



Proyecto:

**Pobreza, vulnerabilidad y aseguramiento en salud en
Cali**

CIDSE

Centro de Investigaciones y Documentación

Socioeconómica

Universidad del Valle

Junio de 2017

Pobreza, vulnerabilidad y aseguramiento en salud en Cali

Director del Cidse

José Fernando Sánchez Salcedo

Investigadores

CARLOS AUGUSTO VIÁFARA LÓPEZ

EDWIN ERNESTO CALEÑO RUIZ

KHAROL DHYAN MORENO MUÑOZ

CAMILA DIAZ

PAULA ANDREA CAICEDO M.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido

<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>7</u>
<u>Planteamiento del problema</u>	<u>9</u>
<u>Justificación.....</u>	<u>10</u>
<u>Objetivos</u>	<u>11</u>
<u>Objetivo general</u>	<u>11</u>
<u>Objetivos específicos.....</u>	<u>11</u>
<u>MARCO CONCEPTUAL.....</u>	<u>12</u>
<u>CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA NO AFILIADA AL SISTEMA DE SALUD</u>	<u>16</u>
<u>METODOLOGIA</u>	<u>16</u>
<u>HECHOS ESTILIZADOS</u>	<u>19</u>
<u>NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS Y AFILIACIÓN A SALUD</u>	<u>27</u>
<u>Dependencia económica.....</u>	<u>28</u>
<u>Inasistencia escolar.....</u>	<u>30</u>
<u>Servicios inadecuados</u>	<u>32</u>
<u>Vivienda inadecuada</u>	<u>33</u>
<u>Hacinamiento</u>	<u>34</u>
<u>TOTAL DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS</u>	<u>35</u>
<u>LAS VOCES DE LA POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO EN SALUD</u>	<u>37</u>
<u>VULNERABILIDAD DE LA POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO EN SALUD</u>	<u>38</u>
<u>Limitaciones de salud</u>	<u>38</u>
<u>Forma de adquirir la vivienda o cómo se construye</u>	<u>40</u>
<u>Gastos generados en el hogar y relación con los ingresos.....</u>	<u>42</u>
<u>Tipo de trabajo</u>	<u>43</u>
<u>DIMENSIONES DE VULNERABILIDAD Y PUNTAJE DEL SISBÉN</u>	<u>45</u>
<u>Relación entre edad avanzada y actividad económica</u>	<u>45</u>

<u>Relación entre bajo nivel de escolaridad, trabajo informal y generación de ingresos</u>	<u>47</u>
<u>Relación entre personas en edad productiva y la generación de ingresos.....</u>	<u>48</u>
<u>CONSIDERACIONES.....</u>	<u>49</u>
<u>DETERMINANTES DE LA AFILIACIÓN A SALUD.....</u>	<u>53</u>
<u>PROBABILIDADES PROMEDIO ESTIMADAS</u>	<u>59</u>
<u>CONSIDERACIONES FINALES</u>	<u>64</u>
<u>REFERENCIAS</u>	<u>68</u>
<u>ANEXO 1. METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS CUALITATIVO</u>	<u>72</u>

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 PPNA por género y nivel de puntaje	19
Tabla 2: distribución tipo de vivienda de la PPNA en los diferentes niveles de puntaje	25
Tabla 3: Alta dependencia económica por nivel de puntaje.....	29
Tabla 4: Inasistencia escolar por nivel de puntaje.....	31
Tabla 5: Servicios inadecuados por nivel de puntaje	33
Tabla 6: Vivienda inadecuada por nivel de puntaje	34
Tabla 7: Hacinamiento por nivel de puntaje	35
Tabla 8: Total de necesidades básicas insatisfechas por nivel de puntaje.....	37
Tabla 9. Variables independientes utilizadas en la modelo.....	55
Tabla 10: resultados de la estimación modelo Logit para la afiliación al sistema general de salud .	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Proporción de población pobre no asegurada por comuna	17
Figura 2: Mapa de calor PPNA	18
Figura 3: distribución por géneros de la PPNA en los diferentes niveles	20
Figura 4: distribución por géneros y jefatura de hogar de la PPNA en los diferentes niveles de puntaje	21
Figura 5: distribución por géneros y rango de edad de la PPNA en los diferentes niveles de puntaje	22
Figura 6: distribución por estratos en los diferentes niveles de puntaje	23
Figura 7: distribución por el tipo de tenencia del hogar de la PPNA en los diferentes niveles de puntaje	24
Figura 8 Mapa de clúster entre el estrato del barrio y el número de personas no afiliadas por barrio	27
Figura 9: Alta dependencia económica por estrato y nivel de puntaje	30
Figura 10: Inasistencia escolar por estrato y nivel de puntaje	32
Figura 11. Índice de activos	56
Figura 12: probabilidades promedio	59
Figura 13 probabilidad promedio estimada por estrato	60
Figura 14: probabilidad promedio estimada por quintil del índice de activos	62
Figura 15: probabilidad promedio estimada por edad	63

INTRODUCCIÓN

La pobreza no es meramente un fenómeno estático y unidimensional. De hecho, la clasificación de una persona como pobre o no pobre, en determinado tiempo y lugar, de acuerdo a la posesión de ciertos bienes o servicios o de los ingresos que permitan adquirirlos, cada vez está más en desuso. La verdad es que la definición de pobreza más utilizada en la actualidad recalca que no solo está asociada con la carencia de bienes o servicios materiales, sino fundamentalmente a la incapacidad de transformarlos de manera efectiva en bienestar. En términos de Sen (1981, 1984, 1985, 1990), la pobreza implica no tener la capacidad de ser o hacer. Es decir, una situación donde las personas ven restringidas su capacidad para tener la libertad de escoger la vida que valoran y desean, debido a la presencia de privaciones de ciertos bienes y servicios elementales que se relacionan con sus condiciones de bienestar. Esos estados y acciones son denominados por Sen como *functionings*, de los cuales se destacan: el acceso a la salud y educación de calidad, estar bien nutrido, tener albergue, entre otros.

Esta definición multidimensional de la pobreza ha marcado la forma cómo los hacedores de política han estado midiendo las privaciones en las últimas décadas, y con ello se ha influenciado la forma de combatir la pobreza en diferentes frentes. A este respecto, ya hace dos décadas, el Gobierno Nacional viene implementado un Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBÉN), que mediante un puntaje que va de 0 a 100, clasifica a la población de acuerdo con sus condiciones socioeconómicas.

En relación con esto, el SISBÉN se constituye un insumo fundamental para la focalización del gasto público social en Colombia como un instrumento de política que permite fomentar capacidades para salir de la pobreza para los que presentan un mayor número de privaciones. La realidad es que el acceso a los servicios sociales está regulado por el puntaje que tenga el hogar en el SISBÉN. Por ejemplo, en el caso específico para pertenecer al régimen subsidiado de salud, y para las principales 14 ciudades del país, se necesita un puntaje entre 0-47,99 para los hogares del nivel 1 y entre 48,00 - 54,86 para los hogares del nivel 2.¹

Sin embargo, pareciera que el puntaje específico del SISBÉN es insuficiente para cuantificar todas las privaciones que enfrentan los hogares, debido al carácter multidimensional del bienestar y del rol de las circunstancias cambiantes que terminan ejerciendo una influencia fundamental en el estatus de un hogar como pobre o no pobre. En este sentido, de acuerdo con Boltvinik (2014) y Vasilachis (2007), la pobreza debe entenderse como un fenómeno contextual y relacional, es decir las privaciones de una persona deben ser valoradas dentro de un contexto espacio-temporal específico, y en este sentido una medida de pobreza debe dar cuenta de esta particularidad.

En efecto, el concepto de vulnerabilidad surge como una forma de entender cómo una persona puede entrar o salir de una situación de pobreza en un momento dado. En realidad, de acuerdo con Moser (1998) y Glewwe y Hall (1995), un individuo se puede considerar vulnerable si es incapaz de adaptarse y sobrellevar choques socioeconómicos sobre sus condiciones de vida.

¹ Es importante aclarar que en la metodología del SISBÉN IV estos niveles se establecen solo para efectos del copago y no representan grados de pobreza o vulnerabilidad como en las versiones anteriores del índice.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, este informe es un esfuerzo por comprender la dinámica entre pobreza, vulnerabilidad y falta de aseguramiento en salud en Cali, entendiendo la falta de acceso a salud como la privación de un derecho fundamental² que tiene implicaciones directas sobre la capacidad de adaptarse a choques socioeconómicos de las personas.

Planteamiento del problema

Originalmente el SISBÉN se creó como una herramienta para identificar a las personas que por sus privaciones tienen la imperiosa necesidad de estar afiliadas al régimen subsidiado de salud, pasando a ser en la actualidad la principal herramienta para focalizar el gasto social en el país, a través de la identificación y clasificación de la población en situación de pobreza y vulnerabilidad.

No obstante, y como se comentó más arriba, el puntaje del SISBÉN podría no tener una correlación con la situación de bienestar de una hogar debido al rol de las circunstancias cambiantes, principalmente en la economía y perspectivas relacionales, que podrían enfrentar las personas. De hecho, si por las características de la vivienda una persona tiene un puntaje por encima de 54,86 y se encuentra desempleada subempleada o en el sector informal, es muy probable que esté por fuera del sistema general de salud, con las implicaciones adversas que esto pudiere ocasionar para su situación de bienestar o las mismas capacidades para escapar de la pobreza.

²tal y como está consignado en el artículo 49 de la constitución política de Colombia.

Cabe mencionar que si bien en Colombia con la Constitución de 1991 quedó consignado el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, con la ley 100 de 1993 se determinó que tanto la nación, como los departamentos, mediante instituciones hospitalarias públicas o privadas deben garantizar la prestación de servicios de salud a todos los ciudadanos, a través de la figura de prestación de servicios. Así pues, se instituyó el goce efectivo del derecho fundamental de la salud, pero con la Ley 100 de 1993 se determinó la creación de un sistema mixto, donde la capacidad de pago de una persona determinaría si califica para recibir la salud subsidiada de parte del Estado.

Justificación

En este orden de ideas, el goce efectivo de la salud se concibe como un derecho fundamental, pero en la práctica es un servicio cuyos costos están ligados al nivel de complejidad del mismo. Intentar comprender cómo la falta de aseguramiento podría redundar en un factor de riesgo sobre los hogares en un contexto de alta vulnerabilidad económica es una cuestión de importancia teórica y de política. Cabe señalar que Cali tiene la característica entre las principales ciudades del país de haber incrementado la población vulnerable en mayor proporción (Angulo et al, 2014). Es decir, la extrema vulnerabilidad en la ciudad podría inducir a que los hogares que tienen puntajes por encima del umbral para clasificar en el régimen subsidiado no tengan posibilidades de tener acceso a la salud, lo cual a su vez restringe las capacidades para escapar de la pobreza y podría derivar en trampas de pobreza y desigualdad (Kray y Mckenzie, 2014).

Objetivos

Objetivo general

- Comprender los factores asociados a la pobreza y vulnerabilidad que inciden en el aseguramiento en salud.

Objetivos específicos

- Caracterizar las necesidades de la población no afiliada al sistema general de salud en Cali.
- Evaluar cualitativamente las características asociadas a la vulnerabilidad de las personas que no se encuentran afiliadas al sistema general de salud.
- Estimar el impacto de determinadas características personales sobre la probabilidad de encontrarse afiliado al sistema general de salud.

Este documento se encuentra dividido en 4 secciones, de la cual la primera es esta introducción. En la segunda sección se presenta el marco conceptual. En la tercera sección se hace una caracterización de la población que pertenece al SISBÉN que no se encuentra afiliada al sistema general de salud de acuerdo a los niveles del SISBÉN, así como una aproximación cualitativa al problema del aseguramiento en salud, y por último la estimación de los determinantes de la afiliación para la población encuestada con fecha de corte a agosto del 2016. La última sección presenta las consideraciones finales.

MARCO CONCEPTUAL

Existen diferentes enfoques conceptuales y metodológicos para abordar el estudio de la pobreza. En efecto, para Spicker (1999) se pueden documentar al menos doce grupos de significados para este concepto. No obstante, según Kakwani (2006) se podría resumir las aproximaciones conceptuales a la pobreza en dos grandes enfoques: a) El enfoque tradicional, considera la pobreza como una carencia de ingresos o consumo, que le impide a los individuos satisfacer ciertas necesidades básicas que han sido definidas en la sociedad; b) La nueva visión, ve a la pobreza en situación de la privación de *functionings* que le permiten a las personas la formación de capacidades básicas para alcanzar la vida que valoran y desean. Estos enfoques pueden definirse como unidimensional y multidimensional, respectivamente.

Así mismo, el estudio de la vulnerabilidad social tiene diferentes enfoques. Por un lado, el enfoque unidimensional parte desde la perspectiva monetaria o económica, que considera principalmente los ingresos de las personas y define la vulnerabilidad como la probabilidad de estar bajo la línea de pobreza (CEPAL, 2000a). Por otra parte, los enfoques multidimensionales que se caracterizan por evaluar si las personas alcanzan determinados umbrales de bienestar que se consideran mínimos en cada una de las dimensiones evaluadas (CEPAL 2000). Un ejemplo de esto es el enfoque planteado por Glewwe y Hall (1995) quienes se interesaron en la capacidad de respuesta de los individuos ante los diferentes choques económicos, definiendo la vulnerabilidad como la incapacidad de los individuos para soportar los cambios socioeconómicos. Por otra parte, Moser (1998) considera tanto la tenencia de activos y la capacidad de movilizarlos, como el riesgo de los actores frente a los choques económicos, definiendo la vulnerabilidad como la escasez de activos o la incapacidad de movilizarlos y la sensibilidad e incapacidad de adaptación frente a los

cambios socioeconómicos. Siguiendo estas premisas, Katzman (1999) plantea un enfoque que además considera la estructura de oportunidades a la que se enfrentan los individuos, y define la vulnerabilidad como una discordancia en la tenencia de activos y la estructura de oportunidades, es decir, la incapacidad de aprovechar las oportunidades y por consiguiente mejorar su situación.

Cabe resaltar que como plantea Boltvinik (1990) los enfoques unidimensionales y multidimensionales no son alternativos sino complementarios, puesto que captan carencias que se derivan de diversas fuentes de bienestar de los hogares y representan diferentes concepciones de pobreza, pues el enfoque multidimensional es una concepción fáctica mientras que el enfoque unidimensional es una concepción potencial. Por otra parte, es importante tener en cuenta que cada método lleva a un tipo de política diferente debido a que se centran en diferentes requerimientos: el método unidimensional se enfoca en requerimiento de consumo privado llevando a la generación de políticas económicas, mientras que el multidimensional se enfoca en requerimiento de consumo e inversión pública generando políticas sociales.

Este informe se encuentra enmarcado principalmente en el enfoque multidimensional planteado por Katzman (1999) sobre activos, vulnerabilidad y estructura de oportunidades (AVEO), el cual define los recursos como todos los bienes (tangibles e intangibles) que posea el hogar, mientras que los activos serán definidos como un subconjunto de los recursos que a través de su movilización facilitan el aprovechamiento de las oportunidades. Por otra parte, la estructura de oportunidades se refiere a la probabilidad de acceso a bienes, servicios o desempeño de actividades.

Este enfoque contempla dos premisas importantes. La primera expone que los recursos no deben ser valorados sin tener en cuenta la estructura de oportunidades, puesto que dichos recursos solo pueden convertirse en activos en la medida en que puedan aprovecharse las oportunidades. La segunda premisa afirma que la estructura de oportunidades no es constante sino variable, por esto, las oportunidades no serán las mismas en los diferentes momentos. Teniendo esto en cuenta, y como se dijo antes, la vulnerabilidad de un hogar puede definirse como la capacidad de control que tiene sobre las circunstancias adversas que lo afectan, teniendo en cuenta los riesgos, la capacidad para enfrentarlo y las habilidades para adaptarse (Moser, 1998).

