



Trabajo para optar título de maestría en Políticas
Públicas. Facultad de Ciencias Económicas.
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Como Monsieur Jourdain en el Burgués Gentil
Hombre de Molière, quien descubrió que hablaba en
prosa, sin saberlo; cuando tomamos decisiones
sociales todo el tiempo estamos focalizando si alguna
característica particular de la población nos interesa.
Amartya Sen, “La economía política de la focalización”

(Alfredo Sarmiento, 1998)

FABIAN IBARRA

Trabajo para optar por el título de Magister en Políticas Públicas
Facultad de Ciencias Económicas.
Universidad de Antioquia

Resumen

Este trabajo consiste en una revisión de la estrategia de focalización del gasto público social, mediante el sistema de clasificación de beneficiarios SISBEN para lo cual se hace una revisión documental de su trayectoria y se analiza la población identificada en Medellín y su incorporación al régimen subsidiado de salud. La trayectoria de la estrategia da cuenta de tres versiones de la encuesta entre 1995 y 2017. Junto a resultados positivos para el caso de Medellín, como los logros en cobertura del aseguramiento en salud, también se observa la falta de correspondencia entre la disminución de la pobreza y la persistencia de población afiliada mediante el subsidio; incluso resultados no esperados o desviaciones del propósito inicial, como, la generación de ineficiencias en la destinación de recursos de aseguramiento tanto en subsidio a la oferta como al de demanda (Guzmán Finol, 2012), e igualmente la generación de nuevos grupos de personas vulnerables, que resultan de la exclusión del aseguramiento subsidiado, debido a los cambios de puntaje en la encuesta.

El análisis de la encuesta permite identificar dificultades y retos de su uso debido a la falta de definición de criterios de salida por parte de los programas sociales, y de la cambiante realidad socioeconómica del país; por lo cual se señala la pertinencia de realizar ajustes en la focalización, pero también se genera cuestionamientos sobre la conveniencia de que esta se continúe utilizando para otorgar el beneficio del régimen subsidiado de salud, con el nuevo marco normativo generado por la ley Estatutaria de salud. Así que además de constituir una revisión actualizada de la estrategia y de aportar al fortalecimiento del aseguramiento en salud, dado que ilustra los aspectos estructurales del régimen subsidiado, el estudio pretende servir como insumo para el análisis de otros programas sociales, desarrollados a partir del momento coyuntural que significó la creación del sistema general de seguridad social en salud de Colombia y la implementación de la focalización.

Palabras clave: focalización; SISBÉN; aseguramiento en salud; medición de pobreza, subsidio.

INTRODUCCIÓN

En la década de 1980, cuando muchos países de nuestra región experimentaron una caída del ingreso per cápita con gran efecto negativo sobre el bienestar social, especialmente de los más pobres, se propuso que la focalización del gasto era una “mesoalternativa que permitía mejorar la distribución de los subsidios y el bienestar social” (Giovanni Andrea Cornia, Frances Stewart, 1991, pág. 12)¹. Esto traducía un importante avance en la línea de las estrategias que se requerían para luchar contra la pobreza. Ya para la década de 1990, como parte del círculo virtuoso dado por la coordinación de la política económica y social, algunos gobiernos decidieron implementar herramientas de focalización, buscando así una mayor efectividad o eficacia del gasto público para reducir la pobreza, ya que el concepto de focalización era sinónimo de selectividad del gasto social (Sojo, 1990)².

En el caso colombiano, la estrategia de focalización fue formalmente definida por el artículo 30 de la Ley 60 de 1993 como: “el proceso por el cual se garantiza que el gasto social se asigna a los grupos de población más pobres y vulnerables”. Aunque esta ley fue derogada en 2001 por la Ley 715, el postulado sobre la focalización no sufrió cambios sustanciales. Dado su gran potencial para no solo facilitar el logro de los objetivos del Estado, sino para servir como vehículo mediante el cual se reivindican y materializan los derechos humanos, la focalización también se puede considerar una política pública en sí misma, dado que representa la decisión y el compromiso del Estado por desarrollar los ordenamientos de la Constitución Nacional, para incidir favorablemente en la generación del bienestar y la dignidad de los colombianos, al luchar contra la pobreza mediante la promoción del desarrollo social.

Mediante el Documento CONPES Social 22 de 1994, del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), se determinó implementar la focalización con los objetivos de mejorar la distribución del gasto social y lograr la superación de la pobreza. En este orden de ideas, el Departamento Nacional de Planeación (DNP) diseñó el sistema de identificación y selección de beneficiarios (SISBEN), el cual ha tenido desde su creación tres versiones de la herramienta de focalización, que consiste básicamente en obtener una clasificación socioeconómica mediante el uso de

En 2016 el DNP anunció que se implementará una cuarta versión del SISBÉN. La tendencia observada es que para la asignación del gasto público se dará continuidad a la aplicación de esta herramienta, aunque el logro de los objetivos inicialmente propuestos aún no ha sido suficientemente demostrado.

¹ Este autor destaca a Colombia junto a Burkina Faso e Indonesia como países que lograron combinar el ajuste fiscal con el crecimiento económico, logrando condiciones macro favorables para el bienestar de los pobres.

² La autora explica que a instancias del Banco Mundial, que proponía evitar que el gasto público se continuara concentrando en los sectores de altos ingresos, los esfuerzos se orientaron a los países de América Latina a enfocarse en los grupos vulnerables dado que de tal forma se ganaba en eficiencia y equidad social. La autora también alerta frente a los riesgos de regresividad que en algunos casos podía generar la universalidad y la selectividad que pretenden las políticas de focalización.-

En este trabajo se pretende analizar el comportamiento del aseguramiento en salud y las bondades de la herramienta para el logro de sus coberturas, en contraste con la eficiencia en la asignación de los recursos de su financiamiento (Alejandro Gaviria, 2006), así como en la exclusión de poblaciones, producto de las actualizaciones de la encuesta. Estos elementos han sido poco explorados, y de no ajustarse afectarían la eficacia de la focalización, para caracterizar la variedad de nuestra sociedad y determinar objetivamente sus condiciones de pobreza y vulnerabilidad.

En una línea de análisis similar, se encuentran autores (Martha Bottia, Lina Cardona y Carlos Medina, 2008) que han cuestionado la eficacia del SISBÉN para identificar a los beneficiarios de los programas sociales, pero que también ratifican las bondades y utilidades de la herramienta, admitiendo desde luego, la necesidad de contar con ajustes y actualizaciones periódicas³. Los autores evidencian un mejoramiento progresivo de la encuesta con cada versión, pero advierten regresividad de la herramienta al demostrar que una quinta parte de los beneficiarios del régimen subsidiado, logran ser incluidos sin merecerlo.

A lo anterior se suma un nuevo marco legal para el caso del derecho a la salud, que se elevó en 2015 al nivel de derecho fundamental, con lo cual al gobierno se le imponen restricciones para que no lo vulnere con ningún tipo de decisiones, lo que en principio pondría en entredicho la aplicación de instrumentos de focalización, dado el efecto potencial de estos para excluir y por lo tanto afectar el acceso al servicio de salud⁴.

En este orden de ideas resulta contradictorio que el derecho a la salud no pueda ser universal, debido a la focalización mediante el SISBEN; ya que para las personas no seleccionadas o que inicialmente lo fueron, pero por la actualización del puntaje predefinido para cada versión de la encuesta por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), son excluidas, sin antes tener capacidad de sufragar la cotización y pertenecer así al régimen contributivo, el derecho a la salud solo se les garantiza mediante el subsidio de su aseguramiento.

En la primera parte del trabajo se abordan aspectos contextuales en torno a la implementación de la política pública de focalización, y la evolución de la herramienta SISBEN a lo largo de las más de dos décadas que lleva funcionando. Posteriormente se exponen efectos inadvertidos de la aplicación de la herramienta, especialmente en lo que toca al programa de aseguramiento subsidiado, por ser este el principal programa que surgió gracias a la focalización individual, visto desde el caso de la ciudad de Medellín, durante los años 2011 – 2017, dado que es un período de disponibilidad y confiabilidad de los datos abiertos, principalmente del MSPS.

³ Borradores de Economía Banco de la República 2008.

⁴ Específicamente la Ley 1751 establece en el Artículo 5°. Obligaciones del Estado. "El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá: a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas..."

En la parte final se proponen elementos para la discusión y conclusiones, en lo que atañe a la conveniencia de la estrategia de focalización para continuar orientando la asignación de subsidios en salud y develar un posible antagonismo, al tenor de la premisa de que el mejoramiento de la calidad de vida de la población, y en particular de quienes se encuentran en situación de pobreza, es un objetivo primordial del Estado.

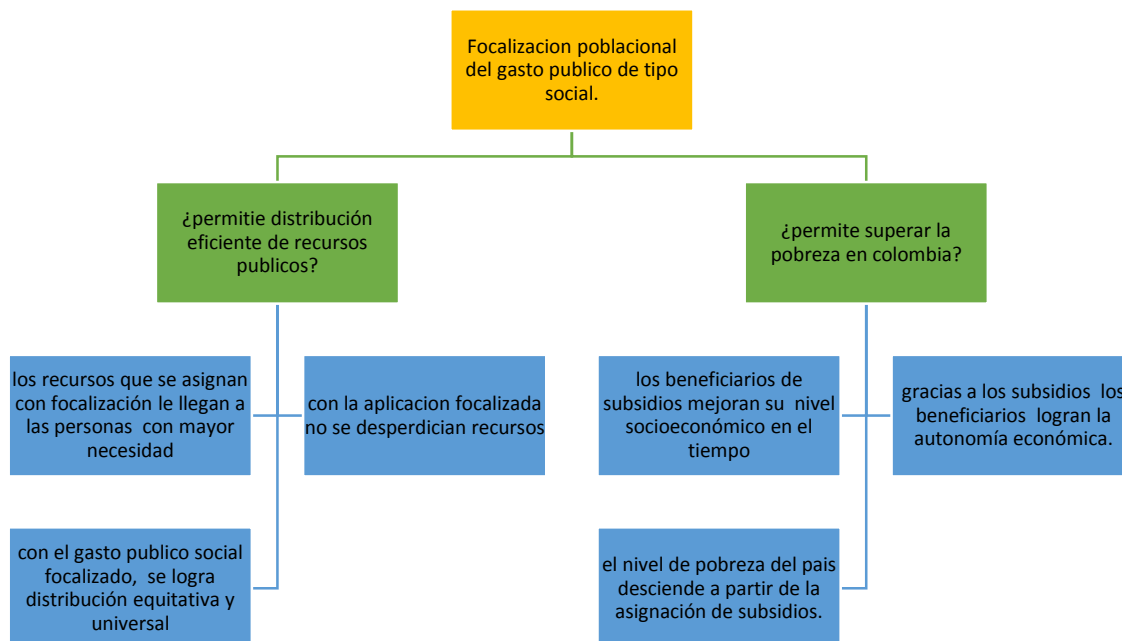
ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este estudio es del tipo de una investigación descriptiva, en la medida que se documenta y analiza la evolución que ha tenido la estrategia de focalización (encuesta del SISBEN) y su aplicación en el caso de Medellín. Así mismo, dada la abundante literatura sobre el SISBÉN, y a la escasez de la misma sobre sus efectos colaterales, esta investigación también es de tipo exploratorio, dado que se examina un tópico que no se ha abordado suficientemente. Además, en el marco de las políticas públicas, se trata de la revisión de una estrategia, en términos de sus instrumentos, y la reflexión sobre su eficacia para la asignación de subsidios en salud, sin pretender una evaluación de impacto, lo cual significa aprender desde los efectos observados en la implementación de la política de lucha contra la pobreza. Su inscripción en una época coyuntural de crisis económica y social, como se expresó en la introducción, y su implicación en la adopción de las herramientas y principios de la focalización que a instancias de organismos internacionales ya se gestaban en otras latitudes del continente, son dos momentos que se inscriben en el modelo de determinantes internos y el de difusión regional respectivamente, que propusieron Frances Stokes Berry y William Berry (1990,2007) dentro del Enfoque de la difusión, como una forma de explicar el proceso de política pública (Pineda Duque, Javier A; (compilador), 2018). El estudio se basa en una revisión y análisis documental y de literatura que permiten dar cuenta de dichos momentos.

Se propone el caso de Medellín para revisar el resultado de la implementación de una política nacional de superación de la pobreza, de tal forma que a partir de algunos efectos conocidos o esperados de la focalización, se exploran otros no advertidos y probablemente no intencionales, en relación a la generación tanto de ineficiencias en la asignación de recursos al programa de subsidios al aseguramiento, como de nuevos grupos sociales vulnerables. Agregaremos elementos sobre el acceso a los servicios de salud, que para la población pobre y vulnerable se financia con el programa social del aseguramiento subsidiado de salud, dado que la gestión de este programa depende fundamentalmente de la herramienta de focalización.

Las preguntas de investigación que se formularon y orientaron este trabajo se resumen en el segundo nivel del siguiente esquema de variables:

Gráfica 1 Esquema conceptual del propósito de la focalización



Fuente: Elaboración propia.

Elegimos el caso de Medellín, por haber sido una de las primeras ciudades en lograr la cobertura universal del aseguramiento⁵ en 2005, se eligió la literatura relacionada tanto con la normatividad y la evaluación del SISBEN, como los datos estadísticos abiertos en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS y el Departamento Nacional de Planeación DNP, complementado con publicaciones de otros autores.

