

1-1-2008

Bogotá, desarrollo y calidad de vida : evaluación e impacto de la cobertura del servicio de salud para el periodo 1990-2006

Yanara Bueichekú Angarita

Follow this and additional works at: <https://ciencia.lasalle.edu.co/economia>

Citación recomendada

Bueichekú Angarita, Y. (2008). Bogotá, desarrollo y calidad de vida : evaluación e impacto de la cobertura del servicio de salud para el periodo 1990-2006. Retrieved from <https://ciencia.lasalle.edu.co/economia/37>

This Trabajo de grado - Pregrado is brought to you for free and open access by the Facultad de Ciencias Económicas y Sociales at Ciencia Unisalle. It has been accepted for inclusion in Economía by an authorized administrator of Ciencia Unisalle. For more information, please contact ciencia@lasalle.edu.co.

**BOGOTÁ, DESARROLLO Y CALIDAD DE VIDA: EVALUACION E IMPACTO DE
LA COBERTURA DEL SERVICIO DE SALUD PARA EL PERIODO 1990 – 2006.**

YANARA BUEICHEKÚ ANGARITA

**UNIVERSIDAD DE LA SALLE
FACULTAD DE ECONOMÍA
BOGOTÁ
2008**

**BOGOTÁ, DESARROLLO Y CALIDAD DE VIDA: EVALUACION E IMPACTO DE
LA COBERTURA DEL SERVICIO DE SALUD PARA EL PERIODO 1990 – 2006.**

YANARA BUEICHEKÚ ANGARITA

Código: 10022000

Dr. NESTOR JUAN SANABRIA LANDAZABAL

Director de Monografía

Dra. ADRIANA PATRICIA LOPEZ VELAZQUEZ

Dr. BENJAMIN AFANADOR VARGAS

Asesores

UNIVERSIDAD DE LA SALLE

FACULTAD DE ECONOMÍA

BOGOTA

2008

Agradecimientos

A Dios, por darme la fortaleza para terminar con éxito mis estudios. A mi familia, por apoyarme en mis proyectos incondicionalmente. A los asesores de este trabajo, por su colaboración y acompañamiento en la elaboración del mismo. A mis compañeros de pasantía, por su ayuda y apoyo en las dificultades.

Bogotá, Marzo 10 de 2008

FIRMAS ASESORES

Dr. NESTOR JUAN SANABRIA LANDAZABAL _____

Dra. ADRIANA PATRICIA LOPEZ VELAZQUEZ _____

Dr. BENJAMIN AFANADOR VARGAS _____

FIRMA JURADO

Dr. CARLOS ARTURO VANEGAS HERNANDEZ _____

NOTA APROBATORIA _____

RESUMEN

BOGOTÁ, DESARROLLO Y CALIDAD DE VIDA: EVALUACION E IMPACTO DE LA COBERTURA DEL SERVICIO DE SALUD PARA EL PERIODO 1990 – 2006.

Yanara Bueichekú Angarita

Dentro del enfoque que pretende identificar y establecer de que manera las políticas públicas han contribuido a mejorar la cobertura de la salud de la población que habita en la ciudad de Bogotá, el presente trabajo toma la calidad de vida como un estado de bienestar al cual se debe llegar después de ejecutar de forma adecuada los propósitos y metas a alcanzar por parte de las administraciones locales desde 1990 en la materia.

Tomando como base lo anterior, se identificaron diversos aspectos que a lo largo de los años han ocasionado, que los objetivos y metas propuestas por el Gobierno para la ciudad no se cumplan a cabalidad. La ejecución de las políticas públicas en materia de salud, han ejercido un efecto significativo sobre la cobertura de salud en Bogotá, la cual, ya sea para el régimen contributivo, subsidiado o en estado vinculado, cubre a toda la población que tiene derecho al servicio de salud y que por motivos económicos o estructurales del sistema, no ha logrado tener acceso al mismo en la forma adecuada.

Por lo tanto, se considera importante establecer en que magnitud el comportamiento de esta variable afecta los niveles de calidad de vida de la población capitalina.

Palabras Claves: Políticas publicas, Régimen subsidiado, Régimen contributivo, Cobertura, Calidad de Vida.

ABSTRACT

BOGOTÁ, DEVELOPMENT AND QUALITY LIFE: EVALUATION AND IMPACT OF THE COVERING OF THE HEALTH SERVICE FOR THE PERIOD 1990–2006.

Yanara Bueichekú Angarita

Inside the focus that seeks to identify and to settle down that way the public politicians have contributed to improve the covering of the population's health that inhabits the city of Bogotá, the present work takes the quality life like a state of well-being to which should be arrived after executing in an appropriate way the purposes and goals to reach on the part of the local administrations from 1990 in the matter.

Taking like base the above-mentioned, diverse aspects were identified that have caused along the years that the objectives and goals proposed by the Government for the city are not totally completed. The execution of the public politics as regards health, they have exercised a significant effect on the covering of health in Bogotá, the one which, either for the contributive regime, subsidized or in linked state, it covers the whole population that is entitled to the service of health and that for economic or structural reasons of the system, it has not been able to have access to the same one in the appropriate form.

Therefore, it is considered important to settle down in that magnitude the behavior of this variable affects the levels of population's quality life that live in the capital city.

Key words: Public politics, subsidized regime, contributive regime, covering, Quality Life.

JEL Classification: I12, I18

TABLA DE CONTENIDO

Página

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN

1. ANTECEDENTES.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 ESTRUCTURA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA.....	9
2.1.1 Descripción del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Bogotá (SGSSS).....	11
2.2 MARCO REGULATORIO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA.....	13
2.2.1 Constitución Política de Colombia de 1991, artículo 49.....	13
2.2.2 Ley 100 de 1993 (diciembre 23).....	14
2.2.3 Ley 60 de 1993.....	14
2.2.4 Ley 10 de 1990.....	15
2.2.5 Acuerdo 20 de 1990.....	15
2.3 LA COBERTURA DE LA SALUD EN RELACIÓN CON EL CAPITAL HUMANO	16
2.4 EFICIENCIA PRODUCTIVA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN BOGOTA.....	17

2.4.1 La oferta de servicios de salud en Bogotá.....	18
2.4.1.1 Comportamiento en cifras de la producción de servicios.....	19
2.4.1.2 Las tarifas y su incidencia en el uso de los servicios de salud.....	20
2.4.2 La demanda de servicios de salud en Bogotá.....	21
2.4.2.1 Comportamiento de la cobertura de salud en Bogotá en el periodo 1990 – 2006..	22

3. HECHOS ESTILIZADOS: VARIABLES QUE INFLUYEN EN

EL COMPORTAMIENTO DEL MERCADO DE SALUD EN BOGOTA.....	24
3.1 Producción hospitalaria.....	24
3.2 Presupuesto anual destinado a la salud en Bogotá	27
3.3 Mortalidad evitable.....	29
3.4 Servicios de vacunación.....	31
3.5 Cobertura régimen contributivo por estrato.....	34
3.6 Cobertura régimen subsidiado por estrato.....	35

4. MODELO DE AUTORREGRESIÓN..... 37

4.1 Estimación de la correlación en las series.....	39
---	----

5. CONCLUSIONES..... 41

6. BIBLIOGRAFÍA..... 44

ANEXOS

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

	Página
Gráfico 1. Producción Hospitalaria en Bogotá para 2001.....	25
Gráfico 2. Producción Hospitalaria en Bogotá para 2002.....	25
Tabla No. 1: Producción Hospitalaria para los años 2001 y 2002.....	26
Gráfico 3. Presupuesto anual 1993 – 2006.....	28
Tabla No. 2: Inversión Publica en el sector salud 1993- 2006.....	28
Gráfico 4. Mortalidad Evitable en Bogotá 1990 – 2006.....	30
Tabla No. 3: Mortalidad evitable en Bogotá 1990 – 2006.....	31
Gráfico 5. Cobertura de Vacunación en Bogotá 1986 – 2002.....	32
Tabla No.4: Porcentaje de población vacunada.....	33
Gráfico 6. Número de afiliados al Régimen Contributivo 2006 por estratos.....	34
Gráfico 7. Numero de afiliados al Régimen Subsidiado 2006 por estratos.....	36
Gráfico 8: Afiliaciones por estrato con base en el modelo autorregresivo.....	40

INTRODUCCION

La reorganización del sistema de salud en Colombia surgió como resultado de la ineficacia en la puesta en práctica de las políticas que en materia de salud se estaban efectuando, y que no generaban resultados positivos en materia de cobertura.

A principios de la década de los noventa, la descentralización en la prestación de los servicios de salud, condujo a una mayor competencia por parte de las empresas prestadoras de los mismos, así como a mayores condiciones de calidad y eficiencia.

Con la puesta en práctica de la Ley 100 de 1993, se estableció que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se encontrase regido por competencias, así como por la ampliación y el mejoramiento de la infraestructura hospitalaria por niveles de atención, en el caso del régimen subsidiado. Se establecieron a su vez, a través de la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993, los nuevos recursos que alimentarían en forma adecuada y pertinente al nuevo esquema de seguridad social en el país. Dentro de estos cambios, se determinó que el uso de los servicios se encontraría sujeto al nivel de ingreso de la persona, la cual debería cancelar una cuota moderadora y un copago, en el caso del régimen contributivo, y una tarifa especial por nivel de atención, en el caso del régimen subsidiado.

Sin embargo, y a pesar de las reformas introducidas por el Gobierno Nacional y Distrital, en materia de cobertura, la afiliación a la salud en Bogotá dista de las metas establecidas en los planes de desarrollo, y en gran medida, ocurre gracias a las inconsistencias que presentan las reformas realizadas.

Por este motivo, el presente trabajo pretende establecer en qué medida las políticas públicas han contribuido al mejoramiento de los niveles de cobertura en la ciudad y en qué grado este comportamiento afecta los niveles de calidad de vida de la población, teniendo en cuenta, que la salud se asume como un derecho del total de la población, y un deber por parte del Estado.

Para determinar este grado de influencia, en primera instancia, se realizó una revisión de estudios realizados por diversos autores que han considerado la cobertura de la salud como un aspecto importante que influye en el comportamiento de los niveles de calidad de vida de los bogotanos. Se identificó el comportamiento de la afiliación al régimen subsidiado y al régimen contributivo por parte de las administraciones distritales desde 1990, así como el comportamiento de variables endógenas y exógenas, como el presupuesto asignado por cada administración, los recursos destinados al funcionamiento del sistema, las tarifas del mercado, infraestructura hospitalaria como egresos productivos de la misma.

Posteriormente, se realizó una revisión del marco teórico, dentro del cual se respalda, desde la teoría económica, la importancia que adquiere el manejo de este aspecto en el modelo económico actual. Se determina la importancia del Capital Humano en este contexto, así como la influencia de las tarifas en el acceso a los servicios.

El modelo de regresión planteado y desarrollado incorpora las variables que se consideran más significativas para el desarrollo del tema, y los resultados del mismo, sirvieron como base para las conclusiones de la evaluación realizada.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

A partir de comienzos de la década de los 90, el sistema de salud en Colombia presentó cambios significativos, tanto en su concepción como en la prestación de los servicios. Estos cambios han generado a lo largo de estos años, efectos significativos que han afectado la calidad de vida de los habitantes capitalinos en forma significativa. Al hacer una revisión de la literatura, se pudo establecer que la cobertura del servicio de salud continúa siendo uno de los principales problemas para las administraciones locales, que han tratado a través de diversas políticas públicas, en conjunto con la ejecución de la Ley 100 de 1993, mejorar este aspecto con miras a tener resultados favorables en el corto y mediano plazo. Por lo tanto, se pretende establecer cuales han sido los aspectos más relevantes, bajo distintas miradas, que han conducido a que la cobertura se convierta en un factor importante que incide de manera directa en la calidad de vida de los bogotanos.

Según Jaramillo (2000), el sistema de salud en Colombia se ha sometido a diversas reformas, las cuales han generado un cambio representativo en la prestación de los servicios de salud en el país. Estas reformas se han enmarcado bajo parámetros de modernización del servicio, mas específicamente en los conceptos de descentralización y privatización del mismo. Estos cambios se han propuesto y ejecutado con miras a la evolución sistemática del conjunto de la administración pública, enfocado en buscar mejores resultados en la prestación de los servicios. El proceso de descentralización en el sector de la salud, al cual hace referencia el autor, se remonta a finales de la década de los 80 con el decreto 77 de 1987, y principios de la década de los 90 con la ley 10 de 1990, y profundizó su actuación con la ley 60 de 1993. Posteriormente la aprobación de la Ley 100 de 1993, articuló la competencia regulada, que inició en principio para el sector privado, y que venía gestándose desde comienzos de la década. Estas reformas se encuentran enmarcadas en la Constitución Política de 1991, definiendo a Colombia como un país descentralizado; así como los servicios que presta, estimulando la desmonopolización de los mismos, la competencia entre el sector público y

privado, y la creación de un sistema de aseguramiento social con carácter universal, solidario y eficiente.

El autor estableció que la reforma descentralizadora generó un incremento en el acceso a los servicios, principalmente en el acceso a hospitales públicos, al incrementar su cobertura de 35% en 1990 a 63% en 1998 aproximadamente. Sin embargo, en este periodo no se produjeron resultados positivos en materia de prevención y promoción, así como en programas de salud pública, ya que dichas políticas no cubrían al total de la población debido a los medios utilizados para su difusión.

Así mismo, se hizo especial referencia al incremento en la cobertura en salud, tanto para la población con menos recursos, que incrementó su aseguramiento en salud en más de catorce veces, tanto como para la población con ingresos medios y altos. Se estableció que el primer fenómeno ocurrió debido al funcionamiento en 1996 del Régimen Subsidiado, y el segundo fenómeno obedeció a la ampliación de la cobertura familiar del Régimen Contributivo, así como al ingreso de más personas a las entidades promotoras de salud (EPS) y la inclusión de los antiguos afiliados al Instituto de Seguros Sociales (ISS).