Partiendo de las premisas anteriores queda claro que al realizar un análisis de la situación de los hogares debe tenerse en cuenta tanto la posesión de activos como la estructura de oportunidades, es decir, tener en cuenta la dimensión microsocial relacionada con las capacidades, recursos y estrategias de los hogares y la dimensión macrosocial asociada a la estructura de oportunidades ofrecida por instituciones del Estado y del mercado. En términos operativos el enfoque de activos, vulnerabilidad y estructura de oportunidades (AVEO) busca localizar dentro de la sociedad los hogares pobres para así definir que vínculos comparten con las instituciones fundamentales y cuál es la discrepancia entre estos y los demás hogares que hacen parte de la sociedad, con el fin de constituir un entorno con igualdad de oportunidades que permita el progreso de la población que enfrenta mayores privaciones.

Por otra parte, es importante tener en cuenta que los diferentes componentes de la vulnerabilidad social interactúan con variables poblacionales. Existen al menos un par de activos planteados por Moser (1998) que tienen un fundamento sociodemográfico. En

relación con esto, Rematoso (2002) plantea que entre la población pobre predomina una mayor cantidad de pasivos sociodemográficos, entre los que se encuentra la reproducción temprana, la concentración de pobres y las fracturas e inestabilidad de las familias que son recogidos por el enfoque de vulnerabilidad, activo y estructuras de oportunidades planteado por Katzman (1999). Cabe resaltar que los diferentes choques demográficos pueden exponer los individuos a choques no demográficos pues tienen efectos sobre el presupuesto y funcionamiento tanto de los individuos como de las sociedades.

Según Ramos (2000) actualmente la sociedad presenta aumentos en la inseguridad, incertidumbre y desprotección en el ámbito económico, social y cultural, además como se planteó anteriormente los cambios en la estructura de riesgos, la capacidad para enfrentarlos y de adaptación ante los choques socioeconómicos también cambia. Por esto, se hace importante el estudio de las condiciones de vida de individuos que son potencialmente pobres debido a su alta vulnerabilidad social.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ENCUESTADA NO AFILIADA AL SISTEMA DE SALUD

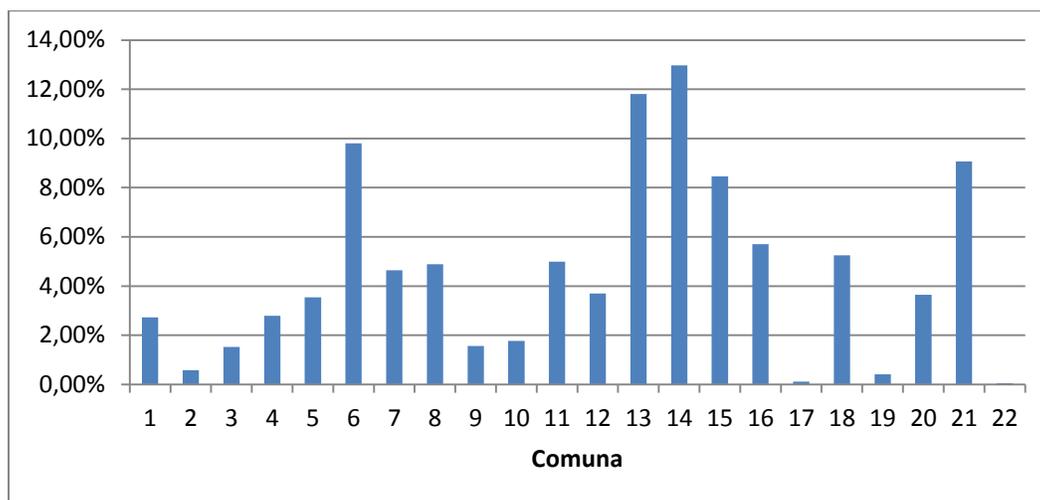
METODOLOGIA

Este informe utiliza un enfoque mixto que combina el análisis cuantitativo de la base de datos verificada del SISBEN con fecha de corte en el 31 de agosto del 2016, y la utilización de técnicas cualitativas como talleres grupales y entrevistas para capturar con mayor fidelidad el tipo de privaciones que el puntaje SISBEN no está capturando, pero que igualmente afectan a la población no afiliada al sistema general de salud.

La población de análisis se construyó a partir de la información suministrada por la secretaria de salud municipal de Santiago de Cali, realizándose el cruce de la base SISBÉN certificada para Santiago de Cali, con la información de la población pobre no asegurada (PPNA) en Cali para esa misma fecha hasta el 31 de agosto de 2016. La población resultante estaba conformada por 126,951 personas, que equivalen 9.99% de la población encuestada hasta agosto de 2016.

Por medio de la Figura 1 se puede observar que las comunas donde más se concentra la PPNA, son la 6, 13, 14, 15, 16 y 21, con más del 57.81% de la población que reside en la cabecera municipal. Así mismo se puede observar que las comunas 2, 17, 19 y 22, albergan la menor proporción de PPNA con solo el 1.15%.

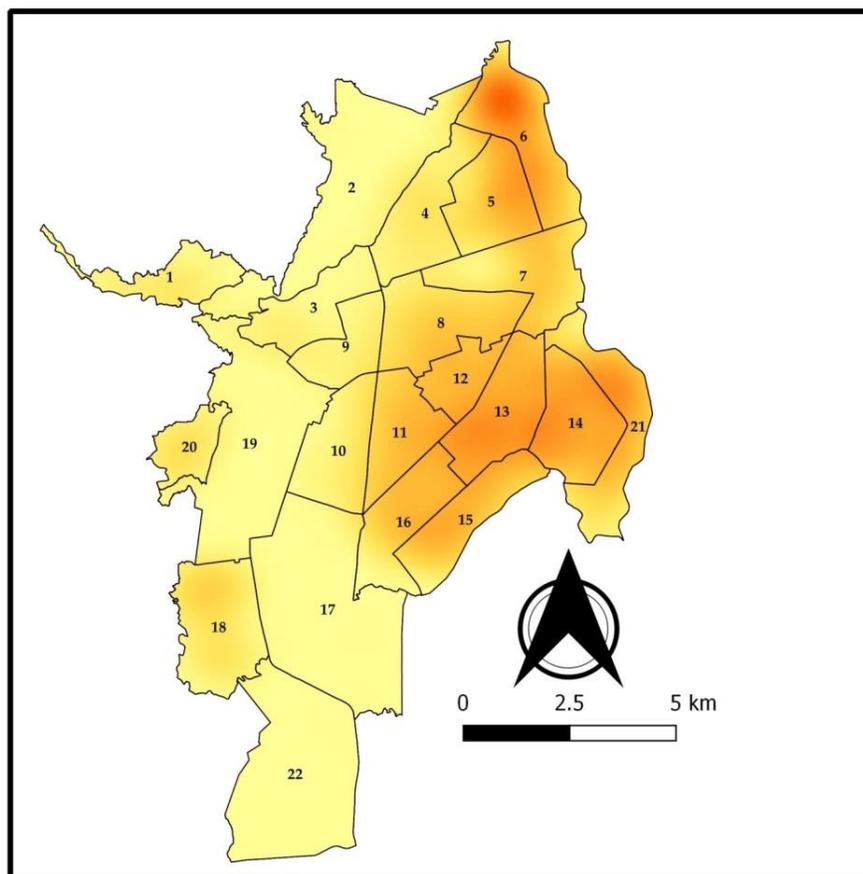
Figura 1 Proporción de población pobre no asegurada por comuna



Fuente: Fuente: Elaborado por el CIDSE.

En este mismo orden y dirección, la Figura 2 presenta con mayor precisión las áreas de la ciudad que concentran la mayor proporción de PPNA. Como se puede apreciar, la comuna 6, al norte de la ciudad, en el sector que comprende el paso del comercio, concentra una aglomeración notable de personas no aseguradas. Además confirma lo observado en la figura 1, la mayoría de la PPNA encuestada se concentra en las comunas 13, 14, 15, 16 y 21, se evidencian levemente concentraciones en las comunas 18 en el sector que comprende el barrio Caldas y la comuna 20.

Figura 2: Mapa de calor PPNA



Fuente: Fuente: Elaborado por el CIDSE.

Teniendo en cuenta que la afiliación al régimen subsidiado de salud depende directamente del puntaje SISBÉN, la muestra se divide en tres niveles de acuerdo a los puntajes necesarios para estar o no afiliado al régimen subsidiado, el nivel 1 abarca puntajes entre 0 y 47.99, el nivel 2 cubre los puntajes entre 47.99 y 54.86, y finalmente el nivel 3 denota puntajes superiores a estos rangos y que por ende no clasifican como posibles beneficiarios del régimen subsidiado. Se realiza esta división en aras de tener en cuenta la heterogeneidad de las privaciones a las que se enfrentan las personas en diferentes niveles socioeconómicos.

Lo anterior implica que hay una proporción de la población privada del acceso a la salud, dado que no son considerados como población pobre, a continuación se presentan los principales hechos estilizados de la PPNA encuestada distinguiendo entre el nivel de puntaje del SISBÉN.

HECHOS ESTILIZADOS

Para empezar, la Tabla 1 muestra la distribución de la PPNA según género y el nivel de puntaje del SISBÉN. Obsérvese que el 40.36% de la población de análisis tienen puntajes demasiado altos para pertenecer al régimen subsidiado, mientras que 47.72% y 11.92% pertenecen al nivel 1 y 2, respectivamente. Significa entonces que la mayor parte de la PPNA (59.64%) tiene un puntaje que les permite acceder al régimen subsidiado de salud, mientras que el resto (40.36%) debe obligatoriamente correr con los riesgos de no encontrarse asegurados en salud.

Tabla 1 PPNA por género y nivel de puntaje

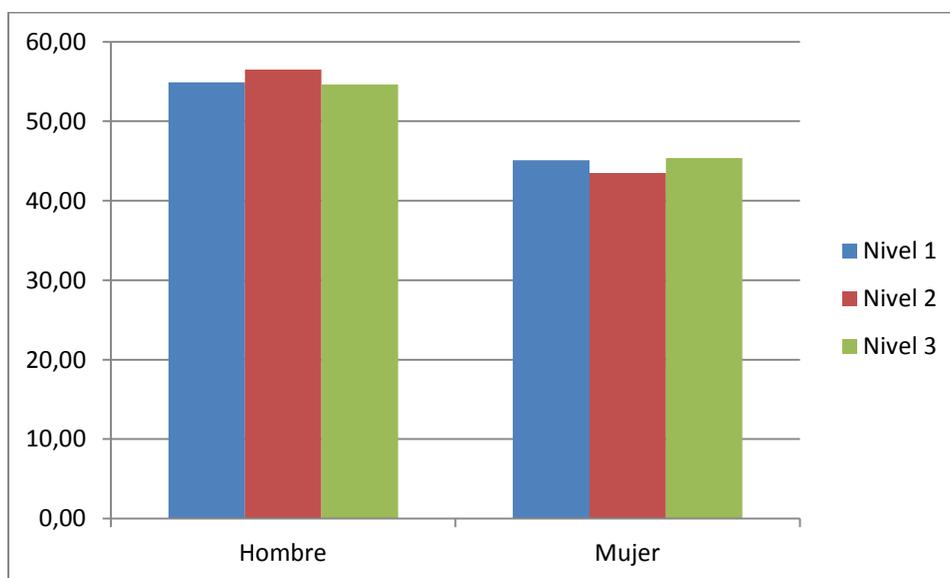
Nivel puntaje	Género		Total
	Hombre	Mujer	
1	34,233 48.54%	26,349 46.7%	60,582 47.72%
2	8,308 11.78%	6,824 12.09%	15,132 11.92%
3	27,984 39.68%	23,253 41.21%	51,237 40.36%
Total	70,525	56,426	126,951

Fuente: Fuente: Elaborado por el CIDSE.

En la Figura 3 se puede apreciar cómo la PPNA encuestada está compuesta en su mayoría por hombres independiente del nivel de puntaje. En concreto, los hombres representan el 54.90%, 56.51% y 54.62%, en los niveles 1, 2 y 3, respectivamente.

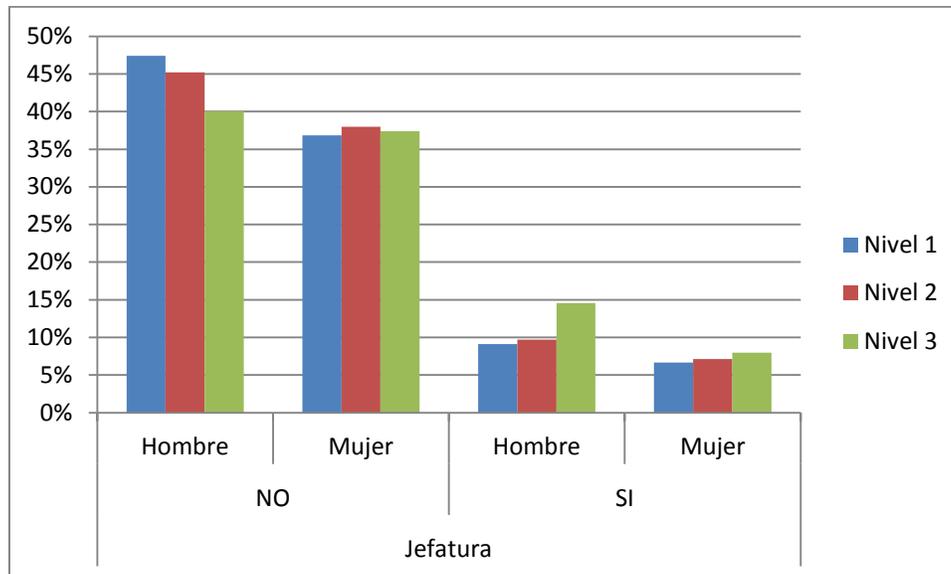
Desde otra perspectiva, en la Figura 4 se puede apreciar la proporción de jefes de hogar por sexo como porcentaje de la PPNA total; cabe resaltar que los jefes de hogar representan en conjunto el 18.64% de la PPNA. Ahora bien se puede ver que en todos los niveles de puntaje la jefatura masculina es mayor que la femenina, lo cual sugiere que en este caso la jefatura femenina no está correlacionada con pertenecer a la PPNA.

Figura 3: distribución por géneros de la PPNA en los diferentes niveles



Fuente: Elaborado por el CIDSE.