LA ESTRATEGIA NACIONAL DE FOCALIZACIÓN

1. Antecedentes contextuales.

A partir de la Constitución de 1991 se reconoció la necesidad de garantizar la serie de derechos promulgados por la CARTA MAGNA, lo que hacía imperativo desarrollar marcos legales que posibilitaran la orientación de la inversión hacia los fines fundamentales del Estado, como se establece en el siguiente artículo:

⁵ Este criterio no ha tenido una definición cuantitativa clara, y por eso también se ha denominado como cobertura superior; pero en general se trazó una línea en torno a que la universalidad se entiende si se garantiza el 100% de la financiación del aseguramiento de la población objetivo, independientemente de que aún no esté asegurada.

*ARTICULO 334. “La dirección general de la economía estará a cargo del Estado. Este intervendrá, por mandato de la ley... para racionalizar la economía con el fin de conseguir el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes, la distribución equitativa de las oportunidades y los beneficios del desarrollo... de manera especial para asegurar que todas las personas, **en particular las de menores ingresos, tengan acceso efectivo a los bienes y servicios básicos**” (subrayado propio).*

Parte de la respuesta consistió en crear un Sistema General De Seguridad Social en Salud, SGSSS, con la pretensión de brindar un acceso universal a los servicios de salud, conforme al postulado de la Ley 10 de 1990. Ahora bien, la pretensión de universalidad en principio parecería contradictoria con la idea de la focalización. La autora Ana Sojo cuestiona la validez de implementar estas estrategias indiscriminadamente, y señala que en la lucha contra la pobreza, la focalización es más importante si ella está muy concentrada y la capacidad de ejecución es buena; pero cuando la pobreza está muy difundida y la capacidad de ejecución es débil, el crecimiento económico, el mercado laboral, y los servicios sociales son vías más efectivas para enfrentarla (Sojo, 2017, pág. 22)

La idea era contar con mecanismos eficaces para la ejecución del gasto público y tenía como objetivo crear un sistema de subsidios a la demanda, que sustituirían paulatinamente los subsidios a la oferta; pero además, ampliar la oferta de servicios estimulando la participación del sector privado tanto en el aseguramiento como en la prestación, con lo que se pretendía lograr las metas que se formularon en el plan de desarrollo del cuatrienio 1990 – 1994, del expresidente Cesar Gaviria, La Revolución Pacífica. (Prólogo del plan de desarrollo 1990 -1994 página 7)

En este contexto el gobierno nacional, a instancias del Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), adoptó un instrumento de identificación y clasificación socioeconómica poblacional, a fin de determinar quiénes serían los beneficiarios de los programas gubernamentales, los cuales básicamente subsidiarían el acceso a bienes y servicios para atender el propósito de orientar el gasto fiscal en pro de superar su pobreza. A esta práctica de estructurar grupos poblacionales y segmentarlos en grados de pobreza y vulnerabilidad, para priorizar así el gasto público en general, en el Documento CONPES social 22 de 1994 se le denominó focalización.

Sin embargo, era un gran reto la estimación objetiva de la población pobre, así como la definición del concepto mismo de pobreza, en un momento en que no se contaba con información suficiente en esta materia y el referente principal lo constituía el censo poblacional del DANE. Colombia ostentaba un alto nivel de pobreza e inequidad en su población, que el gobierno acatando el mandato de la nueva Constitución se comprometió a intervenir mediante la inversión eficiente de los recursos públicos.

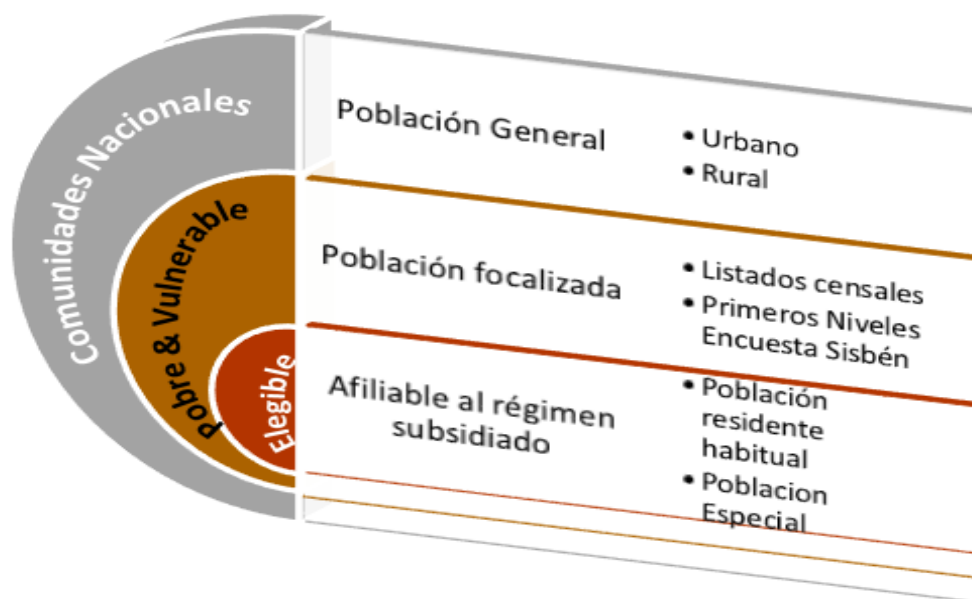
2. Instrumentos de focalización.

Una vez se determinó que la mejor manera de cumplir este cometido consistía en focalizar el gasto social, mediante el Documento CONPES Social 22, el DNP acogió la misión de

estructurar una herramienta de medición del nivel socioeconómico con la cual orientar la distribución eficiente de recursos, focalizando los grupos poblacionales para priorizar las personas con mayores niveles de vulnerabilidad y pobreza.

Se propuso un sistema de clasificación socioeconómica, el SISBEN, como un mecanismo de evaluación del nivel de pobreza que se incluye dentro de los llamados *proxí means tests* por cuanto evalúa elementos como las características de la vivienda, la composición de la familia y la propiedad de bienes durables, como aproximaciones a la deseable medición del ingreso monetario y la riqueza de los individuos o los hogares (objeto de los *true means tests*) para los residentes que cumplieran con unas condiciones generales de habitabilidad territorial, tanto en los ámbitos urbanos como rurales⁶. Para autores como Rojas, esta herramienta diseñada para corregir una difícil situación como lo era el desconocimiento de la población vulnerable, le confiere la calidad de ser una política pública en sí misma. (Rojas Guezman, 2009) El planteamiento para la focalización se presenta esquemáticamente en la gráfica 2.

Gráfica 2 Esquema de secuencia de la focalización poblacional en los territorios



Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en el esquema, la focalización de la población general se complementa con la de poblaciones especiales como los habitantes de calle, las víctimas de la violencia o los adultos mayores abandonados; a las cuales, por sus características predefinidas se les incluye en un censo que aplican entidades e instituciones autorizadas para ello, con el fin de

⁶ Inicialmente se catalogó al territorio nacional como la sumatoria de la dimensión urbana y la rural, lo cual para la tercera versión se refinó considerando las diferencias en las condiciones de vida y desarrollo socioeconómico que se observan entre las ciudades grandes y las pequeñas.

determinar quienes ostentan el mayor grado de vulnerabilidad en virtud de su condición especial, como se resume en la tabla 1.

Tabla 1 Poblaciones especiales que actualmente se incluyen en listados censales

POBLACIONAL ESPECIAL PARA FOCALIZAR	ENTIDAD RESPONSABLE
Ex madres comunitarias o sustitutas beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo Solidaridad Pensional.	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF
Población infantil abandonada y aquella perteneciente al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes a cargo del ICBF	
Menores desvinculados del conflicto armado bajo protección del ICBF	
Población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF	Administración municipal
Adultos mayores de escasos recursos y en condición abandono en centros de protección.	
Población habitante de calle	
Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales que no cumpla con las condiciones para cotizar al sistema	
Población colombiana migrante desde la República Bolivariana de Venezuela	
Víctimas del conflicto armado que se encuentren en el Registro Único de Víctimas	Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral
Población desmovilizada	Agencia colombiana para la Reintegración a la vida civil de las personas y grupos alzados en armas, Ministerio del Interior y de Justicia, o la entidad que haga sus veces
Comunidades indígenas	Las legítimas autoridades indígenas
Población ROM*	Autoridad constituida y reconocida ante la dirección de etnias del Ministerio del Interior y de Justicia

*corresponde al pueblo denominado gitano, romaníes o cingaro.

Fuente: Elaboración propia basado en el Decreto 2228 de 2017.

A continuación, se presenta una propuesta esquemática de las variables que darían cuenta de los elementos conceptuales constitutivos de la evaluación de la estrategia de focalización y su aplicación a los programas sociales, como se muestra en la tabla 2:

Tabla 2 Elementos de la política de superación de la pobreza

Resultados esperados con la política pública	Preguntas de evaluación	Indicadores	Información	Fuentes de información
<p>Resultados inmediatos (outputs)</p> <p>Se obtuvo una clasificación inicial de la población general, en razón del puntaje obtenido al responder la encuesta dirigida por el encuestador. A partir de los datos obtenidos, se dio inicio a la asignación de diferentes tipos de subsidios, así como la inclusión en diferentes programas sociales dirigidos todos ellos a mejorar las condiciones y calidad de vida de los beneficiarios.</p>	<p>Preguntas descriptivas: describe procesos, condiciones, relaciones entre actores, perspectivas, productos generados.</p>	<p>Número de subsidios distribuidos. % de PIB destinado al gasto social.</p>	<p>Porcentaje de Cobertura de la encuesta SISBEN.</p>	<p>Banco de la república. DNP. Informes al congreso.</p>
<p>Resultados intermedios</p> <p>Acceso a programas sociales, mejoramiento de la calidad de vida, mejoramiento del acceso a activos.</p>	<p>Preguntas normativas (qué sucede vs qué debería estar sucediendo). Pregunta por cambios en conocimientos, habilidades, comportamientos.</p>	<p>Cobertura de programas sociales.</p>	<p>Porcentajes de aseguramiento subsidiado.</p>	<p>Fosyga. BDUA DNP</p>
<p>Resultados largo plazo (ultimate outcome)</p> <p>La superación de la pobreza</p> <p>Se logra eficiencia en el gasto fiscal y asignación de recursos.</p>	<p>¿En qué medida el resultado se explica por la intervención? ¿Qué otras alternativas eran factibles? ¿Cuál fue la magnitud del resultado en la percepción ciudadana?</p>	<p>Índices de pobreza cuantitativos vs. cualitativos</p>	<p>Promedio de ingreso per cápita. Porcentaje de PIB destinado a la política.</p>	<p>Informes del ministerio de salud al congreso. Documentos CONPES. Publicaciones DNP. Estudios independientes de pobreza en Colombia</p>

Fuente: Elaboración propia.

La encuesta se aplicó por las administraciones municipales a partir de 1994 de manera sistemática, con grandes barridos que cubrían la mayor extensión del territorio, pero inicialmente con alto nivel de discrecionalidad y autonomía por la autoridad local; lo cual posteriormente fue limitándose para las siguientes versiones, mediante una metodología previamente estandarizada.

La encuesta se realizaba gratuitamente en el domicilio de los grupos familiares y generaba una clasificación en razón del puntaje obtenido, luego de evaluar diferentes aspectos que finalmente revelaban la capacidad socioeconómica, mediante un índice de pobreza multidimensional; el cual para la tercera versión fue construido combinando metodologías estadísticas de tipo teórico, método de conjuntos borrosos y de tipo multivariado, método

Prinqual, lo que permitió segmentar la población por niveles de pobreza y vulnerabilidad, y su elegibilidad para recibir los beneficios.⁷

La primera versión del instrumento de focalización debió enfrentar grandes retos para desarrollar su propósito, la mayor parte de ellos derivados de insalvables sesgos que podían alejar el resultado obtenido del objetivo inicial y que se relacionaban con la aplicación del instrumento por los gobiernos locales, altamente permeados por su tendencia al favorecimiento de particulares.⁸ De esta forma se generaron ineficiencias del instrumento por distorsión de la información que se materializaron en los errores de inclusión y exclusión, así como la manipulación de variables por parte de la población objetivo, principalmente en la primera versión de la encuesta.⁹

Pocos años después de la primera versión, el legislador hizo imperativo la utilización generalizada de la herramienta para orientar el gasto fiscal, como lo expresa la Ley 715 de 2001 en el párrafo 3 del artículo 49:” Las autoridades territoriales están obligadas a hacer uso de la información que se derive de la actualización del instrumento de focalización que defina el CONPES. De no hacerlo, serán objeto de las sanciones disciplinarias, fiscales y penales que haya lugar”.

Desde la primera versión han transcurrido tres actualizaciones de la encuesta, la cual según lo dispuesto por la Ley 60 de 1993 debía actualizarse cada tres años. Pero además de que estas no resultan comparables entre sí debido el cambio de variables y preguntas, el logro de sus objetivos de mejorar la asignación o gasto público y reducir la pobreza no se han determinado, sobre todo porque el constante cambio de metodologías de medición de la pobreza y la vulnerabilidad, así como la mutación de estos conceptos de acuerdo a la intencionalidad del gobierno, han impedido contar con un análisis objetivo de la relación causa efecto de este logro, con la focalización.

