a la línea de equidistribución, esto traduce que no hay desigualdad. “De no existir desigualdad el ICDS es 0” (Mujica & Moreno, 2020). Y en el 2020, este comportamiento

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

cambió, por el porcentaje de aumento en los fallecidos, debido a pandemia, por eso la concentración del evento de salud indica una polaridad negativa o concentración desproporcionada de la desigualdad en el extremo poblacional socialmente más desaventajado (Mujica & Moreno, 2020).

Figura 14.

Comportamiento ICc, en los años 2015 al 2020 (antes, durante y después de la Ley Estatuaria), para los fallecidos del régimen subsidiado

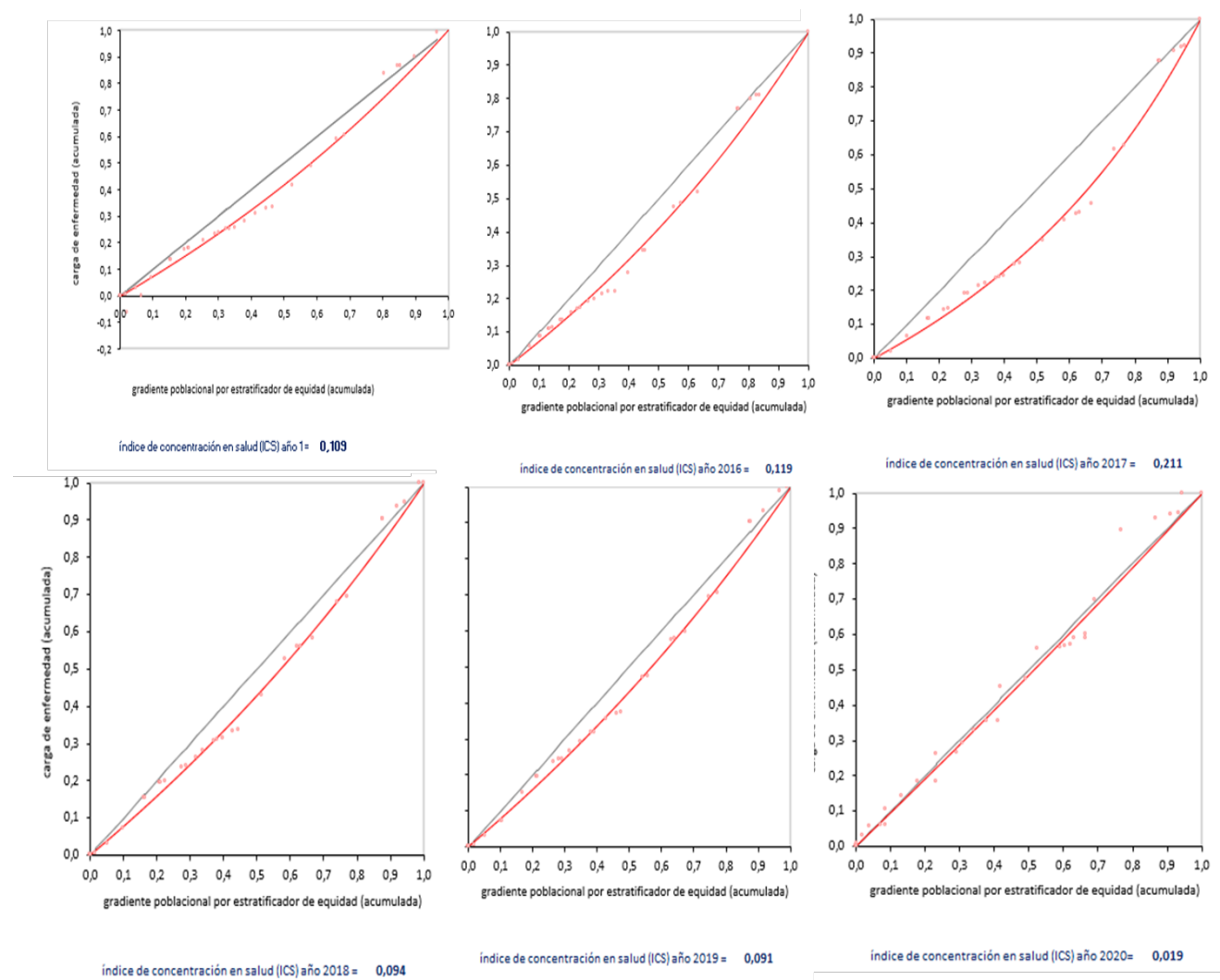


Nota: Elaboración propia. Datos tomados de SISPRO, 2022 y calculados en el suavizador de curvas (Mujica & Moreno, 2020)

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Figura 15.

Comportamiento ICc, en los años 2015 a 2020(antes, durante y después de la Ley Estatuaria), para los nacidos del régimen subsidiado



Nota: Elaboración propia. Datos tomados de SISPRO, 2022 y calculados en el suavizador de curvas (Mujica & Moreno, 2020).