Figura 4: distribución por géneros y jefatura de hogar de la PPNA en los diferentes niveles de puntaje

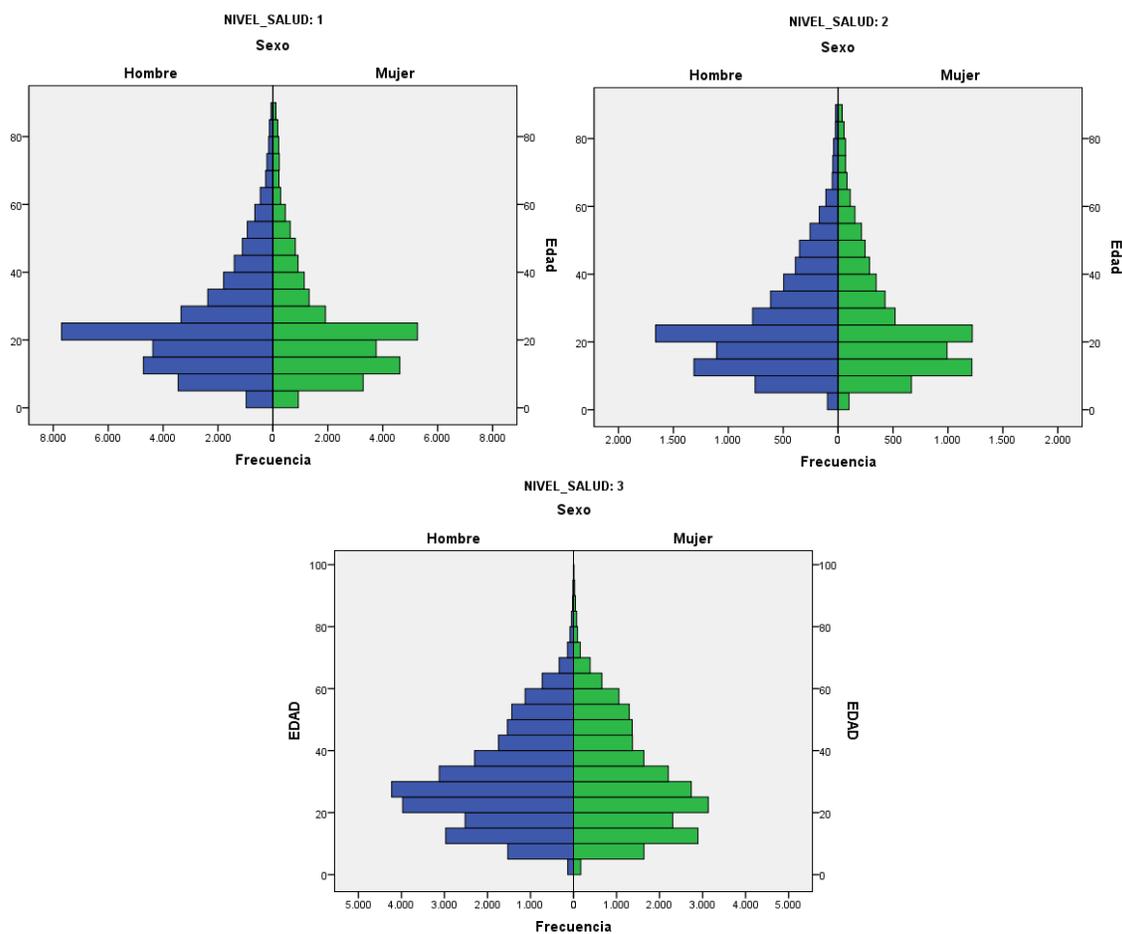


Fuente: Elaborado por el CIDSE.

Un factor asociado a la vulnerabilidad sociodemográfica que puede experimentar la población PPNA es la distribución de edades de la población. En relación con esto, la Figura 5 presenta las pirámides de población por rangos de edad quinquenales para cada nivel de puntaje para la población PPNA. Como se puede ver, en los niveles 1 y 2 la distribución hay una sobre participación de población entre los 15 y 25 años, mientras que en el nivel 3, la distribución no evidencia una concentración tan marcada. De hecho, se podría afirmar que la población del nivel 3 es mucho más envejecida que los niveles 1 y 2, lo cual sugiere que la pertenencia a edades más adultas podría constituirse en un factor de extrema vulnerabilidad para el caso de la PPNA. Llama la atención además que en ninguna de las poblaciones muestra una cohorte crítica para la población joven, lo cual ampliaría la premisa anterior para el conjunto de la población PPNA pero con mayor énfasis en el nivel

3. Además, es importante decir que dada la estrecha relación entre informalidad y la afiliación al sistema de salud, y de acuerdo con la OIT (2015), los jóvenes son particularmente vulnerables a la informalidad, y esto se evidencia en la Figura 5, dado que el 48.51% de la PPNA corresponde a la población entre los 15 y los 35 años de edad.

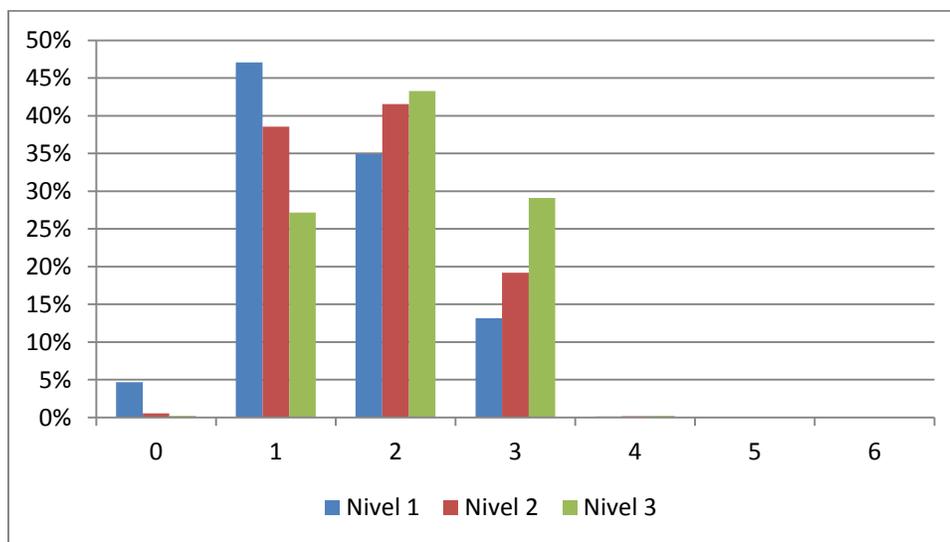
Figura 5: distribución por géneros y rango de edad de la PPNA en los diferentes niveles de puntaje



Fuente: Fuente: Elaborado por el CIDSE.

Con otra perspectiva, el estrato socioeconómico se convierte en una variable esencial para definir la afiliación al régimen subsidiado de salud. La Figura 6 muestra la distribución de la PPNA por estratos socioeconómicos según nivel de puntaje. Como se esperaba existe una relación inversamente proporcional entre el estrato socioeconómico y el puntaje SISBÉN. La población del nivel 1 tiene una sobre concentración en el estrato 1 y en sentido inverso una menor proporción en el estrato 3. En el otro extremo la población del nivel 3 exhibe una menor participación en el estrato 3, mientras que lo población del nivel 2 presenta una posición intermedia. Se puede colegir que la falta de acceso a la salud, está afectando mayormente a personas que residen en estratos de clase media y media baja cuyo puntaje es muy alto para acceder al régimen subsidiado.

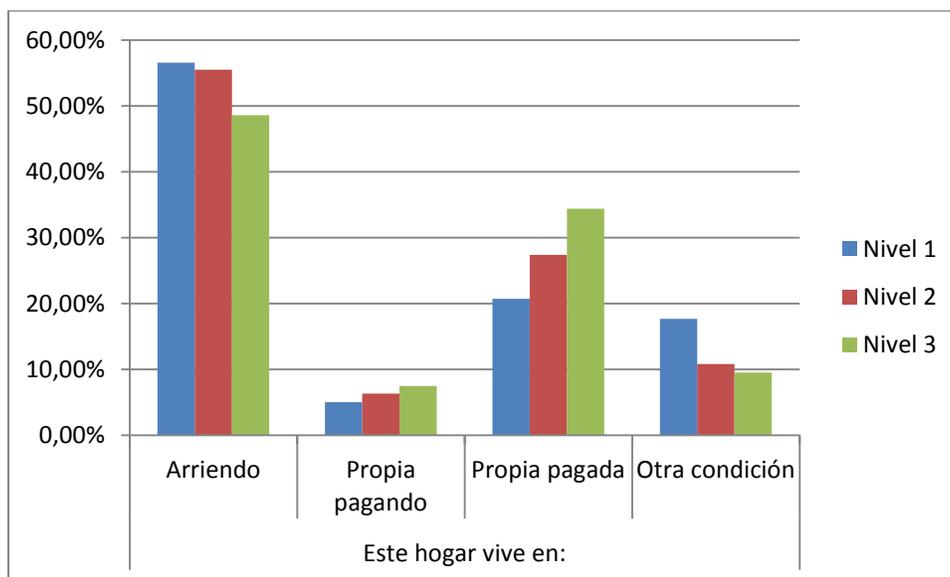
Figura 6: distribución por estratos en los diferentes niveles de puntaje



Fuente: Elaborado por el CIDSE.

De manera análoga al estrato, en la Figura 3 se presenta el tipo de tenencia de la vivienda para la PPNA. Como se puede apreciar en los tres niveles analizados predominan las personas que viven en arriendo, con aproximadamente el 53.22% de la PPNA quien manifestó este tipo de tenencia. Salta a la vista que en el nivel 3, 41.86% de personas tienen vivienda propia (pagada y no pagada), proporción que representa 25.75% y 33.69% en los niveles 1 y 2, respectivamente. Así mismo se destaca la proporción de personas que declararon residir bajo otro tipo de tenencia, que es igual a 17.69%, 10.83% y 9.53%, en los niveles 1,2 y 3, respectivamente. En suma, la mayoría de personas que componen la PPNA no cuentan con vivienda propia y aun así deben asumir los riesgos de no encontrarse afiliados al sistema subsidiado de salud; así mismo, y quizás lo más importante, el tener vivienda propia no exime a las personas de pertenecer a la PPNA.

Figura 7: distribución por el tipo de tenencia del hogar de la PPNA en los diferentes niveles de puntaje



Fuente: Elaborado por el CIDSE.

En línea con los apartados anteriores, en la Tabla 2, se muestra el tipo de unidad vivienda para la PPNA. Los resultados muestran que el 91.43% de las personas en la PPNA residen en casa o apartamento y solo el 8.53% lo hacen en viviendas tipo cuarto³, de este porcentaje, el 99.58% son personas con puntaje nivel 1.

Tabla 2: distribución tipo de vivienda de la PPNA en los diferentes niveles de puntaje

Nivel puntaje	Tipo de unidad de Vivienda				Total
	Casa o apartamento	Cuarto	Otro tipo de unidad de vivienda	Casa Indígena	
1	49,753 82.13%	10,781 17.8%	46 0.08%	2 0%	60,582 100%
2	15,096 99.76%	36 0.24%	0 0%	0 0%	15,132 100%
3	51,225 99.98%	10 0.02%	0 0%	2 0%	51,237 100%
Total	116,074 91.43%	10,827 8.53%	46 0.04%	4 0%	126,951 100%

Fuente: Elaborado por el CIDSE.

En conjunto, se observa que el problema de la falta de aseguramiento está afectando tanto a potenciales beneficiarios del régimen subsidiado como a personas cuyo puntaje los ubica como personas no pobres, y que por ende no tienen acceso al sistema de salud subsidiado. De igual forma, hay una proporción considerable de población joven sin servicio de salud, que residen principalmente en casas y apartamentos de estratos dos y tres, donde la mayoría pagan arriendo, o tienen vivienda propia.

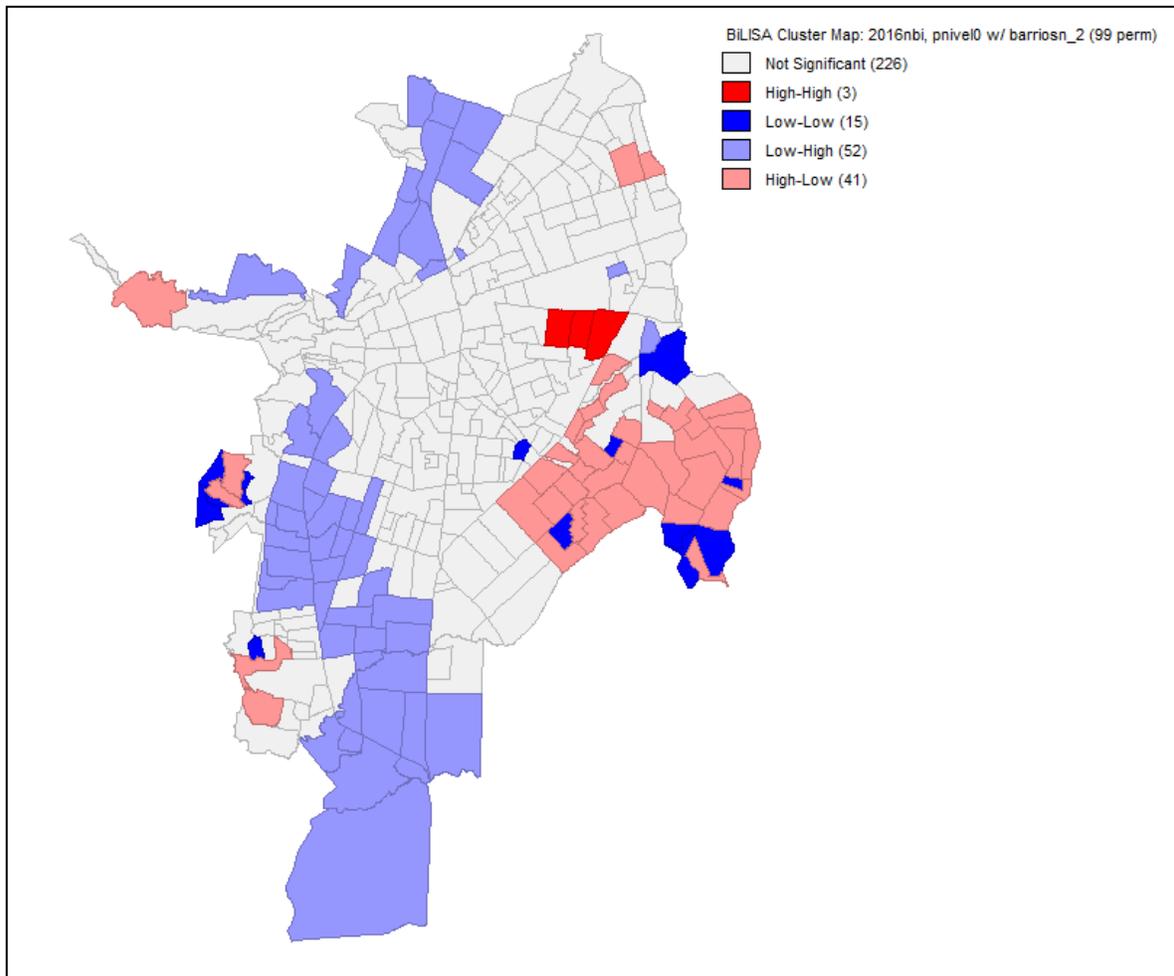
Esto significa que el problema de aseguramiento está afectando a una buena proporción de personas, que podrían considerarse de clase media, o no pobres en términos del puntaje que obtuvieron en el SISBÉN. En aras de tener en cuenta la dimensión espacial de la pobreza, se realizó un análisis exploratorio de datos espaciales, y se encontró que existe una relación

³El manual del encuestador del SISBÉN, define la vivienda tipo cuarto, como aquella donde no hay uso exclusivo de cocina o baños, y entrada independiente

estadísticamente significativa, entre el estrato y el número de personas no afiliadas por barrio que tienen puntajes nivel 3.

En la Figura 8, se pueden apreciar 4 tipos de clústeres, sin embargo se puede ver como predominan agrupaciones de barrios estratos 1, 2 y 3 con altas concentraciones de personas no afiliadas pertenecientes al nivel 3, correspondientes a los barrios denotados en rojo claro. Estas agrupaciones se encuentran mayormente al oriente de la ciudad, sin embargo también se observan agrupaciones en la comuna 1, 6, 18 y 10, al mismo tiempo se observa un clúster de barrios de estrato 3 conformado por los barrios de Villa Colombia, Urbanización La Nueva Base y La Base, con un elevado número de no afiliados en el nivel 3. En otras palabras, hay factores que no se están teniendo en cuenta al cuantificar la situación de pobreza o vulnerabilidad de un hogar, la presencia de personas no afiliadas al régimen subsidiado con altos puntajes del SISBÉN, en barrios de clase media y baja, según el estrato socioeconómico, podría ser es una prueba fehaciente de este fenómeno.