Cada versión contó con un soporte o fundamento conceptual emitido por el respectivo documento CONPES: CONPES Social 022 de 1994 para la versión I, que se implementó a partir de 1995; el CONPES Social 047 de 1997, el cual estableció que el SISBÉN debía usarse para todos los programas que impliquen subsidio a la demanda; el CONPES Social 055 de 2001 que dio origen a la versión II del SISBÉN, y para la versión III se contó con el CONPES

⁷ Conjuntos borrosos determina el grado de pertenencia de los hogares al conjunto de pobres a través de funciones de pertenencia. Prinqual utiliza un algoritmo basado en los principios de mínimos cuadrados alternantes y cuantificación óptima, para obtener transformaciones no lineales de las variables cualitativas que maximicen el ajuste de los datos al modelo de Componentes Principales. (Grupo de calidad Dirección de desarrollo social DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION, 2008)

⁸ La encuesta del SISBÉN experimentó desde el principio dificultades para estimar los valores del ingreso per cápita, que le permitieran clasificar las poblaciones objetivo, como lo denotaron algunos investigadores que propusieron mecanismos de manejo a esta incertidumbre: en respuesta a la facilidad de manipulación se modificaron o eliminaron variables como el ingreso per cápita, equipamiento del hogar, proporción de ocupados en la familia y abastecimiento de agua. Diseño del Índice SISBÉN en su tercera versión. Resumen ejecutivo. DNP. 2008.

⁹ Ya algunos autores advertían que la efectividad de la focalización de recursos era mínima cuando se hacía por encuestas que pretendían medir ingresos (Giovanni Andrea Cornia, Frances Stewart, 1991, pág. 89)

Social 100 de 2006 en el que se definieron como principales dimensiones a la salud, la educación y la vivienda, que finalmente permitió su implementación en 2009 con el CONPES Social 117 de 2008.

En 2016 el DNP anunció que se implementaría una cuarta versión del SISBÉN, con la cual se espera lograr mayor conocimiento sobre la pobreza y la vulnerabilidad de las comunidades, y que permita “El mejoramiento de la calidad de vida de la población, y en particular de quienes se encuentran en situación de pobreza como un objetivo primordial del Estado”¹⁰, máxime cuando Colombia se reconoce en el concierto internacional como uno de los más desiguales de la región (Departamento Nacional de Planeación DNP. , 2014, pág. 29)¹¹, y que la disminución de la brecha urbano rural, que se propuso en el plan de desarrollo 2014-2018, como uno de sus objetivos principales, según el DNP, no registra ningún avance.¹²

3. Uso de la encuesta por los programas:

A partir de la reforma del sistema de salud con la Ley 100, se resaltó que la definición de los beneficiarios de los programas sociales y su focalización entre la población más pobre y vulnerable sería un objetivo del gobierno para orientar el gasto social.

Para el sector de la seguridad social esta herramienta representó la posibilidad de determinar los beneficiarios del subsidio al aseguramiento en salud, dado que el sistema general de seguridad social había estructurado un aseguramiento de tipo contributivo para quienes ostentaran capacidad de pago o vinculación al mercado laboral, y un aseguramiento subsidiado para la población sin capacidad de pago.

Fue para este último que el resultado de la encuesta permitió definir el grupo objetivo de dicho subsidio, el cual fue paulatinamente extendiéndose en el país para darle cobertura en orden de priorización, y sujeción a la disponibilidad de recursos para la correspondiente financiación del mismo por parte de los entes territoriales.

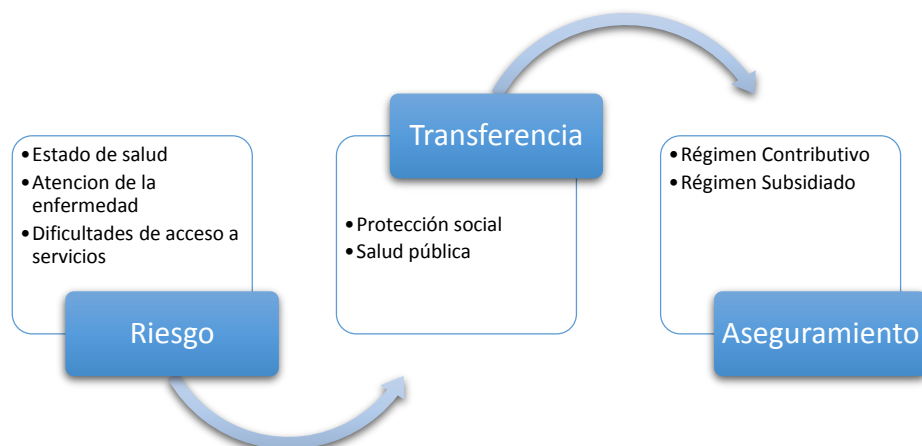
¹⁰ Esta afirmación del DNP se encuentra en el «RESUMEN SISB\311N III - 02. Resumen Ejecutivo Sisbén III_170210.pdf», 3.

¹¹ Entre los 20 países con la peor distribución de ingreso en el mundo se hallan ocho latinoamericanos, entre ellos Brasil, México, Chile y Colombia. En el otro extremo, ningún país latinoamericano se encuentra entre los primeros 60 países con la menor desigualdad. EQUIDAD Y MOVILIDAD SOCIALDIAGNÓSTICOS Y PROPUESTAS PARA LA TRANSFORMACION DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA A. Montenegro y M. Meléndez.

¹² De acuerdo con la evaluación del DNP La protección social, en las zonas rurales de Colombia, no ha tenido los resultados esperados: no ha reducido las desigualdades, tampoco ha contribuido a la reducción de la brecha urbano-rural y presenta grandes vacíos, ya que excluye a varios grupos poblacionales. Ver Balance de Resultados 2015. Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: “Todos por un nuevo país” © Departamento Nacional de Planeación, abril de 2016; Y quinto informe de progreso la protección social de la población rural en Colombia: Diagnóstico, necesidades de ajuste y líneas de política; Convenio De Asociación Técnica 338 CEPAL-DNP Versión Final Bogotá, Diciembre 15 de 2014

Es preciso resaltar la magna decisión que representó la instauración del aseguramiento en salud para el país, es decir la transferencia a un tercero de la función de gestión del riesgo en salud de los colombianos, como se esquematiza en la gráfica 3, por cuanto implicaba la entrada del sector privado a la dinámica de la provisión de servicios de salud, en un esquema de competencia regulada entre la oferta y demanda de los mismos, que tendrían la rectoría del gobierno nacional en materia de tarifas, plan de beneficios y coberturas.

Gráfica 3 Esquema de los fundamentos de la protección social



Fuente: Elaboración propia

Así mismo es preciso anotar que el régimen subsidiado era la manera como el gobierno destinaría los recursos fiscales para cubrir el costo del aseguramiento para cada ciudadano que resultara beneficiado del subsidio de salud, erogación con la cual se financia el pago a las aseguradoras de este régimen, inicialmente denominadas administradoras de régimen subsidiado – ARS¹³, a fin de que el beneficiario sea gratuitamente afiliado a dicha entidad, para lo cual el gobierno le paga a dicha entidad una Unidad de Pago por Capitación o UPC.

Por ser este uno de los primeros y más importantes subsidios implementados, el argot popular denominó como SISBÉN a la afiliación al régimen subsidiado, y por lo tanto el carnet de afiliación que a los beneficiarios les expedían las ARS, popularmente se conocía como carnet del SISBÉN.

Esta natural confusión, se originaba en el “carnet” que algunos municipios le expedían a las personas con el resumen de los datos de la ficha de la encuesta, que no solo servía como identificación ante otros programas sociales sino que le permitía el acceso a los servicios de salud en calidad de población pobre no asegurada, denominada como vinculados; es decir que se comportaba como un carnet de afiliación, y conllevaba a que muchos vieran al

¹³ La discusión sobre si la A correspondía a administradoras como lo establecía la norma, o aseguradores como lo sustentaba la explicación del sistema de salud, fue objeto de múltiples pronunciamientos jurisprudenciales; aunque consideramos que estuvo mejor sustentada la segunda idea. Si se desea ampliación puede consultarse varias de las referencias de la bibliografía.

SISBÉN como una ARS, que sin tantos trámites (autorizaciones), brindaba solución a sus necesidades de salud.

A la fecha, los programas sociales y económicos que requieren implementar algún subsidio utilizan la encuesta del SISBÉN pero con diferentes puntos de corte de acuerdo a la disponibilidad de recursos; algunos con esquemas más simples que otros, como en el caso de la exención del pago de libreta militar, un programa que ha llegado al nivel más simple al establecer un puntaje, a partir del cual queda claro quién puede pagar la libreta. Aunque son muchas las diferencias con otros programas, que no se refieren a un pago único y por lo tanto no admiten comparación, lo destacable de este programa es la intencionalidad de trazar una clara línea divisoria, aportándole una simplicidad a la gestión del mismo, que le resultaría conveniente imitar a otros programas que han mantenido una compleja segmentación.

En este sentido, son los programas los que definen sus escalas de puntajes, por lo que presentamos en la tabla 4 dichos criterios y puntos de corte actualmente utilizados por las entidades, ordenados desde la mayor complejidad a la menor, es decir desde la del Ministerio de Salud a la del Ejército Nacional, respectivamente.

Tabla 3 Puntajes de corte de los programas sociales que usan SISBÉN.

Entidad	Programa Social	Nivel	14 Ciudades	Otras Cabeceras	Rural
Ministerio de salud y Protección Social	Régimen Subsidado	1	0 - 47,99	0 - 44,79	0 - 32,98
		2	48,00 - 54,86	44,80 - 51,57	32,99 - 37,80
	*Los niveles diferencian el monto de lo pago.				
Ministerio de Trabajo	Colombia Mayor	1	0 - 41,90	0 - 41,90	0 - 32,98
		2	41,91 - 48,63	41,91 - 43,63	32,99 - 35,26
Icetex	Subsidio de sostenimiento	No Aplica	0 - 57,21	0 - 56,22	0 - 40,75
	Tú Eliges (0 y 10% de pago durante la carrera)	No Aplica	0 - 58,12	0 - 58,16	0 - 40,75
	ACCES	No Aplica	0 - 30,39	0 - 30,73	0 - 22,19
	Subsidio de tasa de interés y condonación del crédito	No Aplica	0 - 57,21	0 - 56,32	0 - 40,75
Prosperidad Social	Más Familias en Acción	No Aplica	0 - 30,56	0 - 32,20	0 - 29,03
	Jóvenes en Acción	No Aplica	0 - 54,86	0 - 51,57	0 - 37,80
	Red Unidos	No Aplica	0 - 23,4	0 - 32,2	0 - 26,12
Ministerio de Educación	Ser Pilo Paga	No Aplica	0 - 57,21	0 - 56,32	0 - 40,75
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)	Atención Integral a la Primera Infancia	No Aplica	0 - 57,21	0 - 56,32	0 - 40,75
Colpensiones	Beneficios Económicos Periódicos (BEPs)	No Aplica	0 - 57,21	0 - 56,32	0 - 40,75
Registraduría Nacional	Exención en el pago de la cédula de ciudadanía	No Aplica	0 - 59,51	0 - 59,52	0 - 40,75
Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)	SENA Emprende Rural (SER)	No Aplica	No aplica	0 - 56,32	0 - 40,75
Unidad para las Víctimas	Atención humanitaria	No Aplica	No aplica	0 - 57,21	0 - 56,32
Ministerio de Agricultura y Desarrollo Territorial Sostenible	Vivienda Rural	No Aplica	No Aplica	0 - 56,32	0 - 40,75
	Implementación generación de ingresos y desarrollo de capacidades productivas (Nacional)	No Aplica	No Aplica	No Aplica	0 - 47,9
Ejército Nacional	Exención en el pago de la cuota de compensación militar	No Aplica	0 - 61,91		

Fuente: Elaboración propia con base en documento de puntos de corte para 2018, disponible en SISBÉN.gov.co

4. La Focalización y el aseguramiento subsidiado en salud

El desarrollo de la seguridad social se materializó con la expedición de la Ley 100 de 1993, cuando el gobierno instauró el aseguramiento obligatorio, que hasta entonces solo cubría un segmento de la población de trabajadores formales, tanto del sector público como del privado. La cobertura que se tenía hasta entonces era de un 15% de afiliados al ISS, un 10% que estaba afiliado a las cajas de compensación como Cajanal, Caprecom y otras cajas de previsión social de orden territorial, y un 5% que se cubrían con medicina privada. El 60% restante sería atendido por la red hospitalaria financiada con recursos públicos.¹⁴

Es preciso resaltar que siendo nuestro Sistema General De Seguridad Social en Salud - SGSSS, una creación relativamente reciente, muy cerca de su debut en el concierto internacional, fue destacado por las características de su diseño orientado a ser equitativo y solidario; esto debido a su esquema de financiamiento que promovía los subsidios cruzados que operaran en dos sentidos: del régimen contributivo hacia el subsidiado, al destinarle un 1.5 del financiamiento de dicho régimen, fortaleciendo su sostenibilidad, y dentro del mismo régimen contributivo al establecer que quienes pagan mayor cotización¹⁵ (costo de la afiliación que fija el gobierno nacional), en proporción a su rango salarial, contribuyen a subsidiar la brecha negativa de cotización vs. UPC que se presenta en los afiliados de rangos salariales bajos.

Esto además de reafirmar la intencionalidad del sistema de promover la deseable solidaridad entre los ciudadanos, también traduce una apuesta en favor de la equidad social; dado que tanto cotizantes como subsidiados, aunque en los albores del sistema estaban cubiertos por planes que se diferenciaban en los contenidos y servicios que cubrían, actualmente acceden al mismo plan de beneficios, gracias a su progresiva igualación.

Este SGSSS que consta de un conjunto organizado de políticas, entidades, instituciones y recursos para prevenir, mejorar y atender la salud de la población colombiana, también se basó en los conceptos del pluralismo estructurado; el cual abrió la oportunidad a la participación del sector privado y la competencia regulada de ese nascente mercado de servicios de salud, (Meza Carvajalino, 2005) denominado atención (o cuidado) controlada, conocido en otras latitudes como el *managed care*.