A su vez, como un aspecto complementario, las reformas al sistema de salud permitieron incrementar los aportes obrero - patronales al pasar del 8% al 12% sobre las nominas, incrementando así los recursos financieros del sector y contribuyendo al funcionamiento del régimen subsidiado con un 8.3% de la cotización total. Como conclusión, Jaramillo (2000) estableció que a pesar de las cifras, existen deficiencias en la prestación de los servicios de salud, más específicamente en salud pública debido a la excesiva descentralización y a la falta de continuidad de las políticas que llevan al bienestar colectivo sobre el individual.

Según el estudio realizado por el Departamento de Salud Pública de la Universidad Nacional (2001), el cambio en el sistema de salud en Colombia obedeció a la lógica del mercado de servicios, influenciado por los modelos internacionales, el cual incorpora elementos como la competencia y la elección libre del usuario, así como el desarrollo de herramientas como la regulación, el nuevo rol del Estado y la solidaridad entre regímenes. Este sistema establece una diferenciación entre los servicios individuales, los cuales quedan en manos del mercado, y

los servicios colectivos, en manos del Estado, manejando las altas externalidades. Así mismo el Estado, asume funciones de modulador del sistema, al otorgar subsidios a la demanda con menores ingresos, vigilancia y control de reglas y manejo descentralizado de acciones de salud pública. Sin embargo, el autor estableció que la cobertura ha sido uno de los aspectos que no ha podido mejorar este sistema debido a la falta de eficiencia de los agentes que intervienen en él. A pesar del incremento en el gasto público dirigido a la salud (6% en 1990 a 10.5% en 1999) la cobertura no ha mostrado una tendencia creciente y sostenida.

Según cifras de la Superintendencia Nacional de Salud (1999), el 13.5% de las personas se encontraban afiliadas al régimen contributivo, así como el régimen subsidiado cubría a cerca del 50% de la población más pobre. Entre un 5% y 10% de la población restante, se encontraba inscrita en la medicina prepagada o en el régimen vinculado, en el cual, para acceder a los servicios de salud, la población debía pagar porcentajes de tarifas en el momento de acceder a la red pública de servicios dependiendo de la clasificación obtenida en el SISBEN. Por lo tanto, cerca del 40% de la población se encontraba en condiciones de vulnerabilidad, por lo que el objetivo de cobertura universal no se había logrado, y se esperaba que esta tendencia permaneciera en el mediano plazo debido a las flexibilizaciones laborales, a la disminución del gasto público, a las condiciones de la tasa de desempleo, entre otros. El autor concluye que, el modelo de salud en el país está lejos de ser universal e incluyente, y que mantiene limitaciones debido a los complejos mecanismos de regulación que la enmarcan. Afirma que la idea de universalizar la salud como un servicio de consumo individual que se pretende lograr por la vía de mercado, conlleva a las desigualdades entre la población, que por derecho constitucional debería tener acceso en forma equitativa a dichos servicios.

Hernández y Vega (2001), argumentaron que el nuevo sistema general de salud en Colombia al tratar de dar solución a las demandas de justicia social, a través de aspectos como la cobertura en salud, ha generado diversas y profundas desigualdades entre amplios sectores de la población. La cobertura real del sistema podría ser mucho menor que las estadísticas más optimistas, debido a la doble afiliación, lo que determina cifras inferiores tanto para el régimen subsidiado como para el régimen contributivo. Según Moreno Guerrero (2001), en el periodo 1997-2000, la cobertura no creció e incluso disminuyó, afectando a las poblaciones más

pobres. Y una de las causas más frecuentes por las cuales la población tiene dificultades para acceder a los servicios es la capacidad de pago. Los autores consideran que la capacidad de pago se ha convertido en un aspecto relevante para acceder a los servicios de salud, por lo que se ha generado una focalización de los subsidios y su instrumento de aplicación, el SISBEN, como instrumento de selección de personas pobres y necesitadas, se ha convertido en instrumento de manipulación política y no en un método de ayuda a las personas realmente necesitadas. Evidencian, además, que la población pobre excluida de los servicios es la que más gasta en salud, en forma proporcional, por lo que disminuye el uso de los servicios o los reemplazan por remedios tradicionales o recurren a la automedicación. Según los autores, el número de vinculados ha aumentado considerablemente, 9.9% en 2000, debido a la caída de la cobertura del aseguramiento entre 1997-2000, además, el uso de los servicios disminuyó en forma considerable, del 11% al 5.4% en este periodo, haciendo que la salud se convirtiera en un gasto de bolsillo. Como conclusión, los autores establecen que la lógica formal del mercado de seguridad social en salud en Colombia, no es capaz de resolver las demandas de justicia social de grandes sectores de la población y esta en contraposición de la racionalidad de los usuarios directos de este sistema.

Otro estudio que hace referencia a los problemas de la cobertura en salud, es el realizado por Restrepo y Rodríguez (2002). Los autores argumentan que la Ley 100 de 1993 tenía como estrategia principal al aseguramiento, a través de la contribución obligatoria (régimen contributivo), o a través del subsidio público (régimen subsidiado), para lograr la cobertura de toda la población en el sistema general de seguridad social en salud para el año 2000. Sin embargo, para el 2001, aunque se alcanzaron logros importantes, distaban de lo propuesto en la ley. Solo 23 millones de personas se encontraban afiliados a algún régimen, por lo que aproximadamente la mitad de la población colombiana se encontraba sin seguridad social. Se afirma que el principal logro alcanzado fue incluir a un número importante de personas pobres al régimen subsidiado, cuando el régimen contributivo presentaba un descenso en su tasa, razón por la cual se mantuvieron estables las tasas de cobertura totales. Un cambio importante que se generó a partir de la Ley 100 fue la incorporación de los familiares de los cotizantes al plan de salud, para ampliar la cobertura, así como la incorporación de empleados del sector público que antes no cotizaban. Sin embargo, no se registraron aumentos en los aportantes al

régimen contributivo, mas sí de los beneficiarios, lo que lleva a cuestionar al sector público y privado sobre la sostenibilidad financiera de los regímenes en un futuro.

Así mismo, los autores establecieron que mayores tasas de empleo no significan una mayor cobertura para la población, ya que estas variables no se comportan de manera simétrica, es decir, la cobertura disminuyó en los años 1997-2000 debido a la crisis que sufrió el país, pero la cobertura no se incrementó en forma significativa al presentarse momentos de recuperación de la economía. Por lo tanto, los autores concluyeron que si se desea garantizar la cobertura universal del sistema de salud, se debe decidir el uso adecuado de los recursos públicos para la atención de la salud, para motivar la eficiencia mediante compromisos de gestión entre el fondo publico y los agentes prestadores, así como permitir a la población a través de diversas políticas, el acceso a un derecho fundamental como lo es la salud.

Según el estudio realizado por la Alcaldía Mayor de Bogotá y el Centro de Investigaciones para el Desarrollo de la Universidad Nacional (2003), el incremento de la afiliación y de la cobertura de la población al sistema general de seguridad social en salud es un trabajo conjunto tanto de la Alcaldía con sus planes desarrollo como de la puesta en práctica adecuada de la Ley 100 de 1993. Según las cifras expuestas en el estudio, la población más vulnerable, cerca de 1 millón 600 mil personas para el 2003, aun se encontraba sin aseguramiento en salud, así como se evidenció inequidad entre los quintiles afiliados. En el estudio, los autores argumentaron que los logros alcanzados en materia de cobertura no son solo gracias a las políticas distritales, ya que éstas se encontraban ligadas aun en gran medida a las políticas nacionales. No obstante, la puesta en práctica de las primeras ha facilitado el actuar de la Ley 100, aunque falta mucho en materia de alcance de objetivos de la misma. Con respecto al régimen subsidiado, se ha podido evidenciar un mayor acceso de la población pobre a este régimen a partir de 1997, aproximadamente 400 mil personas más. Se observa que la mayor descubertura se encuentra en el sector rural de la ciudad. Por otra parte, aumentó la afiliación de niños y de mayores de edad (mayores a 59 años) a la seguridad social en salud. No obstante, los autores afirmaron que el descenso en la cobertura es evidente y que debe ser tenido en cuenta como un aspecto prioritario, que debe ser universal, sin que puedan aducirse razones económicas para no cumplir con dicho propósito.

López (2005), estableció que desde que se realizó la reforma del sistema de Salud en Colombia, Bogotá ha registrado un progreso significativo en materia de cobertura en seguridad social en cuanto al acceso de la población pobre o más vulnerable a estos servicios básicos. Este autor argumentó que en Bogotá el porcentaje de cobertura superó el 70% de la población total, cifra muy superior al promedio nacional que para esa época se estimaba en un 54% de la población. Así mismo, la reforma trajo consigo una mejoría en la estructura hospitalaria de la ciudad, haciéndolos más complejos y convirtiéndolos en empresas autónomas en aspectos relevantes como el nombramiento del personal, elaboración de presupuestos de ingresos y gastos, adquisición de insumos, entre otros. Otra ventaja de la reforma al sistema de salud en Colombia, se registró en materia del incremento de los recursos sectoriales, que han permitido la afiliación de la población pobre al régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud.

López afirmó que en Bogotá existen dos mecanismos principales para la asignación de los recursos públicos de oferta hacia los hospitales públicos para la atención de la población pobre que no se encuentra asegurada: en primer lugar, los contratos que establecen la compra y venta de servicios que conforman los llamados *mecanismos de pago por actividad final*, los cuales remuneran a los hospitales en concordancia con lo que realmente han producido; y en segundo lugar, los *convenios de desempeño*, que establecen compromisos en términos de productividad y eficiencia bajo los cuales se deben regir las instituciones, con el fin de facilitar la transición de un modelo de oferta subsidiada hacia un modelo que se enfoque en subsidios a la demanda.

Según el autor, a partir de la aprobación de la Ley 100 de 1993, en la ciudad se han ensayado tres mecanismos de pago para financiar la atención de la población pobre que no se encuentra afiliada al sistema de salud, es decir, las personas vinculadas. En primer lugar, la Secretaria Distrital de Salud implementó el *Presupuesto histórico*, el cual operó aproximadamente hasta 1997. Posteriormente, se aplicó la *Facturación por servicio prestado*, y su vigencia se enmarca entre 1997 y 1999; y por último, está funcionando desde comienzos de 2000, el *Pago fijo global prospectivo por actividad final*, el cual consiste en elaborar y desembolsar los presupuestos de ingresos teniendo en cuenta los servicios provistos. El autor concluye que

Bogotá se ha convertido en los últimos años en un ejemplo a escala nacional en cuanto a la asignación efectiva de recursos del sector público a hospitales de la misma rama, para prestar servicios de salud a la población pobre que no se encuentra afiliada al sistema general de seguridad, acciones que se reflejan en el mejoramiento de la calidad de vida de esta población vulnerable.

De acuerdo con un informe realizado por la Contraloría de Bogotá (2005), la cobertura en salud continúa siendo una de las problemáticas más graves que afronta la ciudad. Según esta entidad, la población de Bogotá representaba el 15.3 % de la población nacional y de esta cifra solo el 77% de las personas se encontraban afiliados al régimen de seguridad social en salud, así: 54% en el régimen contributivo, es decir, 3'581.979 personas, el 18.5% en el régimen subsidiado, 1'216. 970 personas, y el 4% a regímenes especiales, 262.931 personas. Aproximadamente el 23% de la población que habitaba en la ciudad participaba en el régimen vinculado o era pobre no afiliado. Según el autor, la Secretaria de Salud de Bogotá, ha logrado afiliar al régimen subsidiado a 1'216.970 personas aproximadamente, es decir, un 18 % de la población, financiados con recursos del Distrito en gran medida, sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados, la cobertura a partir de 1997 disminuyó.

La Contraloría Distrital hizo especial mención en su artículo, a la situación de los participantes vinculados. Pese a los avances que se han generado en varios periodos, aún en Bogotá existe un número importante de personas vinculadas al sistema de salud, y que se encuentran en riesgo de enfermar o morir por no contar con la certeza de un acceso efectivo y seguro a la atención en salud. Debido a esto, esta población merece una mayor importancia dentro de las políticas adoptadas por la secretaria de salud, debido a las fallas de oferta observadas en cuanto al acceso a servicios y diferencias en el plan de beneficios de los afiliados al sistema de salud. El autor estableció que la permanencia de este grupo, proyectado inicialmente como temporal, revela deficiencias del sistema en la dinámica social y económica actual. Así mismo, argumentó que el desempleo estaba ligado en forma directa con el fenómeno de los vinculados, ya que era población que se encontraba en estratos 3 y 4, y que estaban desempleados y que no tenían la posibilidad de permanecer en el régimen contributivo por falta de ingresos, y/o que por otra parte, su puntaje era muy alto para la

aplicación al SISBEN, en el régimen subsidiado. Por esto, se requería la existencia políticas claras que proporcionaran los principios de igualdad y universalidad a la población para evitar el uso de medios legales como la acción de tutela para lograr hacer uso de sus derechos.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

La política de reorganización del sistema de salud en Colombia, ha sido una de las propuestas mas polémicas, pero más efectivas en cuanto a cobertura se refiere, debido a que los efectos que ésta trajo consigo a lo largo de la década de los 90, han logrado resolver muchos de los vacíos que caracterizaban al antiguo sistema de salud, vigente antes de 1990.

Sin embargo, a pesar de los importantes logros obtenidos, se han producido diversos fallos de mercado, tanto de oferta, haciendo referencia a los altos costos por el acceso al servicio, problemas institucionales, costos de transacción, entre otros muchos problemas, que reflejan algunas de las imposibilidades por parte del Estado y del sector privado en la provisión adecuada de este servicio; y de demanda, en donde la población de la capital no hace uso de los servicios de salud, a pesar de las facilidades que se les son otorgadas para lograr el acceso a ellos. Por lo tanto, el incremento de la cobertura en Bogotá, se ha convertido en una variable importante dentro de las políticas públicas de las administraciones locales, para que a mediano y largo plazo se logre el acceso a este servicio, bajo unos estándares de calidad, eficiencia y equidad.

2.3 ESTRUCTURA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino un estado de completo bienestar físico y mental, en un contexto ecológico-social propicio para su sustento y desarrollo. La salud descansa en la esfera de prácticamente todas las interacciones, sociales y culturales y es, con ellas, un componente sinérgico de bienestar social”.

El nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), eliminó los antiguos sistemas existentes, dentro de los cuales se encontraban el privado, de seguros sociales y de sistema de salud pública, para darle paso al Régimen Contributivo y al Régimen Subsidiado.

En Colombia, este sistema se caracteriza por contar con un punto de vista macro, que pretende una universalización del servicio mediante la extensión de la cobertura a la familia de los cotizantes del régimen contributivo y la afiliación gratuita de las personas sin capacidad de pago (régimen subsidiado). Esta estrategia de universalización, generó incrementos en la cotización sobre la nómina al pasar del 7% al 12% del ingreso. Este sistema descansa bajo las cuatro funciones propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), estas son, *la regulación*, que se encuentra bajo la responsabilidad del Consejo Nacional de Seguridad Social, organismo encargado de dictar normas de mercado para promover la operación del sistema. En segundo lugar, esta el *financiamiento*, en cabeza del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el cual reúne las cotizaciones y los recursos fiscales que son destinados al régimen subsidiado. Por otra parte, la *administración* se encuentra definida a partir de un mercado regulado gracias a la desintegración vertical del Instituto de Seguro Social (ISS), y por último, se encuentra *la prestación de servicios*, que propició la participación de la oferta privada y una reorganización de la oferta pública.

En cuanto a la regulación del aseguramiento, se encuentran las EPS y ARS. Las primeras pueden ser de naturaleza privada, pública o mixta, y se encargan de la afiliación, el registro de los afiliados en el régimen contributivo y el recaudo de sus cotizaciones por mandato del Fosyga. Las ARS, en el régimen subsidiado, administran la afiliación de la población a este régimen y los ingresos de éstas, provienen de la contratación con municipios y departamentos. Ambos deben garantizar la prestación de los servicios de salud a las personas afiliadas en ambos regímenes. Por otro lado, las IPS, son las encargadas de la regulación en la prestación de los servicios. Estas son entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias o solidarias, las cuales se encargan de la prestación de los servicios de salud. Abarcan laboratorios, centros de atención básica, consultorios, hospitales, y demás centros que pueden pertenecer a una EPS o ser independientes de ella.

Para realizar de forma efectiva el acceso a los servicios de salud incluidos en el Plan de Atención Básica (PAB), los usuarios del régimen contributivo, deben cancelar una cuota

moderadora, la cual se le es asignada de acuerdo al salario devengado. Así mismo, los beneficiarios de la persona cotizante, deberán realizar un pago adicional llamado *copago*, para poder hacer uso de los servicios ofrecidos por la red. En el caso del régimen subsidiado, la financiación se realiza por medio de los aportes fiscales que fueron estipulados a través de la Ley 60 y Ley 100 de 1993, y que son asumidos por municipios y departamentos en forma descentralizada, como ya se estableció anteriormente.

2.1.1 DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN BOGOTÁ (SGSSS)

La década de los noventa estuvo enmarcada por valiosos cambios en el sistema general de salud, los cuales se llevaron a cabo de manera gradual, pero significativa, y que hasta la fecha, han reportado importantes avances en materia de inclusión de la población al acceso a los servicios ofrecidos por el Estado y por los privados.

La reorganización de la Secretaría Distrital de Salud en 1990, permitió ofrecer nuevos enfoques a las políticas establecidas, con el fin de promover la autonomía y estimular el compromiso, por una parte de las entidades, en la oferta adecuada de servicios de salud, y por otra parte, de la comunidad en el uso efectivo de dichos servicios, teniendo como objetivo principal, suplir las necesidades locales identificadas por las instituciones prestadoras de servicios (IPS).

Estos cambios se reflejaron en la estructuración del servicio por niveles de atención en cada localidad, lo que ha permitido un acceso más efectivo de la población a los diversos servicios que son ofrecidos en cada nivel. Se estableció que en el primer nivel se llevan a cabo actividades de promoción y prevención, y prestación de servicios del Plan de Atención Básica (PAB), consulta de medicina general, terapia respiratoria, optometría, laboratorio clínico, odontología general, hospitalización y atención de urgencias y de partos de baja complejidad,

psicología, y nutrición. Así mismo, se llevan a cabo actividades en materia de la salud pública como vacunación, planificación familiar, entre otras.

En el segundo nivel de atención, se realiza consulta médica, hospitalización y atención de urgencias de especialidades básicas tales como Ginecoobstetricia, medicina interna, pediatría, y cirugía, y algunas especialidades menores como atención de partos y cesáreas de mediana complejidad, laboratorio, atención odontológica general y especializada, consultas de nutrición, psicología, optometría y terapias de apoyo para rehabilitación funcional.

En tercer nivel de atención se prestan servicios de consulta médica, hospitalización y atención de urgencias de especialidades básicas y subespecialidades tales como: Cardiología, Gastroenterología, Neumología, Neurología, Dermatología, Hematología, Psiquiatría, Endocrinología, Genética, Nefrología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Cirugía General, entre otras; atención de partos y cesáreas de alta complejidad, atención odontológica especializada, entre otros servicios. Todos estos, son llevados a cabo gracias a la destinación de gran parte del presupuesto para la adquisición de tecnología y el mejoramiento de la red hospitalaria, con el fin de mejorar la prestación de los servicios ofrecidos.

En el periodo de estudio se pueden apreciar cambios importantes tras la expedición de diversas leyes como la Ley 10 de 1990, Ley 60 y 100 de 1993. Estas leyes en su conjunto, llevaron a que el Sistema General de Salud contara con una reestructuración de los ingresos que este percibía de diversas fuentes, así como la toma de medidas pertinentes con respecto al uso adecuado de los recursos y la planeación de la red pública del Distrito. Así mismo, a mediados de la década de los 90, se introdujo el concepto del aseguramiento a la población más vulnerable al Régimen Subsidiado, por medio de la acción del Estado, a través de la inscripción de esta población en la encuesta SISBEN, la cual pretende, bajo ciertos criterios de objetividad y equidad, seleccionar a los beneficiarios de los subsidios, de acuerdo a sus verdaderas condiciones socioeconómicas.

Por otra parte, otro de los problemas que no ha podido tener una efectiva solución, es el de los participantes vinculados, los cuales son personas que no se encuentran cubiertas bajo ningún régimen de salud, por razones tales como, no haber sido beneficiados por el SISBEN debido a su alto puntaje en la encuesta, lo que les impide ingresar al régimen subsidiado; si ha sido identificado por el SISBEN, no han sido beneficiarios de los subsidios que otorga el Estado; o se encuentran desempleados por lo que la carencia de un ingreso económico les impide ingresar al régimen contributivo.

Por lo tanto, una vez más, los resultados positivos obtenidos en materia de cobertura, del mejoramiento en la organización de salud en Colombia y más específicamente en Bogotá, así como de la creciente descentralización en el manejo administrativo, transfiriendo a los municipios las responsabilidades que en materia de salud se presentan, no son bajo ningún criterio suficientes y logran evidenciar la inexistencia de políticas claras, que contribuyan a integrar a la población con los efectos que la política macroeconómica ejerce sobre ellos, como por ejemplo el desempleo, el crecimiento económico, la generación de empleo y de ingresos, entre otras. A su vez, después de más de 10 años de la implementación de las reformas, continúan presentándose limitaciones en el acceso al sistema de salud por la ineficacia en las políticas de cobertura para cada régimen.

2.2 MARCO REGULATORIO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

La prestación de los servicios de salud en Colombia se encuentra enmarcada en leyes y normas que pretenden mejorar y regular su funcionamiento.

2.2.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA DE 1991, ARTICULO 49:

La atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los

habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

2.2.2 LEY 100 DE 1993 (DICIEMBRE 23):

Esta Ley promovió profundos cambios en la prestación de los servicios de salud en Colombia, tanto administrativa como funcionalmente, dando paso al nuevo sistema de seguridad social, y bajo la cual, se basan todas las actividades del Sistema General de Salud.

Así mismo, se establece una política clara de cambio del subsidio de la oferta al subsidio de la demanda, iniciando la implementación del aseguramiento.

El servicio público esencial de seguridad social, se debe prestar con sujeción a los siguientes principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad, participación. Los objetivos de esta ley se enfocan en:

- Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema.
- Garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios en los términos de la presente ley.
- Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral.

2.2.3 LEY 60 DE 1993:

Para cumplir los objetivos propuestos, surgió esta ley, por medio de la cual, se establecen normas sobre la distribución de competencias de los municipios, teniendo en cuenta los artículos 151 y 288 de la Constitución Política de 1991, dando como resultado una reforma organizativa. Esta ley pretende que los municipios participen directamente en la prestación de los servicios o por medio de diversas dependencias de la organización central o de las correspondientes entidades descentralizadas del municipio.

2.2.4 LEY 10 DE 1990:

Esta ley pretende descentralizar la administración de los servicios de salud, trasladándole a los centros municipales y luego a las entidades hospitalarias la facultad de diseñar sus propios planes de salud, la ejecución presupuestal y el manejo administrativo. A su vez, se establecieron legalmente, las diversas fuentes de financiación sectorial en donde las más relevantes son: *Rentas contractuales*; el *Situado Fiscal*, el cual es, según la Constitución Política de 1991, “ el porcentaje de los ingresos corrientes de la Nación que será cedido a los departamentos, el Distrito Capital, y los distritos especiales de Cartagena, Santa Marta y Barranquilla, para la atención directa, o a través de los municipios, los servicios que se le asignen”..” ...Los recursos del situado Fiscal se destinarán para la educación preescolar, primaria, secundaria y media, y la salud, en los niveles que la Ley señale..”; *las Participaciones*, dentro de las cuales están las provenientes de impuestos de cerveza, loterías y apuestas permanentes; los *Recursos de Capital* y *el aporte ordinario*.

2.2.5 ACUERDO 20 DE 1990:

Pretende organizar en forma general el sistema distrital de salud, estipulando las funciones que debe cumplir, teniendo en cuenta los planes y programas del Ministerio de Protección Social, con el fin de articular las dos entidades. Determina la organización de la Secretaria Distrital de Salud y su estructura, su organización operativa, en la cual se establecen las funciones y modo de operación de los tres niveles de atención para los usuarios.

Por otra parte, crea el Fondo Financiero Distrital de Salud, el cual se encarga de recaudar y administrar los recursos provenientes de diversas fuentes públicas y privadas que son destinados al sector de la salud. También decreta la autonomía de los hospitales, policlínicos y centros de salud de la ciudad, así como la reglamentación de las entidades que participan en el servicio de salud en Bogotá.

2.3 LA COBERTURA DE LA SALUD EN RELACION CON EL CAPITAL HUMANO

El capital humano según Becker (1992), hace referencia a la relación existente entre el análisis microeconómico y el comportamiento humano, y las sociedades del conocimiento. Este autor establece que la prioridad debe ser la inversión en salud, educación, vivienda, entre otros aspectos, que conlleven al desarrollo económico, al progreso de las economías, y no de manera contraria, en donde el desarrollo económico traiga a las personas beneficios como la salud y la educación.

Por otra parte, Lucas (citado por Sala-i-Martin, 1988) considera que para niveles bajos de renta, la mejor inversión que se puede realizar para mejorar la productividad de los seres humanos es la inversión en salud y alimentación. Y en cuanto la renta per capita se incrementa, la inversión más importante es la educación. Conceptos que posteriormente incorporó a modelos de crecimiento económico, diferenciando claramente el capital humano del capital físico.

Debido a la importancia que la inversión en Capital Humano representa, las administraciones locales han realizado importantes esfuerzos que permitan lograr que la población que habita en la ciudad cuente con la protección necesaria para la prevención de enfermedades inmunoprevenibles como Polio, Sarampión, Difteria, Tétanos, Tosferina, Influenza, Hepatitis B, Rubéola y Tuberculosis. Los programas de vacunación realizados en la ciudad, contemplados dentro del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), pretenden disminuir la morbilidad y la mortalidad por enfermedad a la población de diversas edades, por lo que se llevaron a cabo varias campañas: la vacunación del programa regular para niños menores de 5 años; la vacunación de la población entre 14 y 39 años hombres y mujeres con Sarampión y el síndrome de Rubéola congénita; vacunación contra Influenza en menores de 6 a 23 meses y de 60 y más.

Para el año 2005, la cobertura de estos indicadores oscilaba entre el 77.7% y el 85.8%, registrando un incremento respecto al año anterior. Sin embargo, no se cumplió la meta propuesta de alcanzar un 95% de cobertura propuesta por el proyecto “Salud para la vida

digna”. A su vez, la Secretaria Distrital de Salud estableció que a pesar de los esfuerzos, las principales causas de muertes infantiles para éste año fueron: la demora en la atención (36.5%) y ausencia de seguimiento especial a niños con desnutrición (33.3%).

Las 10 principales causas de mortalidad general en la ciudad en el periodo de estudio son: infarto agudo del miocardio, enfermedad cerebrovascular, enfermedades crónicas de las vías respiratorias, homicidios y secuelas, diabetes, neumonía, enfermedad hipertensiva, trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, tumor maligno del estomago y otras locaciones, accidentes de vehículos de motor.

2.4 EFICIENCIA PRODUCTIVA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN BOGOTA

El nuevo sistema de salud ha representado cambios importantes dentro de la oferta y de la demanda de los servicios, en cuanto a que, para lograr el funcionamiento adecuado del mismo, las variables deben establecer una estrecha relación entre ellas para obtener los resultados esperados. Es decir, la oferta y la demanda no actúan de manera aislada e independiente, sino que las relaciones estrechas que se generan entre ellas, permiten el funcionamiento adecuado del sistema de salud.

2.4.1 LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD EN BOGOTÁ

El comportamiento de la oferta de los servicios de salud a partir del cambio en el sistema general realizado a principios de la década de los 90, ha generado una mayor participación del Estado y del sector privado en la prestación de los servicios de manera adecuada y han permitido realizar cambios estructurales en la prestación del servicio, conduciendo a mayores niveles de cobertura en la ciudad. Uno de los factores que ha sido tema de discusión, es si la

infraestructura hospitalaria es la adecuada para la atención de toda la población cubierta de Bogotá, así como de la prestación adecuada de los servicios que en ella se ofrecen.