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

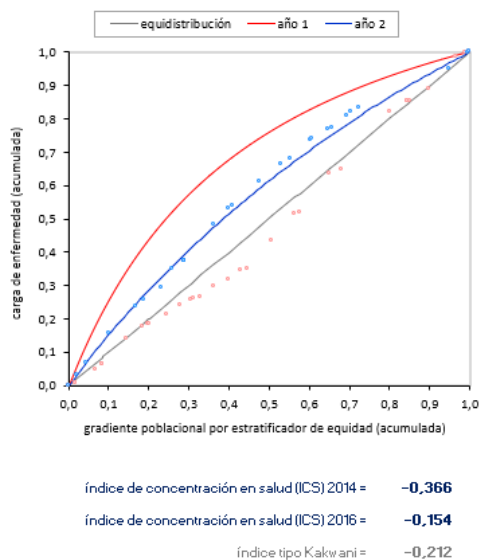
En el comportamiento del evento de salud para los nacidos, representados en la figura 15, se pueden observar los *IC* en diferentes periodos de tiempo, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 y 2020 (durante y después de la Ley Estatuaria). Para el año 2015 y 2016 tiene un comportamiento similar, la agrupación de los datos se encuentra por debajo de la línea de equidistribución, lo que indica que el evento de salud se concentra en la población con mayor ventaja social, manteniendo la misma tendencia que en el año 2014. En el 2017, los datos y la curva de Lorenz se sitúan más lejos de la línea de equidistribución, aumentando la desigualdad. Pero en los años 2018, 2019 y 2020, la curva de Lorenz refleja el mismo comportamiento, acercándose un poco más a la línea de equidistribución, esto traduce, que hay disminución de la desigualdad. (Mujica & Moreno, 2020). A diferencia de los fallecimientos, los nacimientos siempre presentaron la carga del evento hacia la población con más ventaja social.

En ese sentido, se observó el comportamiento de cada uno de los eventos de salud en la población del régimen subsidiado en los niveles 1 y 2 y PPNA. A continuación exponen el índice de Kakwani, “que corresponde a la diferencia aritmética entre dos índices de concentración de la desigualdad. Kakwani tiene un rango de valores que va de -2 a +1, cuando el índice es positivo, se dice que hay progresividad, un atributo muy importante de la imparcialidad” (Mujica & Moreno, 2020).. Al comparar los índices, en dos periodos de tiempos, Kakwani siempre da negativo, lo que indica un atributo de desigualdad, véase figura 16.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Figura 16.

índice tipo Kakwani año 2014 y 2016



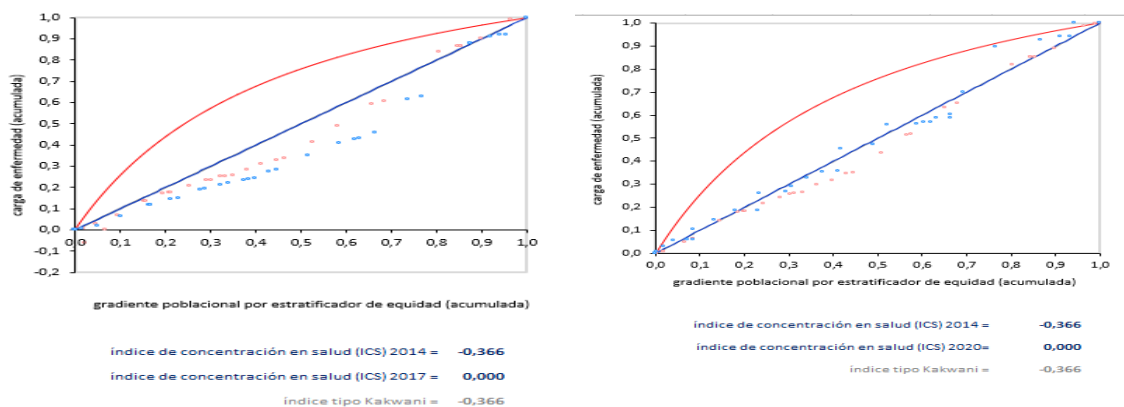
Nota: Elaboración propia. Datos tomados de SISPRO, 2022 y calculados en el suavizador de curvas (Mujica & Moreno, 2020).

En la figura 17 y 18 se observó el comportamiento de los datos, en los eventos relacionados para fallecidos y nacidos respectivamente y se halló progresividad en los IC de los años posteriores a la vigencia de la Ley Estatutaria 1751 del 2015.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Figura 17

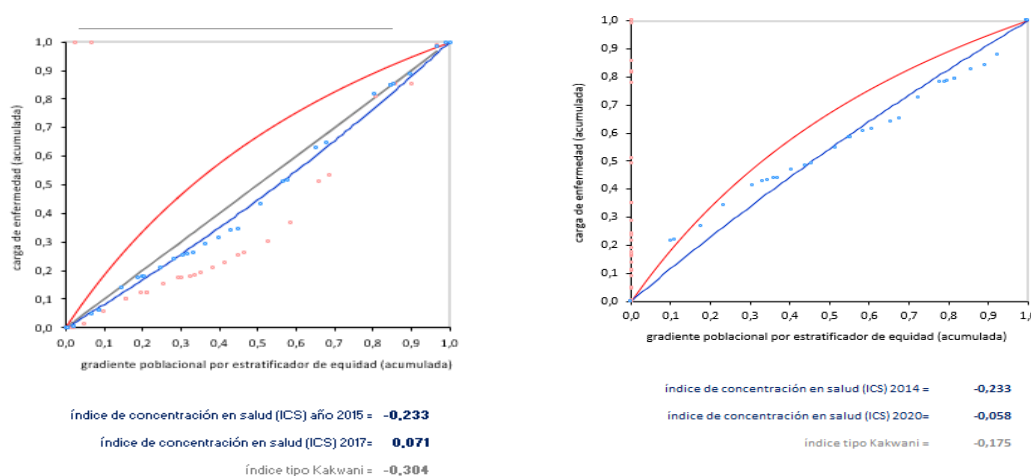
. índice tipo Kakwani comparados entre sí, en los diferentes años de estudio para los fallecidos del sistema subsidiado en los niveles 1 y 2 y PPNA



Nota: Elaboración propia. Datos tomados de SISPRO, 2022 y calculados en el suavizador de curvas (Mujica & Moreno, 2020).

Figura 18.

índice tipo Kakwani comparados entre sí, en los diferentes años de estudio para los nacidos del sistema subsidiado en los niveles 1 y 2 y PPNA



Nota: Elaboración propia. Datos tomados de SISPRO, 2022 y calculados en el suavizador de curvas (Mujica & Moreno, 2020).