Para el año 2002 fue creado el Sistema de Protección Social (SPS) mediante la Ley 789, definido como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, especialmente de los más desprotegidos,

¹⁴ Una útil descripción de los antecedentes del sistema de salud se puede encontrar en *Dos décadas del Sistema de Seguridad Social en Salud: Desarrollo, crisis y soluciones* ISBN: 978-958-57558-2-6 Autores: Jaime Arias Ramírez Nelcy Paredes Cubillos Ana Cecilia Santos y Jorge Duarte Primera edición: noviembre de 2012 © Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi)

¹⁵ El RC se financia a través de una cotización obligatoria, correspondiente al 12,5% del ingreso base de cotización, con la cual se afilia al cotizante y sus beneficiarios (familia). La cotización es cofinanciada entre los trabajadores (4%) y los patronos (8,5%). Si es trabajador independiente o por cuenta propia, asume el total de la cotización.

estructurando en varios ejes los programas y estrategias correspondientes. En consonancia, el efecto de la política de focalización podría determinarse a partir de la sumatoria de los beneficios obtenidos con los diferentes programas sociales y subsidios otorgados en los focos poblacionales; lo cual sería verificable midiendo la magnitud de cambio que dichos grupos experimentaron en sus condiciones socioeconómicas generales y la calidad de vida alcanzada.

Vale la pena detenerse aquí para señalar que veníamos de un sistema de salud en el que los recursos se asignaban a las instituciones hospitalarias directamente en razón del presupuesto históricamente asignado, para atender a la población más pobre; lo cual no se cumplió como se evidenció por varios autores (Meza Carvajalino, 2005) y motivó el cambio a una asignación por afiliado y su grupo familiar, en razón de su necesidad de atención o demanda de servicios de salud.

Este andamiaje requería de la participación de empresas promotoras de servicios de salud EPS, que cumplieran una función de aseguradoras (asumen un riesgo a cambio de una prima representada por la unidad de pago por capitación UPC) que podían ser de diferente naturaleza jurídica, y que para el caso del régimen subsidiado inicialmente se les denominó administradoras de régimen subsidiado ARS. Sobre estas entidades se apoya el núcleo de la atención del sistema de salud, a las que por delegación del gobierno, se les confiere la potestad de recaudar los recursos de las cotizaciones y ejercer un papel de sponsor o agente mediador entre el afiliado y los servicios que le contratan a las instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, para garantizarle a sus afiliados el acceso a los servicios de salud contenidos en el plan de beneficios.

En el caso del aseguramiento subsidiado, esa unidad de pago por capitación UPC que equivale a la prima que se reconoce por cada afiliado, se financia con recursos públicos, de orden nacional, departamental y municipal; por lo tanto requieren de la aplicación de la focalización de los recursos hacia la población con mayor nivel de vulnerabilidad y pobreza, luego de lo cual procede su afiliación al sistema mediante el régimen subsidiado que administran las EPS S (antes ARS). No obstante, los beneficiarios que accedieran a una actividad laboral y por ende tuvieran capacidad de cotizar, se afilian al régimen contributivo administrado por las EPS C, pero pueden volver al subsidiado durante los periodos de cesación de dicha capacidad de cotizar; lo cual actualmente puede hacerse en la misma entidad aplicando el derecho a la movilidad entre regímenes, y por lo tanto ya no requiere el traslado de EPS C.

Se creó un sistema aparentemente cerrado que de manera progresiva albergaría de manera obligatoria a todos los colombianos en alguno de los dos regímenes, logrando así la cobertura universal, y la integralidad del aseguramiento. Además se propició que los colombianos que están en disposición y capacidad de invertir, para procurarse mejores condiciones de atención que la de los planes obligatorios, cuenten con el sistema voluntario de medicina prepagada y planes complementarios, a los que se accede previo pago de la cotización contributiva, y que en general está dirigida a mejorar las condiciones de hospitalización y acceso a especialistas.

En síntesis, con la estrategia de focalización se generó una nueva institucionalidad, y nuevos actores en el sector salud, entre las que figura el aseguramiento del SGSSS, como estrategia para superar las barreras financieras de acceso a los servicios de salud, extendiendo a las personas más pobres y vulnerables este mecanismo de protección del que solo gozaba el sector trabajador. Pero, ¿Por qué se necesita el aseguramiento? En principio, por la necesidad de brindar protección financiera a los individuos a través de la gestión exitosa del riesgo, del cual se descarga el gobierno al ser transferido a terceros.

IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE FOCALIZACIÓN EN MEDELLÍN

A partir de los datos obtenidos de la encuesta del SISBEN se dio inicio a la asignación de diferentes tipos de subsidios y programas sociales dirigidos a mejorar las condiciones de vida de los beneficiarios. De esta forma se procuraba cumplir con la premisa de lograr una eficaz asignación de recursos, con priorización del gasto público en favor de la población con el mayor nivel de pobreza y vulnerabilidad, de manera progresiva y en el orden de priorización predeterminado por el gobierno nacional, de acuerdo con los recursos disponibles. Por lo tanto, se iniciaba con los habitantes clasificados en el nivel 1 y secuencialmente los del nivel 2 del SISBÉN.

Para el caso de Medellín, la distribución de la población encuestada en la primera versión tuvo un aumento anualmente creciente de los niveles 1 y 2, pasando de 65.538 a 151.353 en el nivel 1 y de 253.378 a 501.033 en el nivel 2, del año 1997 al 2004 respectivamente; acompañada de una mínima variación de la población del nivel 3, que pasó de 344.186, a 347.721 entre las mismas anualidades.

Llama la atención el crecimiento de la población de individuos clasificados en el nivel 1 y 2, que eran justamente los que se priorizaban para todos los programas sociales, en contraste con lo observado en el nivel 3, que para la época no confería expectativa de inclusión en los subsidios, y que prácticamente no cambió. No obstante que podría explicarse por ajustes en los criterios de priorización, es innegable la alta probabilidad de manipulación de variables y probable corrupción, como lo señalaron algunos estudios del Ministerio de Salud (Viceministerio Técnico. Ministerio de la Protección Social, 2006), argumento que proporcionó la justificación para la actualización de esta versión.

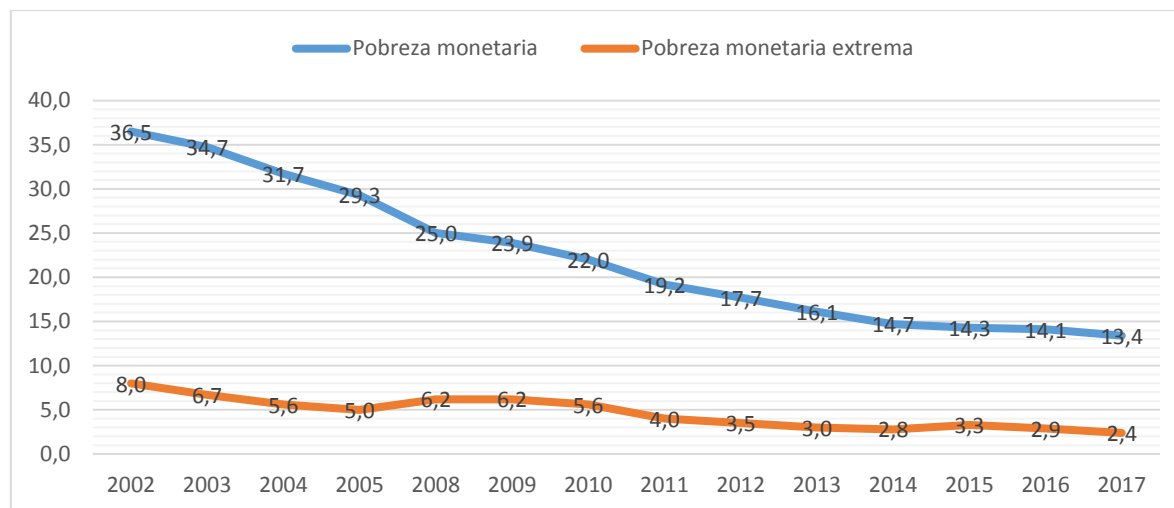
De esta versión el gobierno identificó variables que no aportaban buena información o la distorsionaban, razón por la que se fueron reemplazando, como la variable ingreso per cápita de la versión 1, proclive a su manipulación por la comunidad, que como natural sujeto activo entendió las reglas del juego, en el que responder con la verdad, podría excluirla de los subsidios. Este inevitable sub reporte se puede evidenciar con otro tipo de mediciones del nivel de ingreso, realizadas por el Departamento Nacional de Estadística DANE¹⁶, cuyos resultados en la gráfica 4¹⁷, muestran que para los últimos años de vigencia de la versión 1,

¹⁶ Mediante CONPES 150 de 2012, el DANE está oficialmente encargado del cálculo y divulgación de las cifras.

¹⁷ En el Anexo 2 se amplía la evolución de estos indicadores de pobreza aplicados a Medellín

teníamos ya una disminución sostenida del nivel de pobreza monetaria, incluyendo la extrema, lo cual no se reflejó en una reducción del número de beneficiarios potenciales.

Gráfica 4 Incidencia de la pobreza monetaria en Medellín, 2002-2017



Fuente: elaboración propia sobre Anexo DANE 2017 disponible en http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/anex_pobreza_2017.xls

Para la versión 2 de la encuesta se definieron otros rangos de puntaje con los que se agruparon los niveles para cada programa social, pero para la versión 3 ya el DNP no configuró niveles predeterminados, sino que se limitó a generar el puntaje, y con este cada programa social debía delimitar su grupo poblacional objetivo, en razón de los recursos disponibles y el puntaje obtenido de la siguiente manera:

Tabla 4. Evolución de los puntajes de corte en las tres versiones del SISBÉN

AÑOS DE VIGENCIA	SISBÉN VERSION 1: 1995 -2003		SISBÉN VERSION 2: 2003 -2008		SISBÉN VERSION 3: 2009 -2018		
	PUNTAJE		PUNTAJE		PUNTAJE		
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	14 Ciudades	Otras cabeceras	Rural
1	0 - 36.	0 - 18.	01 - 11	0 - 17.5	0-47,99	0-44,79	0-32,98
2	37 - 47.	19 - 30.	11 - 22	17.6 - 32	48,00-54,86	44,80-51,57	32,99-37,80
3	48 - 58.	31 - 45.	23 - 43	32.1 - 51			
4	59 - 69.	46 - 61.	44 - 65	51.1 - 100			
5	70 - 86.	62 - 81.	66 - 79				
6	87 - 100	82 - 100	79 - 100				

Fuente: elaboración propia con base en documentos del DNP.

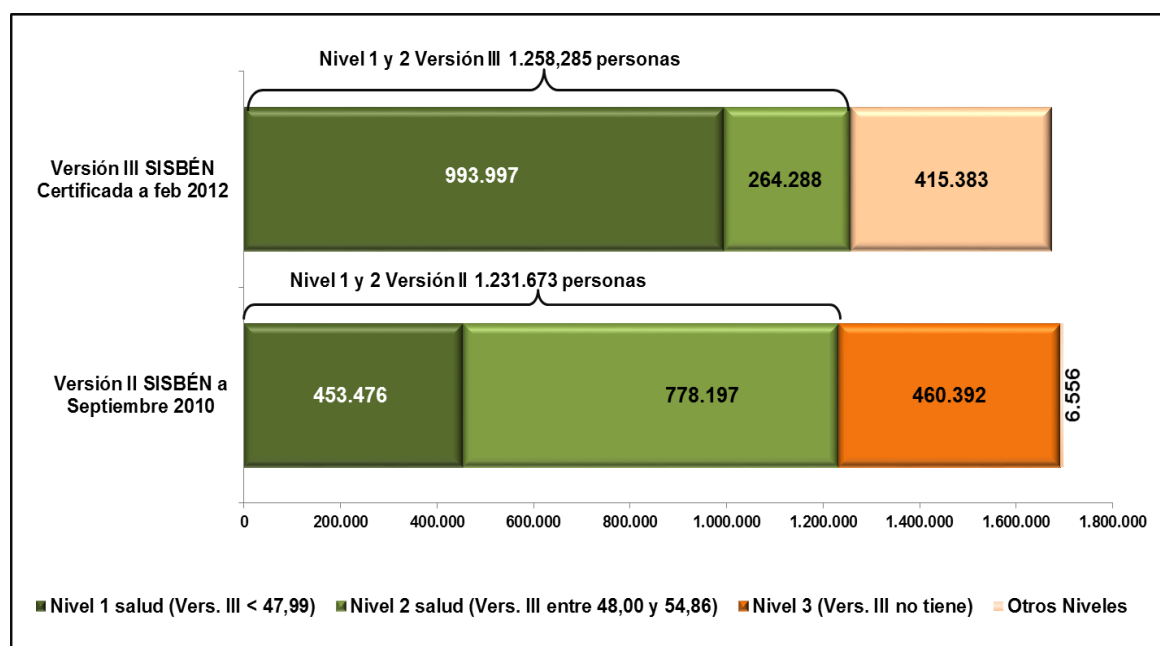
Las diferencias de puntajes establecidas para cada nivel y las variables que conformaban cada versión hacen estas encuestas no comparables entre sí, aunque tienen en común que buscan captar información sobre las condiciones estructurales de la pobreza; superando así la idea original de servir como indicador estricto de pobreza por carencia de ingresos, como los

indicadores que dieron lugar a la primera versión, tales como el índice de necesidades básicas insatisfechas NBI y la línea de indigencia LI, cuyas mediciones resultan susceptibles a variaciones con el tiempo.