De acuerdo con Nash (referenciado en Mankiw, 1998), la posibilidad de elegir entre diversas opciones genera que, en la teoría de juegos, los jugadores puedan llevar a cabo estrategias que los conduzcan a un estado de bienestar colectivo e individual. Sin embargo, a pesar de que la cooperación es la base de este juego, no es posible mantener este comportamiento debido a la prevalencia de los intereses individuales.

Teniendo en cuenta esta teoría, el sistema de salud esta guiado en principio, por la búsqueda del bienestar colectivo bajo los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. Es así, como la mayoría de las variables que intervienen en la oferta de servicios, tienen como finalidad atender a las necesidades que se generan en la prestación de los mismos.

Por nivel de atención se encuentran en Bogotá las siguientes Empresas Sociales del Estado:

En el nivel I de atención se encuentran: Hospital Usaquén; Hospital Chapinero; Hospital Suba; Hospital Pablo VI Bosa; Hospital Sur; Hospital San Cristóbal; Hospital Usme; Hospital Rafael Uribe, Hospital Vista Hermosa y Hospital Nazareth.

En el nivel II de atención se encuentran: Hospital Meissen; Hospital San Blas; Hospital Bosa; Hospital Fontibón; Hospital Tunjuelito; Hospital Centro Oriente, Hospital Engativa y Hospital Suba.

En el nivel III de atención se encuentran: Hospital El Tunal; Hospital Kennedy; Hospital La Victoria; Hospital Santa Clara y Hospital Simón Bolívar.

2.4.1.1 Comportamiento en cifras de la producción de servicios

Según las cifras obtenidas por la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, el consolidado de producción de servicios de salud para la ciudad para 1998, por nivel de complejidad es:

Egresos Nivel I: 26.986 millones de pesos

Egresos Nivel II: 49.410 millones de pesos

Egresos Nivel III: 51.084 millones de pesos.

Así mismo, el consolidado de producción de servicios de salud para la ciudad para 2005, por nivel de complejidad es:

Egresos Nivel I: 34. 985 millones de pesos

Egresos Nivel II: 93. 266 millones de pesos

Egresos Nivel III: 84 707 millones de pesos.

Estas cifras indican que para este periodo de transición en el sistema de salud en Bogotá, la población de la ciudad hizo un mayor uso de los servicios producidos en la infraestructura hospitalaria instalada en la ciudad, incrementando los egresos de las mismas, pero así mismo, incrementando de forma proporcional los ingresos del sistema general de salud. Sin embargo, es necesario establecer si los recursos utilizados en la ciudad son suficientes para el sostenimiento actual del sistema y su viabilidad en el futuro.

Debido a la complejidad en el sostenimiento del actual sistema de seguridad social en salud, la normatividad anteriormente mencionada, ha establecido los mecanismos por los cuales se guiara la sostenibilidad financiera del sistema, para mantener la oferta pública de servicios de salud. Para el período comprendido entre 1995-1997, el presupuesto otorgado a la ciudad por parte de la Secretaría Distrital de Salud, para la ejecución de los proyectos establecidos en el plan de desarrollo “Formar Ciudad”, ascendía a 1.315.209 millones de pesos. En comparación, el presupuesto disponible para la realización del proyecto “Salud para la vida Digna” para el año 2006 fue de 773.699 millones de pesos.

Teniendo en cuenta la claridad de la normatividad, dentro de los presupuestos distritales destinados a la ejecución de diversos proyectos para la ciudad, la participación presupuestal aportada por la Secretaria Distrital de Salud, el Fondo Financiero de Salud y la Lotería de Bogotá, permitieron consolidar el presupuesto para el sector salud para el periodo 2004-2008, estimado en 4.368.495 millones de pesos constantes de 2004.

2.4.1.2 Las tarifas y su incidencia en el uso de los servicios de salud

Realizando un paralelo con el estudio que Vickrey (1969) y Mirrless (1982) desarrollaron sobre diversos aspectos que involucran el comportamiento de las tarifas, éste aspecto resulta ser un determinante para acceder de forma adecuada a los sistemas de salud, y además, se comporta como un fallo de mercado que impide el acceso de la población vulnerable a algún régimen. Debido a la existencia de precios regulados en el mercado, como los son los copagos y las cuotas moderadoras, se presenta una asimetría de información que refleja los intereses de la oferta pública y privada en el funcionamiento del sistema actual, pero que además, refleja contradicciones entre la población afiliada a la red que se encuentran beneficiadas con las tarifas, y la población que a pesar de contar con subsidios de demanda no hacen uso de los servicios ofrecidos.

Por concepto de cuotas moderadoras, los usuarios deben cancelar una cuota en proporción con sus ingresos. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos salarios mínimos, el 11.7% de un salario mínimo diario legal vigente. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco salarios mínimos, el 46.1% de un salario mínimo diario legal vigente. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco salarios mínimos, 121.5% de un salario mínimo diario legal vigente.

Las personas beneficiarias de los cotizantes, deben cancelar un Copago con base en el ingreso de la persona que cotiza. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos SMMV, el 11.5% de las tarifas pactadas por la EPS con la IPS, sin que el cobro por un mismo evento exceda del 28.7% del salario mínimo legal mensual vigente. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos y cinco SMMV, el 17.3% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que exceda del 115% de un SMMV por un mismo evento. Para afiliados y afiliadas cuyo ingreso base de cotización sea mayor a cinco SMMV, el 23% de las tarifas pactadas por la EPS con las IPS, sin que el cobro por un mismo evento exceda del 230% de un salario mínimo legal mensual vigente.

2.4.2 LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD EN BOGOTÁ

En cuanto a la demanda, se pueden observar diversos factores que han influido en el uso de los servicios de salud por parte de la población. En primer lugar, se encuentra la relación existente

entre el empleo y la afiliación al sistema. Por una parte, se evidencia que muchas de las personas desempleadas no se encuentran afiliadas a ningún régimen debido a varios factores: la imposibilidad de acceder al régimen contributivo, no ser beneficiario de la encuesta SISBEN y/o exceso de trámites administrativos para ingresar a este régimen. Así mismo, se ha evidenciado la aparición de fallos de mercado de demanda, que han contribuido a hacer menos eficiente el sistema actual de salud en Bogotá. Se puede suponer una indiferencia hacia el régimen subsidiado, razón por la cual no se hace uso de sus servicios, suponiendo que la accesibilidad a este régimen por medio de las tarifas, permitiría el uso masivo de sus servicios sin ninguna obstrucción.

El comportamiento del mercado laboral se relaciona de manera significativa con la evolución de la cobertura de la población en el sistema general de seguridad social en salud, ya que las decisiones acatadas por los empleadores determinan en gran medida las afiliaciones de sus empleados a algún régimen de salud. A partir de la reforma laboral realizada en 1990 (Ley 50), los costos laborales no salariales contribuyeron a la financiación de la reforma del régimen de salud, generado por la Ley 100 de 1993. Así, las cargas laborales legales para las empresas han aumentado, lo que representa mayores costos para las mismas. Por esto en la actualidad, la naturaleza de los contratos de trabajo, ha permitido el incremento de la cobertura del régimen subsidiado hacia trabajadores que no se encuentran cubiertos por sus empleadores bajo el régimen contributivo.

2.4.2.1 Comportamiento de la cobertura de salud en Bogotá en el periodo 1990 – 2006

Por lo tanto, teniendo en cuenta las relaciones establecidas entre la oferta y la demanda de servicios de salud en Bogotá, los resultados en materia de cobertura obtenidos por las administraciones locales, indican que, durante el periodo comprendido entre finales de la década del 80 y 1993, se aprecia un incremento de la participación relativa de la cobertura del Instituto de Seguros Sociales, al pasar de 20.3% a 24.5%, debido a fenómenos de transición demográfica; así mismo, las cajas de previsión, presentaron un estancamiento, debido a que el aparato burocrático del Distrito no se expandió, por lo que las funciones nuevas fueron asumidas por el Estado a través de personal fuera de la nómina ordinaria. Por otra parte, en 1993 es introducido el concepto de medicina prepagada, que para dicho año representa el 6.4%

de cobertura poblacional, y de servicios médicos suministrados por las empresas, el cual representa el 2.6% de la cobertura.

A pesar de las cifras optimistas, que establecen la cobertura de la mayoría de la población capitalina para el periodo comprendido entre 1993 y 1997, se debe enfatizar que las cifras de la cobertura de las entidades de seguridad social no son conocidas en su totalidad o con absoluta certeza, así mismo, los afiliados a los regímenes no conocen aun sus derechos para poder acceder correctamente a los servicios de salud. Sin embargo, las cifras arrojaban que para finales de 1996, la cobertura para los afiliados era de un 63%, cotizantes inscritos de un 71%, para los afiliados activos de un 48% y los afiliados cotizantes de un 53%.

Para 1997, según el Ministerio de Salud, la cobertura en seguridad social en salud se estimaba en 83% de la población. Sin embargo, cifras provistas por la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, reportaba que el 65% de la población capitalina se encontraba cubierta por la seguridad social en salud, distribuidos así: 413.171 afiliados al régimen subsidiado, 3'723.641 afiliados al régimen contributivo, para un total de 4136 812 afiliados, así como 2'187.444 no afiliados a algún régimen.

El proceso de aseguramiento para la población de Bogotá para el año 2001, evidenciaba un incremento considerable al régimen subsidiado al contar con 1'216.970 personas afiliadas a él, el régimen contributivo con 3'581.979 personas afiliadas, registró una disminución en sus afiliaciones, posiblemente por la crisis profunda que atravesó el país en 1999, lo que afectó considerablemente el mercado laboral. Por su parte, según las cifras presentadas por la Contraloría, para el 2001, aproximadamente el 23% de la población aún participaba como vinculante o pobre no afiliado.

Para el 2003, el número de afiliados al régimen subsidiado ascendía a 1'314.079 personas, lo cual representaba una tendencia creciente de afiliación a este régimen, mientras que el régimen contributivo contaba con 4'325.663 afiliados en la ciudad.

A pesar de estas cifras, que revelaban un incremento en las afiliaciones, aun permanecía población en condiciones de vulnerabilidad y pobre, excluida de los servicios de salud. Para el 2005, cerca del 54% de la población que habitaba Bogotá se encontraba inscrita en el régimen contributivo, es decir, cerca de 3'581.979 personas, así mismo, en el régimen subsidiado se encontraban inscritas 1'216. 970 personas, y un 4% a regímenes especiales, cerca de 262.931 personas. Casi el 23% de la población que habitaba en la ciudad participaba en el régimen vinculado o era pobre no afiliado.

III. HECHOS ESTILIZADOS

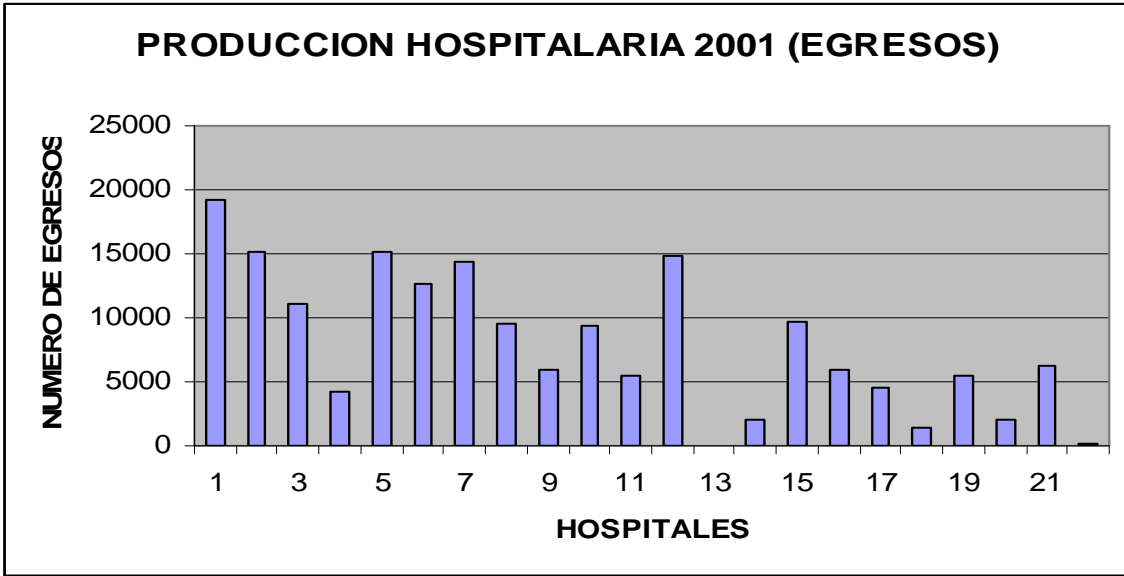
VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL COMPORTAMIENTO DEL MERCADO DE SALUD EN BOGOTA

3.1 PRODUCCIÓN HOSPITALARIA

La estructura y el aprovechamiento de la infraestructura de la Red Publica del Sistema General de Salud en Bogotá, han representado importantes avances en la prestación de servicios de salud en la capital. La década de los noventa condujo a una reorganización estipulada en el acuerdo 20 de 1990, el cual promovía la flexibilización de la infraestructura para mejorar los términos de accesibilidad de la población al ubicarse por localidad y un mejoramiento de la infraestructura de los tres niveles de atención. Por consiguiente, los egresos generados por los hospitales se ha incrementado en la medida en que se presenta un crecimiento en la prestación de servicios de casi un 300% en el tercer nivel de atención y de un 500% en el nivel uno de atención. Las políticas de descentralización, los cambios operativos y el fortalecimiento principalmente del primer y segundo nivel de atención, condujo al mejoramiento de la prestación de los servicios en la infraestructura establecida, así como de la búsqueda de la competitividad en el mercado de la salud, con miras a ofrecer los servicios que la demanda total de la ciudad requiere, generando una rentabilidad necesaria para el funcionamiento del sistema.