Discusión

La literatura, reporta desigualdades sociodemográficas y económicas en distintas poblaciones. En este estudio, los Departamentos de Colombia, se organizaron por PIB de menor a mayor, lo que permitió identificar diferencias económicas en las poblaciones del país, respecto a su participación en la economía nacional, con la producción de bienes y servicios. Mediante los IC se confirma que en Colombia la población subsidiada en los niveles 1 y 2, antes de la Ley Estatutaria 1751 del 2015, registra desigualdades más amplias por los Departamentos y los eventos de natalidad y mortalidad, conclusión aproximada a los artículos revisados, que indican que con una intervención adecuada del estado, podrían disminuir las desigualdades en los distintos sistemas: salud, educación, entre otros.

El número de personas que mueren en un periodo de tiempo debido a causas naturales o a alguna afección, es un parámetro clave para determinar la salud pública de una región. La importancia de estudiar la mortalidad, como variable demográfica, se deriva de los aspectos relacionados como indicadores del estado de salud y condiciones de vida de la población, Las mediciones estadísticas de los fallecimientos a nivel nacional, y conocer las causas, contribuyen a crear políticas públicas y mejorar los sistemas de salud. Razón por la cual este documento presentó los análisis de desigualdades, con este evento de la salud.

La regulación del sistema de salud a través de la Ley Estatutaria 1751 del 2015, se pudo demostrar mediante la curva de Lorenz y la línea de equidistribución, que a medida que transcurren los años desde la implementación de esta ley, hasta el año 2020 éste ha mejorado. En el año 2014, esta curva se encuentra en la parte superior de la línea de equidistribución (línea recta que me indica no desigualdad, si y solo si se superpone el evento de estudio), ubicándose en la población

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

menos favorecida (Departamento de menor aporte al PIB); lo que implicó que el 10% de la población concentraba el 96% de los fallecidos. En el 2015 (fue sancionada la Ley Estatutaria) el IC disminuyó un poco, acercándose más a la línea de equidistribución; se observó un cambio en la polaridad de la concentración y se empieza otorgar a los más favorecidas; es decir: el 18% de la población acumula el 11% de la carga del evento en salud (mortalidad). Desde el 2016 (entra en vigor la Ley Estatutaria) se observó una aproximación mayor de la curva de Lorenz hacia la línea de equidistribución, lo que significa que la distribución del evento de salud se cuenta distribuido medianamente equitativo al evento de salud en toda la población de estudio. Solo hasta el año 2017, el número de fallecidos (evento en salud de estudio) se logra distribuir equitativamente a los usuarios del régimen subsidiados del nivel 1 y 2 por los departamentos del país, registrados según el PIB hasta el año 2020.

De otro lado, Claudio Parés, director del Departamento de Economía de la Universidad de Concepción, en Chile plantea que “para el funcionamiento global de la Economía, la tasa de natalidad tiene dos funciones. La primera tiene que ver con el proceso de producción y consumo: mientras menos gente hay, menos se produce, pero mientras menos bocas, más nos toca y es, en general, algo que se tiene conciencia en la Economía: menores tasas de natalidad permiten mejorar el nivel de vida de la población en promedio”. En el análisis del IC, se evidenció que las desigualdades sociodemográficas y económicas que se encuentran en los niveles del régimen subsidiado 1 y 2 después de la ley estatutaria también cambiaron en la variable demográfica de la natalidad. Se observó que, en poblaciones que aportan menos al PIB, existe mayor número de nacimientos. La diferencia en este indicador, una vez pasado el punto de equidistribución, se presentó que a mayores ingresos la carga de la distribución de la natalidad se sitúa en los más favorecidos.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Este estudio se podrá enriquecer, si mediante los datos se pueden obtener otras variables como los ingresos, que mostrarán de manera más específica la pobreza relacionada a los eventos de salud. Adicionalmente, si en un siguiente estudio, no se agrupan todos los individuos por departamentos, sería un aporte interesante identificar los municipios más desiguales de Colombia, en cuanto a la cobertura y los dos eventos de salud estudiados, luego de la ley estatutaria, que actualmente sigue vigente. Así mismo, como los factores sociodemográficos son más, que los expuestos en este trabajo, relacionarlos con otros eventos económicos, darán cuenta de los cambios más específicos en el sistema de salud colombiano, para el periodo de estudio.

Conclusiones

Se observó que los referentes bibliográficos datan de más de 20 años respecto a los indicadores económicos, dependientes de las variables de salud y son pocos los artículos relacionados a este tema específico. Se documentó, a través de la literatura que, la salud como derecho fundamental regulada en la Ley Estatutaria 1751 de 2015 ha mejorado la cobertura, ofreciendo una mejor prestación de los servicios de salud. Sin embargo, con este estudio, se analizaron aspectos sociales y demográficos que para el régimen subsidiado antes de la norma, presentaban una brecha de mayor desigualdad en salud, pero con la regulación y prevalencia de los planes de atención básicos y obligatorios, siendo el Estado garante del derecho a la salud, se ofrece los mecanismos de protección e involucra aspectos importantes que le permiten a toda la población residente en el país (nacionales y extranjeros), las garantías para el goce efectivo de la misma.