Figura 8 Mapa de clúster entre el estrato del barrio y el número de personas no afiliadas por barrio



Fuente: Elaborado por el CIDSE.

NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS Y AFILIACIÓN A SALUD

Siguiendo lo que Boltvinik (2014) denomina concepción fáctica de la pobreza, a continuación se presenta un análisis del nivel de bienestar que experimenta la Población PPNA, según nivel de puntaje del SISBÉN, con base en el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Es importante señalar a este respecto, que a pesar sus limitaciones para la medición de la pobreza como tal, el NBI ha sido uno de los índices más usados en

Colombia y América Latina dada su utilidad para la identificación de ciertas privaciones críticas que experimenta una población y caracterización de la pobreza (Feres y Mancero, 2001). A estos efectos, el NBI está compuesto por 5 tipos de privaciones: alta dependencia económica, inasistencia escolar, hacinamiento, vivienda inadecuada y servicios inadecuados. Esta concepción señala que un hogar está en situación de pobreza si experimenta una de estas privaciones, y en situación de miseria cuando tiene más de dos privaciones.

Se advierte que aunque existen enfoques más completos para la medición de la pobreza y vulnerabilidad tales como la línea de pobreza e indigencia y el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), se utiliza el NBI debido a la disponibilidad de la información. De hecho, el análisis de NBI permitirá identificar qué dimensiones de la pobreza están más asociadas con la falta de aseguramiento e indirectamente están siendo subestimadas al calcular el puntaje del SISBÉN. Así mismo se utiliza la clasificación por puntaje del SISBÉN de acuerdo a los umbrales necesarios para clasificar como beneficiario del régimen subsidiado de salud, con el fin de tener en cuenta la heterogeneidad de las privaciones que afectan a quienes pueden y no pueden acceder al régimen subsidiado de salud.

Dependencia económica

Un hogar presenta alta dependencia económica cuando hay más de tres personas por cada miembro ocupado y el jefe tiene como máximo dos años de educación primaria aprobados; se incluyen además los hogares donde no se reportó ninguna persona como ocupada. A través de la Tabla 3 se muestra que el 28,38% de la PPNA viven en hogares con alta dependencia económica. De otro lado, al analizar la distribución de hogares con alta

dependencia económica por niveles de puntaje SISBÉN, se tiene que el 19% de PPNA reside en hogares con nivel 3, mientras que esta proporción es de 35.82% y 30.11% en los niveles 1 y 2, respectivamente. Es decir, una proporción no deleznable de hogares que no aplican para el régimen subsidiado enfrentan situaciones de desempleo o alta carga económica que afecta su bienestar.

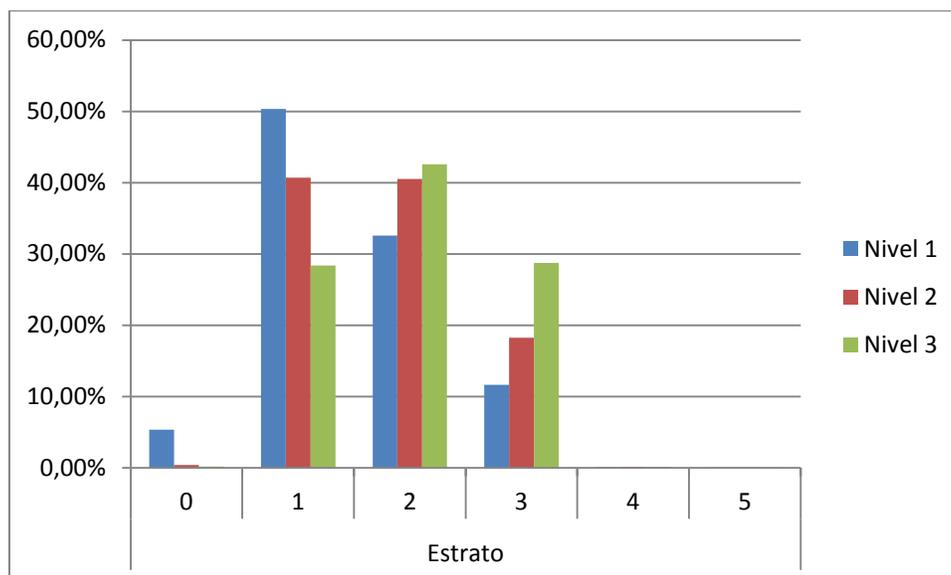
Tabla 3: Alta dependencia económica por nivel de puntaje

Nivel puntaje	Alta dependencia económica		Total
	No	Si	
1	38,881 64.18%	21,701 35.82%	60,582 100%
2	10,576 69.89%	4,556 30.11%	15,132 100%
3	41,470 81%	9,767 19%	51,237 100%
Total	90,927 71.62%	36,024 28.38%	126,951 100%

Fuente: Elaborado por el CIDSE.

Al analizar la distribución de la población con alta dependencia económica por estrato socioeconómico y nivel de puntaje SISBÉN (Figura 9), llama la atención que aproximadamente 71.31% de las personas de nivel 3 y con alta dependencia pertenecen a los estratos 2 y 3; esta proporción es menor para los niveles 1 y 2 donde alcanza el 44.22% y el 58.72%, respectivamente. Con precisión, estos porcentajes se traducen en que existen aproximadamente 19240 personas residentes en estratos 2 y 3 asumiendo los riesgos de no encontrarse asegurados, y de estos 6965 personas tienen puntajes que no permiten acceder a servicios de salud cobijados por el régimen subsidiado.

Figura 9: Alta dependencia económica por estrato y nivel de puntaje



Fuente: Elaborado por el CIDSE.

Inasistencia escolar

Un hogar presenta inasistencia escolar si hay por lo menos un niño entre los 6 y 10 años de edad, pariente del jefe del hogar, que no asiste a una institución educativa. La Tabla 4 presenta el porcentaje de personas que presentaron inasistencia escolar según nivel de puntaje SISBÉN. Se observa que en conjunto hay 27,554 personas de la PPNA que experimentaron esta situación. Específicamente, en el nivel 3 el porcentaje de personas con esta privación es de 14.21%; este porcentaje alcanza 27.79% y 22.69% para los niveles 1 y 2, respectivamente.

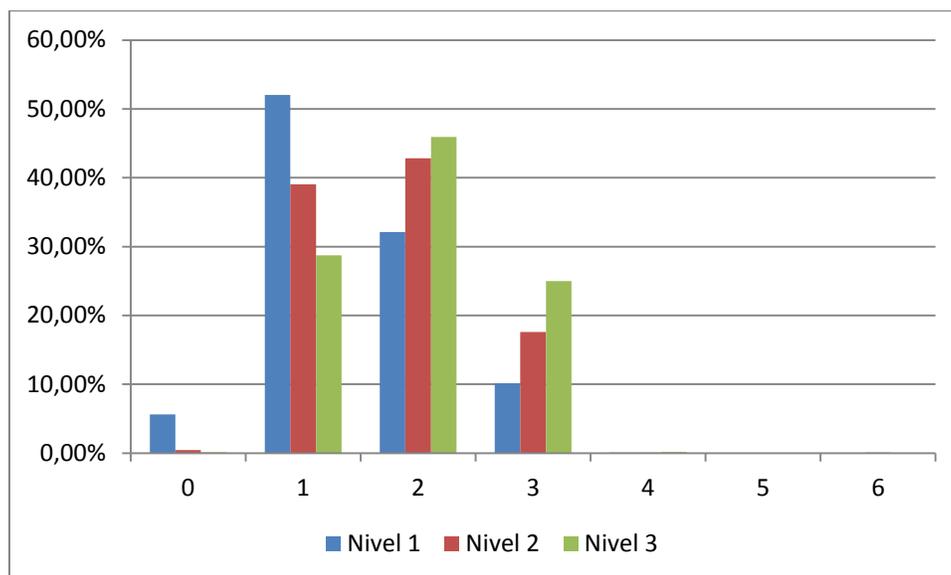
Tabla 4: Inasistencia escolar por nivel de puntaje

Nivel puntaje	Inasistencia escolar		Total
	No	Si	
1	43,745 72.21%	16,837 27.79%	60,582 100%
2	11,698 77.31%	3,434 22.69%	15,132 100%
3	43,954 85.79%	7,283 14.21%	51,237 100%
Total	99,397 78.3%	27,554 21.7%	126,951 100%

Fuente: Elaborado por el CIDSE.

En este mismo orden y dirección, la Figura 10 permite ver cómo se distribuyen por estrato socioeconómico las 27554 personas de la PPNA encuestada que no asisten a una institución educativa. Al igual que para el caso de la alta dependencia económica, se evidencia que en los estratos 2 y 3 se concentra el 70.94% de las personas con puntaje SISBÉN de Nivel 3, que equivale a 5167 personas; esta proporción para los niveles 1 y 2, asciende a 42.28% y 60.40%, respectivamente.

Figura 10: Inasistencia escolar por estrato y nivel de puntaje



Fuente: Elaborado por el CIDSE.

Servicios inadecuados

Un hogar tiene servicios públicos deficientes si la vivienda no tiene acceso a un sanitario o si no está conectado al alcantarillado. Del mismo modo si en el hogar no se tiene el servicio de acueducto y se provisionan de agua río, nacimientos, carro tanque o de la lluvia. A este respecto, en la tabla 5 se puede observar como solo el 2,10% de la PPNA reside en una vivienda con servicios públicos inadecuados.

Tabla 5: Servicios inadecuados por nivel de puntaje

Nivel Puntaje	Servicios inadecuados		
	No	Si	Total
1	58,316 96.26%	2,266 3.74%	60,582 100%
2	14,980 99%	152 1%	15,132 100%
3	50,952 99.44%	285 0.56%	51,237 100%
Total	124,248 97.87%	2,703 2.13%	126,951 100%

Fuente: Elaborado por el CIDSE.

Vivienda inadecuada

Un hogar con vivienda inadecuada es aquel que tiene paredes inestables o con pisos en tierra o arena, a través de la tabla 10 se puede apreciar como únicamente el 0,98% de la PPNA encuestada residen en una vivienda inadecuada. De estos solo el 1.85% pertenecen al nivel de salud 0, 97.03% se encuentran en el nivel 1 y el 0.09 restante tienen puntajes nivel 2, esto es equivalente a decir que solo 23 personas con puntajes altos residen en vivienda inadecuada.

Tabla 6: Vivienda inadecuada por nivel de puntaje

Nivel Puntaje	Vivienda inadecuada		
	No	Si	Total
1	59,373 98%	1,209 2%	60,582 100%
2	15,118 99.91%	14 0.09%	15,132 100%
3	51,214 99.96%	23 0.04%	51,237 100%
Total	125,705 99.02	1,246 0.98	126,951 100

Fuente: Elaborado por el CIDSE.

Hacinamiento

La última dimensión de las NBI es el hacinamiento. Un hogar registra hacinamiento si hay más de 3 personas durmiendo en un mismo cuarto. La Tabla 7 muestra la proporción de la PPNA encuestada en condición de hacinamiento. Como se apreciar, el 19,16% de hogares experimentaron esta situación. De estos 9.50% tienen puntaje del SISBÉN nivel 3, mientras que 82.73% y 12.48%, ostentan el nivel 1 y 2, respectivamente. Cabe señalar que al igual que en el caso de la inasistencia escolar y la alta dependencia económica, esta dimensión del bienestar está afectando un número considerable de personas cuyo puntaje del SISBÉN no les permitiría tener acceso al régimen subsidiado de salud.

Tabla 7: Hacinamiento por nivel de puntaje

Nivel Puntaje	Hacinamiento		Total
	No	Si	
1	40,456 66.78%	20,126 33.22%	60,582 100%
2	13,244 87.52%	1,888 12.48%	15,132 100%
3	48,925 95.49%	2,312 4.51%	51,237 100%
Total	102,625 80.84%	24,326 19.16%	126,951 100%

Fuente: Elaborado por el CIDSE.

TOTAL DE NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS

De manera general, los resultados revelan que las personas en todos los niveles de puntaje de SISBÉN analizados se enfrentan a diferentes privaciones que podrían tener efectos importantes en sus niveles de bienestar. Por supuesto existe una correspondencia entre los niveles de puntaje de SISBÉN y grado de privaciones que miden de manera indirecta en el puntaje de SISBÉN. Las personas de nivel 1 enfrentan más privaciones y en el otro extremo se encuentran las personas de nivel 3, estando el nivel 2 en una posición intermedia. Quizás lo más importante es que las personas del nivel 3 no clasifican para tener acceso al régimen subsidiado de salud lo cual podría transformar su situación de vulnerabilidad, que en algunos caso puede ser temporal, en una situación de pobreza estructural dado la imposibilidad de tener acceso a los servicios de salud. Cabe señalar que la falta de acceso a la salud podría afectar la capacidad de trabajo de las personas lo que a su vez afecta a los ingresos del hogar, y podría derivar en situaciones de trampas de pobreza (Ray, 1998).

En otras palabras, los datos revelan que las personas no afiliadas al régimen subsidiado con puntajes altos del SISBÉN también presentan necesidades básicas insatisfechas, es decir

también se ven afectados por la pobreza en varias dimensiones que pareciera que no afectan el cálculo del puntaje, pero que si inciden en su situación de bienestar. En este sentido, la PPNA en el nivel 3 alto porcentaje exhibe privaciones asociadas a la alta dependencia económica, la inasistencia escolar y el nivel de hacinamiento.

Con el objetivo de hacer una valoración sintética de la situación de bienestar que enfrenta la PPNA, a continuación en la Tabla 12 se presenta una clasificación de la población de acuerdo al número de privaciones que experimenta. Si una persona experimenta una privación se considera que esta en situación de pobreza, a partir de 2 o más privaciones se cataloga como en situación de miseria o pobreza extrema. En primer lugar, 31.4% de la PPNA esta en situación de pobreza mientras que el 18 % se encuentra en situación de miseria o pobreza extrema. Según niveles de puntaje SISBÉN la tasa de pobreza es similar para los niveles 1 y 2 del SISBÉN 35.00%, 35.54%, respectivamente, y se reduce un poco para el nivel 3 que alcanza 26.48%. E segundo lugar, el porcentaje de población en situación de miseria o pobreza extrema si presenta diferencias importantes: en el nivel 1 el 29.32% están en situación de miseria o pobreza extrema, en el nivel 2 este porcentaje alcanza 14.44% y apenas 5.62% en el nivel 3. Con todo, hay aproximadamente 16447 personas de la PPNA que se encuentran en el nivel 3, no tienen posibilidades de pertenecer al régimen subsidiado de salud y tienen al menos una necesidad básica insatisfecha; es importante decir que 5519 se encuentran es situación miseria o pobreza extrema.

Tabla 8: Total de necesidades básicas insatisfechas por nivel de puntaje

Nivel Puntaje	Total NBI por hogar						Total
	0	1	2	3	4	5	
1	21,636 36%	21,165 35.00%	12,881 21%	4,440 7.33%	408 1%	52 0.09%	60,582 100%
2	7,570 50.03%	5,378 35.54%	1,896 12.53%	278 1.84%	10 0.07%	0 0%	15,132 100%
3	34,790 67.9%	13,566 26.48%	2,550 4.98%	320 0.62%	11 0.02%	0 0%	51,237 100%
Total	63,996 50.41%	40,109 31.59%	17,327 13.65%	5,038 3.97%	429 0.34%	52 0.04%	126,951 100%

Fuente: Elaborado por el CIDSE.