A partir de la versión 2 se le adiciona la estratificación socioeconómica que es considerada un tipo de focalización geográfica y a partir de la versión 3, los cinco corregimientos de Medellín se califican con el puntaje de otras cabeceras, ya que el puntaje rural de acuerdo a la metodología solo hace alusión al rural disperso, y por lo que este deja de aplicarse; por lo tanto estamos ante una herramienta que viene mutando en complejidad y alcance, con el fin principal de minimizar los errores que le restaban eficacia al resultado.

No obstante lo anterior, al comparar las personas que ostentaron cambio de puntaje entre las 2 últimas versiones, se pudo observar que pese a esta transición, existía un buen nivel de correspondencia para los beneficiarios de la versión 3, en cuanto a la magnitud neta de cambio. Nótese que pese al aumento de personas en el nivel 1, y la disminución en el nivel 2, la sumatoria de estos en la versión 3, y por lo tanto de población beneficiaria, es mayor a la de la versión 2; lo cual, en principio tranquiliza sobre la posibilidad de generar errores de inclusión de beneficiarios¹⁸, pero además se corresponde con la subsecuente disminución de población ubicada en la franja de nivel superior, que corresponde a la población no elegible, y que pasó de 460.392 a 415.383, como se muestra en la siguiente gráfica 7:

Gráfica 5 Comparación del efecto del cambio a la versión 3 en la población de Medellín



Fuente: elaboración propia con base en información del Departamento de Planeación de Medellín.

¹⁸ El SISBÉN demostró mayor eficiencia para evitar los errores de exclusión o tipo 1, que los de inclusión o tipo 2, como lo denotan el documento Conpes 55 los estudios del ministerio, disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/dnp-conpes-055-de-2001.pdf>

Las dos últimas versiones ya se comportaban más como un indicador de estándar de vida, puesto que en la versión II se incluyeron variables como la estratificación urbana, en la versión III se excluyeron variables que experimentaban desgaste o manipulación como la de ingresos auto percibidos, y se incluyeron otras que buscaban medir la vulnerabilidad individual y contextual, como el estado de salud del encuestado y del entorno¹⁹.

Afines del 2017, el éxito de la política de aseguramiento y la contribución que a esta ha brindado la focalización de recursos, se refleja en la gran cantidad de ciudadanos que ostentan la condición de asegurados al sistema. En el caso de Medellín, las cifras oficiales de cobertura de aseguramiento incluyendo regímenes contributivo y subsidiado, así como el contributivo de excepción, representado para Medellín por los miembros del sector educación y las fuerzas de policía, se resumen en la tabla 4.

Tabla 5. Evolución de las coberturas de aseguramiento en Medellín.

Vigencia						
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CONTRIBUTIVO	1.692.810	1.734.253	1.858.265	1.955.345	1.930.226	2.009.969
SUBSIDIADO	601.623	608.077	615.389	561.292	602.822	607.975
EXCEPCION	26.689	37.332	41.855	47.392	47.573	47.571
Total general	2.321.122	2.379.662	2.515.509	2.564.029	2.580.621	2.665.515

Fuente: MSPS – SISPRO datos anuales con corte a diciembre 31.

Los datos del MSPS de acuerdo con las proyecciones poblacionales con el censo del DANE 2005, indican que en los últimos 4 años, el 100% de la población se encontraría asegurada, lo cual, probablemente se redefine una vez se tengan los datos del nuevo censo 2018. Sin embargo, la cobertura sostenida y creciente del aseguramiento ha sido un logro fundamental para su consolidación, y Medellín al igual que las ciudades capitales muestra una composición del mismo en el que el régimen contributivo de manera muy consistente viene triplicando al número de afiliados del régimen subsidiado; pero obsérvese además que el número de estos últimos ha presentado una mínima variación en el tiempo, lo cual no se corresponde con la disminución de la pobreza descrita en la gráfica 4, con lo cual se colige que la afiliación al régimen subsidiado no se traduce necesariamente en una superación de la pobreza medida con los índices expuestos en dicha gráfica. Por el contrario, la evolución de la pobreza de la gráfica 4 se relaciona mejor con la tendencia creciente del régimen contributivo, producto de la dinámica laboral y el mejoramiento del poder adquisitivo, lo cual además termina fortaleciendo el financiamiento del régimen subsidiado, gracias al mecanismo de solidaridad entre los regímenes como se explicó anteriormente.

Por otra parte, resulta acertada la decisión del gobierno de mantener la estrategia de aseguramiento, dado que la evidencia demuestra que individuos con acceso a seguros de

¹⁹ En el anexo 1 se presentan las variables que fueron consideradas para cada versión de la encuesta.

salud están mejor que aquellos no asegurados, (Meza Carvajalino, 2005) gracias al acceso temprano al tratamiento de enfermedades, lo que disminuye la frecuencia de complicaciones y la severidad de la enfermedad. La evidencia nacional disponible a través del estudio del Observatorio Nacional de Salud²⁰ señala que los eventos de gran importancia en salud pública como la mortalidad materna y la muerte infantil por desnutrición, así como las muertes debidas al conflicto, se concentran en la población más pobre; lo cual hace mucho más útil contar con un aseguramiento para estas poblaciones.

EFFECTOS NO PREVISTOS DE LA ESTRATEGIA DE FOCALIZACIÓN

No obstante que el importante logro de cobertura de aseguramiento subsidiado, refleja una exitosa implementación de la herramienta de focalización, presentaremos efectos colaterales que, además de estar pasando inadvertidamente para la mayor parte de observadores, seguramente carecen de intencionalidad, y ameritan ser examinados por el gobierno nacional. Con base en el caso Medellín, analizamos aspectos de la encuesta SISBÉN, en relación con el aseguramiento y con el acceso a los servicios de salud.

1. Efectos negativos sobre la asignación de recursos.

Anualmente se genera expectativa entre el sector asegurador frente a la financiación del aseguramiento subsidiado, resultado del cálculo de la UPC con la que se cubre el costo del plan de beneficios, dado que de este factor depende el ingreso de las EPS en función del número de afiliados, la distribución de este valor entre las fuentes de cofinanciación, y por consiguiente la cobertura de dicho aseguramiento respecto de la población objetivo. De acuerdo con lo anterior, en la ciudad de Medellín se logró una cobertura superior de este aseguramiento gracias al compromiso del gobierno local para realizar un gran esfuerzo fiscal (Alejandro Gaviria, 2006), a fin de transformar los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda, con el convencimiento de los múltiples aspectos favorables de esta transformación.

Los posteriores incrementos de la UPC obedecieron a importantes ajustes en su fórmula de cálculo por el MSPS, así como a la inclusión paulatina de cada vez más beneficios en el plan obligatorio, como se designaba en ese entonces, hasta llegar a la igualación de los planes entre los regímenes subsidiado y contributivo. La matriz de cofinanciación que publica el MSP incluía también el número de personas sin afiliado, denominadas población pobre no afiliada- PPNA (conocida como vinculados) para la cual usualmente se calculaba y aprovisionaba un 25% del recurso correspondiente al costo resultante en caso de ser afiliados en dicha anualidad.

²⁰ Observatorio Nacional de Salud, Tercer Informe Mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011- ISSN: 2346-3325

Paralelamente se presupuestaba la asignación anual de los recursos destinados al subsidio a la oferta para que se continúe atendiendo a la PPNA, lo cual para Medellín correspondía a la asignación de recursos patronales, con los cuales el gobierno cruzaba cuentas, entre su obligación de concurrir al pago de las obligaciones prestacionales que se suscitaron en las IPS públicas con motivo de la entrada en vigor de la ley 100 y el giro de recursos provenientes del sistema general de participaciones SGP para financiar la atención de la PPNA. En la siguiente tabla mostramos el cálculo del costo de dicha asignación por cada vinculado, dado que el destino de estos recursos es financiar la atención de baja complejidad para los usuarios no asegurados cuando así lo requieran, por lo tanto para el análisis equiparamos este rubro al registrado para los afiliados al régimen subsidiado, ya que en el diseño inicial del sistema, para la atención de los vinculados se estimaba una asignación inferior al 30% de la asignación de UPC para el régimen subsidiado, y lo que encontramos es que en los años posteriores se presenta una clara desviación de este cálculo inicial.

Tabla 6. Comparación de la asignación de recursos para el subsidio a la demanda y a la oferta de Medellín

VIGENCIA	SUBSIDIO A LA DEMANDA						SUBSIDIO A LA OFERTA		
	información de la certificación de cobertura			información de la matriz de cofinanciación			RECURSOS PATRONALES (G)	Cálculos propios	
	Nº de afiliados Régimen Subsidiado (A)	Cobertura (B)	Nº de PPNA (C)	PPNA 2 (D)	UPC promedio (E)	Costo RS (F)		VR X vinculado según PPNA estimada en la cofinanciación (H)	% de la UPC a la que equivale el VR X vinculado
2010	707.128	100,0%	0	322.398	311.458	220.240.389.773	14.694.612.675	45.579	14,6%
2011	581.390	88,4%	76.200	163.871	324.695	188.774.309.772	15.160.431.896	92.514	28,5%
2012	598.362	100,0%	0	166.197	466.193	278.952.056.194	15.725.916.005	94.622	20,3%
2013	601.623	99,5%	2.724	47.714	612.931	368.753.656.659	16.109.628.355	337.629	55,1%
2014	539.029	96,0%	22.273	34.430	650.592	350.687.719.246	16.422.155.145	476.972	73,3%
2015	532.544	96,6%	18.554	25.428	731.395	389.500.004.085	17.023.206.023	669.467	91,5%
2016	512.364	99,0%	14.207	21.380	810.002	415.016.057.901	17.533.902.204	820.108	101,2%
2017	528.260	99,3%	9.937	13.957	920.199	486.104.438.714	14.027.121.763	1.005.024	109,2%
2018	533.626	99,8%	2.780	10.015	972.152	518.765.714.098	14.027.121.763	1.400.611	144,1%

Fuente: Elaboración propia con datos web del Ministerio de salud disponibles en <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Financiamiento/Paginas/matriz-continuidad.aspx>

Aquí observamos ineficiencia económica o “asignativa”, puesto que el valor estimado por cada vinculado en la columna H, aunque inició por debajo de la UPC del régimen subsidiado, paulatinamente la fue alcanzando en el 2015 y termina superándola, desde el 2016 a la fecha; generándose una especie de atrapamiento de recursos, que no se logran ejecutar en prestación de servicios, y que ameritan que el gobierno nacional haga un rediseño de los mecanismos de asignación, para corregir esta situación que le resta capacidad de financiamiento al SGSSS, y que va en contravía del propósito de la ley 715 de 2001 de aumentar los recursos para subsidios a la demanda, y disminuir paulatinamente los de oferta. En el caso de Medellín vemos que los recursos patronales de la columna G, se han mantenido casi constantes, en

lugar de irse ajustando a medida que lo hace el número de vinculados, gracias al aumento paulatino de las cobertura de régimen subsidiado que se muestra en la columna B.²¹; aunque también puede influir el constante ingreso de nuevos vinculados mediante la encuesta SISBÉN, lo que dificulta lograr a una cobertura total y permanente, al menos en ciudades capitales que por su oferta de servicios de salud, son objeto de migración de pacientes desde las demás municipalidades y regiones.

Con respecto a nuestras preguntas de hipótesis, aquí evidenciamos que no se logra eficiencia de la asignación de recursos, expresado en el financiamiento del subsidio a la oferta, lo cual probablemente ha contribuido a la persistencia de esa franja de PPNA que ha impedido consolidar el logro del 100% de cobertura como se muestra en la columna B; lo que traduce incapacidad institucional para materializar la obligatoriedad de la afiliación para toda la población, pilar o factor de éxito de la estrategia de aseguramiento implementada con la ley 100, y que ya se apresta a la efemérides de su primer cuarto de siglo sin ese logro de uno de sus preceptos fundamentales. Esto además puede convertirse en un incentivo perverso para que la IPS con la que se firma el convenio para la atención de vinculados, no realice la máxima gestión en pro de la afiliación, y de la calidad del servicio; un escenario que ya en la literatura se ha ligado a intereses clientelistas como lo expone Karelys Guzmán (Guzmán Finol, 2012, pág. 38):

“Si bien en la actualidad los subsidios de oferta están en vía de extinción, la evaluación de esta política deja algunas lecciones valiosas a los diseñadores de las reglas del sistema de salud. Una de ellas es la necesidad de facilitar a los usuarios del sistema el acceso a los subsidios y establecer mecanismos de control para que estos no se conviertan en herramientas del clientelismo”

En efecto, el aseguramiento no se ha comportado como un sistema de vasos comunicantes en el que los afiliados fluyan sin salir del sistema simplemente cambiando de régimen, como se pretendía desde la Ley 1122 de 2007; lo cual se evidencia en las personas que resultan retiradas del aseguramiento cuando enfrentan insolvencia para pagar su cotización en el régimen contributivo, escenario que se presenta cíclicamente por la volatilidad del mercado laboral del país, o la posibilidad de resultar calificado con puntaje excluyente en una encuesta de actualización del SISBÉN. Esta especie de trampas de desafiliación, y por ende de aumento de la vulnerabilidad social, es una de las causas de persistencia de PPNA en importante número, que obliga a provisionar los recursos para financiar su atención en salud por parte de los entes territoriales, con cargo a los subsidios a la oferta; lo cual contribuye además al atrapamiento de recursos del sistema e ineficiencia que se mostró en la tabla 5.