Se documentó que, en el 2016, luego de implementada la Ley Estatutaria, la población del Sisbén ha venido en aumento. Los ingresos proporcionalmente a las directrices gubernamentales anuales también han aumentado, pero las brechas de desigualdad permanecen, como se evidencia con el indicador de Kakwani, la concentración de la carga de la distribución de la desigualdad tiende hacia los menos desfavorecidos, en menor proporción a partir de la Ley Estatutaria

Al comparar los principales cambios que se introdujeron con la Ley Estatutaria 1751 del 2015, se observó que dentro de los niveles 1 y 2 de la población registrada en el SISBEN, existe una subclasificación: Régimen contributivo, régimen de excepción, régimen subsidiado y población afiliada y sin capacidad de pago. Las dos primeras subcategorías tienen un ingreso per

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

cápita superior al 37,82% e inferior a 74,51% SMLV; las dos últimas o no tienen ingreso o estos son iguales e inferiores a 37,82%. Se han identificado como más favorecidos y menos favorecidos respectivamente, según la subclasificación. Esto se ha mantenido antes, durante y después de la Ley Estatutaria. Después de la unificación de los beneficios en salud (Ley Estatutaria), el régimen subsidiado en los niveles 1 y 2 ganó accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad, con el aumento de un 60% de atención al plan integral de protección en salud.

En el análisis del IC, se evidenció que las desigualdades sociodemográficas y económicas se encuentran en los niveles del régimen subsidiado 1 y 2, con ingresos per cápita de población vulnerable. Con el **IC** se distribuyó el evento de salud y se observó que, en la población con menos PIB, se concentran el más alto número de fallecidos. Por el contrario, para la natalidad, se determinó a mayor PIB, mayor tasa de natalidad. La diferencia en este indicador con los fallecidos es que la carga de la distribución del evento de salud (nacidos o fallecidos), se sitúa en los más favorecidos.

Finalmente, se determinó que hubo cambios producidos a partir de la vigencia de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, estos benefician a todos los colombianos en el territorio nacional, principalmente a la población beneficiaria de programas sociales, según sus condiciones de vida e ingresos, ubicados en los estratos 1 y 2 del Sistema. Se resalta que los Departamentos de Vaupés, Vichada, Amazonas, Guainía y Guaviare, presentan aún problemas de cobertura. Sin embargo, los cambios producidos en el Sistema de salud en Colombia han sido positivos frente a la progresividad del derecho y reconocimiento de la población vulnerable, esto se evidencia en las figuras del **IC**, que partir del año 2017 según el evento de salud se disminuye la desigualdad.

Bibliografía.

- ¿Cuál es el propósito de nuestro sistema de salud? (2015). *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 5-8.
- 8° Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. (2013). *La declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas*. Filandia.
- Acosta, H. A. (2015). *Análisis de la equidad en salud: índices de concentración y descomposición para la enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria aguda en menores de 5 años en Colombia, 2005 y 2010*. Universidad Javeriana, Cundinamarca. Bogotá: Repositorio Institucional - Pontificia Universidad Javeriana.
- ADRES. (2021). *GOV.CO*. Obtenido de ADRES: <https://www.adres.gov.co/portal-del-ciudadano/portafolio-de-servicios#:~:text=%E2%80%8BLa%20Administradora%20de,a%20los%20diferentes%20agentes%20que>
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (s.f.). *GOV.CO*. Obtenido de Secretaría de Planeación: <https://www.sdp.gov.co/gesti%C3%B3n-estudios-estrategicos/sisben/generalidades>
- Almeida, F. (1999). Desigualdades en salud en función a las condiciones de vida: análisis de la producción científica en América Latina y el Caribe. *Investigación de Salud pública*. Washington.
- Almeida, G., & Mori, S. F. (2012). Medición de la evolución de las desigualdades en la salud y la utilización de la atención sanitaria relacionadas con los ingresos en países seleccionados de América Latina y el Caribe. *Revista panamericana de salud*, 8.
- Álvarez Castaño, L. (2009). Los determinantes sociales de la salud. más allá de los factores de riesgo. *Revista Gerencia Y Políticas de Salud*, 69-79.
- Anand, S. (2002). The concern for equity in health. *J Epidemiol Community Health*, 56, 485-487.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

- Atkinson, A. B. (2015). Social Security for All. En A. B. Atkinson, “*Inequality*” (págs. 205-236). cambridge: Harvard University Press.
- Berling, I. (1993). *Cuatro ensayos sobre la libertad*. Madrid: Alianza.
- Borboa, J. D. (2023). Desigualdades socioeconomicas y étnico- raciales en la mortalidad de un hijo durante su niñez en méxico ¿qué tanto importa el color de piel? *Revista Brasileira de Estudos de Populao*.
- Braveman P, G. S. (2003). Poverty, equity, human rights and health. *Policy and Practice*.
- Carmona Meza, Z., & Parra Padilla, D. (2015). Determinantes sociales de la salud:un análisis desde el contexto colombiano. *Salud Uninorte*, 608-620.
- Castell, P., & F. S. (2007). Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. *Rev Cubana Salud Pública*.
- CEPAL. (2008). REVISIÓN DE ALGUNOS INDICADORES PARA MEDIR LA DESIGUALDAD. *CEPAL*, <https://www.cepal.org/deype/mecovi/docs/TALLER6/21.pdf>.
- Congreso de Colombia, Ley 142. (11 de julio de 1994). Ley 142 de 1994. *Por la cual se establece el régimen de los servicios públicos domiciliarios y se dictan otras disposiciones*. Colombia.
- Creswell, J. W., & Tashakkori, A. (2007). Designing and conducting Mixed Methods research. . *Journal of Mixed Methods Research*, 1, 303-307.
- DANE. (2020). *Mercado laboral*. Bogotá.
- DANE. (16 de Septiembre de 2021). *DANE*. Obtenido de DANE: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2021#:~:text=El%20objetivo%20general%20de%20la,el%20dise%C3%B1o%20e%20implementaci%C3%B3n%20de>
- DANE. (28 de junio de 2022). *Sistema Estadístico Nacional* . Obtenido de PIB por departamento: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/cuentas-nacionales/cuentas->

