

*Dimensionamiento de la población
“participantes vinculados” sin capacidad de
pago en Santa Fe de Bogotá en 1997*

Autor corporativo:
Estadísticas S.A.

Autores:
Leonardo Bautista,
Oswaldo Sabogal,
Alfredo Rueda,
Juan Ramos,
Rosa Judith Arias

Publicación:
Sin publicar

Unidad patrocinante:
Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:
Seguridad social,
vinculados; régimen
contributivo, régimen
subsidiado

Ubicación:
Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

SU OBJETIVO GENERAL CONSISTIÓ EN “CUANTIFICAR LA POBLACIÓN residente (y no residente que utiliza servicios de salud) en el Distrito Capital que no está asegurada al sistema general de seguridad social en salud y hacer proyecciones de su dimensión en los próximos cinco años”. Como objetivos específicos se plantearon los siguientes: a) desarrollar una metodología para identificar (cuantificar) participantes vinculados con y sin capacidad de pago en el Distrito Capital y hacer una proyección de los próximos cinco años; b) estimar los recursos financieros requeridos para garantizar la prestación de los servicios de salud a la población sin capacidad de pago que no está asegurada en el régimen subsidiado y la prestación de servicios no POS-S a los afiliados al régimen subsidiado; c) presentar recomendaciones sobre el plan de transformación de subsidios de oferta a demanda.

Contenido

El estudio consta de cinco capítulos.

“Caracterización socioeconómica de la población de Santa Fe de Bogotá en 1997”. Para realizar la estimación de los participantes vinculados sin capacidad de pago en el Distrito, se proyectó realizar un estudio cuyo componente básico era la realización de una encuesta destinada a estimar la cantidad de vinculados y establecer sus características socioeconómicas.

Para los fines de esta investigación se tomaron como universo de estudio 1.311.677 hogares de los estratos 1, 2 y 3.

“Determinación de la línea de pobreza y de la capacidad de pago”. La metodología de la línea de pobreza consiste en determinar, sobre la base de los requerimientos nutricionales mínimos, un presupuesto normativo de alimentos y, a partir de él, un presupuesto mínimo que responda al conjunto total de necesidades básicas necesarias para reproducir la fuerza del trabajo.

Los requerimientos mínimos de nutrientes per cápita incluyen calorías, proteínas, calcio, hierro, retinol, tiamina, riboflavina, niacina y vitamina C.

De acuerdo con la metodología de línea de pobreza, los hogares con ingresos totales inferiores a 3.06 salarios mínimos están por debajo de la línea de pobreza (LP), es decir, son pobres y no tienen capacidad de pago. Para efectos de esta investigación se fijó la línea de pobreza en tres salarios mínimos mensuales.

Establecimiento de la cantidad de hogares y personas vinculadas sin capacidad de pago. Según la dirección general de seguridad social del Ministerio de Salud, a diciembre de 1997 en Bogotá había algo menos de cuatro millones de personas afiliadas al sistema contributivo de salud, es decir, afiliadas a una EPS. De otra parte, y para el mismo momento, la Secretaría Distrital de Salud reporta 734.709 afiliados al régimen subsidiado por cuanto disponen de una afiliación a una ARS, y otros 175.765 que al momento de cerrar la información se encontraban en proceso de elección de ARS.

En este capítulo se establece quiénes son los participantes vinculados sin capacidad de pago (los pertenecientes a hogares sin ingreso mensual total inferior a tres salarios mínimos) así: en diciembre de 1997 Bogotá contaba con 5.989.871 habitantes, de los cuales algo menos de cuatro millones (para descontar los afiliados del ISS de Cundinamarca y no de Bogotá) están afiliados al régimen contributivo y 734.709 al régimen subsidiado, quedando algo más de un millón doscientos mil que no tienen cober-

tura en seguridad de salud; a estas persona se les llaman participantes vinculados.