LAS VOCES DE LA POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO EN SALUD

En esta sección se intenta , evidenciar, de primera mano, a través de las voces de las personas, las limitaciones que presentan los habitantes de estratos 2 y 3, seleccionados en las zonas de puntos calientes de la PPNA con altos puntajes del SISBÉN, en el acceso al aseguramiento de salud, lo cual podría manifestar las falencias **existentes en torno al concepto de pobreza y la medición de la misma por parte** SISBÉN. En el anexo 1 se presenta de manera detallada la metodología llevada a cabo.

De acuerdo con lo dicho, el ejercicio de entrevistas y talleres participativos sirve para complementar los hechos estilizados y análisis de las necesidades básicas insatisfechas de la sección anterior. En concreto, se busca entender cuáles son las condiciones que no son capturadas por el instrumento de medición del SISBÉN, y que podrían inducir a una situación de vulnerabilidad extrema a las personas con altos puntajes de SISBÉN que no tienen acceso al sistema general de salud. Además, también se busca visibilizar las condiciones que si se están teniendo en cuenta en el instrumento pero que la metodología

de focalización no les da la importancia a la hora de asignar ponderadores o no se refleja entre las características de las personas que componen el hogar.

En ese orden de ideas, primero se visibilizará las condiciones de vulnerabilidad que no son capturadas por el instrumento de medición del SISBÉN, seguido de las falencias que tiene la metodología en otorgar el puntaje sin ponderar las variables necesarias, y no relacionarlas entre sí, y por último una reflexión con respecto a los resultados encontrados.

VULNERABILIDAD DE LA POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO EN SALUD

Limitaciones de salud

En su mayoría las personas entrevistadas que se encuentran desempleadas, no se encuentran en una buena condición de salud física y mental. En aproximadamente cinco casos se evidenciaron enfermedades como: depresión, túnel carpiano, artritis, osteoporosis y limitación para la movilidad.

Elizabeth de 50 años cuenta con problemas de depresión desde que iniciaron sus dificultades económicas: “...Bueno a raíz de eso yo fui a parar al psiquiátrico, entonces eh (señora toce con ojos aguados). **He venido con depresiones, muchas depresiones,** yo trato de salir adelante, he trabajado en muchas cosas, pero no ha sido fácil, tengo 50 años, eso no es fácil conseguir en una empresa o algo así por la edad, trabajo en esto y hago domicilios y lo que tu ves ahí allí (Camila: ¿peluquería?) Si, en eso me he defendido...”-

Ciudadela Floralia, estrato 2, Comuna 6, Cali.

María de 62 años: “...yo tengo un problema en la cadera a mi me iban a operar, quizás por la demora yo tengo ese problema hace más de 6 años y he bregado y bregado, cuando tenía la EPS y no me operaron... que haga papeles, corra aquí, corra allá y aquí estoy con el problema. Yo ando y todo pero a punta de pastillas, pero cuando está el día frío póngale cuidado, el dolor es intenso. A mi me tienen que cambiar la cadera, la parte derecha, yo tengo **osteoporosis severa** y pues en este momento cómo se hace, si uno va a la EPS y con el SISBEN con ese puntaje tan alto me da lo mismo...” - **Calypso, estrato 3, Comuna 13, Cali.**

Luz de 27 años desde su nacimiento sufre de ataques epilépticos y la operaron del corazón, por lo tanto, no puede trabajar: “...En octubre voy a cumplir cuatro años y ahí me operon sino... Del corazón, sí porque son hereditarios a mi mamá también le daban entonces...Ah sí, estuve de cálculos, cálculos en la vesícula, y ese es el otro problema que si yo me enfermo, porque yo mantengo enferma cada rato, entonces a mi marido le toca estar allá conmigo porque la verdad mi mamá ya se fue para otro lado...”- **Los chorros, estrato 1, Comuna 18, Cali.**

Por su parte de los asistentes a los talleres, sólo una persona presentó una condición de limitación física por amputación, pero haciendo una revisión de su ficha se comprobó que su puntaje era bajo y le permitía acceder no solo a salud subsidiada, sino a otros programas sociales



que ofrece el estado.

Forma de adquirir la vivienda o cómo se construye

Las condiciones de la vivienda según la percepción de las personas entrevistadas y de los participantes en los talleres, perjudica a los hogares tanto en su calidad de vida como en la posibilidad de obtener un puntaje bajo en la ficha del SISBEN, porque consideran que tener una “vivienda digna” se castiga en la encuesta.

De las **123 personas** que asistieron a los talleres y las **20 personas** que fueron entrevistadas, todas manifestaron que, aunque siguen siendo pobres, los entornos donde viven están ubicados en lugares que cuenta con mejores condiciones: material de las casas, vías de acceso, hogares limpios y dignos y esto influye en el momento de que se les asigne el puntaje.

Oliva de 50 años afirma que no se tiene en cuenta en las encuestas las formas o métodos para construir o adquirir una vivienda: *“A mí me han dicho es que el puntaje nos salió muy alto, que porque de una u otra manera figurábamos con casa. Cuando me encuestaron, apenas teníamos cuatro años de estar empezando a pagar la casa. En este momento pues sí, que va decir uno que no, si ya la terminó de pagar”* –**Comfandi Morichal, estrato 2, Comuna 15, Cali.**

De los entrevistados cinco personas cuentan con infraestructura de vivienda precaria, sin acabados, en ladrillo y con piso de tierra. Pero en su mayoría cuentan con vivienda propia, y solo existen tres casos de arrendamiento.



María de 60 años vive en una casa que denomina “rancho” por las precarias condiciones en las que se encuentra, están en ladrillo y sin piso: “Hacerla por piezas, hacerla piezas por piezas, ¡ay bien duro me tocó!...(…) esto lo compró don Gerardo y él ya murió, pero ¡ay me

toca horrible, horrible, horrible esa situación horrible!”- Mario Correa, estrato 2, Comuna 18, Cali.

Jesús de 62 años vive en una casa similar a la de doña María: “...Este lote es de la señora con que vivo. Mire la pared es del vecino, prácticamente las paredes, mire aquí a este lado me gané un chance y paré la pared de afuera como para hacer un localcito, pero mire el rancho es infrahumano no tiene ni pisos,”- Jorge Eliécer Gaitán, estrato 2, Comuna 6, Cali.

María paga arrendo y aun así su puntaje es de 72,31: “... ¿Qué? en este momento estamos pagando 350, nos van a subir a 400. Entonces usted se imagina, si hay para el arriendo no hay para la comida, y los servicios...” - **Calypso, estrato 3, Comuna 13, Cali.**

Rubí de 58 años de edad: “...el apartamento si es de nosotros... Nosotros vivimos aquí hace treinta años...” – **Chiminangos II, estrato 3, Comuna 6, Cali.**

En los talleres participativos se expuso por parte de la comunidad que no solo se encuestaba la parte material de la vivienda, sino que los electrodomésticos con los que cuenta el hogar, según su percepción esto también afectan en la puntuación, pues al parecer en la encuesta su tenencia, implica riqueza y no se evidencian como necesarios para suplir las necesidades básicas.

Gastos generados en el hogar y relación con los ingresos

En el taller participativo realizado en la Ciudadela Floralia, los participantes evidenciaron que aunque en la encuesta del SISBEN se pregunta por los ingresos, no se cuestiona por los gastos que se generan en el hogar. A saber, no se hace una relación entre los ingresos y los gastos que se presentan en el hogar.

Henry de 25 años, expositor del grupo 3 del taller de Ciudadela Floralia: “Y en esa encuesta nos piden que digamos los ingresos familiares, pero ¿Dónde preguntan sobre los gastos? Uno gasta más de lo que le ingresa, con la universidad tan cara y eso que uno gana solo alcanza para comer y dormir”

Tipo de trabajo

Debido a la falta de empleo, el subempleo, la informalidad laboral o el famoso “rebusque” se constituyen en la única opción de generación de ingresos de la población entrevistada, ante la escasa oportunidad que tienen las personas para obtener un empleo en el sector formal. El empleo informal al que acceden estas personas se caracterizan por los bajos ingresos e inestabilidad, que genera en los hogares una inadecuación de ingresos al no recibir un salario para suplir las necesidades básicas. En las entrevistas se encontró solo **una** persona que cuenta con un trabajo formal, a pesar de la flexibilidad laboral que demarca el sistema económico actual.

Carlos de 34 años se encuentra laborando por medio de proyectos en una reconocida institución de investigación de geografía, y a pesar de la incertidumbre laboral está feliz por el buen pago del cual es acreedor: *“...cuando me graduo y arranco a trabajar empiezo a cotizar mi EPS y todo eso. Lo que pasa es que como tengo trabajo por contratos, entonces se termina el contrato y por prestación de servicios, entonces se termina el contrato, entonces uno no puede seguir pagando la EPS y todas esas cosas, entonces en todo ese momento cuando vuelve el contrato o un proyecto vuelvo y arranco a cotizar”-*
San Luis, estrato 2, Comuna 5, Cali.

El empleo informal se relaciona altamente con un bajo nivel de educación, pues la mayoría de las personas que dicen pertenecer al campo informal, tienen un bajo nivel de escolaridad.

Rubí de 58 años vive con sus dos hermanos contemporáneos, los tres trabajan de manera informal, a pesar de que en el pasado estuvieron vinculados al sector privado, después de esa experiencia no volvieron a ser parte del mercado laboral formal:
“...Vamos a hacer aseo, ¿sí? ... tengo un familiar que es cocinero, él es chef, entonces él a

veces tiene eventos entonces a veces voy y le colaboro, así pues con eso me ayudo...”

“...Por ejemplo como mi hermano, él trabaja, él pinta apartamentos, pues tampoco nosotros no tenemos un empleo fijo, por ejemplo, él también trabajó en una empresa, pero también se quedó sin empleo, usted sabe que cuando uno menos piensa ¡pum! se le acabó el trabajo y uno no está fijo en ninguna parte, entonces a él también se le acabó el empleo no...” – **Chiminangos II, estrato 3, Comuna 6, Cali.**

Adicional a esto, se logró detectar que la informalidad laboral está condicionada por el género. Las mujeres que se entrevistaron cumplen el papel de atender el hogar y debido a esto necesitan trabajos que les permita flexibilidad y poder cumplir con las necesidades de sus hogares. Otras por el contrario sólo se dedican al hogar.

Angie de 32 años no se vincula al mercado laboral porque debe cuidar a sus dos hijos pequeños: “...Nadie me los puede cuidar... mi mamá es la que me ayuda para la comida y el arrendo, y a veces yo le ayudo a ella (señora que tiene un local en la casa que alquila) y así me sostengo por ahora...” - **Ciudadela Floralia, estrato 2, Comuna 6, Cali.**

En los talleres participativos se resaltó la informalidad por género, para los hombres los trabajos informales están relacionados con las ventas en el sector del comercio, arreglos de

goteras o actividades en el sector de la construcción; para las mujeres el sector informal está relacionado en su mayoría con ventas ambulantes y servicios domésticos.



DIMENSIONES DE VULNERABILIDAD Y PUNTAJE DEL SISBÉN

Relación entre edad avanzada y actividad económica

La edad tiene fuerte relación con las condiciones de vulnerabilidad de una persona, en el caso de un hombre joven sus posibilidades de entrar al mercado laboral informal o formal son mucho más altas que las personas mayores a los 50 años. Esta hipótesis se enmarca en la evidencia adquirida en las entrevistas realizadas, específicamente, un caso de un hombre joven con alto nivel educativo y personas mayores a 50 años sin un buen nivel de educación.

Carlos de 34 años cree que tiene un puntaje alto en la ficha del SISBEN debido a su edad, nivel de educación y su modalidad de trabajo: *“...En este momento no estoy trabajando. Porque no estoy trabajando, entonces estoy sin EPS...empezaría ahorita con el de la maestría, la seguridad que te ofrece la universidad, la salud que uno paga en la universidad, entonces eso ya lo pagué. Pero entonces estaría en ese porque ya no estoy trabajando; pero digamos que el otro año que arranque a trabajar, pues vuelvo y arranco a cotizar...”* - **San Luis, estrato 2, Comuna 5, Cali.**

Los entrevistados mayores de 50 años argumentan que el mercado laboral en Cali

discrimina a las personas mayores a 35 años, donde las empresas no valoran la experiencia ni capacidades de las personas mayores.



Jesús de 62 años motorista de profesión asegura que la edad no le permite ingresar al mercado laboral: “...Yo era conductor de la Verde San Fernando trabajé en la Blanco y Negro, bueno prácticamente aprendí fue a manejar y mecánica. No ejerzo la mecánica porque tengo una hernia en la columna, una hernia discal y no puedo hacer fuerza. Cuando vino el MIO, nos dieron unos cursos o como el manejo y todas esa cuestión, y que nos iban a recibir y ese curso se demoró dos años. A los viejos nos dijeron que no nos daban trabajo, a los que pasábamos de cincuenta años. Como si esto fuera poco, dijeron que las empresas de transporte deberían de presentar paz y salvo de Seguro Social, de Cajas de Compensación, para poder que la empresa liquidara al personal, y más de una empresa lo que hizo fue vender las rutas y chatarrizar los carros y anocheció y no amaneció...” - **Jorge Eliécer Gaitán, estrato 2, Comuna 6, Cali.**

Patricia de 49 años afirma que su esposo quien ha trabajado en el mercado informal como transportador escolar toda su vida, ya no puede seguir laborando por las limitaciones que le ponen para trabajar, específicamente la edad: “...Sino que ese también es otro gallo, por ejemplo, él manejaba otro carro escolar pero por la edad ahora se le vence la licencia cada año, entonces ahí está que son casi 200 mil pesos y bueno, y digo bueno, si le saliera un trabajo pues uno hace lo que sea y una va y consigue lo de la licencia, pero sino uno para que va a estar renovando licencia cada año...”- **Ciudadela Floralia, estrato 2, Comuna 6, Cali.**

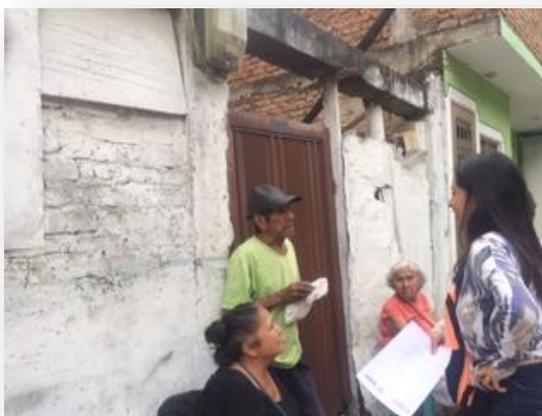
De igual manera, los entrevistados relacionaron el deterioro de sus condiciones de vida a medida que la edad avanza. Manifestaron la necesidad de contar con más y mejores ayudas por parte del Gobierno, ya fuera Municipal o Nacional y expresaron mediante el testimonio de su experiencia los problemas que padecen a diario debido a la edad:

Agripina de 66 años:“...Trabajé 16 años y me retiré porque mire; tengo mis manos torcidas y un dolor acá en las coyunturas y ya no podía seguir” - **Alirio Mora Beltrán, estrato 2, comuna 14, Cali**

En los talleres participativos también se evidenciaron varias características relacionadas con las limitaciones que genera llegar a una edad superior a los 35 años para sostener condiciones de vidas óptimas. Se discutió de la dificultad y limitación que mantenía una persona al exceder ésta edad, sortear con esta condición los empuja a una vulnerabilidad que no está siendo capturada por la metodología III de la encuesta SISBEN.