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

- Doorslaer, C., & X. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries.
- Doorslaer, V., C, M., & X, K. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*.
- Doorslaer, V., Masseria, C., & Koolman, X. (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *CMAJ*.
- Doorslaer, V., Wagstaff, H., Christiansen, T., Graeve, D. D., Gerdtham, Gerfin, M., . . . John, J. (2000). Equity in the Delivery of Health Care in Europe and the U.S.". *Journal of Health Economics*, 19, 553–84.
- Erreygers, G. (2009). Correcting the Concentration Index. *Journal of Health Economics*, 28, 504–515.
- Eslava, J., Garzón, N., Elias, V., & Reveiz, L. (2017). Incorporación de equidad en salud en la investigación sobre implementación: revisión de los modelos conceptuales. *Pan American Journal of Public Health*, 1-8.
- Eslava-Schmalbach, J., & Buitrago, G. (2010). La medición de desigualdades e inequidades en salud. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 39(4).
- Espinoza, M. A., & Cabieses, B. (2014). Equidad en Salud y Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Chile. *Revista médica de Chile*, 45-49.
- Fregoso, G. C. (2007). La desigualdad en el acceso a los servicios de salud: percepciones sobre el acceso a los servicios médicos y sobre el derecho a la salud. *XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. (págs. 1-14). Guadalajara: Asociación Latinoamericana de Sociología.
- Fresneda, O., & Martinez, P. (2012). *Identificación y Afiliación de Beneficiarios - SISBEN*. Bogotá: Universidad Nacional.
- Gil, E. A., Calderon, S. J., & Almazora, L. (2010). Inglaterra: LULU internacional.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

- Gispert Abreu, E. d., Castell-Florit Serrate, P., & Lozano Lefrán, A. (2016). Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual. *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Gómez, R. D., & Nieto, E. (2014). Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud? *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 733-739.
- Grupo de Economía de la Salud . (2011). Evolución de la Seguridad Social en Salud en Colombia: avances, limitaciones y retos. . *Observatorio de la Seguridad Social*, 10, 1-10.
- Haupt, A., & Kane, T. T. (2003). *GUÍA RÁPIDA DE POBLACIÓN* (Vol. 4). Washington, DC: El Population Reference Bureau.
- Heckley, Gerdtham, & Kjellsson. (2016). A general method for decomposing the causes of socioeconomic inequality in health”. *Journal of Health Economic*.(48), 89-106.
- J Eslava-Schmalbach, J., & Buitrago, G. (2010). La medición de desigualdades e inequidades en salud. *Colomb. Psiquiat.*, 771-781.
- Jones, A. M., Hernández, Q. C., Rice, N., & López, N. A. (2008). El análisis de las desigualdades en salud: una breve revisión de los métodos. *CUADERNOS ECONÓMICOS DE ICE* (75), 12-20.
- Kakwani. (1980). Income inequality and poverty. . En W. Bank, *Methods of estimation and policy applications*. New York: World Bank.
- Kawachi, & Almeida-Filh, S. &. (2002). A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health*, 56, 647-652.
- Ley 100. (1993). Sistema de Seguridad Social Integral. *Artículo 2*. Congreso de la República de Colombia.
- Ley 1751 . (16 de febrero de 2015). Ley Estatutaria. *Garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección*.
- López Plaza, A. (16 de noviembre de 2022). El Tiempo. *La población mundial llegó a 8.000 millones y cuál es el panorama en Colombia.*, págs. <https://www.eltiempo.com/vida/la-poblacion-colombiana-cada-vez-crece-mas-lento-717857>.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

- Lorenzo Valdes, A., & Ruiz Porras, A. (2017). Producción estatal y tasas de natalidad y mortalidad en México: un análisis de sus relaciones de largo plazo y dinámicas. *Acta Universitaria*, 17-32. doi:10.15174/au.2017.1498
- Macinko, J., & Lima Costa, M. F. (2012). Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. *International Journal for Equity In Health*, 2-8.
- Marmont, & Wilkinson. (2003). *Social Determinants of Health*. Copenhagen, Dinamarca: World Health Organization.
- Marmot M, B. (2012). Fair society, healthy lives. *Public Health*.
- Ministerio de Salud. (1994). La Salud en Colombia: diez años de información. Santa fe de Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Promoción Social. (2016). *minsalud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/rutas-integrales-de-atencion-en-salud.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2016). PERFILES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES EN SALUD. 337.
- Ministerio de Salud y Protección Social . (2022). *SISPRO*. Obtenido de Sistema Integrado de Información de la Protección Social : <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social . (s.f.). *Ministerio de Salud de Colombia*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (Marzo de 2014). *SISPRO*. Obtenido de SISPRO: <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>
- Mooney. (1983). Equity in health care: confronting the confusion. *Eff Health Care.*, 179-85.
- Mooney, G. (1983). Equity in health care: confronting the confusion. *Eff Health Care*, 179-85.
- MSPSS. (2021). *Ministerio de salud y proteccion social*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

- Mujica, O., & Moreno, C. M. (2020). *Guía ilustrada paso-a-paso para el cálculo y análisis de desigualdades ecosociales en salud*. Washington DC.: Departamento de evidencia e inteligencia para la Atención en Salud.
- Navarro, V. (1998). CONCEPTO ACTUAL DE SALUD PÚBLICA. En F. A. Martínez Navarro, *SALUD PÚBLICA* (pág. 49). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- O'Donell, Doorslaer, v., Wagstaff, & Lindelow. (2009). Analyzing Health Equity Using Household Survey Data . . *The World Bank*.
- O'donell, Doorslaer, v., Wagstaff, & Lindelow. (2009). The Concentration Index. En O'donell, v. Doorslaer, Wagstaff, & Lindelow, *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data* . Washington, USA: The World Bank.
- Organización de Naciones Unidas. (s.f.). *Naciones Unidas, Derechos Humanos- Alto comisionado*. Obtenido de Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- Organización Mundial de la Salud. (1948). CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD . 45. New York: Official Records of the World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD* (45a ed.). New York: Official Records of the World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (19 de abril de 2019). *El acceso desigual a los servicios de salud genera diferencias en la esperanza de vida: OMS*. Recuperado el 2022, de <https://www.who.int/es/news/item/04-04-2019-uneven-access-to-health-services-drives-life-expectancy-gaps-who>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES*. Francia: Organización Mundial de la Salud.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