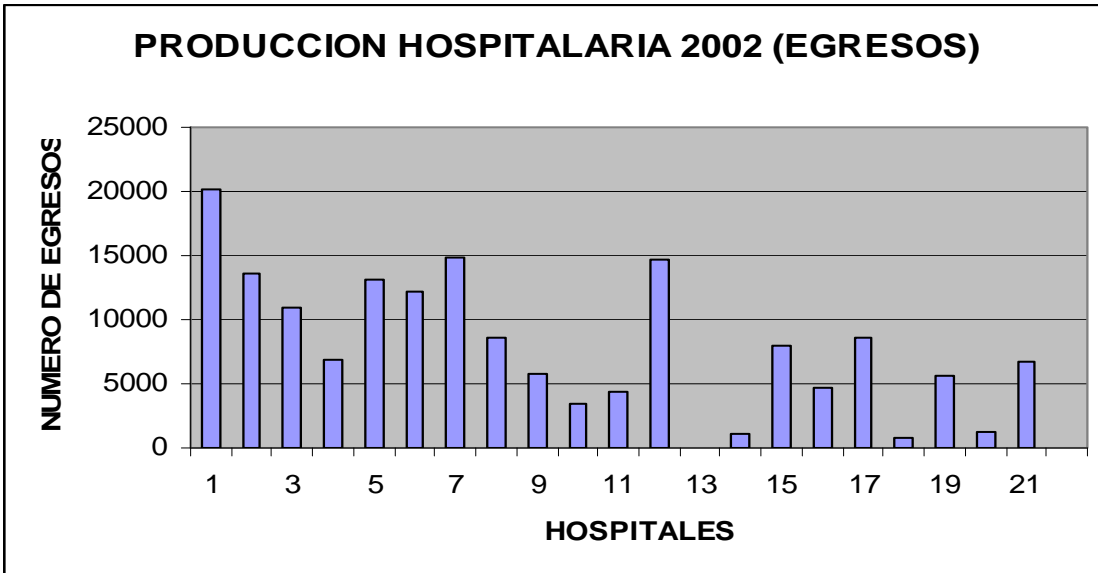
Los egresos del sistema general de salud en Bogotá (ver gráfico 1), indican que para el año 2001, la población de la ciudad hizo un mayor uso de los servicios producidos en la infraestructura hospitalaria instalada y mejorada en las localidades de la ciudad, incrementando los egresos de las mismas, pero así mismo, incrementando de forma proporcional los ingresos del sistema general de salud.

Gráfico 1. Producción Hospitalaria en Bogotá para 2001.



Fuente: Secretaría Distrital de Salud.

Gráfico 2. Producción Hospitalaria en Bogotá para 2002



Fuente: Secretaría Distrital de Salud.

La producción hospitalaria para el año 2002, como se refleja en el gráfico 2, muestra una disminución de los egresos hospitalarios generados en gran medida por los controles presupuestales y de gasto realizados por el Ministerio de Protección Social y de la Secretaría Distrital de Salud, con miras a mantener el equilibrio entre los ingresos y egresos del sistema de salud que mantienen en funcionamiento al régimen subsidiado y contributivo (Tabla 1).

Tabla No. 1: Producción Hospitalaria para los años 2001 y 2002

HOSPITAL	2001	2002
El tunal	19196	20197
Kennedy	15108	13629
La victoria	11028	10878
Santa Clara	4164	6876
Simón Bolívar	15124	13152
Meissen	12668	12242
San Blas	14337	14842
Bosa	9496	8582
Fontibón	6015	5728
Tunjuelito	9344	3452
Centro Oriente	5400	4391
Engativa	14818	14643
Usaquén	0	0
Chapinero	1963	1074
Suba	9671	8010
Pablo VI Bosa	6014	4655
Sur	4600	8534
San Cristóbal	1388	740
Usme	5392	5668
Rafael Uribe	1984	1237

Vista Hermosa	6285	6788
Nazareth	152	52
TOTAL	174147	165370

Fuente: Secretaría Distrital de Salud

3.2 PRESUPUESTO ANUAL DESTINADO A LA SALUD EN BOGOTA

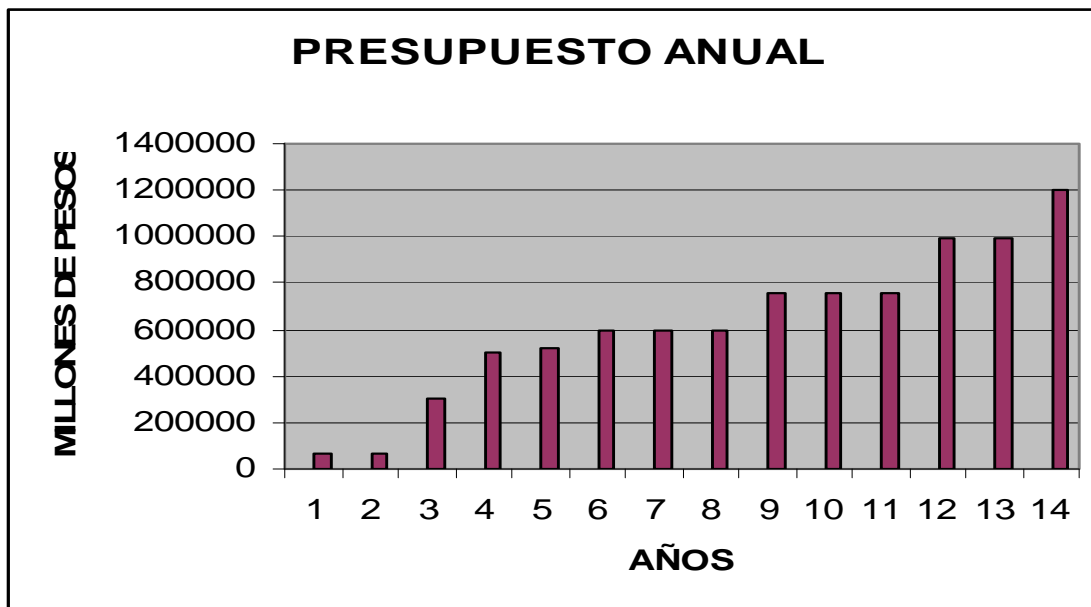
El comportamiento del presupuesto para la salud en Bogotá, se ha basado en la reordenamiento organizacional y administrativo de la dirección del sistema distrital de salud y de las instituciones prestadoras de los servicios de salud, con miras a incrementar la autonomía de las competencias mediante la modernización, la descentralización y el manejo presupuestal, para adecuar la capacidad de atención a las exigencias de los planes de atención establecidos en la Ley 100 de 1993.

El presupuesto anual ha presentado un comportamiento alcista debido a que las administraciones locales han establecido como uno de los objetivos principales el incremento del presupuesto para la ejecución de las políticas, que llevan al mejoramiento de las condiciones en las que la población capitalina hace uso del servicio de salud. Así mismo, gracias a los nuevos recursos que fueron aprobados gracias a diversas leyes, se han logrado incrementar los recursos que alimentan en forma adecuada el funcionamiento del sistema de salud en Bogotá.

La tendencia que ha presentado el presupuesto anual desde el año 1993 en Bogotá ha sido creciente. Para el 2005, la Secretaría Distrital de Salud invirtió 995 mil millones de pesos, el segundo presupuesto más grande de la administración, después del otorgado a la Secretaría de Educación. Para el año 2006 la tendencia del presupuesto continuo con la tendencia incremental (Tabla 2).

El presupuesto se destino principalmente a atender a los afiliados al régimen subsidiado, siendo casi 1.560.387 personas de nivel 1 y 2 de SISBEN. Así mismo, prestar servicios a personas sin ningún tipo de aseguramiento, sostener la red pública hospitalaria y adelantar obras de infraestructura en puntos de atención (ver gráfico 3).

Gráfico 3. Presupuesto anual 1993 - 2006



Fuente: Planes de Desarrollo Administraciones Distritales.

Tabla No. 2: Inversión Publica en el sector salud 1993- 2006

AÑOS	PRESUPUESTO (\$)
1993	68000
1994	68000
1995	299742
1996	498907
1997	516560
1998	595034

1999	595034
2000	595034
2001	754219
2002	754219
2003	754219
2004	995000
2005	995000
2006	1198265
Total Invertido	8687233

Fuente: Contraloría Distrital de Bogotá.

3.3 MORTALIDAD EVITABLE

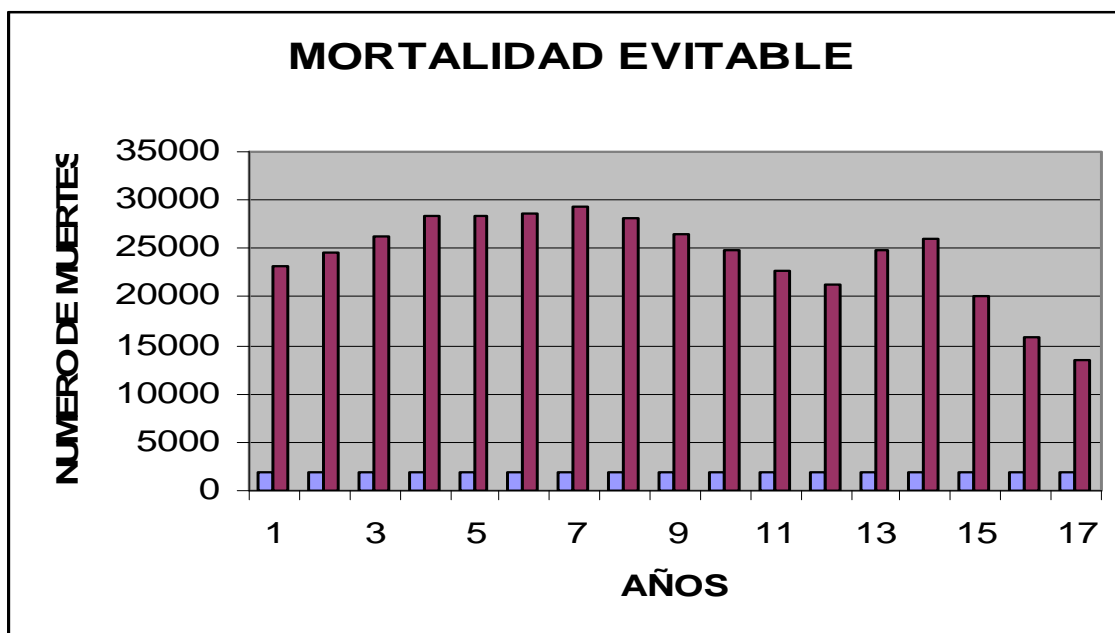
La tasa de mortalidad ha presentado un comportamiento coyuntural a lo largo de los años, a pesar de las mejoras realizadas en la infraestructura física de los hospitales de la ciudad y de la preocupación constante por prestar un mejor servicio. Según la Secretaría Distrital de Salud, las principales causas de mortalidad general se refieren a lesiones por causa de accidentes o intencionales, infarto agudo del miocardio, enfermedad cerebrovascular, otras formas de enfermedades del corazón y circulación pulmonar, tumor maligno, neumonías, tumor maligno del estómago, enfermedad hipertensiva, afecciones anóxicas e hipóxicas del feto, otras enfermedades del aparato respiratorio, y demás. Estas se han mantenido como las 10 primeras causas de mortalidad general en la ciudad.

En Bogotá, según cifras de esta entidad, se ha presentado una disminución de la mortalidad por violencia, pero con la llegada de desplazados y de población de otras regiones en busca de oportunidades, se han comprometido las metas de disminución en mortalidad materna y perinatal. A pesar de esto, la mortalidad materna disminuyó, ya que para el 2005, se pasó de 63 fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos a 61.7 fallecidas, teniendo como meta futura

llegar a 55.3 fallecidas, basándose en el fomento de hábitos saludables y en el control medico oportuno (ver gráfico 4).

Por otra parte, la administración distrital, abrió 60 salas ERA (Enfermedad Respiratoria Aguda), 40 en hospitales públicos y 20 en EPS privadas, ayudando a disminuir la mortalidad por enfermedades respiratorias agudas en un 21%. En los últimos 10 años, la ciudad ha disminuido de manera importante la mortalidad evitable, a pesar de estar por debajo de los estándares establecidos. Sin embargo se han mejorado los indicadores (Tabla 3).

Gráfico 4. Mortalidad Evitable en Bogotá 1990 - 2006



Fuente: Secretaría Distrital de Salud.

Tabla No. 3: Mortalidad evitable en Bogotá 1990 – 2006

AÑOS	MORTALIDAD
1990	23284
1991	24711
1992	26302
1993	28346
1994	28272
1995	28701
1996	29230
1997	28211
1998	26579
1999	24893
2000	22813
2001	21394
2002	24871
2003	26113
2004	20149
2005	15813
2006	13440

Fuente: Secretaría Distrital de Salud.

3.4 SERVICIOS DE VACUNACIÓN

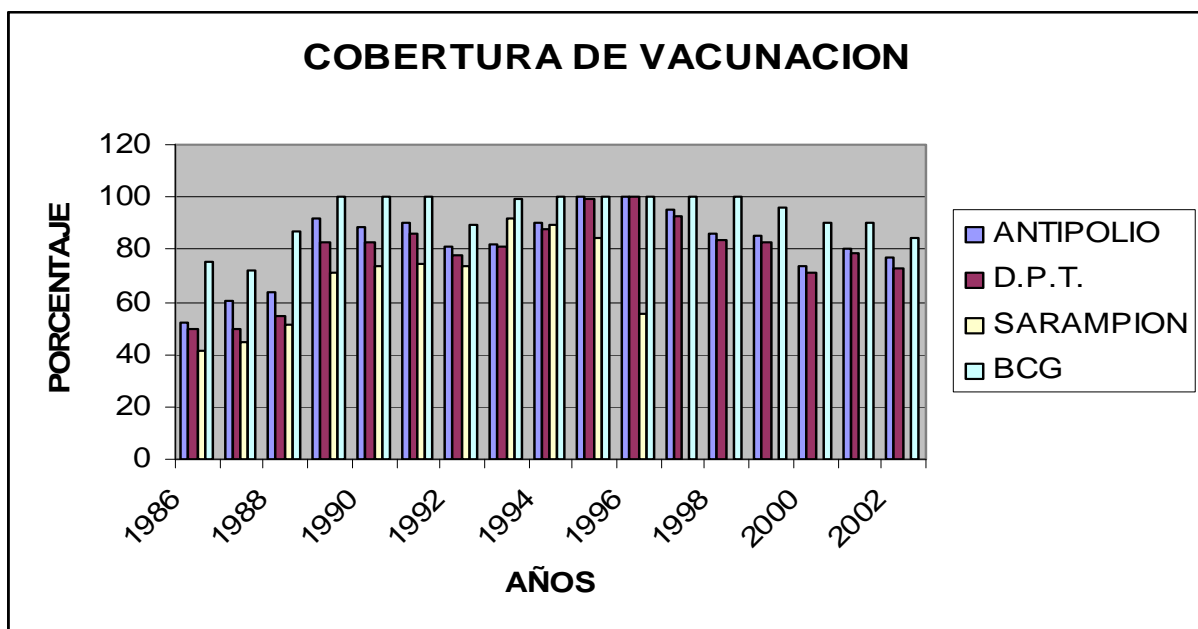
Los servicios de vacunación se han incrementado en la ciudad debido a las fuertes políticas de salud pública emprendida por la Secretaria Distrital de Salud y el Ministerio de Protección Social, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la niñez y de la tercera edad, y a su vez, la realización de campañas de salud publica que pretenden controlar en grandes niveles enfermedades contagiosas que ponen en peligro la salud y bienestar social de la comunidad.