Relación entre bajo nivel de escolaridad, trabajo informal y generación de ingresos

El bajo nivel de escolaridad afecta las condiciones de vida de la población y desata un ciclo de pobreza y de



vulnerabilidad, esto se logró detectar con las entrevistas realizadas. Sólo **una** de las 20 personas que se entrevistaron se encontraba realizando un estudio de posgrado, siendo el único inmerso en el mercado laboral. Evidenciando que, a menor grado de escolaridad, mayor probabilidad de no adquirir un empleo formal.

Rebeca con 65 años, quien toda su vida ha trabajado en casas domésticas o ventas ambulantes no ha tenido una formación escolar: “Yo no tengo estudios, seis meses, la comunión y no mas” –**Prados del Sur, estrato 2, Comuna 18, Cali.**

Luz de 27 años de edad, no cuenta con un nivel de educación alto y se dedica a sus hijos: “...*Por la salud y porque no estudié, porque siempre me preguntan ¿usted hasta que año estudió? Que hasta quinto de primaria y me dicen: ¡No! debe haber terminado hasta el bachillerato. Por lo menos, yo quería hacer una carrera cualquiera, cualquier cosa que a veces a uno le dan gratis en la academia, y que no, que al menos había que tener que haber hecho hasta noveno. Así entonces por eso es que uno no puede...*” –**Los Chorros, estrato 1, Comuna 18, Cali.**

Oliva de 50 años afirma no haber estudiado y dedicarse al hogar: “Mi hijo está en once, mi esposo terminó el bachillerato, y yo, yo estudié muy poquito” – **Comfandi Morichal, Comuna 15, estrato 2, Cali.**

Santiago de 25 años comenta haber dejado el estudio: “...estaba estudiando en la universidad, pero salí a media carrera, por los medios de pagos, esa carrera es nueva y estaba muy cara” –**Morichal de Comfandi, Comuna 15, estrato 2, Cali.**

Gran parte de los entrevistados manifestaron que cuando estaban “jóvenes” no se preocuparon por su preparación académica, sino por ingresar al mercado laboral y generar ingreso para contribuir a sus hogares, apartando de su prioridad la necesidad de educarse.

Relación entre personas en edad productiva y la generación de ingresos

La edad productiva dentro de algunos miembros del hogar constituye una parte importante para la encuesta, según el DANE las personas que están entre los 12 años y más, tienen todas las capacidades para generar un desarrollo personal y el de su familia en la zona urbana. Esto influye en el momento de la asignación del puntaje. Muchos de los hogares manifestaron que en sus casas vivían hijos, sobrinos y demás familiares en edad productiva

pero que no todos percibían ingresos o tenían un trabajo estable, esto no les permite una estabilidad para el sostenimiento de un hogar.

Existen dos casos de personas en los cuales sus hijos proveen sobre sus necesidades básicas, como alimentación y vivienda. Pero en cuanto a salud, vestido y recreación, estas personas se ven limitadas. Se evidencia que los hogares donde se encuestan las personas próximas a la tercera edad o de tercera edad ya, que tienen hijos en edad productiva no se consideran pobres.

Patricia de 49 años: “...mmm cinco (personas viven en la casa, tres jóvenes)... Janer y mi sobrino, que también está, (Paula: ah ok) lo hice incluir en el SISBEN...” -**Ciudadela Floralia, estrato 2, Comuna 6, Cali**

CONSIDERACIONES

Como resultado del ejercicio cualitativo se puede evidenciar que las personas que viven en la Ciudad de Cali en estratos socioeconómicos 2 y 3 y que presentan un puntaje alto en el SISBEN, muestran condiciones de vulnerabilidad que no son capturadas por la metodología del instrumento de medición de pobreza nacional; pues se observa que la focalización de pobreza está conceptualizada actualmente y de manera errónea en la ausencia de ingresos o riqueza, denotada en las condiciones de vida materiales como lo son la infraestructura de la vivienda y, en las oportunidades de adquirir ingresos como la población en edad de trabajar.

Según lo que han manifestado funcionarios del SISBÉN, las variables que ponderan el puntaje, afirmación que se evidencia a partir del ejercicio diario y de campo que realizan, las variables que asignan el puntaje según la metodología del SISBEN son: el habitad- condiciones de vivienda, la edad productiva, la discapacidad y la escolaridad. En ese

sentido, la mayoría de las personas que se encuentran en esta situación de vulnerabilidad pertenecen a hogares en donde los ingresos “no son tan bajos”, porque cuentan con viviendas dignas y porque algunos miembros del hogar se encuentran en edad productiva.

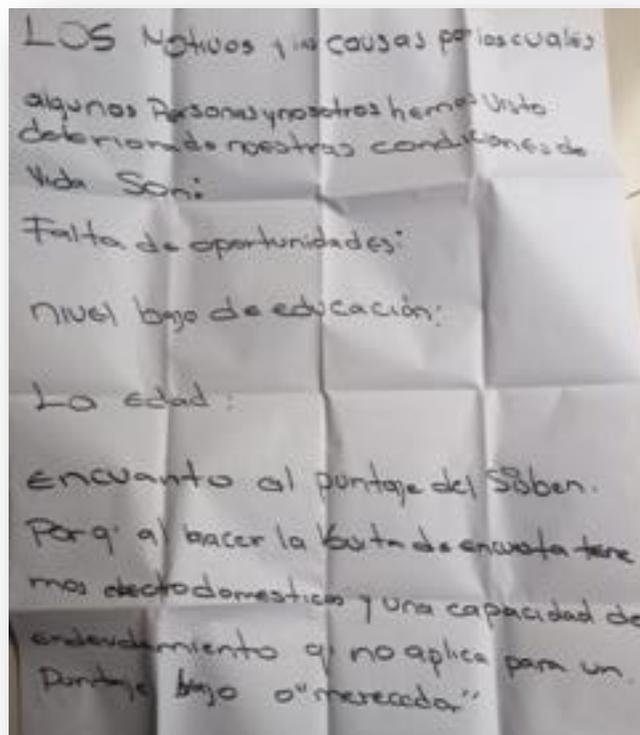
Es por eso que se pretende con el siguiente estudio realizar una crítica a la ponderación que le están dando a estas variables, a la forma en que se están midiendo y a la falta de análisis de la relación que existe entre ellas.

A continuación, se presentan las conclusiones evidenciados por los participantes del análisis según sus condiciones de vulnerabilidad:

- Se presenta desmotivación y conflicto emocional; debido a la edad las actividades que realizaban ha disminuido, deteriorando sus capacidades y habilidades para el desarrollo. Esto les genera conflictos internos, puesto que se convierte en la razón para creer que no son importantes y que su contribución es nula.
- El aumento de la edad, va de la mano con la necesidad de atención médica más frecuente. Debido a los puntajes altos que se les asigna, no pueden acceder a un control médico que le ayude a mejorar su bienestar.
- No poder atender de forma adecuada las situaciones eventuales o crónicas de enfermedades propias o de alguno de sus familiares, genera estrés.
- No pueden aportar económicamente para cubrir las necesidades que surgen a diario.
- Las relaciones sociales se ven expuestas a rompimiento por la situación de vulnerabilidad que se evidencia.

- No se capacitan a las personas mayores: los espacios para cursos y demás opciones de formación están centrados en los jóvenes, pero no involucran a las personas mayores para que se adaptan a las transformaciones que tienen las necesidades de los mercados laborales.

- Debido a la carga laboral que han desarrollado de su trayectoria de vida, se han deteriorado sus condiciones de salud y estas no les permite reinsertarse al mercado laboral.



- Como no hay empleo para solventar las necesidades básicas, tienen que buscar formas de financiamiento ilegal (Gota a gota).

- No se observa presencia del Estado en estas zonas de vulnerabilidad.
- No hay oportunidades laborales por ser personas mayores porque no son rentables para el sistema laboral.

- 1) Nos sentimos ignorados por la edad.
- 2) Falta de oportunidades tanto laborales como capacitación para alcanzar un mejor estándar de vida para nuestra familia.
- 3) La vivienda debe ser una parte obligatoria para el día a día ya que los impuestos nos obligan a pagar y cada vez crecen más.
- 4) La salud debe de ser prioritaria ya que de costamos con recursos económicos para pagar una buena atención.
- 5) Se debe tener en cuenta las ayudas para el adulto mayor prioritarias las vías tanto en salud, vivienda, educación.

La situación económica de nuestro país es dura

- 1) Hoy día los jóvenes por la edad no nos dan trabajo en ninguna parte y soy solo estudiante.
- 2) Por la enfermedad, edad y mis pocos recursos de apoyo económico en la medicina es difícil estudiar.
- 3) Hay una crisis por mis estudios no puedo trabajar.
- 4) Hay una falta de empleo y salud.
- 5) Hay una crisis por mis recursos de vivienda.
- 6) Hay una crisis por la falta de ayuda del gobierno.
- 7) Hay una crisis por el gobierno de más ayuda del gobierno.
- 8) Hay una crisis por falta de apoyo social y esto hace que la salud y gobierno no vea.

Suprimos de actividades.
 en la medida de la necesidad, no de prioridad.
 necesitamos más urgente que nos devuelvan el sistema, punto a punto y el nivel. Gracias

DETERMINANTES DE LA AFILIACIÓN A SALUD

El análisis descriptivo permitió mostrar que hay un segmento de la población que de acuerdo al puntaje SISBÉN no clasifica como potencial beneficiaria de salud subsidiada, pero que se ve afectada por privaciones que podrían afectar la capacidad de insertarse en el mercado de trabajo formal, lo que podría inducir, en parte, a la falta de aseguramiento en salud. También las voces de la PPNA permitieron reafirmar la alta vulnerabilidad de esta población, la cual no es capturada por el SISBÉN debido al énfasis en el indicador en las tenencias de bienes o mercancías y en el potencial de la fuerza de trabajo, pero sin la posibilidad de valorar las posibilidades reales que tienen las personas de convertirlos en bienestar dadas las restricciones específicas que cada una de ellas enfrentan en un espacio temporal y situacional específico.

Con todo y eso, el análisis descriptivo no permite valorar el efecto de cada una de las privaciones en la afiliación al régimen subsidiado de salud a iguales características de las personas. Es decir, es necesario apreciar el efecto de cada una de las variables que podrían estar asociadas al aseguramiento en salud manteniendo las demás constantes, para valorar sus efectos causales.

En relación con esto, se propone un ejercicio econométrico para estimar el impacto de ciertas características personales sobre la probabilidad de encontrarse afiliado a la salud. Con ellos se busca determinar si algunas de las dimensiones del bienestar mencionadas hasta el momento tienen un efecto significativo en la afiliación a la salud y en caso de ser positivo observar la dirección de ese efecto en dicha probabilidad.

La estimación del modelo probabilístico se realiza únicamente para personas encuestadas que residían en viviendas de estratos del 0 al 3 en el área urbana y rural de Santiago de Cali.

en agosto de 2016. La estimación de las probabilidades se realiza por medio de un modelo de elección discreta Logit donde la afiliación a la salud es la variable dependiente, que toma el valor de 1 si la persona estaba asegurada a esta fecha y 0 si no lo estaba; en la Tabla 9 se relacionan las variables explicativas utilizadas en el modelo.

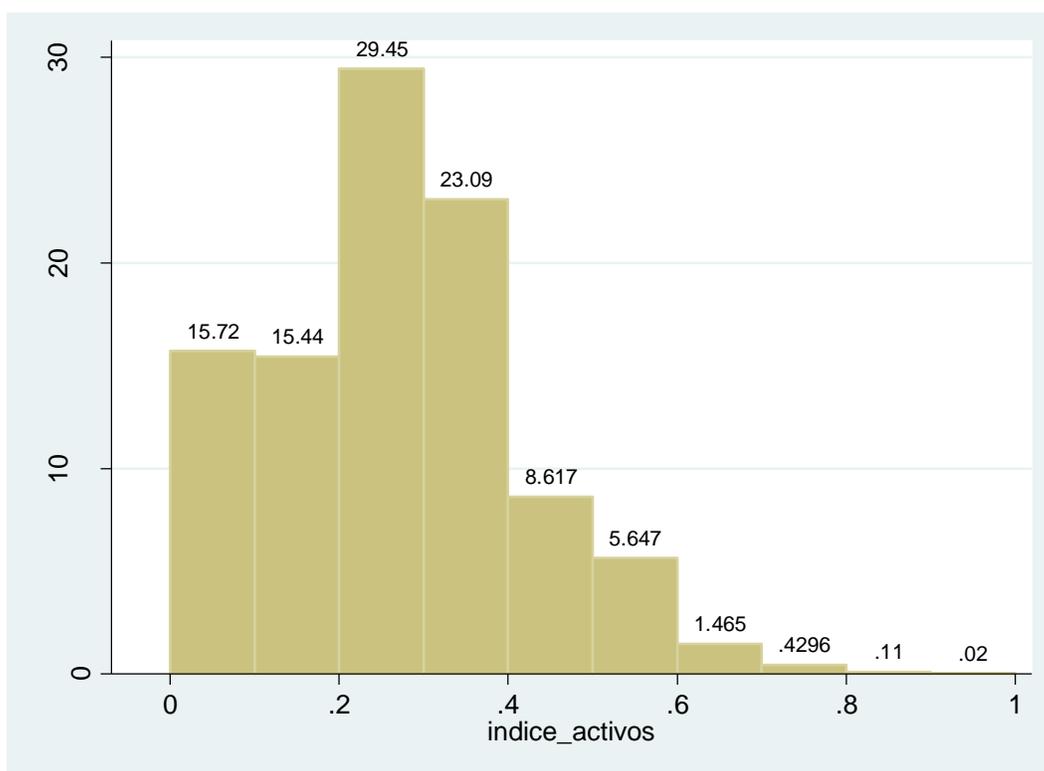
Tabla 9. Variables independientes utilizadas en la modelo

Variable	Tipo	Descripción
Inasistencia escolar	Dummy	Toma el valor de 1 si la persona reside en un hogar donde hay , por lo menos, un niño mayor de 6 años y menor de 12, que no asista a un centro de educación formal, 0 en el caso contrario
Dependencia económica	Dummy	Toma el valor de 1 si la persona reside en un hogar donde haya más de tres personas por miembro ocupado
Vivienda inadecuada	Dummy	Toma el valor de 1 si la vivienda presenta paredes de materiales inestables y piso de tierra o arena, 0 en cualquier otro caso
Hacinamiento	Dummy	Toma el valor de 1 si la persona reside en un hogar donde hay más de tres personas por cuarto (excluyendo cocina, baño y garaje), 0 en el caso contrario
Servicios inadecuada	Dummy	Toma el valor de 1 vivienda no tiene acceso a un sanitario o si el mismo no está conectado al alcantarillado, o si en el hogar no se tiene el servicio de acueducto, 0 en cualquier otro caso
Vivienda tipo cuarto	Dummy	Toma el valor de 1 si el uso del baño o la cocina no es exclusivo del hogar, 0 en cualquier otro caso
Discapacidad	Dummy	Toma el valor de 1 si la persona, presenta algún tipo de discapacidad permanente
Hombre	Dummy	Toma el valor de 1 si la persona es hombre
Casado	Dummy	Toma el valor de 1 si la persona, está casada o en unión libre,
Edad	Continua	Es la edad de la persona
Edad^2	Continua	Es la edad al cuadrado de la persona
Años de educación	Continua	Son los años de educación totales en todos los niveles educación
Cabecera	Dummy	Toma el valor de 1 si la persona reside en la cabecera urbana de Santiago de Cali.
Estrato socioeconómico	Dummy	Es el estrato de residencia de la persona, se incluyen dummies para cada estrato, la categoría base es el estrato 0

Fuente: Fuente: Elaborado por el CIDSE.