- Organización Mundial de la Salud. (12 de diciembre de 2022). *OMS*. Obtenido de Cobertura sanitaria universal: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- Organización Mundial de la Salud. (1 de octubre de 2022). *OMS*. Obtenido de Envejecimiento y Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Mundial de la Salud. (09 de 11 de 2005). *OMS*. Obtenido de Preguntas y Respuestas: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Organización Panamericana de Salud. (2009). *Organización Panamericana de Salud*. Obtenido de Determinantes sociales de la salud: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Organización Panamericana de Salud. (2020). Guía Ilustrada Paso a paso para el cálculo y análisis de desigualdades ecosociales en salud. En *Índice de Concentración de la Desigualdad en Salud* (pág. 25).
- Organización Panamericana de Salud. (2021). *Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial de la Salud 2021 - Construir un mundo más justo y saludable*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud>
- Quevedo, C. H., & Rubio, D. J. (2009). Las diferencias socioeconómicas en salud entre la población española y extranjera en España: evidencia de la Encuesta Nacional de Salud. *Gaceta Sanitaria*, 23, 47-52.
- Ramírez, Rocha, Durango, & Rodríguez. (2016). Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. *CES Derecho*, 14-41.
- Revista latinoamericana de negocios América Economía. (2017). Ranking de Clínicas y Hospitales. *Revista latinoamericana de negocios América Economía*, <https://clustersalud.americaeconomia.com/gestion-hospitalaria/asi-se-elabora-el-ranking-de-clinicas-y-hospitales-de-americaeconomia>.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

- Rincón, C. J., Pinzón, C. E., Villada, A. C., Castillo, J. S., Reveiz, L., Elias, V., & Eslava-Schmalbach, J. (2017). Índice compuesto de inequidad en salud para un país de mediano ingreso. *REVISTA SALUD PÚBLICA*, 249-257.
- Rodriguez Carvajal, G., & Meras Jáuregui, R. (2022). Consideraciones sobre el concepto de salud: una propuesta cubana. *Medicentro Electronica*, 122-130.
- Ruíz, I. C., & Acuña, C. (2010). *Cursos Paises*. Obtenido de Curso Virtual Funciones Esenciales de la Salud Pública: https://cursospaises.campusvirtualesp.org/file.php/82/Modulo_3_Desempeno/Material_principal/equidad_y_acceso_a_la_salud.pdf
- Sampieri, Fernández, & Baptista. (2010). Método Mixto. En R. H. Sampieri, C. F. Collado, & M. d. Lucio, *Metodología de la Investigación* (págs. 544-549). México: McGRAW-HILL.
- Sanabria Montañez, C. (2002). La Demanda por Servicios de salud, una Aproximación Teórica. *Revista de la Facultad de ciencias Economicas de la UNMSM*, 151-170.
- Semana. (2018). En cinco olas, así ha sido la histórica migración de venezolanos. *Revista Semana*.
- Sen, A. (2000). Libertades instrumentales. En A. Sen, *Desarrollo y Libertad* (pág. 440). New York: Planeta.
- Sen, A. (2002). Why health equity? *Health Economics*, 659–666.
- Sentencia C-438/13, expediente D- 9389 (Corte Constitucional 10 de julio de 2013).
- Sentencia N° T-760 , T-760 de 2008 (Corte Constitucional 2018).
- Tarlov, R. A. (1996). Social determinants of health: the sociobiological translation. En D. Blane, E. Brunner, & D. R. Wilkinson, *Health and social organization* (págs. 71- 93). London and New York: the Taylor & Francis e-Library.
- Tovar Cuervas, L. M., & Arrivillaga Quintero, M. (2014). Estado de arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013. Revisión sistemática crítica. *Rev. Gerencia, Política y Salud*, 12-26.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

- Turner, A. (14 de agosto de 2014). *World Economic Forum*. Obtenido de ¿Es malo que una población esté disminuyendo?: <https://es.weforum.org/agenda/2014/08/es-necesariamente-malo-que-una-poblacion-este-disminuyendo/>
- URIBE, A. G. (2016). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Ministro de Salud y Protección Social. Bogotá: Ministro de Salud y Protección Social y Profamilia.
- Vega Vargas, W. J., & Guzmán Bravo, Ó. (2012). *Conceptos sobre copagos en el Regimen Subsidiado*. Monitor Estratégico.
- Vega, J., Solar, O., & Alec, I. (2010). Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. *Determinantes sociales de la salud en Chile*, 9-17.
- Velasco, R. J. (1993). Demografía Social y Salud Pública. En R. J. Velasco, *Demografía Social y Salud Pública* (pág. 274). Cali: Colección Edición Previa-Universidad del Valle.
- Wagstaff, A., & Doorslaer, E. (2000). Measuring and Testing for Inequity in the Delivery of Health Care. *The Journal of Human Resources*, 716-733.
- Wagstaff, Van, D., & Paci. (1989). Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. *Oxford Re- view of Economic Policy*, 1989, 89-112.
- Wagstaff, Van, D., & Paci. (2001). . Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. *Oxford Re- view of Economic Policy*, 1989, 89-112.
- Whitehead. (1992). The concepts and principles of equity and health. . *International Journal of Health Services*, 429-445.
- Whitehead, M. (1991). Los conceptos y principios de la equidad en la salud. OPS, OMS. Colombia: Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. *Serie Traducciones n°1*.
- Whitehead, M. (1998). Inequalities in health. En P. D. wnsend, *The health divide*. London: Penguin.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2000). *Concepts and principles for tackling social inequities in health*. Copenhagen, Dinamarca: Organización Mundial de la Salud.