Aunque el porcentaje de cobertura se ha incrementado, el porcentaje de cobertura que se considera útil debe alcanzar el 95% de la meta (Tabla 4). Por lo tanto, la Secretaría Distrital de Salud lanzó una estrategia intensiva de sensibilización y movilización con el fin de que padres de familia, cuidadores, trabajadores de la salud, y comunidad en general, participe de las campañas a través de cartas, llamadas, extensión de horarios y eventos en parques.

Según el esquema de vacunación regular, los menores de cinco años deben estar vacunados contra 11 enfermedades que pueden llegar a ser discapacitantes y hasta mortales como la poliomielitis, la hepatitis B, el tétanos, la meningitis entre otras (ver gráfico 5).

Para finales del año 2006, las localidades que presentan menor cobertura en vacunación son Fontibón, Tunjuelito, Barrios Unidos, Teusaquillo, Rafael Uribe y Antonio Nariño.

Gráfico 5. Cobertura de Vacunación en Bogotá 1986 – 2002



Fuente: Salud Pública – Secretaría Distrital de Salud.

Tabla No.4: Porcentaje de población vacunada.

AÑOS	ANTIPOLIO	D.P.T.	SARAMPION	BCG
1986	51,9	49,8	41	75,3
1987	60,3	49,4	44,9	72,1
1988	64,1	54,3	51	87
1989	92,1	82,5	71,1	100
1990	88,6	82,8	73,3	100
1991	90,6	85,9	74,7	100
1992	81,1	77,6	74	89,5
1993	82	80,9	91,8	99,6
1994	90,4	87,4	89,6	100
1995	100	99,7	84,6	100
1996	100	100	55,1	100
1997	94,9	93,1		100
1998	86,2	83,6		100
1999	85	83,1		95,6
2000	73,4	71,3		90,5
2001	79,9	78,6		90,2
2002	77,1	72,7		84,2

Fuente: Ministerio de Protección Social.

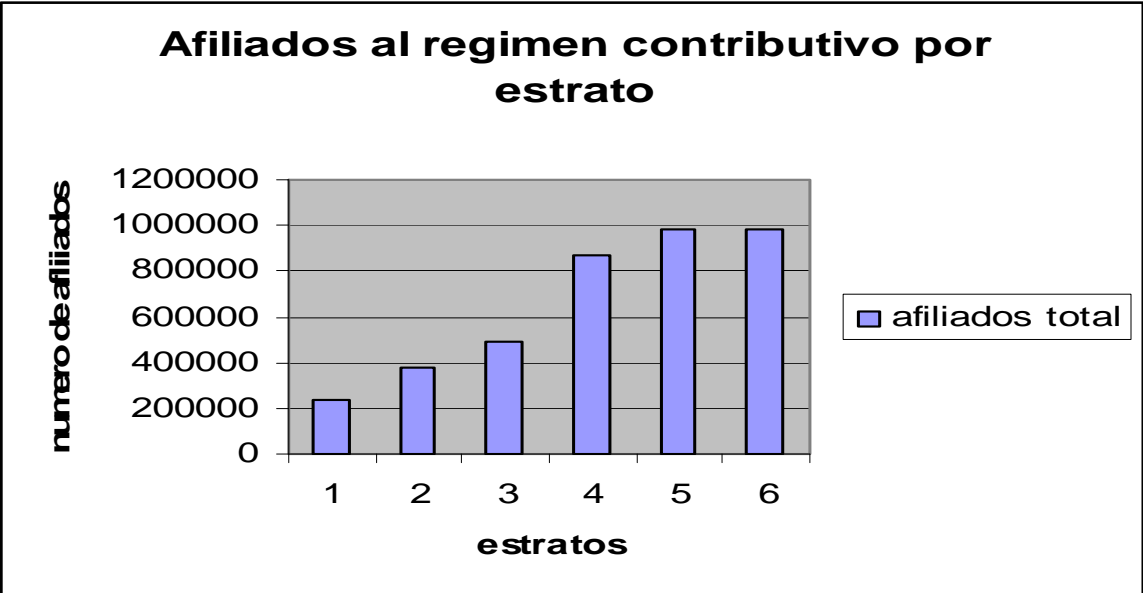
Aunque el año anterior hubo dificultades por desabastecimiento de vacunas, en los 2 últimos años se ha trabajado fuertemente en 3 frentes: aumento de vacunación con la estrategia "vacune primero y pregunte después", donde EPS y ARS se han comprometido a vacunar, sin importar que la persona sea afiliada al régimen contributivo, al subsidiado o sea vinculado; con las EPS se trabaja la unificación del carné de vacunación y el carné materno-perinatal para disminuir la mortalidad materno-infantil, y en nutrición se está fortaleciendo el suministro de micronutrientes a los niños en jardines infantiles y centros de atención básica. Si se parte de

que el 72% de la población está asegurada en salud, esa fortaleza se ha aprovechado para articular las acciones de promoción y prevención con los aseguradores, buscando estrechar lazos de apoyo entre lo público y lo privado.

3.5 COBERTURA RÉGIMEN CONTRIBUTIVO POR ESTRATO

El comportamiento de las variables años y Régimen Contributivo, presenta oscilaciones importantes desde su creación, debido a que este régimen esta ligado estrechamente con las condiciones microeconómicas y macroeconómicas del país, es decir, el comportamiento del mercado laboral y la estabilidad del sector productivo, permiten que la población que se encuentra trabajando puedan ingresar al régimen en calidad de cotizantes. Así mismo, esta condición permite la inclusión de familiares a este régimen, incrementando el numero de afiliados al mismo. El régimen contributivo ha mantenido para el año 2006 una tendencia incremental, siendo los estratos 5 y 6, los que mayor porcentaje de participación adquieren dentro del mismo (ver gráfico 6).

Gráfico 6. Número de afiliados al Régimen Contributivo 2006 por estratos



Fuente: Ministerio de Protección Social

Se puede decir también, que la competencia entre EPS a representado un rol un papel importante en la determinación del número de afiliados durante los años siguientes a la adopción de la Ley 100 de 1993. Esta competencia no se realizó con base en precios sino más bien tuvo su fundamento en el nivel de calidad percibido por los usuarios. Sin embargo, con el transcurrir de los años ha disminuido el peso de la competencia como determinante de la afiliación.

La competencia con base en calidad entre EPS aparece en el contexto de un mercado de salud con niveles de concentración relativamente bajos, debido al importante numero de empresas que participan en el mercado de la salud, pero con una cierta tendencia ascendente. Es por esto, que es importante que los usuarios del Sistema General de Salud cuenten con información completa sobre precios y el acceso, así como de variables no cuantificadas como la calidad y la equidad de los servicios que se prestan en la ciudad, y que repercuten en gran medida en las decisiones de los usuarios.

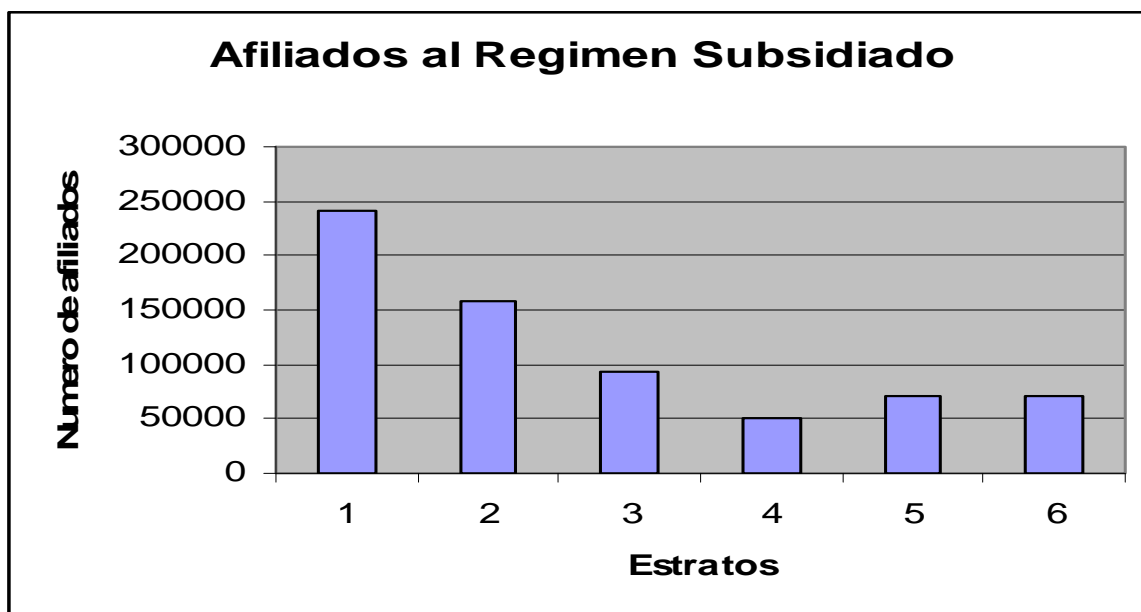
3.6 COBERTURA RÉGIMEN SUBSIDIADO POR ESTRATO

La relación que se ha presentado entre las variables, años y el régimen contributivo, es directa, debido a que desde la creación del régimen contributivo en el año 1996 se han llevado a cabo políticas que han tenido como objetivo principal la ampliación de la cobertura del régimen subsidiado, incluyendo a mayor numero de población que se encontraba descubierta en este régimen. Por este motivo, a pasar de los eventos coyunturales, se presenta una tendencia alcista en el comportamiento del régimen subsidiado.

En Bogotá más de 1.7 millones de habitantes se encuentran afiliados al régimen subsidiado de salud en Bogotá. El 38% de esta población habita en las localidades de Ciudad Bolívar, Usme y Kennedy. Las personas entre los 6 y los 15 años de edad constituyen cerca del 25% del total de las afiliaciones. En cuanto a clasificación SISBEN, el 53% de los afiliados pertenecen al segundo nivel y el 38% al primero.

El régimen subsidiado ha atravesado por diversas crisis financieras, las cuales involucran a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y a la población afiliadas al mismo. Sin embargo, la crisis más importante registrada hasta el momento involucra el recorte del presupuesto establecido para este régimen por parte de la Secretaria de salud, disminuyendo la capacidad de atender a las personas que tienen derecho al servicio de salud en la capital a través de los subsidios a los que son acreedores. Por este motivo, a pesar de los importantes esfuerzos por incrementar la cobertura de este régimen, aun existen impedimentos presupuestales y administrativos que permitan cumplir la universalidad del servicio. Para el año 2006 el comportamiento del régimen subsidiado continuaba con una tendencia incremental, siendo el estrato 1 y 2, los que presentan un mayor porcentaje de participación dentro del mismo.

Gráfico 7. Numero de afiliados al Régimen Subsidiado 2006 por estratos



Fuente: Ministerio de Protección Social

CAPITULO IV

MODELO DE AUTORREGRESIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud esta compuesto por múltiples variables que al interactuar hacen que el sistema se comporte, en forma tal, que se logren cumplir los objetivos establecidos en las políticas públicas de las administraciones locales, en función del bienestar generalizado de la población capitalina.

Al realizar una revisión del comportamiento de estas variables en el período de estudio, se encuentra que para determinar el verdadero impacto que éstas ejercen en el mercado de la salud, se requiere que dichas variables sean estacionarias. Según la teoría econométrica, una serie de tiempo es estacionaria si su distribución de probabilidad no cambia en el tiempo. Esta concepción tiene una implicación muy importante: si una serie de tiempo es estacionaria, se puede utilizar información pasada de una serie de tiempo para proyectar o predecir su futuro. El supuesto de estacionariedad es entonces fundamental en el análisis de regresión que utiliza información de series de tiempo.

Debido a que las variables no poseen estacionariedad, se utilizó el método de Raíz Unitaria de las series arrojada en el argumento de Dickey – Fuller. Una de las maneras apropiadas de eliminar la no estacionariedad de la serie, es calculando su variación absoluta, es decir, calculando la primera diferencia de la misma.

La información utilizada para correr el modelo econométrico que se presentara a continuación, se extrajo de la Secretaría de Salud Distrital, Ministerio de Protección Social y cálculos del autor a partir de los datos obtenidos de las fuentes anteriores.

El modelo econométrico de regresión, realizado a través de Mínimos Cuadrados Ordinarios, esta compuesto por la variable Afiliados al Régimen Subsidiado, como la variable dependiente, así como de la variable Ingreso Laboral, como la variable independiente, desde el año 2002 hasta el año 2004, debido que en estos años la información requerida se encuentra

completa, y se caracteriza por contar con datos mensuales por estrato socioeconómico. Estas variables representan en gran medida, los componentes más significativos que determinan el comportamiento del mercado de la salud en Bogotá.