Siguiendo la metodología de Mckenzie (2005) y con el objetivo de tener en cuenta los efectos del ingreso sobre la probabilidad de afiliación, se construyó un índice de activos usando componentes principales, teniendo en cuenta la zona de residencia urbana y rural. En la Figura 11 se puede observar la distribución porcentual del índice de activos para todas las personas en la base verificada del SISBÉN con fecha de corte en agosto del 2016.

Figura 11. Índice de activos



Fuente: Fuente: Elaborado por el CIDSE.

El índice estimado esencialmente nos dice qué tan rico es un individuo en términos de los activos que hay en el hogar; entre más cercano a 1 más activos tendrá un hogar y viceversa. Los quintiles de la distribución se utilizan para crear variables dummies que toman como categoría de referencia el quintil más bajo de la distribución.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, la Tabla 10 presenta los resultados de la estimación modelo Logit para la afiliación al sistema general de salud. Como se puede ver, la mayoría de variables resultaron tener un efecto significativo en la afiliación a la salud; la única excepción fue la característica de la vivienda, lo cual sugiere que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las personas que viven en viviendas con materiales inadecuados frente a aquellas que no tienen este tipo de privación en la afiliación a la salud.

En relación con lo dicho, las privaciones que demostraron tener un efecto negativo en la probabilidad de tener aseguramiento en salud fueron las siguientes: la inasistencia escolar, la alta dependencia económica, ser hombre, la edad, vivir en la zona urbana, pertenecer a los estratos 2 y 3, y la tenencia de activos en el hogar. Es decir, estas privaciones, a iguales características de las personas, inducen a no tener afiliación a la salud.

En otras palabras, los resultados del ejercicio econométrico parecen confirmar los hechos estilizados observados en los apartados anteriores. En concreto, confirman que hay dimensiones cuantificables del bienestar de las personas que se relacionan inversamente con la probabilidad de estar asegurado en el sistema de salud, lo cual su correlato con la vulnerabilidad y la pobreza oculta.

Tabla 10: resultados de la estimación modelo Logit para la afiliación al sistema general de salud

		Coefficiente	Error Estándar	P-Valor
Inasistencia escolar		-0.1244024	0.0076442	0.0000
Dependencia económica		-0.0270198	0.0069485	0.0000
Vivienda		-0.0034897	0.031478	0.912
Hacinamiento		0.1922581	0.0082864	0.0000
Servicios inadecuado		0.1150077	0.0243978	0.0000
Vivienda tipo cuarto		0.1815316	0.0114203	0.0000
Discapacidad		0.4217884	0.0271398	0.0000
Hombre		-0.3667586	0.0060485	0.0000
Casado		0.4391366	0.008496	0.0000
Edad		-0.0192674	0.0008987	0.0000
Edad^2		0.0005226	0.0000117	0.0000
Años de educación		0.0144373	0.0010108	0.0000
Cabecera		-0.0865132	0.0202807	0.0000
ESTRATO				
	1	0.0795032	0.0219007	0.0000
	2	-0.0118079	0.0221956	0.595
	3	-0.219662	0.0229002	0.0000
Índice de riqueza				
	2	-0.0418621	0.0090604	0.0000
	3	-0.0396951	0.0122947	0.001
	4	-0.1691714	0.0097075	0.0000
	5	-0.1918505	0.0101703	0.0000
Intercepto		2.245735	0.0324243	0.0000

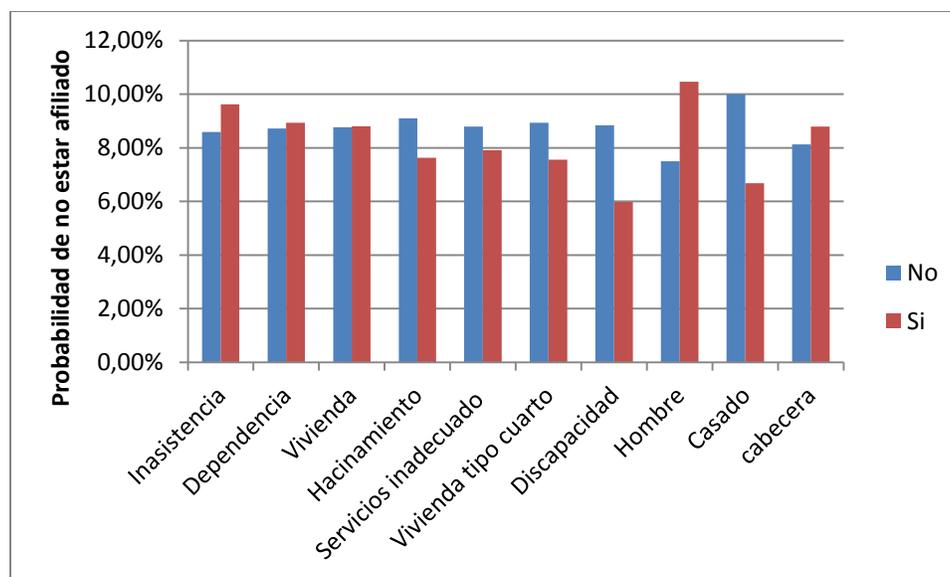
Fuente: Fuente: Elaborado por el CIDSE.

PROBABILIDADES PROMEDIO ESTIMADAS

Es importante mencionar que la no linealidad en los modelos Logit no permite cuantificar la magnitud del efecto de cada una de las variables independientes en la probabilidad de tener aseguramiento en salud. Por lo anterior, en la Figura 12 se estimaron probabilidades promedio de no tener afiliación a la salud, dadas las diferentes características de las personas utilizadas en el modelo.

Para empezar, se observa cómo la inasistencia escolar implica una diferencia promedio de un 1.03% en la probabilidad de no encontrarse afiliado. Del mismo modo, si un hogar tiene privaciones asociadas a la alta dependencia económica, esto implica una diferencia de 0.22% en la probabilidad de no encontrarse afiliado. Así mismo, también se observa como residir en una vivienda inadecuada, con servicios inadecuados, en hacinamiento, en vivienda tipo cuarto, implican una menor probabilidad de encontrarse no afiliado.

Figura 12: probabilidades promedio

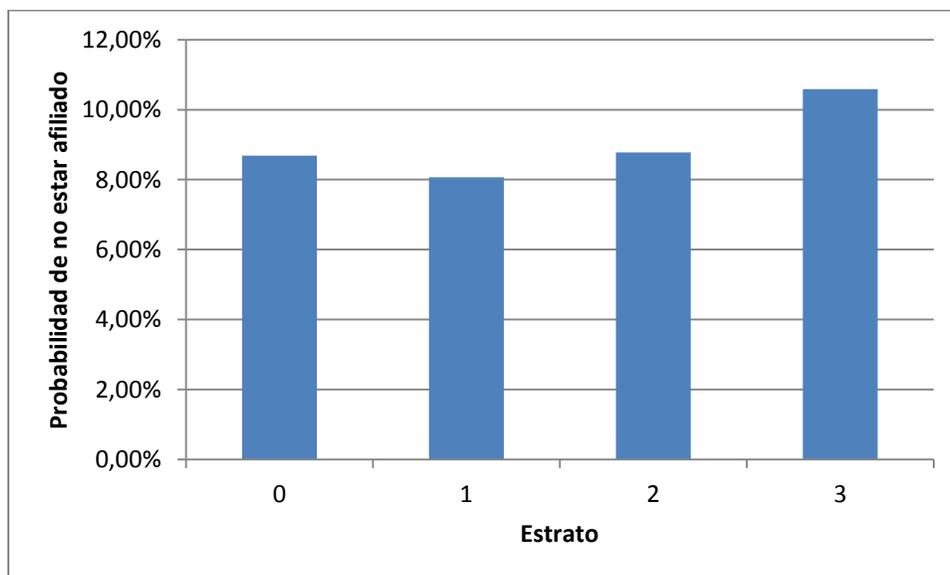


Fuente: Fuente: Elaborado por el CIDSE.

En el orden de las ideas anteriores, en la Figura 12 se observa cómo tener algún tipo de discapacidad permanente disminuye la probabilidad de no afiliación, al igual que otras características como ser hombre, no estar casado o en unión libre y residir en la cabecera municipal, las cuales están asociados positivamente con la probabilidad de no estar afiliados; en el caso específico de ser hombre frente a ser mujer implica una probabilidad 2.97% más alta de no estar afiliado a la salud.

En comparación la Figura 13 presenta las probabilidades de no estar afiliado según estrato socioeconómico. Como se puede ver, los estratos 2 y 3 tienen una mayor probabilidad de no encontrarse afiliados al régimen general de salud en comparación con el estrato 1, también se observa que una persona estrato 0 tiene en promedio la misma probabilidad de no estar afiliado que una persona que reside en estrato 2. Es decir, el estrato socioeconómico no parecer tener una influencia trascendental en la probabilidad de no estar afiliado a la salud.

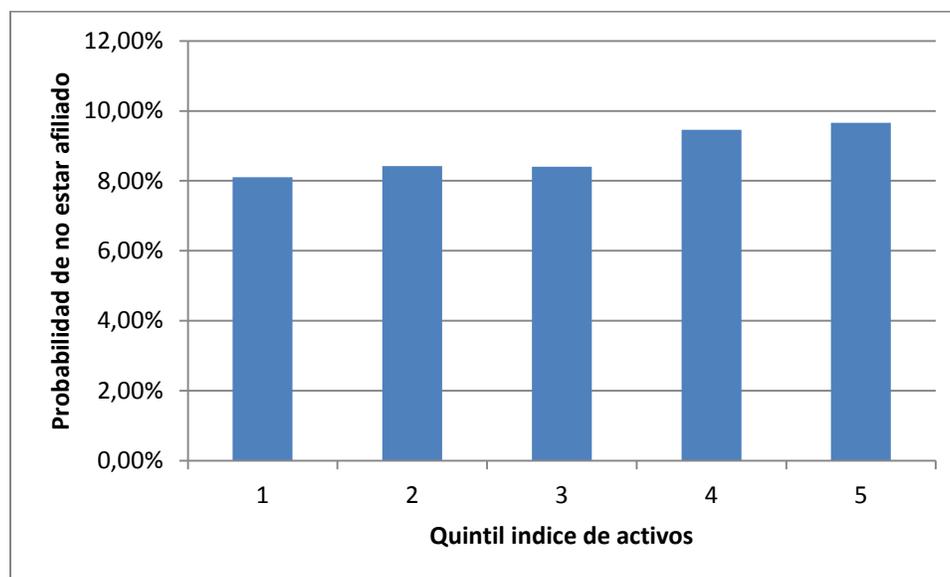
Figura 13 probabilidad promedio estimada por estrato



Fuente: Fuente: Elaborado por el CIDSE.

Por otro lado, la Figura 14 enseña el impacto de tener mayor posesión de activos en la afiliación a la salud. Salta a la vista que estar ubicado en un quintil más alto de la distribución del índice de activos involucra una mayor probabilidad de no estar afiliado al sistema general de salud. Esto significa que para estas personas estar un quintil más alto del índice de activos no implica necesariamente un mayor bienestar. Cabe señalar que de acuerdo con Sen (1990) lo importante no son las mercancías per se sino su utilidad para alcanzar otros logros más importantes para las personas. En este caso la posesión de mercancías no les permite a las personas tener acceso a la salud que es un *functioning* fundamental para el bienestar de las personas. De acuerdo con esto se puede colegir que la posesión de activos no está correlacionado con el bienestar de las personas para la población PPNA.

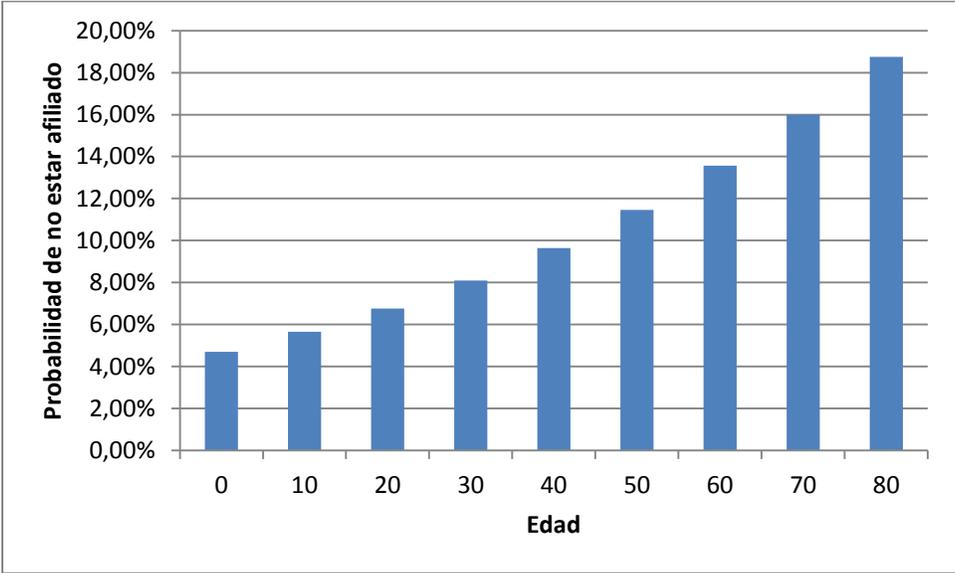
Figura 14: probabilidad promedio estimada por quintil del índice de activos



Fuente: Fuente: Elaborado por el CIDSE.

Finalmente, como se puede observar en la Figura 15, la edad es un factor fundamental al analizar la probabilidad de encontrarse afiliado o no un régimen de salud, cuando se toma la diferencia promedio entre una persona con más 80 años, con la de un niño entre los 0 y los 10 años de edad se tiene que esta diferencia es igual a 14.04%

Figura 15: probabilidad promedio estimada por edad



Fuente: Fuente: Elaborado por el CIDSE.

CONSIDERACIONES FINALES

El grado de vulnerabilidad de una persona emerge cuando los costos económicos y no económicos para mantener una vida acorde con las necesidades de existencia y supervivencia superan los ingresos que obtiene, en general, por su participación en los mercados de trabajo. En este sentido, el SISBÉN se constituye en una herramienta fundamental para clasificar entre aquellos quienes tienen la capacidad de pago y pueden acceder al régimen contributivo de salud, y quienes carecen de los recursos y por ende deberían ser cobijados, en este caso, por el régimen subsidiado de salud.

Sin embargo, a partir de los hallazgos se pudo corroborar que hay segmentos de la PPNA que no podrían tener acceso al régimen subsidiado de salud, y que al mismo tiempo presentan una gran cantidad de privaciones que los excluiría de participar de manera efectiva en los mercados de trabajo, debido a la relación que existe entre el estado de salud de una persona y la capacidad para trabajar. Sin lugar a dudas, estas personas se encuentran en una situación de vulnerabilidad, dada la escasa capacidad para sobreponerse a situaciones problemáticas asociadas con la salud, llamémosle enfermedades o accidentes.

Ahora bien, el análisis descriptivo de la base PPNA encuestada, mostró que una proporción importante de personas entre los 15 y los 35 años de edad, se encuentran por fuera del sistema general de salud, lo cual podría explicarse por una precaria inserción en el mercado laboral en situación de informalidad, subempleo y desempleo para la población más joven. También, la inasistencia escolar y la alta dependencia económica, son dos privaciones que afectan a una proporción considerable de personas, cuyos puntajes son demasiado altos para pertenecer al régimen subsidiado, revelando problemáticas asociadas a la disponibilidad de ingresos para solventar los gastos más acuciosos en los hogares.