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Anexos

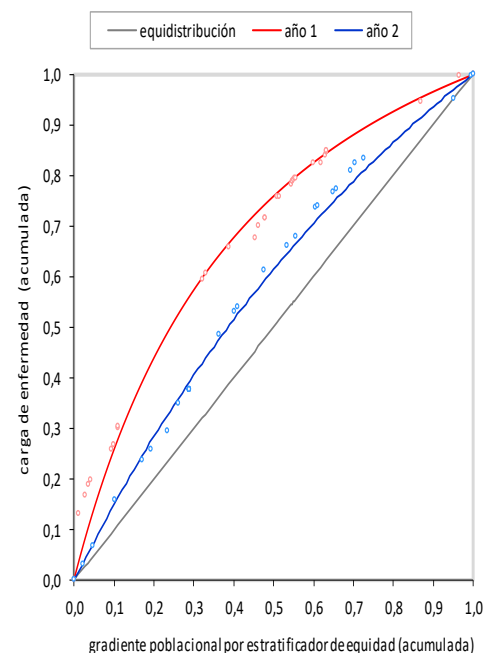
Anexo A. Suavizador del IC

Curvas de Concentración de mejor ajuste a la distribución de Lorenz



Instrucciones para el uso de esta plantilla:

1. para la primera curva/año dada, ingrese los datos requeridos en azul y rojo (i.e., los valores de las frecuencias relativas acumuladas de la población y el evento de salud en la serie ordenada según el estratificador de equidad -i.e., la variable socioeconómica empleada). Asegúrese previamente de acomodar la plantilla de acuerdo al número de unidades de análisis/grupos disponibles (agregue o elimine filas de la tabla sin tocar la primera ni la última filas)
2. observe la nube de puntos y proceda a asignar el respectivo valor de siembra para la Constante C1 (ver notas técnicas)
3. invoque la función Solver (Datos/Solver) y defina 1) la variable de decisión (celda objetivo); 2) la operación (minimizar); 3) la función objetivo (celda variable).
4. repita todo el procedimiento para la segunda curva/año.



índice de concentración en salud (ICS) año 1 = **-0,366**

índice de concentración en salud (ICS) año 2 = **-0,154**

índice tipo Kakwani = **-0,212**

grupos ordenados	curva año 1				curva año 2			
	eje x	eje y	mejor ajuste de curva 1		eje x	eje y	mejor ajuste de curva 2	
	CW _{pop}	CW _{salud}	función Lorenz	error cuadrático	CW _{pop}	CW _{salud}	función Lorenz	error cuadrático
PSE más baja	0,000	0,000	0,0000000	0,0000000	0,000	0,000	0,0000000	0,0000000
2	0,011	0,129	0,0326618	0,0092925	0,021	0,031	0,0330951	0,0000050
3	0,027	0,165	0,0780841	0,0075909	0,047	0,066	0,0719670	0,0000350
4	0,035	0,188	0,1004330	0,0076084	0,101	0,156	0,1520167	0,0000170
5	0,041	0,197	0,1171136	0,0063386	0,170	0,236	0,2454829	0,0000949
6	0,091	0,259	0,2382023	0,0004262	0,190	0,257	0,2721944	0,0002393
7	0,098	0,268	0,2533071	0,0002101	0,234	0,293	0,3270675	0,0011900
8	0,109	0,300	0,2757567	0,0006056	0,259	0,347	0,3573893	0,0001051
9	0,109	0,302	0,2769115	0,0006211	0,289	0,375	0,3923359	0,0002999
10	0,322	0,593	0,5982462	0,0000290	0,289	0,375	0,3923359	0,0002999
11	0,328	0,606	0,6057840	0,0000003	0,289	0,375	0,3923359	0,0002999
12	0,388	0,655	0,6661190	0,0001140	0,289	0,375	0,3923359	0,0002999
13	0,451	0,676	0,7218181	0,0020793	0,289	0,375	0,3923359	0,0002999
14	0,462	0,698	0,7303494	0,0010244	0,289	0,375	0,3923359	0,0002999
15	0,477	0,714	0,7424594	0,0008773	0,289	0,375	0,3923359	0,0002999
16	0,478	0,714	0,7427196	0,0008322	0,289	0,375	0,3923359	0,0002999
17	0,509	0,757	0,7658755	0,0000819	0,289	0,375	0,3923359	0,0002999
18	0,514	0,758	0,7694003	0,0001338	0,362	0,483	0,4742157	0,0000860
19	0,545	0,782	0,7907844	0,0000743	0,402	0,531	0,5166277	0,0001994
20	0,546	0,786	0,7913247	0,0000317	0,409	0,537	0,5239787	0,0001808
21	0,546	0,786	0,7914526	0,0000284	0,476	0,613	0,5911282	0,0004634
22	0,549	0,789	0,7939423	0,0000276	0,532	0,661	0,6445586	0,0002815
23	0,551	0,792	0,7949239	0,0000067	0,555	0,679	0,6653826	0,0001904
24	0,555	0,793	0,7973870	0,0000167	0,605	0,736	0,7096691	0,0007186
25	0,599	0,824	0,8252085	0,0000014	0,609	0,739	0,7128293	0,0007068
26	0,617	0,824	0,8357565	0,0001381	0,649	0,767	0,7469705	0,0003981
27	0,629	0,839	0,8426763	0,0000106	0,658	0,771	0,7540840	0,0002999
28	0,632	0,846	0,8443751	0,0000017	0,693	0,807	0,7828502	0,0005774
29	0,632	0,846	0,8445875	0,0000031	0,704	0,822	0,7917147	0,0009066
30	0,632	0,847	0,8446397	0,0000035	0,726	0,833	0,8087403	0,0005943
31	0,869	0,944	0,9547803	0,0001067	0,950	0,950	0,9682763	0,0003346
PSE más alta	0,964	0,996	0,9884187	0,0000614	0,996	0,996	0,9974006	0,0000030
	1,000	1,000	1,0000000	0,0000000	1,000	1,000	1,0000000	0,0000000