En la primera parte de la regresión (Ver Anexo 1), se utilizó la Raíz Unitaria para determinar la estacionariedad o no estacionariedad de las variables. Para los seis estratos se debió utilizar la primera diferencia para estacionarizar la serie, debido a que la probabilidad de las regresiones no presentaba una distribución normal en los niveles de significancia 1%, 5% y 10%. Por lo tanto se puede decir que, la primera diferencia, como prueba de corrección, estacionarizó las raíces unitarias de los 6 estratos, con el fin de darle significancia al comportamiento de las variables dentro del modelo.

Al realizar esta prueba, se puede determinar que los coeficientes estimados en los niveles de significancia anteriores, son consistentes para el modelo. Por su parte, los estimadores alcanzaron niveles de confianza pertinentes para la consistencia estadística del mismo.

Posteriormente, se realizó la prueba Breusch-Godfrey, la cual pretende mostrar el grado de correlación entre las variables, y las perturbaciones que éste comportamiento puede generar. Para lograr esto, se utiliza el método estadístico de Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO), con el cual, se logró establecer que la relación existente entre el número de afiliados al régimen subsidiado en Bogotá con el nivel de ingreso laboral de la población no genera correlación. Lo anterior se produce como resultado de establecer las ecuaciones correspondientes entre el número de afiliados al régimen subsidiado por cada estrato y el nivel de ingreso laboral de los mismos, con el fin de identificar la relación existente entre estas. Los datos arrojados estiman que las ecuaciones del modelo para cada estrato, presentan consistencia, teniendo en cuenta a las probabilidades arrojadas en los niveles de significancia anteriores. A su vez, esta característica genera mayor confianza en la veracidad estadística del modelo (Ver Anexo 3).

4.1 ESTIMACIÓN DE LA CORRELACIÓN EN LAS SERIES

Con el fin de determinar que tan sesgados se encuentran los coeficientes, por medio de la prueba Breusch-Godfrey, se identifica que tan importantes son las variables dentro del modelo. Debido a que en la primera salida los coeficientes resultaron ser estadísticamente significativos según la prueba F, así como el coeficiente Durbin – Watson es igual a 2 o es ligeramente superior, se puede concluir que no es necesario realizar la prueba de rezagos a las variables de este modelo, ya que al aplicarla, tanto los coeficientes estimados como los estimadores, resultan poco confiables para el resultado del modelo.

Teniendo en cuenta el modelo de autorregresión establecido, se llegó a las siguientes formas funcionales para cada uno de los estratos:

$$\text{Afiliados Régimen Subsidiado E1} = 6052.654188 + 0.02597709327 * \text{INGRESO1}_t$$

$$\text{Afiliados Régimen Subsidiado E2} = 6622.839331 + 0.008896422939 * \text{INGRESO2}_t$$

$$\text{Afiliados Régimen Subsidiado E3} = 3865.310551 + 0.003247218066 * \text{INGRESO3}_t$$

$$\text{Afiliados Régimen Subsidiado E4} = 2281.133047 + 0.0009201636809 * \text{INGRESO4}_t$$

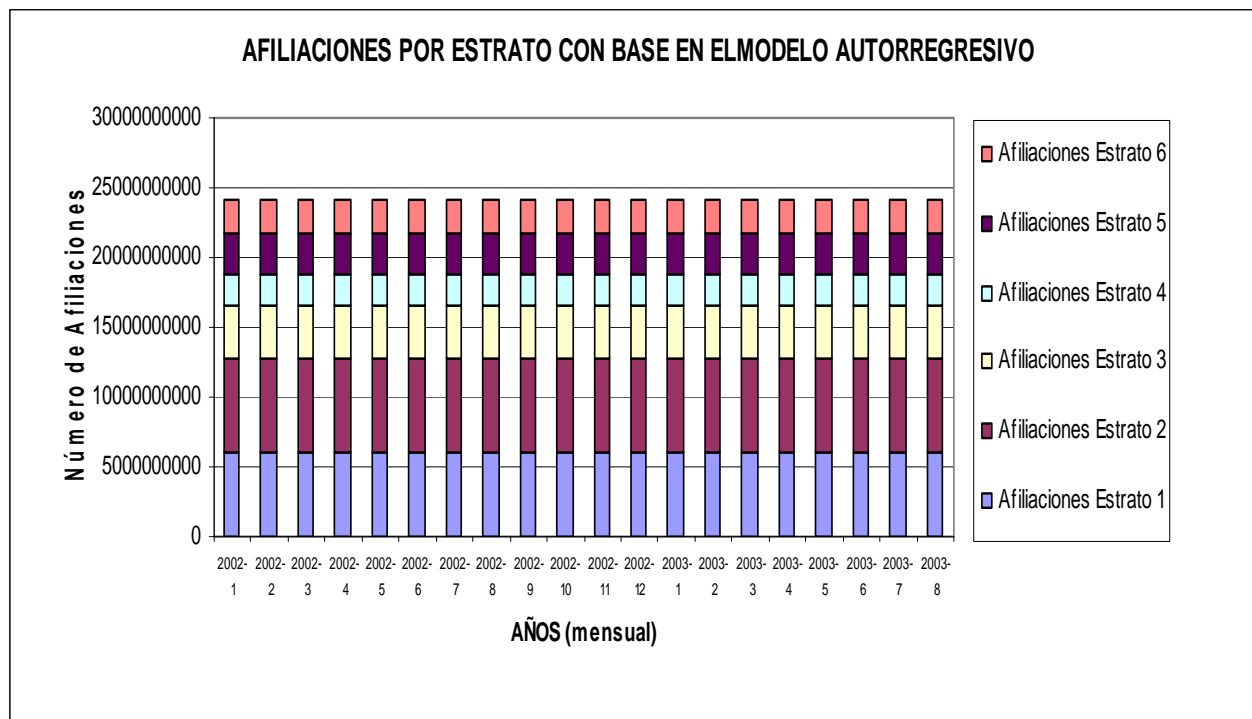
$$\text{Afiliados Régimen Subsidiado E5} = 2927.268202 + 0.0007668943576 * \text{INGRESO5}_t$$

$$\text{Afiliados Régimen Subsidiado E6} = 2367.998036 + 0.0006837069219 * \text{INGRESO6}_t$$

Se observa de acuerdo a esto el siguiente comportamiento gráfico de las series por estrato (ver gráfico 8).

De acuerdo con los resultados del modelo, el comportamiento de la cobertura de la salud se ha enfocado principalmente hacia el estrato 1 y 2, en los cuales existen un mayor número de población descubierta y que no ha podido ingresar por motivos económicos al régimen contributivo.

Gráfico 8: Afiliaciones por estrato con base en el modelo autorregresivo



Fuente: Cálculos del autor.

Se aprecia que no existen variaciones mensuales significativas, pero sí se presentan algunos períodos con incrementos en la afiliación, los cuales están relacionados con la puesta en práctica de las políticas de otorgamiento de subsidios y a su vez, se presentan períodos de disminución en las afiliaciones, en parte por el mejoramiento parcial del mercado laboral, que genera cambios de régimen al pasar del régimen subsidiado al régimen contributivo.

Se puede afirmar según los resultados obtenidos, que las pruebas realizadas muestran que las variables utilizadas, es decir la afiliación al régimen subsidiado y el nivel de ingreso laboral, son variables que explican en gran medida el comportamiento del mercado de la salud en Bogotá. Así mismo, reflejan la importancia que adquiere la ejecución de políticas públicas adecuadas, que conduzcan al cumplimiento de las metas propuestas por parte de la aplicación eficaz y acertada de las mismas en materia de cobertura en salud en Bogotá, generando mejores niveles de calidad de vida.

CONCLUSIONES

Con la implementación de la Ley 100 de 1993, muchas de las falencias del anterior modelo de salud, se han ido corrigiendo, como lo es el caso de la ampliación de la cobertura para el acceso a los servicios de salud. Sin embargo, no se ha logrado la meta del 100% de cobertura, y a pesar de las numerosas reformas establecidas, aún se considera una meta ambiciosa de lograr en un corto plazo.

Teniendo en cuenta los argumentos establecidos y los resultados obtenidos por medio del modelo de regresión, se puede afirmar que para el periodo de estudio, el ingreso determina en gran medida el acceso a los servicios de salud y que la cobertura del régimen subsidiado, aunque determinada en una parte significativa por los subsidios que otorga el Estado, se ha incrementado desde su creación en 1996. El mayor porcentaje de población afiliada a este régimen se encuentra localizado en el estrato 2, seguido por el estrato 1. La afiliación al régimen contributivo se encuentra determinada, más que por políticas del Estado, por el ambiente macroeconómico, así como al mercado laboral, afectando variables como el ingreso, que a su vez determina el monto legal que se destina al gasto en salud.

El sistema de salud actual, debe replantear los ingresos que nutren su operatividad, ya que los egresos productivos del sector a partir del 2001 superan a los ingresos que se reciben para el funcionamiento del sistema. Así mismo, es necesario reestructurar el sistema de financiamiento entre el régimen contributivo y el subsidiado, es decir, gran parte del régimen subsidiado se mantiene gracias a los recursos que captura el régimen contributivo. Sin embargo, en la actualidad, la mayoría de la población que hace parte de éste régimen es beneficiaria y no cotizante, razón por la cual, los recursos resultan insuficientes para mantener el equilibrio financiero del sistema.

Por su parte, es de vital importancia fortalecer el régimen subsidiado con un mecanismo efectivo, práctico y rápido que le permita a la población acceder en forma rápida a los servicios que se ofrecen, ya que las encuestas que se realizan para acceder al SISBEN, no

arrojan la información en forma pertinente, generando exceso en los tramites que se requieren para la formalización de la afiliación.

Los planes de desarrollo que tuvieron un mayor enfoque social, realizaron una mayor inversión en programas de salud, como lo es “Salud para la vida digna” llevado a cabo por la administración de Luís Eduardo Garzón, el cual llevo los servicios de salud a la población mas vulnerable de la ciudad, ha sentado los precedentes sobre la importancia que merece la inversión en la salud, como componente fundamental del capital humano, y como determinante de la productividad per capita.

La cobertura de la salud por estrato aun no cubre a la totalidad de la población que hace parte de los mismos, y que debido a las barreras que existen en materia de acceso, la salud se ha convertido en un gasto de bolsillo, en lugar de representar una inversión en la persona misma en el presente y en el futuro.

A su vez, es importante mencionar, que en el modelo de salud existen variables cualitativas no medibles, en cuanto a temas como la calidad del servicio, la percepción de la población hacia la oferta publica, la pertinencia del servicio, entre otros temas, que aunque no se encuentran datos con respecto a estas percepciones, se logra detectar que existe una inconformidad por parte de los usuarios con respecto a la demora en la afiliación al régimen subsidiado.

Por lo anterior se puede explicar la inexistencia de rezagos en el modelo, los cuales permiten dar significado al comportamiento del mercado de la salud en Bogotá en el periodo $t-1$. Por lo tanto, se explica el modelo en el periodo t , mostrando que la afiliación para todos los estratos no presenta problemas significativos de estacionariedad, sin embargo, las variaciones no son tan considerables para el corto plazo.

El crecimiento de la participación en el régimen subsidiado de los estratos más altos, 4, 5 y 6, se ha incrementado desde comienzos de 2002, y se ha ajustado al comportamiento que han tenido los estratos 1,2 y 3 en el mismo periodo.

El modelo autorregresivo utilizado para determinar en qué grado el ingreso determina el número de afiliaciones al régimen subsidiado, muestra que las pruebas realizadas con las variables anteriormente mencionadas, explica en gran medida las tendencias y comportamientos del mercado de la salud en Bogotá para el periodo de estudio.

A su vez, se puede concluir que el impacto que han tenido las políticas públicas en el desarrollo del mercado de la salud en la ciudad, ha sido positivo, en cuanto a que se han realizado importantes inversiones en infraestructura hospitalaria, dotación médica, capital humano, salud pública e investigación, lo que aporta en forma significativa el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud demandados por la población capitalina.

El impacto que éstas han generado en la cobertura ha sido muy importante, aunque los cambios se han llevado a cabo de manera progresiva, y no se ha cumplido a cabalidad con las metas establecidas por cada administración distrital. Si se realiza una comparación de los datos estimados de la cobertura a mediados de la década de los 90, en la cual la cobertura del régimen subsidiado era en promedio de 20 mil personas por año, para el año 2006 la cobertura para este régimen ascendía a 200 mil personas. Es decir, que en materia de cobertura se han realizado importantes avances, y se ha generado un mayor acceso a los servicios. Sin embargo, el compromiso del Gobierno debe continuar, para que se logren en los periodos establecidos, las metas de cobertura pactadas, y se generen a través de medios transparentes de afiliación, con la pertinencia y responsabilidad que la materia requiere, para que la ciudad alcance día a día mejores niveles de vida para toda su población.

BIBLIOGRAFIA

- Afanador, B., et al (2007), “*Bogotá, Desarrollo y Calidad de vida: acciones de competitividad, calidad educativa y responsabilidad social empresarial, para el periodo 1990-2006*” Bogotá: Universidad de la Salle. Proyecto de investigación Centro de Investigación de Economía Social (CIDES).
- Alcaldía Mayor de Bogotá (2003); Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Universidad Nacional de Colombia, “Evaluación de los principales indicadores sociales de Bogotá (1990-2003)”.
- ----- (2004); “Análisis global, sectorial y por localidades de la encuesta de calidad de vida en Bogotá”.
- -----, disponible en: www.saludcapital.gov.co Acceso en: Septiembre 27 de 2007.
- Becker, G. (1993). “Human Capital”, 3 Edición, University of Chicago Press.
- Constitución Política de Colombia, capítulo 2, artículo 49
- Contraloría de Bogotá D.C. (2005), “Informe sobre el estado de las finanzas públicas del distrito capital 2005”.
- ----- (2005), “Evaluación del plan de desarrollo económico, social y de obras públicas para Santa fé de Bogotá D.C. 1993 – 1994”.
- ----- (2005), “Evaluación del plan de desarrollo económico, social y de obras públicas para Santa fé de Bogotá D.C. 1995 – 1997”.
- Chicaíza, L. et al (2006), “La equidad del mecanismo de pago por uso de servicios en el sistema de aseguramiento en salud de Colombia”, Revista de Economía Institucional, Vol. 8, No.15.
- Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina (2001), “Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia” Universidad Nacional de Colombia.
- Fischer S., et al (1999), “Economía”, 4 Edición, Mc Graw Hill.