Algunos datos de la Encuesta de Calidad de Vida ECV del 2017²² en Medellín, permiten corroborar la existencia de esta franja de personas excluidas del aseguramiento (la pregunta

²¹ La autora Karelys Katina Guzmán, encontró mediante el método de diferencia en diferencias que con la ley 715, los municipios certificados aumentaron la cobertura del aseguramiento subsidiado en mayor magnitud que los no certificados lo que obró como un incentivo para la transformación de subsidios; todo lo cual hace más preocupante el descuidado ejercicio presupuestal del gobierno nacional sobre la fuente de recursos patronales, permitiendo el atrapamiento de recursos que se expone en la columna G

²² La Encuesta de Calidad de Vida es una investigación que posibilita realizar el seguimiento y medición de las condiciones socioeconómicas de los habitantes de las 16 comunas y 5 corregimientos que conforman el

fue ¿Qué tipo de afiliación al sistema de seguridad social en salud tienen los miembros de su familia?), como se muestra en la gráfica 9:

Gráfica 6 Tipo de Aseguramiento Medellín 2017



Fuente: ECV Medellín 2017

De acuerdo con estos datos, se tiene un 8% (2.517) de personas sin aseguramiento, producto de la suma de los no encuestados, y los que contestaron estar solo encuestados, pero que probablemente ostentan puntajes que no les permiten acceder al subsidio. Esto refuerza la necesidad de se dé el abordaje de la problemática desde el gobierno nacional para corregir la ineficiencia en la asignación, lo que le permitiría a ciudades como Medellín, explorar otras posibilidades de mejorar la eficiencia de los recursos, como nuevos esquemas de financiamiento del aseguramiento contributivo, para disminuir la brecha de no asegurados al SGSS.

2. Efectos no deseados de la aplicación de la encuesta SISBEN.

El uso de la encuesta en sus diferentes versiones (que debía actualizarse cada 5 años), ha logrado que la asignación del gasto fiscal sea aplicado a las poblaciones más pobres y vulnerables; generando aprendizajes con los que lentamente ha venido disminuyendo los sesgos de inclusión y exclusión de beneficiarios, por lo cual estos tuvieron que recurrir en muchos casos a la vía judicial para defender los derechos que se veían vulnerados (Castaño, 2005). , en gran medida por los defectos de diseño en la concepción de contar con una herramienta con la que se pretendía caracterizar la pobreza en todo el territorio nacional, sin

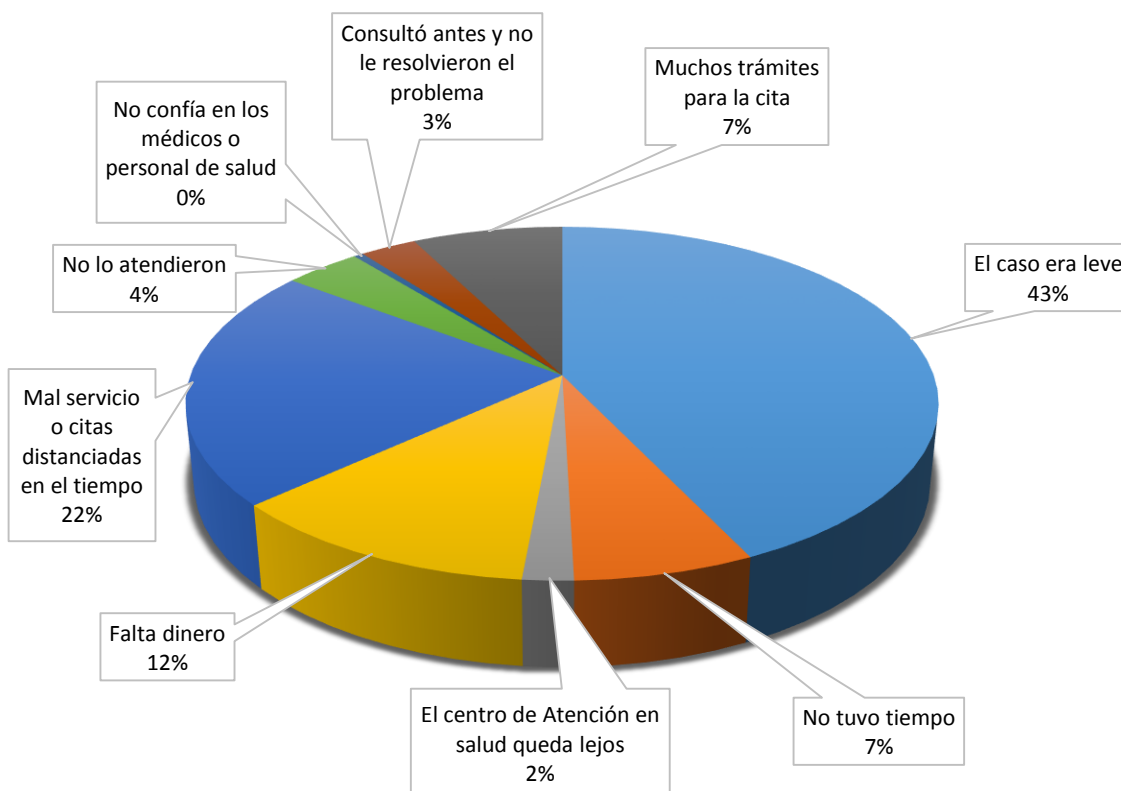
municipio de Medellín, atendiendo el criterio de representatividad tanto para el total Medellín cómo para la desagregación territorial referenciada. Ella permite conocer cifras e indicadores en temas como: Población, Viviendas, Hogares, Educación, Salud y Seguridad Social, Percepción ciudadana, entre otros.

consideraciones culturales o contextuales; pero también por la poca transparencia y probidad con la que algunos gobiernos de otras municipalidades, orientaron el uso de esta herramienta.

Por otra parte, cuando se aplica una nueva versión de la encuesta que usualmente se hace por barrido, o se realizan re encuestas a solicitud de los individuos por cambios en la condición de residencia o traslado geográfico, entre otros motivos, una persona puede no resultar incluida dentro de los puntajes necesarios para otorgarle el subsidio al aseguramiento²³. De tal forma que, aunque el individuo no ostente una filiación laboral, un ingreso formal o algún tipo de aseguramiento, se considera como población con capacidad para pagar su aseguramiento, y en los servicios públicos de salud, son tratados como particulares para efectos de los cobros del servicio.

En Medellín esta barrera económica es una realidad sentida en nuestra población, y se convierte en uno de los factores que afecta el acceso a los servicios de salud, como se observa en la ECV Medellín 2017, cuando, aún sin discriminar el tipo de aseguramiento en salud que tenían, una franja cercana al 12% de la población encuestada, expresó que fue la falta de dinero lo que le impidió acudir al servicio de salud, como se muestra en la gráfica 10:

Gráfica 7 Motivo principal de no atención en salud- Medellín 2017



Fuente: ECV Medellín 2017.

²³Para la versión III del SISBÉN el MSPS estableció los puntajes en la resolución 3778 de 2011

También afloran otras barreras de acceso, varias de ellas con motivos de calidad y oportunidad, que corroboran la existencia de importantes fallas, que requiere del interés del ente regulador, para recuperar la legitimidad del sistema y la confianza de los usuarios en los servicios de salud, claramente afectadas según estos resultados de la gráfica 10.

Hasta la versión III fueron muy frecuentes las depuraciones de bases de datos que condujeron al retiro del aseguramiento subsidiado a quienes ostentaran un puntaje mayor al corte permitido; sin embargo el tratamiento brindado a partir de la versión III fue muy distinto, puesto que los cambios de metodología y la premisa de lograr la máxima cobertura como compromiso político del gobierno, probablemente motivaron el desinterés del ministerio en realizar las acostumbradas depuraciones.

En este orden de ideas el ente ministerial expidió el instructivo para que el uso de la versión III se limite a las nuevas afiliaciones, quitándole así el acostumbrado efecto sobre las actividades de depuración, y permitiendo entonces que el cambio de puntaje no fuese motivo para que le sea retirado el subsidio de salud a quien ya estuviera afiliados.²⁴ En este mismo sentido, las leyes 1122 y 1438, se ocuparon de garantizar la continuidad del aseguramiento subsidiado obtenido en versiones anteriores, aunque en la más reciente se obtenga un puntaje de exclusión, lo cual reforzó el consenso general en torno a la tesis de la preservación de derechos adquiridos. Desde luego que este efecto sumatorio favoreció el financiamiento del aseguramiento y por lo tanto de la gestión operacional de las aseguradoras. Así las cosas se registran personas que aunque en la versión III superan los puntos de corte, continúan afiliadas en virtud de los puntajes de inclusión obtenidos en las versiones anteriores.

Por otra parte también se presentan dificultades para las personas que requieren de una nueva encuesta pero temen su resultado, puesto que ante una actualización de la encuesta podrían obtener un puntaje que los excluiría del subsidio; esta situación es fácilmente compartida por las comunidades y por lo tanto las personas podrían llegar a abstenerse de aceptar ofertas laborales por temor a perder esta protección brindada por el puntaje de inclusión, lo que finalmente configura de manera paradójica, una trampa de pobreza, originada en la aplicación de una herramienta dirigida justamente a combatirla, especialmente en el área rural donde los parámetros de calificación de la encuesta resultan más excluyentes. En el actual plan nacional de desarrollo 2014-2018, el propósito de disminuir la brecha urbano -rural en buena hora corresponde a uno de sus objetivos principales, sin embargo una reciente evaluación realizada por el DNP no arrojó ningún avance (Departamento Nacional de Planeación, 2016)

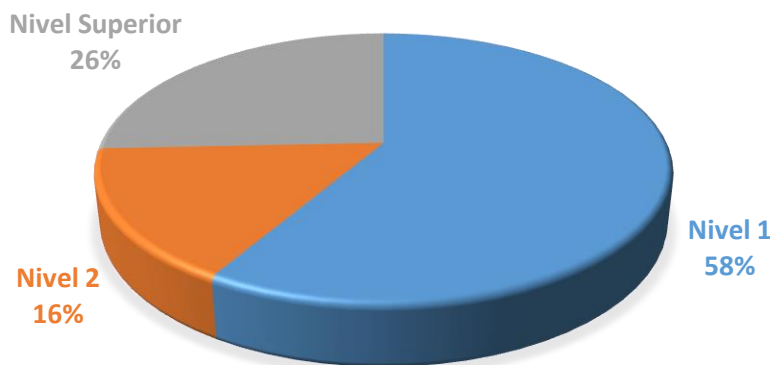
No obstante la riqueza conceptual que enmarca la estrategia, aún persiste una franja poblacional no cubierta con la encuesta, dado que luego de la implementación de la versión III del SISBÉN, el DNP reconoce que el logro acumulado es cercano al 78% de la población incluida en la encuesta (Departamento Nacional de Planeación DNP. , 2014); lo cual después

²⁴ El instructivo 001 expedido en diciembre del 2011 por el Ministerio De Salud y Protección Social, estableció que los puntos de corte de la tercera versión del SISBEN, solo se aplicarían para las afiliaciones nuevas, y por primera vez le quitó su efecto retroactivo sobre los puntajes obtenidos en versiones anteriores y las consecuentes depuraciones de bases de datos a la que usualmente había lugar.

de más de dos décadas de implementación, habla de las dificultades para lograr mediante este instrumento, el conocimiento suficiente y necesario de la población, al punto de relegar a la invisibilidad y exclusión a una cantidad importante de colombianos.

Este panorama guarda coincidencia con lo que se presenta en Medellín, donde una cuarta parte de la población encuestada, obtiene puntajes excluyentes para el subsidio de salud como se muestra en la siguiente figura, en la que a dichos puntajes los denominamos como nivel superior:

Gráfica 8 Distribución de la población encuestada, según nivel obtenido en SISBÉN



Fuente: elaboración propia con Base de datos certificada por DNP con corte al 22 de septiembre de 2017

3. El SISBÉN y La Ley Estatutaria de salud.

Inicialmente es preciso resaltar que en un Estado social de derecho como el nuestro, existe un fundamento constitucional respecto de la seguridad social que se establece de la siguiente manera:

“CN 1991.Art. 48.- La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.”

No obstante que también se cuenta con el mecanismo constitucional para la salvaguarda de los derechos fundamentales representado por la tutela, resulta que la salud, al ser un derecho originalmente considerado de segunda generación, no podía ser objeto de amparo de la misma como derecho autónomo o fundamental; razón por la cual, solo cuando se invocaba en conexidad con la vida era objeto de este amparo legal.

Precisamente en este marco de jurisprudencia, en 2008 se promulgó un sentencia por la corte constitucional a saber, la sentencia T-768; la cual fue producto de la revisión unificada de varias tutelas relacionadas con el derecho a la salud, y propició un ámbito donde por primera vez se preconizó que la salud constituía un derecho fundamental.

Años después, una gran movilización nacional en la que confluyeron múltiples grupos de interés relacionadas con el sector salud, condujo en la promulgación de la Ley 1751 de 2015, a partir de la cual, la salud para los colombianos ya se considera un derecho fundamental; y por lo tanto no solo a nadie se le puede negar el acceso a un servicio de salud oportuno, eficaz y de calidad, sino que además ahora goza de la protección especial de la tutela de manera directa. Así se obliga al Estado a garantizar y proteger el debido cumplimiento del derecho a la salud de los colombianos, mediante la adopción de decisiones que no conlleven al deterioro de la salud de la población y de acciones que resulten un daño en la salud de los pacientes.

Uno de los efectos de la Ley Estatutaria sobre el acceso a los servicios de salud, es el de conferir una especie de blindaje a quienes estén afiliados mediante el subsidio, y no tengan capacidad de afiliarse en el régimen contributivo (Ley Estatutaria 1751: Por Medio De La Cual Se Regula El Derecho Fundamental A La Salud Y Se Dictan Otras Disposiciones, 2015), a fin de que este derecho no les resulte menoscabado por efecto de alguna acción gubernamental, tal como una depuración de bases de datos basada en los puntajes de la encuesta, o inclusive la generación de un puntaje excluyente en alguien que no posee la capacidad de pagar su aseguramiento.