0,383779 <= celda objetivo 0,0103261

PSE = posición socioeconómica Constante C1= -0,7384269 <= celda variable Constante C1= -2,5904509

Definir en Solver:
 variable de decisión = celda objetivo (Establecer objetivo)
 función objetivo = celda variable (Cambiando las celdas de variables)

integración numérica: C1 = -0,738427 C1 = -2,590451

EQUIDAD DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN SUBSIDIADA

Anexo B. Base de datos Régimen Subsidiado

AÑO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	POBLACIÓN SISBÉN NIVELES 1 y 2	POBLACIÓN SISBÉN 1 y 2 REGISTRADA RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y EN RÉGIMENES ESPECIALES Y DE EXCEPCIÓN HASTA EL 2015 EN ADELANTE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN	SISBÉN 1 Y 2 MAS POBLACIÓN INDÍGENA MENOS POBLACIÓN 1 Y 2 SISBÉN REGISTRADA EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y EN RÉGIMENES ESPECIALES Y DE EXCEPCIÓN (Población susceptible de ser afiliada al Régimen Subsidiado)	DÉFICIT DE COBERTURA TOTAL NIVELES 1 y 2 DE SISBÉN	% COBERTURA
2014	Antioquia	Medellín	1313518	752.846		561.302	22.273	96,0%
2014	Antioquia	Abejorral	14244	2.916		11.328	232	98,0%
2014	Antioquia	Abriaquí	1331	245		1.087	13	98,8%
2014	Antioquia	Alejandro	3181	700		2.481	22	99,1%
2014	Antioquia	Amagá	18380	9.108		9.272	362	96,1%
2014	Antioquia	Amalfi	19390	4.107		15.286	476	96,9%
2014	Antioquia	Andes	33042	6.802		26.364	659	97,5%
2014	Antioquia	Angelópolis	4326	1.665		2.662	68	97,4%
2014	Antioquia	Angostura	11130	2.040		9.093	69	99,2%
2014	Antioquia	Anorí	14715	1.830		12.886	392	97,0%
2014	Antioquia	Santafé de Antioquia	19007	5.248		13.761	251	98,2%
2014	Antioquia	Anza	6480	1.238		5.243	114	97,8%
2014	Antioquia	Apartadó	89022	44.314		45.738	1.853	95,9%
2014	Antioquia	Arboletes	29220	4.346		25.887	1.194	95,4%
2014	Antioquia	Argelia	7134	1.015		6.119	100	98,4%
2014	Antioquia	Armenia	2928	774		2.154	32	98,5%
2014	Antioquia	Barbosa	20608	8.753		11.855	604	94,9%
2014	Antioquia	Belmira	3742	1.187		2.555	102	96,0%
2014	Antioquia	Bello	127823	65.787		62.042	3.828	93,8%
2014	Antioquia	Betania	7819	1.384		6.436	194	97,0%
2014	Antioquia	Betulia	12421	1.471		10.964	206	98,1%
2014	Antioquia	Ciudad Bolívar	21992	4.975		17.124	394	97,7%
2014	Antioquia	Briceño	6818	926		5.893	148	97,5%
2014	Antioquia	Buriticá	6629	1.501		5.128	66	98,7%
2014	Antioquia	Cáceres	27097	3.148		25.449	1.137	95,5%
2014	Antioquia	Caicedo	6599	760		5.839	64	98,9%
2014	Antioquia	Caldas	22652	12.454		10.199	394	96,1%
2014	Antioquia	Campamento	6475	725		5.750	152	97,4%
2014	Antioquia	Cañasgordas	14355	2.979		11.383	186	98,4%
2014	Antioquia	Caracolí	3622	1.031		2.593	59	97,7%
2014	Antioquia	Caramanta	4226	930		3.296	45	98,6%
2014	Antioquia	Carepa	44491	18.771		25.770	1.012	96,1%
2014	Antioquia	El Carmen de Viboral	25653	14.574		11.080	383	96,5%
2014	Antioquia	Carolina	1675	647		1.029	35	96,6%
2014	Antioquia	Caucasia	85773	22.572		64.690	2.285	96,5%
2014	Antioquia	Chigorodó	45835	17.335		30.609	804	97,4%
2014	Antioquia	Cisneros	8821	2.563		6.258	163	97,4%
2014	Antioquia	Cocorná	12763	3.070		9.693	135	98,6%
2014	Antioquia	Concepción	3047	639		2.409	20	99,2%
2014	Antioquia	Concordia	16973	3.789		13.202	247	98,1%
2014	Antioquia	Copacabana	23373	12.653		10.724	483	95,5%
2014	Antioquia	Dabeiba	17055	2.204		18.151	599	96,7%
2014	Antioquia	Don Matías	7746	3.642		4.104	211	94,9%
2014	Antioquia	Ebéjico	8492	2.085		6.407	209	96,7%
2014	Antioquia	El Bagre	51506	8.070		44.766	3.824	91,5%
2014	Antioquia	Entrerrios	2676	1.195		1.482	38	97,4%