La anterior información se soporta con cuadros de información obtenidos del Ministerio de Salud, la Secretaría Distrital de Salud y la encuesta de hogares, mediante un diseño de muestreo aleatorio simple y estratificado en el cual se seleccionaron 1.300 manzanas que, haciendo equivalencias a la cartografía Dane, se convirtieron en 1.044 manzanas. De ellas 164 corresponden al estrato 1, es decir, al más pobre; 1.514 manzanas estaban en el estrato 2 y 366 en el estrato tres. En cada manzana se seleccionó aleatoriamente un arranque entre el uno y el cinco, y se llegó sistemáticamente a una de cada cinco viviendas. Se visitaron 3.206 viviendas. En cada una de ellas se entrevistaron todos los hogares allí residentes, lo que implica que se indagaron 4.825 hogares. En cada hogar, y en forma separada e independiente, se estableció si había al menos un participante vinculado, o por el contrario si todas las personas del hogar contaban con protección en salud en el régimen contributivo o subsidiado. En el caso de que al menos una persona estuviera amparada por un seguro en salud, se hacía una extensa entrevista con el fin de determinar los ingresos y gastos, las condiciones generales de la vivienda, del hogar, del jefe del hogar y de todas las personas que lo componen. Se encontraron 1.933 hogares en esta condición, es decir, con al menos un participante vinculado.

Los parámetros de proyección para vinculados no son los mismos que para las proyecciones globales de población por cuanto los primeros dependen mucho más de la política macroeconómica y social del país. El desempleo, la guerra, los desplazados son factores que harán crecer las cifras de vinculados en proporción mayor al crecimiento poblacional global. Más aún, el desarrollo desigual entre la ciudad capital, las ciudades intermedias, los pueblos aledaños y el campo puede resultar en un incremento de vinculados por migración o por lo que se denomina la llegada de exiliados económicos del campo. Puesto que la histo-

ria documentada en cifras acerca de los vinculados apenas se inicia, no es posible construir modelos de crecimiento más allá del crecimiento vegetativo de la ciudad cuyo componente de migración está contemplado.

La utilización de los cánones globales de la ciudad convierten la proyección en una estimación optimista de lo que será la pobreza en unos años, por cuanto afirma que la proporción de pobreza en la ciudad no crece sino que se mantiene.

“Cuantificación de la población beneficiaria del régimen subsidiado con demanda superior al POS-S”. Una forma adicional de tener participantes vinculados es mediante la demanda superior POS del régimen subsidiado o, como se suele llamar, la demanda superior al POS-S. Sobre esta particularidad, la medición estadística se hace relativamente difícil por cuanto no se estableció desde un comienzo una forma homogénea de registro y clasificación, y por cuanto la cantidad y calidad de lo que se denomina servicios POS-S han variado en muy corto tiempo.

De acuerdo con los resultados de este estudio, la necesaria inclusión de participantes vinculados al régimen subsidiado, ampliando la cobertura en caso a 800 mil beneficiarios más, duplicará la demanda de servicios superiores al POS-S, haciéndola llegar a las 100 mil remisiones al año para finales del siglo.

Para 1998, suponiendo las 45 mil remisiones y un incremento en los costos de 18%, se estaría llegando a la cifra de 3.700 millones de pesos anuales para cubrir la demanda superior al POS-S, cifra que haciendo las debidas correcciones monetarias tendrá que ser duplicada con el fin de garantizar la financiación de los servicios de los actuales subsidiados más los 780 mil vinculados sin capacidad de pago; lo anterior significa que para iniciar el próximo siglo se requeriría de un presupuesto de casi diez mil millones de pesos para cubrir los servicios superiores al POS-S lo cual, a pesar de tratarse de un monto tan elevado de dinero, cons-

tituye una cifra baja frente a los 300 mil millones de pesos necesarios para pagar la UPC de 1.700.000 subsidiados del año 2000.

Metodología

Se desarrolló una metodología para determinar la línea de pobreza en salud (LPS), la cual se definió como el ingreso mínimo que requiere un hogar para poder adquirir los bienes y servicios de salud para que sus miembros puedan subsistir y reproducir su fuerza de trabajo. Posteriormente, se llevó a cabo una encuesta en barrios de estratos 1, 2 y 3 con un cuestionario que contenía variables como características de la vivienda, del hogar, gastos, y aspectos de los residentes en el hogar como edad, género, tiempo de residencia en Bogotá, nivel escolar, nivel ocupacional, ingresos, afiliación al sistema de seguridad en salud y servicios de salud solicitados.