Sumado a lo anterior, la aproximación cualitativa también mostro una relación entre la edad y la informalidad. En verdad, ante la falta de oportunidades en el mercado laboral formal, el rebusque se constituye en la opción más razonable para cubrir parcialmente las necesidades más apremiantes de los hogares. Además, se evidenció un círculo vicioso entre informalidad laboral y la edad, pues los participantes de talleres y entrevistas manifestaron que la falta de estabilidad laboral a lo largo del curso de vida incidió notablemente sobre sus privaciones actuales, en especial la falta de aseguramiento en la vejez que contempla el no disfrute del derecho a la salud. Así mismo el no tener acceso a la salud se demostró se relaciona con una mayor presencia de enfermedades que podrían afectar la capacidad de trabajar de las personas, disminuyendo su posibilidad de luchar por mejores puestos de trabajo. En el mediano plazo estas personas se ven en una situación en la cual aunque tienen posesión de algunos activos como casa o algunos pagan arriendo, experimentan otras privaciones que los mantiene en una trampa de pobreza.

En relación con lo dicho, los resultados econométricos mostraron una influencia significativa de la mayoría de privaciones involucradas en el análisis, pero con efectos contrarios en el dirección del cambio en la probabilidad de estar afiliado a la salud. A este respecto, y quizás lo más importante para esta investigación, las privaciones que demostraron tener un efecto negativo en la probabilidad de estar afiliado a la salud fueron la inasistencia escolar, la alta dependencia económica, ser hombre, tener más años de edad que otra persona, vivir en la zona urbana, pertenecer a los estratos 2 y 3, y la tenencia de activos en el hogar.

Lo anterior sugiere que no tener aseguramiento en salud se relaciona con ciertas características de las personas que aluden a situaciones de vulnerabilidad y no de pobreza estructural. Es decir, el efecto de los choques económicos en el corto plazo hace que las personas se vean excluidas del aseguramiento en salud, ya sea porque están no están vinculados al sector formal de la economía o se encuentran desempleados o en situación de subempleo. Obsérvese que esto sucede a pesar de que han acumulado ciertos activos en su curso de vida, lo cual podría afectar muchos más a las personas de la tercera edad no pudieron conseguir un aseguramiento formal a lo largo de la vida laboral.

En conjunto, las personas no afiliadas al sistema general de salud enfrentan grandes privaciones que se relacionan con el carácter multidimensionalidad de la pobreza y la gran heterogeneidad de este segmento de la población. Las privaciones están relacionadas con los efectos de los choques económicos en el corto plazo, o características circunstanciales, que induce a que no se consideren aptos para pertenecer al régimen subsidiado de salud, pero que paradójicamente, por lo mismo, deberían tener un acceso especial al servicio. Es importante decir, otra vez paradójicamente, que la afiliación a la salud podría constituirse un elemento clave para superar esa situación de extrema vulnerabilidad.

Con todo, estos resultados sugieren que se debe hacer un análisis profundo de los mecanismos de selección para los beneficiarios de algunos programas sociales por parte del Estado, como en este caso la afiliación al régimen subsidiado de salud. Si una gran cantidad personas enfrentan privaciones, y ademásno tienen acceso al sistema general de salud, se podrían producir en el ámbito agregado una menor acumulación de capital humano y ralentizar el crecimiento económico. Por supuesto, los efectos pueden ser más lesivos si hay variaciones en el clima social producido por personas que cada día ven

mermada su capacidad de trabajo, y desde aquí las opciones de inserción en el mercado de trabajo formal por la falta de acceso a la salud.

REFERENCIAS

- Angulo, R.; Gaviria, A.; Morales, L. 2014. “La década ganada: evolución de la clase media, la pobreza y la vulnerabilidad en Colombia 2002-2011”, en Coyuntura Económica. Vol. XLIV, No. 1, Junio de 2014, pp. 173-209. Fedesarrollo, Bogotá – Colombia.
- Boltvinik, J (2014). “América Latina, de la vanguardia al rezago en medición multidimensional de la pobreza. La experiencia contrastante de México ¿una guía para la región?”. En Boltvinik, J...[et al] Multidimensionalidad de la pobreza: propuestas para su definición y evaluación América Latina y el Caribe. CLACSO, 2014.
- Boltvinik, J. (1990) “Pobreza y Necesidades Básicas, Conceptos y Métodos de Medición, Proyecto Regional para la Superación de la Pobreza (PNUDE), Caracas.
- Breu, F., Guggenbichler, S., & Wollmann, J. (2008). La Investigación Cualitativa. Vasa, I, 29. Retrieved from. Obtenido de <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>
- Campoy, T., & Gómez, E. (2013). Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos. Obtenido de <https://doi.org/10.1007/BF00006442>
- CEPAL (1999), Marco conceptual sobre activos, vulnerabilidad y estructuras de oportunidades (LC/MVD/R.176/REV.1), Montevideo.
- CEPAL (2001a), Construir la equidad en la infancia. Avances y rezagos en la situación de niños, niñas y adolescentes en Iberoamérica (LC/G.2144), Santiago de Chile.

- Feres, J C y Mancero, X. (2001b). El método de las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y sus aplicaciones en América Latina, Serie Estudios estadísticos y prospectivos. www.eclac.cl/id.asp?id=5954
- Filmer, D., y Pritchett, L. H. (2001).. "Estimating Wealth Effect Without Expenditure Data or Tears: An Application to Educational Enrollments in States of India." *Demography* 38, no. 115-32
- Glewwe, P. y Hall, G. (1995), Who is Most Vulnerable to Macroeconomic Shocks?, Working Paper, N° 117, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Gordon, David; Spicker, Paul (1999). "The International Glossary on Poverty". Zed Books, London
- Kakwani, N., (2006). "What is poverty?", in International Poverty Centre, Number 22, PNUD.
- Katzman, R. (1999). *Activos y estructuras de oportunidades*, Montevideo: PNUD-CEPAL
- Kraay, A. and McKenzie D. 2014. "Do Poverty Traps Exist? Assessing the Evidence." *Journal of Economic Perspectives*, Vol. 28, No. 3, pp.127-48.
- Mckenzie, D. J. "Measuring Inequality with Asset Indicators." *Journal of Population Economics* 18, no. 2 (2005): 229-60.
- Moser, C. (1998), *The Asset Vulnerability Framework: Reassessing Urban Poverty Reduction Strategies*, *World Development*, Volumen. 26, No. 1, Gran Bretaña, Elsevier Science, páginas 1-19.

OIT (2015). Formalizando la informalidad juvenil: experiencias innovadoras en América Latina y el Caribe. Lima: OIT; Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2015. 71 p.

Ramos, R. (2000), Prometeo y las flores del mal: el problema del riesgo en la sociología contemporánea. Perspectivas sociológicas y principio de precaución. (www.proteccioncivil.org/ceise/ceisevirtual/ceise/v2000_menu.htm).

Ray, D., (1998). Economía del desarrollo, Barcelona: Antoni Bosch Editor.

Retamoso, A. (2002), Ciclo de vida familiar, patrones reproductivos y el trabajo como activo: evolución y estrategias en Uruguay, Notas de Población, Año XXIX, No. 74, Santiago, páginas 111-161.

Sen, A. K. (1984). "Poor, Relatively Speaking". en Resources, Values and Development. Harvard University Press, Cambridge, Mass.

Sen, A. K. (1985). "A Sociological Approach to the Measurement of Poverty: A Reply to Professor Peter Townsend". Oxford Economic Papers, vol.37, n.4, pp.669-676

Sen, A. K. (1981). Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation, Clarendon Press, Oxford

Sen, A. K., (1990). "Development as capability expansion", in Keith Griffin and John Knight (Eds), Human Development and the International Development Strategy for the 1990s, London: Macmillan, pp. 41-58.

Spicker, Paul (1999). "Definitions of poverty: eleven clusters of meaning". En Gordon, David y Spicker, Paul (eds.), *The International Glossary on Poverty*, London: Zed Books.

Vasilachis de Gialdino, I. (2007). El aporte de la epistemología del sujeto conocido al estudio cualitativo de las situaciones de pobreza, de la identidad y de las representaciones sociales. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 3.

ANEXO 1. METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS CUALITATIVO

Cabe decir en primer termino, que los estudios cualitativos aportan información sobre pensamientos, sentimientos y motivaciones de las personas; suministran información para elaborar el diseño de la metodología de estudios cuantitativos y genera información útil para describir, comprender e interpretar los datos cuantitativos. Este tipo de estudios se fundamentan en la recolección de información por medio de técnicas cualitativas, las cuales tienen la ventaja de ser más rápidas de ejecutar, permiten más flexibilidad en su aplicación y favorecen establecer un vínculo directo con los sujetos; estas técnicas se relacionan directamente con una metodología (marco teórico y conceptual) y un método (camino para acceder al análisis) de investigación. (CAMPOY & GOMEZ, 2013).

El proyecto se centró en localizar la población de la ciudad de Cali perteneciente a la base de datos del SISBEN, que habitan en unidades de vivienda ubicados en los estratos socioeconómicos 2 y 3, y no beneficiarios de los programas sociales que ofrece el gobierno a las personas “pobres” según la metodología del SISBEN, pues se les asigna un alto puntaje. Este tipo de población es la que aun viviendo en condiciones de vulnerabilidad y pobreza no son categorizadas como “pobres”, por eso el objetivo del presente estudio cualitativo es encontrar ese tipo de condiciones de vulnerabilidad y pobreza que no se miden por medio del instrumento de pobreza nacional, SISBEN, y que desprotege a este tipo de población, “los nuevos pobres”.

En ese sentido se quiere conocer:

1. Causas o motivos de las condiciones de vida actuales.

2. La presencia o no del Estado en este tipo de localidades.
3. Las acciones que emprenden para combatir este tipo de condiciones.
4. El conocimiento de los derechos humanos que están siendo vulnerados.
5. Las consecuencias de vivir en este tipo de condiciones.
6. Las posibles causas de tener asignado un puntaje alto en la encuesta del SISBEN.

Por medio de dos instrumentos: taller participativo y entrevista semiestructurada, los cuales permitieron desde dos campos de acción de la población objetivo, adquirir información representativa y complementaria a la cuantitativa. En el primer instrumento se abordó a fondo pocas temáticas y problemas que afectan a todos los participantes, y en el segundo instrumento de manera individual se profundizó en cada caso particular, para conocer la diversidad de situaciones presentadas en las condiciones de vida de este tipo de población.

Descripción de población objetivo:

Este informe visibiliza los resultados del análisis cualitativo a través de cinco talleres participativos y 20 entrevistas, en ocho comunas diferentes de la ciudad de Cali, sobre la condición de vida de las personas de estratos dos y tres, incluidas en la base de datos del SISBEN, involucrando su opinión frente a los puntajes altos que les son asignados y que no permiten percibir sus reales condiciones de vida, pues no pueden acceder a los programas sociales que ofrece el Estado.

1. Selección de las comunas y de los barrios

- El primer paso consistió en ubicar geográficamente las comunas más afectadas con la problemática de encontrarse por fuera del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Aunque es un problema transversal, se seleccionaron los barrios más críticos por cada comuna. Las comunas y los barrios fueron:

Población participante		
Comuna	Barrio	Estrato
3	San Cayetano	3
	Libertadores	3
	El Nacional	2
5	Chiminangos II	3
6	Ciudadela Floralia	2
	San Luis I	2
	San Luis II	2
	Jorge Eliecer Gaitán	2
	Paso del Comercio	2
13	Calypso	3
14	Alirio Mora	2
	Marroquín II	2
15	El Morichal	2
18	El Jordán	2
	Francisco Eladio Ramírez	3
	Meléndez	3

	Nápoles	3
	Prados del Sur	2
	Lourdes	2
	Mario Correa Rengifo	2
21	Vallegrande	2

Como criterio de selección de los barrios se tuvo en cuenta el estrato, de este modo fue posible contar con una focalización y variedad suficiente de los encuestados por el SISBEN, y así mismo conocer su percepción sobre la metodología que el instrumento emplea para asignar puntajes, sus puntos de vista y sus reales condiciones de vida.

Se definió que las personas que asistieran a los talleres participativos o que fueran entrevistados debían contar con las siguientes características generales:

- Ser mayor de edad.
- Aceptar voluntariamente participar del ejercicio cualitativo.
- Vivir en estratos 2 y 3

2. Caracterización de participantes en los talleres participativos y entrevistas

Con respecto a la convocatoria de las personas seleccionadas para realizarles las entrevistas, fueron contactadas telefónicamente para acordar cita, y confirmadas un día

antes de realizar la entrevista. Para el total de las ocho comunas, se convocaron 20 personas divididas de la siguiente manera:

Población participante		
Comuna	Barrio	N° de Personas
5	Chiminangos II	1
6	Ciudadela Floralia	2
	San Luis I	1
	Jorge Eliecer Gaitán	1
13	Calypso	1
14	Alirio Mora	1
	Marroquín II	1
15	El Morichal	2
18	El Jordán	3
	Francisco Eladio Ramírez	1
	Meléndez	1
	Nápoles	1
	Prados del Sur	2
21	Vallegrande	2

Para el caso de los talleres participativos se acordaron reuniones con la Empresa Social del Estado (E.S.E.) quienes ayudaron con las convocatorias de la comunidad, ya que ellos son

el contacto directo y conocen de primera mano las problemáticas e intereses de la comunidad, de este modo se les dio unos parámetros para la convocatoria. Donde informaban a las personas de estratos dos y tres de las comunas anteriormente mencionadas, que tuvieran puntajes altos en la encuesta SISBEN sobre los talleres e invitarlos a ser parte de estos. Las E.S.E. que participaron de la convocaría fueron:

- E.S.E. LADERA
 - Hospital Cañaveralejo
 - Centro de Salud Meléndez
 - Puesto de Salud San Pascual

- E.S.E. NORTE:
 - Centro de Salud San Luis II
 - Puesto de Salud Floralia

De los cinco talleres realizados, la comuna que presentó más asistencia en los talleres participativos, fue la comuna 6, comuna duramente afectada con este fenómeno. Aquí se realizaron tres talleres en los barrios: San Luis I, San Luis II y Floralia.

En la comuna 18, hubo una participación pobre, a pesar de los esfuerzos para la realización del taller y la convocatoria, aquí se comprendía los barrios de Meléndez, Nápoles, Prados del Sur, Lourdes y Mario Correa Rengifo. La Comuna 3, manifestó muy buena asistencia. Pero no logró sobrepasar la de la comuna 6.

La comuna 6, fue la única comuna donde se lograron realizar tres talleres, esto debido a que

es la comuna con más número de personas afectas. Asistieron un total de 123 personas en los talleres, 86 fueron mujeres y 37 hombres.

A continuación, ilustramos la cantidad de personas asistentes a los talleres, desagregado por género:

Talleres participativos						
Genero	Meléndez	Cañaveralejo	San Luis I	San Luis II	Floralia	Total
Mujeres	7	23	14	20	22	86
Hombres	2	12	7	3	13	37
Total	9	35	21	23	35	123

En general, la mayoría de los asistentes expresaron su interés en el tema y en hacer parte de los talleres. Expresaron sentirse agradecidos por tomar en cuenta su opinión y en la realización de este tipo de talleres e investigación promovidas por el SISBEN y la Universidad del Valle. Les pareció relevante que se interesaran por conocer su opinión y escucharan lo que tenían por decir.

La idea de ser tomados en cuenta para el análisis de contar sus relatos y visibilizar sus voces tuvo una gran aceptación y facilitó la interacción con la comunidad, que se sintieran cómodos, confiados y así mismo proporcionaran la información requerida para en

investigación cualitativa. Este proceso permitió expresiones espontaneas y de este modo los relatos son ricos en vivencia y percepciones que se desarrollaron en este capítulo.