Esto simplemente produce incertidumbre sobre la validez del puntaje para continuar determinando quien será beneficiario del subsidio al aseguramiento, tanto para la negación de la afiliación de la PPNA a la que la encuesta aplicada no le otorga un puntaje de inclusión, como para la exclusión de los ya afiliados, pero que en algún momento excedan el puntaje de corte. En este sentido, este mecanismo de focalización representa una barrera interpuesta por el gobierno, resultando violatorio de lo dispuesto por dicha norma.²⁵

Ya antes la estrategia de focalización había sido cuestionada por autores como Ana Sojo (Sojo, Naturaleza y selectividad de la política social, 1990), pues según la autora, esta estrategia resultaría opuesta a la idea de lograr la universalidad; dilema que por otra parte, ha sido abordado por autores que desmienten tal tensión y por el contrario ratifican la complementariedad de focalización y logro de universalidad (Alfredo Sarmiento, 1998).

Sin embargo, el nuevo marco legal que elevó la categoría del derecho a la salud al rango de derecho fundamental, ha constituido el punto de inflexión que pone en entredicho la legalidad de la exclusión del subsidio al aseguramiento en salud, para quienes no ostenten una capacidad de pagar su afiliación y pertenecer al régimen contributivo, o contar con un cotizante de este último régimen que los incorpore en su grupo de beneficiarios.

Esta aparición de nuevos marcos legales que podrían condicionar la aplicabilidad de instrumentos de focalización cuando su resultado afecta el acceso a un bien o servicio, que

²⁵ Artículo 5 obligaciones del Estado. El estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá: a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acto u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas;

como la salud, (aunque este precepto realmente traduce la asistencia sanitaria) son elevados al nivel de derecho esencial, mediante una ley de rango estatutario, cobra especial relevancia en el actual escenario que se viene gestando con los últimos acontecimientos de la vida política del país.

A este tenor pareciera un contrasentido que del derecho a la salud, que para las personas sin posibilidad de cotización, solo es accequible mediante el subsidio de su aseguramiento, se excluya a quienes no alcancen los rangos de puntaje predefinidos por el MSPS mediante la resolución 3778 de 2011, pese a que no cuenten con una alternativa real para conservar su aseguramiento; lo cual genera defectos y tensiones en los programas sociales para determinar las condiciones de entrada y especialmente de salida de los mismos. Este efecto como ya se enunció, podría ser más acentuado en el área rural donde los parámetros de evaluación de la encuesta resultan más excluyentes para la población habitante del nivel rural disperso, que es probablemente el segmento poblacional que estaría llamado a aumentar significativamente, en el evento de materializarse la reforma rural integral propuesta en el escenario del postconflicto colombiano.

Como se ha citado, el avance en la conceptualización y medición de la vulnerabilidad presente y futura, pese a que lamentablemente es aún discreto, constituye una gran oportunidad para implementar los ajustes que logren mejorar el alcance y precisión de la política de focalización; lo cual puede apoyarse en iniciativas que como la propuesta de medición de la vulnerabilidad social en países de la OCDE, (Álvarez Ayuso, 2006) que aportan un marco integrador que mejora la capacidad de determinar las condiciones reales y contextuales de las comunidades, a partir de la sumatoria de indicadores de los diferentes aspectos sociales. En todo caso es inaplazable que en el marco de la estrategia de focalización se delimite tanto las condiciones de entrada como las de salida de los programas sociales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Esta revisión dedicada al análisis de la estrategia de focalización y su implementación, brinda un panorama general de su aplicación al sistema de salud, especialmente en la ciudad de Medellín. También permite evidenciar que las relaciones entre los receptores y gestores de las políticas públicas entraña una gran complejidad, que desborda en resultados deseables y otros que no los son tanto.

Con la evidencia de resultados no previstos también se pone de manifiesto la adaptabilidad que debieran tener el diseño de las estrategias, para enfrentar desafíos como el cambio normativo; como en el caso de la salud, que experimentó una re categorización en términos de jerarquía del derecho, al punto de generar un ambiente de cuestionamiento a la herramienta de focalización, cuando paradójicamente fue su principal virtud al inicio de su implementación.

Se evidencia que la lucha del país contra la pobreza, y el propósito de mejorar la distribución del gasto fiscal, han tenido en la estrategia de focalización su principal fortaleza, por cuenta de la cual se ha logrado generar legitimidad a la inversión pública en consonancia con los principios de la Constitución nacional. Sin embargo para contestar nuestra pregunta de hipótesis, debemos agregar que encontramos en el caso Medellín, un ejemplo de asignación ineficiente de recursos por cuenta del financiamiento del subsidio a la demanda, que amerita una revisión urgente por el MSPS.

No obstante los avances en la materialización de los derechos como la salud, que para las personas de bajos recursos económicos se han obtenido gracias a la política de focalización del gasto social, es posible potenciar mucho más esta estrategia, si se concibe no solo una operación mucho más descentralizada y con mayor frecuencia de actualización de la información, sino también con una mejora en su conceptualización, enfoque y construcción; para así incluir las múltiples facetas y aspectos contextuales y culturales en las que se genera y perpetúa la pobreza, y a partir de su mejor entendimiento combatirla con mayor eficacia.

En este sentido varios autores han estudiado la importancia de ampliar la comprensión de la pobreza considerando la visión de quienes la padecen (Deepa Narayan, December 1999) , algunos con propuestas técnicas de estructurar índices como la línea de pobreza subjetiva LPS (Luis Fernando Aguado–Quintero, 2010) que merecen incorporarse en el acervo técnico que se requiere para mejorar la estrategia de focalización y lograr el objetivo de la política pública; el cual de acuerdo a nuestras preguntas de hipótesis, aún no podemos resolver positivamente, máxime cuando evidenciamos que con la focalización se generan grupos de excluidos del aseguramiento, que no podrían ser explicados totalmente por la pobreza ya que ésta no siempre implica exclusión, y además objetivamente viene disminuyendo, sin la esperable disminución de la población afiliada al régimen subsidiado, aunque si se registra un aumento de los afiliados al régimen contributivo.

Se espera que la nueva versión IV establecida desde el CONPES 3877 y su abordaje multidimensional de la pobreza, permita mejorar la información sobre la tipología de pobreza.

El acceso a los servicios de salud ha sido una pieza clave en la búsqueda de mejorar las condiciones y calidad de vida de las comunidades, y gracias a la focalización se materializó el propósito de brindarle condiciones de acceso a los servicios de salud a las personas más pobres y vulnerables, mediante el subsidio de su aseguramiento gratuito en salud.

En concordancia con que la salud ya es formalmente un derecho fundamental autónomo, resulta improcedente continuar utilizando la encuesta del SISBÉN para efectos de otorgar el subsidio al aseguramiento en salud., por ser herramientas cuya consecuencia potencial es la exclusión del aseguramiento subsidiado a las personas en razón del puntaje obtenido, y no de la pertenencia a un aseguramiento contributivo, lo que constituye una presunta usurpación de estos preceptos normativos, al incurrir en una conducta expresamente considerada contraria a los mismos. La poca variabilidad anual del volumen de afiliados al régimen subsidiado, permiten señalar un cierto estancamiento, que no disminuye a pesar de que sí lo hacen los índices de pobreza, y que tal vez refleja que la población beneficiaria ostenta condiciones

socioeconómicas muy estables, que quizás desmeritan el continuar evaluándolas mediante encuestas tipo proxi mean test.

Para Medellín este asunto es de gran importancia, si se considera el alto porcentaje de población que se encuentra calificada con puntajes superiores, y que simultáneamente carecen de un aseguramiento; puesto que además de las implicaciones en el acceso a los servicios de salud, refuerza en las personas la tendencia a desarrollar mecanismos tipo elección racional, para buscar ser incluidos en el subsidio, o para no salir de él.

Esto traduce un mensaje contraproducente para estas personas, que de no lograr acceder al mercado laboral, tendrían que empobrecerse más a fin de resultar beneficiarios, y en este sentido la política daría un revés al generar la pauperización de un grupo de personas, probablemente pequeño, que quedaron en el límite de la superación de la pobreza. De ahí la importancia de estrategias que favorezcan a los grupos excluidos, tales como los subsidios a la cotización que aún no se han implementado en el país, y que significarían una buena fórmula para aliviar esta problemática, dado que los avances en las condiciones del mercado laboral y aun el deseable crecimiento del empleo, no son suficiente garantía de solución al horizonte de sostenibilidad financiera del sistema, como lo han advertido algunos autores (Meza Carvajalino, 2005).

Por tanto es recomendable para el gobierno, avanzar en mejorar el financiamiento del aseguramiento y el diseño del sistema, que hace tiempo lo amerita, como ya lo han señalado autores locales (Restrepo Zea), pero también en implementar mecanismos eficientes de asignación de recursos o subsidios, para garantizar el acceso efectivo a la atención sanitaria, que no resulten discordantes con el actual rango estatutario del derecho a la salud, ni con los principios rectores de la función pública. Entre ellos está la redefinición de las condiciones de egreso del programa de aseguramiento subsidiado, lo cual aunque supone un reto importante, y podría contemplar mecanismos de gradualidad tipo subsidio parcial, temporal o de disminución progresiva para llevarse a cabo; de tal forma que estén más acordes con la capacidad económica de estas personas, que pese a obtener un puntaje superior en la encuesta, no ostentan las condiciones para asumir el costo de un aseguramiento contributivo.

Sin duda, este giro del programa resultaría más armónico con la jerarquía de la legislación en mención; pero también con el panorama actual que a diferencia del inicial, ha logrado ya una muy amplia cobertura del aseguramiento, y que en principio nos cuestionaría sobre la pertinencia de continuar focalizando el gasto público para subsidiarlo como lo venimos haciendo.

Así mismo es recomendable que las grandes ciudades, consideren al formular sus planes de desarrollo, estrategias para anticiparse a los efectos que en materia de carga de enfermedad, y desprotección ante la vulnerabilidad, se pueden derivar de la pérdida del aseguramiento, cuya cobertura aún no es estable para el 100% de la población, lo cual termina afectando su calidad de vida, además de los recursos del SGSSS.

La expectativa sobre la IV versión de la encuesta, que en Medellín se espera iniciar en mayo de 2019, es que con su abordaje multidimensional de la pobreza, se logre brindar elementos

de información para permitir llevar a cabo políticas focalizadas, pero también diferenciadas y potenciar aún más la orientación del gasto público.²⁶

²⁶ Iniciativa que ya fue abordada en estudios de Panorámica Regional del DNP.

Bibliografía

- Departamento Nacional de Planeación DNP. . (2014). *EQUIDAD Y MOVILIDAD SOCIAL DIAGNÓSTICOS Y PROPUESTAS PARA LA TRANSFORMACION DE LA SOCIEDAD COLOMBIANA*. (a. montenegro, & M. Meléndez, Edits.) Bogotá: Ediciones Uniandes: Departamento Nacional de Planeación DNP, 2014.
- Alejandro Gaviria, C. M. (2006). Evaluación de la reforma del sistema de salud en Colombia: de la teoría a la práctica. *Economía*, 7(1), páginas 29-72 (Artículo). Recuperado el 5 de 5 de 2019
- Alfredo Sarmiento, L. A. (1998). Focalizar o universalizar: un falso dilema. *Cuadernos de Economía*, 17(29), 197-210. doi:<http://dx.doi.org/10.15446/cuad.econ>
- Álvarez Ayuso, I. C. (2006). Índice de vulnerabilidad social en países de la OCDE. (U. A. Madrid, Ed.) *ECONOMIC ANALYSIS WORKING PAPER SERIES*.
- Arias, J., Paredes, N., Santos, A., & Duarte, J. (2012). Dos décadas del Sistema de Seguridad Social en Salud: Desarrollo, crisis y soluciones. (A. C. ACEMI, Ed.) *Tomándose la salud pública en serio*(1), 126.
- Castaño, L. S. (2005). El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. *Revista Panamericana de Salud Pública.*, 129-135.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2009). *Panorama social de America Latina*. Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas. doi:ISBN: 978-92-1-323378-8
- Comité Sectorial de Evaluación DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. (2003). *RESULTADO ENCUESTA DE EVALUACIÓN SISBEN A NIVEL MUNICIPAL*. Bogotá S.A.: Quebecor World .
- Deepa Narayan. (December 1999). *Can Anyone Hear Us ?* New York 10016: Oxford University Press, Inc.
- DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. (1994). *FOCALIZACION DEL GASTO SOCIAL EN LAS ENTIDADES TERRITORIALES*. Bogotá: Documento CONPES SOCIAL 22 -DNP:UDS-Misión Social.
- Departamento Nacional de Planeación. (22 de noviembre de 2001). Documento Compes Social 055. *Reforma del Sistema de Focalización Individual del Gasto Social*. Bogotá, Colombia. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/dnp-conpes-055-de-2001.pdf>
- Departamento Nacional de Planeación. (2003). *Resultados de la encuesta de evaluación del SISBEN a nivel municipal*. Bogotá: Quebecor World Bogotá S.A.

Departamento Nacional de Planeación. (2015). *La protección social de la población rural*. Documento elaborado por la Cepal y revisado por el equipo técnico, Bogotá.

Departamento Nacional de Planeación. (2016). *Balance de Resultados 2015. Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018: "Todos por un nuevo país"*. Bogotá: © Departamento Nacional de Planeación.