Con base en el universo del estudio constituido por la totalidad de manzanas que pertenecen a estratos 1, 2 y 3 de Santa Fe de Bogotá, D.C., se diseñó un muestreo aleatorio simple, estratificado, de 1.300 manzanas. En cada manzana se hizo una selección aleatoria y se visitó sistemáticamente una de cada cinco viviendas.

Conclusiones

El elevado nivel de pobreza de una gran cantidad de hogares en Santa Fe de Bogotá constituye una carga directa o indirecta para el Estado proporcionador de salud. Esta carga es tan elevada que no podrá ser satisfecha a cabalidad, con las consecuentes repercusiones humanas y sociales. Cualquier recomendación

encaminada a reorientar los fondos del Estado con el fin de hacer su uso más eficiente seguramente tendrá un impacto positivo más no constituye solución para el problema real de fondo.

A muy corto plazo, debe mobilizarse a toda la ciudadanía hacia una solución social y, a corto plazo, deben encontrarse fórmulas que incentiven la afiliación al régimen contributivo para reducir la carga del Estado y así ampliar la cobertura y mejorar el servicio para los grupos más pobres.

Subsidiar parcialmente a los hogares de trabajadores independientes con ingreso total entre tres y seis salarios para que ingresen en el régimen subsidiado.

Finalmente, se concluye que la solución fundamental está en la generación de riqueza y empleo ya que los subsidios, sean ellos de oferta o demanda, no son la solución a los problemas de los más necesitados. Sin generación social de riqueza es imposible obtener los recursos necesarios para cubrir las necesidades sociales.

Recomendaciones

Para garantizar la solidaridad de los más pudientes, se podía proponer que en toda compra de medicina prepagada, servicios adicionales al POS en EPS y servicios médicos privados se incluyera un porcentaje de solidaridad para el fondo de solidaridad y garantía (Fosyga).

Para todos los trabajadores dependientes podría reglamentarse que una parte de sus cesantías anuales fuera destinada a cubrir el seguro de salud del núcleo familiar en forma tal que por cada año de trabajo se garantice un año más de seguro de salud para el núcleo familiar. La reglamentación podría elaborarse en forma tal que a quien se pensiona no se le retiene nada de su cesan-

tía por cuanto su seguro de jubilación contempla el seguro de salud, pero quienes pierden el empleo estarían protegiéndose a sí mismos y a su núcleo familiar. Esta propuesta tiene la ventaja de que en términos prácticos no constituye una erogación adicional para los bolsillos tan vacíos de la clase media colombiana. Sin embargo, sí descongestiona al Estado por todos aquellos vinculados coyunturales y permite ampliar los recursos del fondo de solidaridad y garantía.

Para incentivar a los sectores pobres a afiliarse al sistema contributivo, valdría la pena reducir la base mínima de cotización de dos a un salario mínimo para trabajadores independientes del nivel tres del sisben.

Para facilitar la afiliación de algunos parientes o familiares no contemplados hoy por el decreto se puede ampliar el artículo 18 del decreto 1919 de 1994 así:

Que dependan económicamente de él y que tengan un parentesco hasta tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad, podrán incluirlos en el grupo familiar siempre y cuando pague un aporte adicional equivalente al valor de la UPC correspondiente, según la edad y el género de la persona inscrita.

Con esta propuesta se procura dar solución justa a una gran cantidad de suegros, hermanastros, hijastros, sobrinos políticos que se encuentran desprotegidos y podrían llegar a ser afiliados.

La elusión que lleva a cabo el patrón (empleador) utilizando contratos de servicios para actividades que son abiertamente laborales, debería ser reglamentada por el Estado con el fin de garantizar la vinculación al régimen contributivo de salud.