- Hernández A., et al (2001), “El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión”, Revista Gerencia y Políticas en Salud, Universidad de Antioquia, No. 1.
- Jaramillo, I. (2000), “Evaluación de la descentralización de la salud y la reforma de la seguridad social en Colombia “, Asociación colombiana de la Salud.
- López, A. (2005), “Sistema de pago para la atención de la población pobre no afiliada al sistema general de seguridad social en salud en la ciudad de Bogotá”, Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.
- Martínez, P. et al (2001), “Equidad en la política de reforma del sistema de salud”, Revista Salud Pública No. 3.
- Ministerio de Protección Social, disponible en: www.minproteccionsocial.gov.co
Acceso: Enero 12 de 2008.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Constitución de 1946. Disponible en: <http://www.who.int/about/definition/es/http://policy.who.int/cgi-bin/omisapi.dll?infobase=Basicdoc&softpage=Browse Frame Pg42> Acceso: Octubre de 2007
- Restrepo, J., et al (2002), “El seguro de salud en Colombia, ¿Cobertura Universal?, Revista Gerencia y Políticas en Salud, Universidad de Antioquia, No. 2.
- Restrepo, J., et al (2005), “Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia”, Revista de Economía Institucional, vol. 7, No. 12.
- Sala-i-Martin, X., (2000), “Apuntes de crecimiento económico”, 2 edición, Columbia University.
- Secretaría Distrital de Salud de Santa fe de Bogotá (1999), “Escenarios futuros de la salud en Santa fe de Bogotá”.

ANEXOS

ANEXO 1. PRUEBA DE RAÍZ UNITARIA PARA LA VARIABLE AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO POR ESTRATOS 2002-2004

1. AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO ESTRATO 1

- **Raíz Unitaria. Primera Diferencia**

Null Hypothesis: D(AF1) has a unit root

Exogenous: Constant

Lag Length: 0 (Fixed)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-9.626067	0.0000
Test critical values:		
1% level	-3.639407	
5% level	-2.951125	
10% level	-2.614300	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation

Dependent Variable: D(AF1,2)

Method: Least Squares

Date: 02/03/08 Time: 13:28

Sample (adjusted): 2002M03 2004M12

Included observations: 34 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(AF1(-1))	-1.488344	0.154616	-9.626067	0.0000
C	299.8768	582.3376	0.514954	0.6101
R-squared	0.743304	Mean dependent var		43.79412
Adjusted R-squared	0.735282	S.D. dependent var		6592.790
S.E. of regression	3392.037	Akaike info criterion		19.15327
Sum squared resid	3.68E+08	Schwarz criterion		19.24306
Log likelihood	-323.6056	F-statistic		92.66117
Durbin-Watson stat	2.474347	Prob(F-statistic)		0.000000

2. AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO ESTRATO 2

- **Raíz Unitaria. Primera Diferencia**

Null Hypothesis: D(AF2) has a unit root

Exogenous: Constant

Lag Length: 0 (Fixed)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-8.872101	0.0000
Test critical values:		
1% level	-3.639407	
5% level	-2.951125	
10% level	-2.614300	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation

Dependent Variable: D(AF2,2)

Method: Least Squares

Date: 02/03/08 Time: 13:35

Sample (adjusted): 2002M03 2004M12

Included observations: 34 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(AF2(-1))	-1.424391	0.160547	-8.872101	0.0000
C	149.6317	430.6687	0.347440	0.7305
R-squared	0.710967	Mean dependent var		-27.41176
Adjusted R-squared	0.701935	S.D. dependent var		4594.738
S.E. of regression	2508.512	Akaike info criterion		18.54979
Sum squared resid	2.01E+08	Schwarz criterion		18.63958
Log likelihood	-313.3464	F-statistic		78.71417
Durbin-Watson stat	2.339883	Prob(F-statistic)		0.000000

3. AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO ESTRATO 3

- **Raíz Unitaria. Primera Diferencia**

Null Hypothesis: D(AF3) has a unit root

Exogenous: Constant

Lag Length: 0 (Fixed)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-9.330340	0.0000
Test critical values:		
1% level	-3.639407	
5% level	-2.951125	
10% level	-2.614300	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation

Dependent Variable: D(AF3,2)

Method: Least Squares

Date: 02/03/08 Time: 13:38

Sample (adjusted): 2002M03 2004M12

Included observations: 34 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(AF3(-1))	-1.461408	0.156630	-9.330340	0.0000
C	102.6598	388.2937	0.264387	0.7932
R-squared	0.731217	Mean dependent var		17.38235
Adjusted R-squared	0.722818	S.D. dependent var		4299.290
S.E. of regression	2263.495	Akaike info criterion		18.34423
Sum squared resid	1.64E+08	Schwarz criterion		18.43402
Log likelihood	-309.8519	F-statistic		87.05525
Durbin-Watson stat	2.310798	Prob(F-statistic)		0.000000

4. AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO ESTRATO 4

- **Raíz Unitaria. Primera Diferencia**

Null Hypothesis: D(AF4) has a unit root

Exogenous: Constant

Lag Length: 0 (Fixed)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-10.35073	0.0000
Test critical values:		
1% level	-3.639407	
5% level	-2.951125	
10% level	-2.614300	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation

Dependent Variable: D(AF4,2)

Method: Least Squares

Date: 02/03/08 Time: 13:39

Sample (adjusted): 2002M03 2004M12

Included observations: 34 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(AF4(-1))	-1.543055	0.149077	-10.35073	0.0000
C	24.36389	192.4581	0.126593	0.9001
R-squared	0.770012	Mean dependent var		17.64706
Adjusted R-squared	0.762825	S.D. dependent var		2304.298
S.E. of regression	1122.208	Akaike info criterion		16.94101
Sum squared resid	40299213	Schwarz criterion		17.03079
Log likelihood	-285.9971	F-statistic		107.1376
Durbin-Watson stat	2.365453	Prob(F-statistic)		0.000000

5. AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO ESTRATO 5

- **Raíz Unitaria. Primera Diferencia**

Null Hypothesis: D(AF5) has a unit root

Exogenous: Constant

Lag Length: 0 (Fixed)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-6.009469	0.0000
Test critical values:		
1% level	-3.639407	
5% level	-2.951125	
10% level	-2.614300	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation

Dependent Variable: D(AF5,2)

Method: Least Squares

Date: 02/03/08 Time: 13:40

Sample (adjusted): 2002M03 2004M12

Included observations: 34 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(AF5(-1))	-1.060395	0.176454	-6.009469	0.0000
C	89.88406	62.67299	1.434175	0.1612
R-squared	0.530197	Mean dependent var		0.000000
Adjusted R-squared	0.515516	S.D. dependent var		509.8546
S.E. of regression	354.8837	Akaike info criterion		14.63848
Sum squared resid	4030158.	Schwarz criterion		14.72827
Log likelihood	-246.8542	F-statistic		36.11372
Durbin-Watson stat	2.007764	Prob(F-statistic)		0.000001

6. AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO ESTRATO 6

- **Raíz Unitaria. Primera Diferencia**

Null Hypothesis: D(ASDA) has a unit root

Exogenous: Constant

Lag Length: 0 (Fixed)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-5.961691	0.0000
Test critical values:		
1% level	-3.639407	
5% level	-2.951125	
10% level	-2.614300	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Test Equation

Dependent Variable: D(ASDA,2)

Method: Least Squares

Date: 02/03/08 Time: 21:39

Sample (adjusted): 2002M03 2004M12

Included observations: 34 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
D(ASDA(-1))	-1.052438	0.176533	-5.961691	0.0000
C	107.8749	81.06358	1.330744	0.1927
R-squared	0.526219	Mean dependent var		0.000000
Adjusted R-squared	0.511413	S.D. dependent var		659.1681
S.E. of regression	460.7517	Akaike info criterion		15.16062
Sum squared resid	6793349.	Schwarz criterion		15.25040
Log likelihood	-255.7305	F-statistic		35.54176
Durbin-Watson stat	2.005804	Prob(F-statistic)		0.000001

**ANEXO 2. ARGUMENTO Dickey-FULLER (RAÍZ UNITARIA)
COMPARACIÓN POBLACION AFILIADA AL REGIMEN SUBSIDIADO POR ESTRATOS**

AFILIACION TOTAL	ESTRATO	ESTADISTICA	NIVELES	PRIMERA DIFERENCIA	SEGUNDA DIFERENCIA
	1		Estimador	-0.645084	-1.488344
		Probabilidad	(0.0048)	(0.0000)	(0.0000)
		Tau	-3.917666	-9.626067	-11.45102
2		Estimador	-0.711967	-1.424391	-1.607959
		Probabilidad	(0.0019)	(0.0000)	(0.0000)
		Tau	-4.258093	-8.872101	-10.95175
3		Estimador	-0.764090	-1.461408	-1.646352
		Probabilidad	(0.0009)	(0.0000)	(0.0000)
		Tau	-4.549825	-9.330340	-11.81877
4		Estimador	-0.614494	-1.543055	-1.693960
		Probabilidad	(0.0055)	(0.0000)	(0.0000)
		Tau	-3.868505	-10.35073	-13.00833
5		Estimador	-0.047095	-1.060395	-1.500000
		Probabilidad	(0.7604)	(0.0000)	(0.0000)
		Tau	-0.948612	-6.009469	-9.643651
6		Estimador	-0.034519	-1.052438	-1.500000
		Probabilidad	(0.8454)	(0.0000)	(0.0000)
		Tau	-0.653673	-5.961691	-9.643651

**ANEXO 3. PRUEBA BREUSH – GODFREY PARA LA VARIABLE AFILIADOS AL
REGIMEN SUBSIDIADO POR ESTRATOS 2002-2004**

1. AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO ESTRATO 1

Dependent Variable: AF1

Method: Least Squares

Date: 02/03/08 Time: 14:01

Sample: 2002M01 2004M12

Included observations: 36

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
INGRESO1	0.025977	0.004866	5.339021	0.0000
C	6052.654	1741.898	3.474746	0.0000
R-squared	0.456045	Mean dependent var		15085.67
Adjusted R-squared	0.440046	S.D. dependent var		3322.789
S.E. of regression	2486.445	Akaike info criterion		18.52905
Sum squared resid	2.10E+08	Schwarz criterion		18.61702
Log likelihood	-331.5229	F-statistic		28.50514
Durbin-Watson stat	2.128268	Prob(F-statistic)		0.000000

2. AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO ESTRATO 2:

Dependent Variable: AF2

Method: Least Squares

Date: 02/03/08 Time: 14:06

Sample: 2002M01 2004M12

Included observations: 36

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
INGRESO2	0.008896	0.002762	3.220498	0.0001
C	6622.839	1170.188	5.659639	0.0000

R-squared	0.233744	Mean dependent var	10237.69
Adjusted R-squared	0.211207	S.D. dependent var	2234.898
S.E. of regression	1984.903	Akaike info criterion	18.07848
Sum squared resid	1.34E+08	Schwarz criterion	18.16645
Log likelihood	-323.4126	F-statistic	6.37160
Durbin-Watson stat	2.089318	Prob(F-statistic)	0.000001

3. AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO ESTRATO 3:

Dependent Variable: AF3

Method: Least Squares

Date: 02/03/08 Time: 14:10

Sample: 2002M01 2004M12

Included observations: 36

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
INGRESO3	0.003247	0.000914	3.553010	0.0001
C	3865.311	676.9477	5.709910	0.0000

R-squared	0.270760	Mean dependent var		6043.778
Adjusted R-squared	0.249312	S.D. dependent var		1986.968
S.E. of regression	1721.554	Akaike info criterion		17.79380
Sum squared resid	1.01E+08	Schwarz criterion		17.88177
Log likelihood	-318.2883	F-statistic		12.62388
Durbin-Watson stat	2.065060	Prob(F-statistic)		0.000001

4. AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO ESTRATO 4:

Dependent Variable: AF4

Method: Least Squares

Date: 02/03/08 Time: 14:12

Sample: 2002M01 2004M12

Included observations: 36

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
INGRESO4	0.000920	0.000325	2.832043	0.0001
C	2281.133	415.5668	5.489210	0.0000

R-squared	0.190870	Mean dependent var		3346.556
Adjusted R-squared	0.167073	S.D. dependent var		1160.637
S.E. of regression	1059.254	Akaike info criterion		16.82247
Sum squared resid	38148641	Schwarz criterion		16.91044
Log likelihood	-300.8045	F-statistic		8.020468
Durbin-Watson stat	2.165044	Prob(F-statistic)		0.000001

5. AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO ESTRATO 5:

Dependent Variable: AF5

Method: Least Squares

Date: 02/03/08 Time: 14:14

Sample: 2002M01 2004M12

Included observations: 36

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
INGRESO5	0.000767	9.26E-05	8.283076	0.0000
C	2927.268	235.4808	12.43103	0.0000
R-squared	0.668646	Mean dependent var		4621.000
Adjusted R-squared	0.658900	S.D. dependent var		1199.768
S.E. of regression	700.7092	Akaike info criterion		15.99602
Sum squared resid	16693776	Schwarz criterion		16.08399
Log likelihood	-285.9283	F-statistic		68.60934
Durbin-Watson stat	2.262562	Prob(F-statistic)		0.000000

6. AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO ESTRATO 6:

Dependent Variable: AF6

Method: Least Squares

Date: 02/03/08 Time: 14:03

Sample: 2002M01 2004M12

Included observations: 36

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
INGRESO6	0.025977	0.004866	5.339021	0.0000
C	6052.654	1741.898	3.474746	0.0000
R-squared	0.456045	Mean dependent var		15085.67
Adjusted R-squared	0.440046	S.D. dependent var		3322.789
S.E. of regression	2486.445	Akaike info criterion		18.52905
Sum squared resid	2.10E+08	Schwarz criterion		18.61702
Log likelihood	-331.5229	F-statistic		28.50514
Durbin-Watson stat	2.128268	Prob(F-statistic)		0.000000