Departamento Nacional de Planeación. (2017). *Panorámica Regional*. Bogotá: DNP. Obtenido de www.dnp.gov.co

DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN DE LA DEMANDA EN SALUD. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. (2005). *DOCUMENTO CONCEPTUAL SOBRE FOCALIZACIÓN DE SUBSIDIOS DE SALUD*. Bogotá: Fundación Universidad del Norte, CCS.

García-Jaramillo, Sandra; Miranti, Riyana. (2015). *Eficacia de la focalización en programas de protección social dirigidos a niños: lecciones para una agenda post-2015*. UNESCO.

Giovanni Andrea Cornia, Frances Stewart. (1991). *ssistema fiscal,ajuste y pobreza. Colección Estudios Cieplan N. 31 - Estado, Política Social y Equilibrio Macroeconómico*, 180. Recuperado el 22 de 04 de 2018, de <http://www.cieplan.org/biblioteca/detalle.tpl?id=42>

Grupo de calidad Direccion de desarrollo social DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. (2008). *Diseño del Índice Sisbén en su tercera Versión*. Bogotá: Informe Preliminar.

Güezguan, C. M. (s.f.).

Guzmán Finol, K. K. (noviembre de 2012). www.banrep.gov.co. doi:ISSN 1692-3715

Hernando MORENO GUERRERO. (16 de 04 de 2001). La afiliación a salud y los efectos redistributivos de los subsidios a la demanda. *Archivos de Economía. N°145*. Bogotá, Colombia: Departamento Nacional de Planeación. Obtenido de <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios%20Econmicos/145.pdf>

Jaime Arias Ramírez, N. P. (2012). Dos décadas del Sistema de Seguridad Social en Salud:. (Á. H. Toledo, Ed.) *Tomándose la salud pública en serio. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina ACEMI*, 120.

Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. (23 de diciembre de 1993). *Diario Oficial No. 41.148*. Bogotá.

Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. (9 de enero de 2007). *Diario Oficial No.46.506*. Bogotá.

Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. (19 de 1 de 2011). *Diario Oficial 47957*. Bogotá.

- Ley 60 de 1993 por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política. (8 de 12 de 1993). *Diario Oficial No. 40987*. Bogotá.
- Ley 715 de 2001 Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. (21 de 12 de 2001). *Diario Oficial 44654* . Bogotá.
- Ley Estatutaria 1751: Por Medio De La Cual Se Regula El Derecho Fundamental A La Salud Y Se Dictan Otras Disposiciones. (16 de 2 de 2015). *Diario Oficial No. 49427*. Bogotá.
- Luis Fernando Aguado–Quintero, A. M.–M.–C.–C. (2010). Medición de pobreza a partir de la percepción de los individuos: Colombia y el Valle del Cauca. *Pap. poblac vol.16 no.66* , pp.259-. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_serial&pid=1405-7425&lng=es&nrm=iso
- Martha Bottia, Lina Cardona y Carlos Medina. (2008). Bondades y Limitaciones de la Focalización con Proxy Means Tests:El Caso del Sisben en Colombia. (B. D. REPUBLICA, Ed.) *Borradores de Economía N°539*, 1-35.
- Meza Carvajalino, C. A. (29 de julio de 2005). Crecimiento económico, empleo formal y acceso al servicio de salud: algunas escenarios de corto y largo plazo de la cobertura en salud para Colombia. *ARCHIVOS DE ECONOMIA Documento 288*, 1-52.
- Ocampo, J. A. (2001). *UN FUTURO ECONÓMICO PARA COLOMBIA*. Bogota: Alfaomega. Dirección electrónica: alfaomegacable.net.co. Obtenido de <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/6194/colombiafuturo2.pdf>
- Pineda Duque, Javier A; (compilador). (2018). *Análisis De Políticas Públicas En Colombia - Enfoques y estudios de caso*. Bogotá- Universidad de los Andes: Ediciones Uniandes.
- Renos Vakis, J. R. (2015). *Los Olvidados, Pobreza crónica en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: Creative Commons de Reconocimiento CC BY 3.0.
- Rojas Guezguan, C. M. (2009). *repository.unilibre.edu.co*. Obtenido de <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/5693/RojasGuezguanCarlosMauricio2010.pdf;sequence=1>
- Sojo, A. (1990). Naturaleza y selectividad de la política social. *Revista de la CEPAL N° 41*, 183-200.
- Sojo, A. (2017). *Protección social en América Latina: la desigualdad en el banquillo*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL),.
- Viceministerio Técnico.Ministerio de la Protección Social. (2006). *El concepto de la protección social*. Bogotá: Imprenta Nacional. www.imprenta.gov.co.

Zea, J. H. (s.f.). Alternativas a la financiación del sistema de seguridad social en salud. *Foro Centro de Pensamiento Social*. Medellín.

CIBERGRAFIA

- Encuesta de Calidad de Vida 2017: <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=navurl://acc92965877da2fec98a68595a60f0bd>
- SISBEN puntos de corte disponible en <https://www.SISBÉN.gov.co/Paginas/Noticias/Puntosdecorte.aspx>

Tabla de contenido

Resumen	1
INTRODUCCIÓN	2
ASPECTOS METODOLÓGICOS	4
LA ESTRATEGIA NACIONAL DE FOCALIZACIÓN	5
1. Antecedentes contextuales.	5
2. Instrumentos de focalización.....	6
3. Uso de la encuesta por los programas:	11
4. La Focalización y el aseguramiento subsidiado en salud.....	14
IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE FOCALIZACIÓN EN MEDELLÍN	16
EFFECTOS NO PREVISTOS DE LA ESTRATEGIA DE FOCALIZACIÓN	20
1. Efectos negativos sobre la asignación de recursos.	20
2. Efectos no deseados de la aplicación de la encuesta SISBEN.	23
3. El SISBÉN y La Ley Estatutaria de salud.	26
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	28
Bibliografía	32

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1 Esquema conceptual del propósito de la focalización	5
Gráfica 2 Esquema de secuencia de la focalización poblacional en los territorios.....	7
Gráfica 3 Esquema de los fundamentos de la protección social	12
Gráfica 4 Incidencia de la pobreza monetaria en Medellín, 2002-2017	17
Gráfica 5 Comparación del efecto del cambio a la versión 3 en la población de Medellín	18
Gráfica 6 Tipo de Aseguramiento Medellín 2017	23
Gráfica 7 Motivo principal de no atención en salud- Medellín 2017.....	24
Gráfica 8 Distribución de la población encuestada, según nivel obtenido en SISBÉN.....	26

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Poblaciones especiales que actualmente se incluyen en listados censales	8
Tabla 2 Elementos de la política de superación de la pobreza	9
Tabla 3 Puntajes de corte de los programas sociales que usan SISBÉN.	13
Tabla 4. Evolución de los puntajes de corte en las tres versiones del SISBÉN	17
Tabla 5. Evolución de las coberturas de aseguramiento en Medellín.	19
Tabla 6. Comparación de la asignación de recursos para el subsidio a la demanda y a la oferta de Medellín	21

ANEXO 1: RECOPIACION DE LAS VARIABLES DE LA ENCUESTA SISBEN

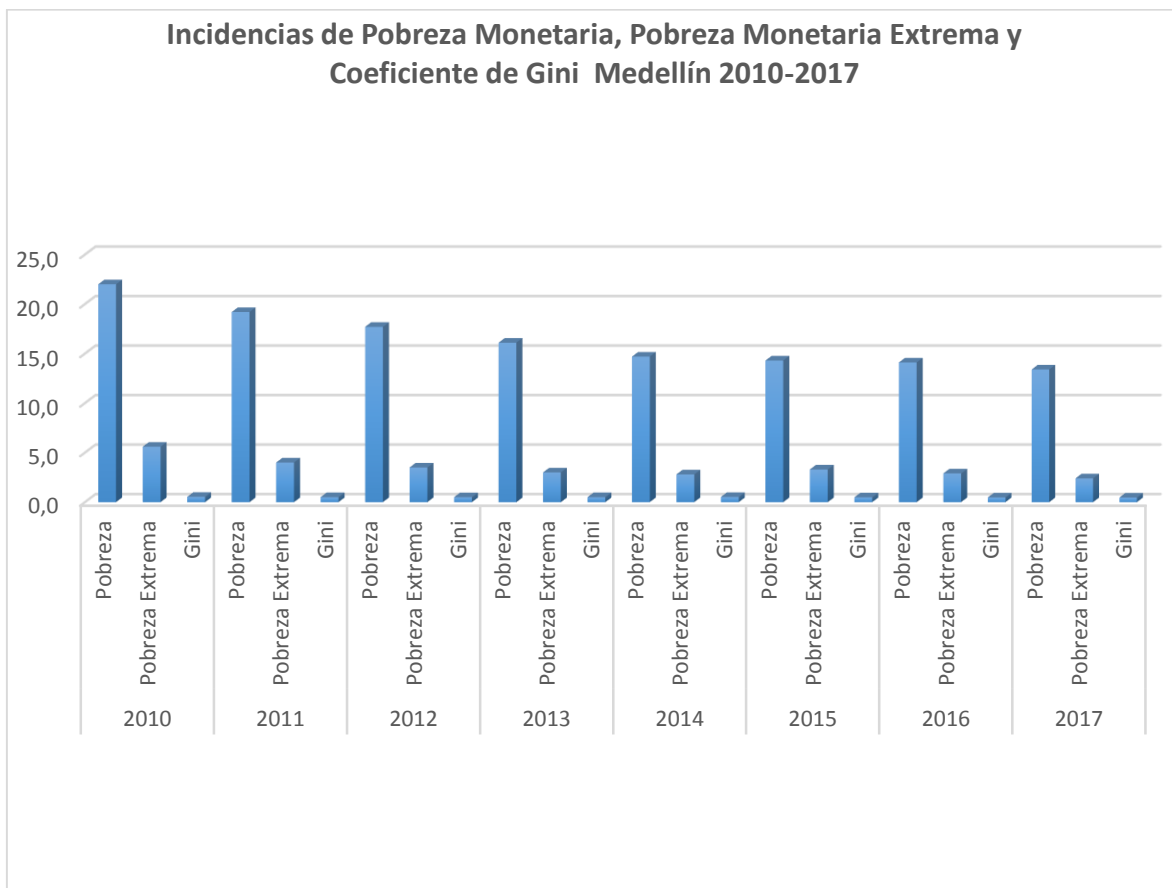
VARIABLE	SISBÉN I	SISBÉN II	SISBÉN III
vivienda		estrato	tipo de unidad de vivienda
	tipo de piso	tipo de piso	tipo de piso
	material de paredes	material de paredes	material de paredes
	Equipamiento familiar(número de bienes)	Equipamiento familiar(número de bienes)	Equipamiento familiar(número de bienes)
	Material de los techos		
		ubicación del suministro de agua	tipo de conexión sanitario
	eliminación de excretas	servicio sanitario	exclusividad del sanitario
	fuelle de abastecimiento de agua	ubicación de sanitario	
	tiempo de acceso al agua	numero de baños	fuelle de agua para consumo
	recolección de basuras	servicio de aseo	eliminación de basuras
		ducha	
		tenencia de teléfono	
	exclusividad del teléfono		
	combustible usado para cocinar	combustible usado para cocinar	
bienes durables		refrigerador	
		lavadora	
		televisión por cable	
		televisión a color	
		calentador	
		horno	
	aire acondicionado		
capital humano y seguridad social	escolaridad mayores de 11 años	atraso escolar promedio de los hijos entre 6 y 25 años	% inasistencia escolar
	escolaridad del mayor perceptor de ingresos	escolaridad del jefe de hogar	%adultos con analfabetismo funcional
		escolaridad del conyugue	atraso escolar
			% de niños trabajando
			% de adultos con secundaria incompleta o menos
	proporción de personas afiliadas al régimen contributivo		
factor demográfico	hacinamiento	hacinamiento	hacinamiento
	proporción de niños menores de 6 años		
	proporción de personas que trabajan	proporción de personas que trabajan	
	ingreso per cápita en salarios mínimos		
Salud			Discapacidad permanente
			Adolescente con hijo

VARIABLE	SISBÉN I	SISBÉN II	SISBÉN III
Vulnerabilidad Individual			N° de personas en el hogar
			Tipo de jefatura
			Tasa de dependencia demográfica
			Tenencia de activos
Vulnerabilidad Contextual			% Tasa de mortalidad infantil municipal
			% Tasa de homicidios municipal
			% Tasa de cobertura neta por nivel educativo municipal
			% uso de servicios de salud general dada una necesidad

Fuente: elaboración propia sobre documentos del DNP.

En la versión 3 las mayor parte de las variables que se incluyeron en las primeras 2 versiones, se agruparon en las de vivienda y educación; como novedad se agregaron las de vulnerabilidad y salud de acuerdo con lo dispuesto en el documento Conpes social respectivo.

ANEXO 2. Diferentes Mediciones de la pobreza en Medellín



Fuente: elaboración propia sobre informe DANE - Gran Encuesta Integrada de Hogares (2010-2017)

- La incidencia de la pobreza mide el porcentaje de la población que tiene un ingreso per cápita en el hogar por debajo de la línea de pobreza, en relación a la población total, según el dominio geográfico.
- La incidencia de la pobreza extrema mide el porcentaje de la población que tiene un ingreso per cápita en el hogar por debajo de la línea de pobreza extrema, en relación a la población total, según el dominio geográfico.
- La desigualdad de ingresos (Coeficiente de Gini) Para el año 2017, coeficiente Gini de desigualdad de ingresos registró una leve disminución. Información disponible en http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/anex_pobreza_2017.xls