TABLA DE CONTENIDO

1 IDENTIFICACIÓN Y AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS –SISBEN 1-1

1.1 EL MARCO NORMATIVO Y LAS FASES DE APLICACIÓN DEL SISBEN EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO 1-5

1.1.1 La primera fase de aplicación del Sisben en el régimen subsidiado 1-5
1.1.2 La segunda fase de la implementación del Sisben 1-8
1.1.3 La fase actual de implementación del Sisben 1-9

1.2 ENFOQUE DE ANÁLISIS DEL SISBEN 1-12

1.2.1 La focalización de los programas sociales 1-12
1.2.2 Enfoque de análisis 1-16

1.3 EL ÍNDICE SISBEN COMO INSTRUMENTO DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD 1-20

1.3.1 La definición de la población destinataria del régimen subsidiado: dos enfoques contrapuestos 1-20
1.3.2 El Sisben como instrumento de identificación de beneficiarios del régimen subsidiado 1-24
1.3.3 Conclusiones sobre la metodología del índice Sisben 1-47

1.4 AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y ESTADO DE LA FOCALIZACIÓN EN SALUD 1-48

1.4.1 Las tendencias de la afiliación 1-49
1.4.2 La focalización en el régimen subsidiado 1-51

1.5 IMPLEMENTACIÓN DEL SISBEN 1-55

1.5.1 La práctica de los municipios colombianos en la aplicación de instrumentos de selección de beneficiarios del régimen subsidiado 1-56
1.5.2 Cobertura y actualización del Sisben 1-57
1.5.3 Actualización del Sisben 1-65
1.5.4 Cobertura y actualización: una lectura de conjunto de los aspectos operativos del Sisben a partir de los resultados de un análisis de correspondencia múltiple 1-69
1.5.5 Problemas en la aplicación del Sisben y factores a tratar para su solución .. 1-73

1.6 LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS SISBEN 1-79

1.6.1 La administración del Sisben 1-79
1.6.2 Algunos aspectos de los procesos de afiliación al régimen subsidiado 1-80
1.6.3 Percepciones sobre la idoneidad del Sisben como instrumento de focalización y percepción de la población sobre el mismo 1-81

1.7 CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES 1-83

1.7.1 Conclusiones 1-83
1.7.2 Lineamientos de acción 1-87
1.7.3 Propuestas y recomendaciones 1-89

1.8 BIBLIOGRÁFIA 1-96

1.9 ANEXOS 1-97

1 IDENTIFICACIÓN Y AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS –SISBEN

"...hay consideraciones contrarias al sencillo argumento a favor de la selección perfecta de los destinatarios. La definición de beneficiarios específicos es, de hecho, un *intento*, no un *resultado*."

Amartya Sen

Oscar Fresneda
Patricia Martinez
Investigadores Universidad Nacional

El término Sisben se ha convertido en sinónimo de afiliación al régimen subsidiado de salud. Es la connotación corriente que ha adquirido no sólo en la charla cotidiana, sino también en los medios de comunicación, no pocos informes técnicos e incluso en el lenguaje de las sentencias por acción de tutela. Estar afiliado al régimen subsidiado de salud significa haber sido "Sisbenizado", es decir, haber sido entrevistado y haber sido calificado con un puntaje que lo marca como "pobre" y lo hace merecedor de un aseguramiento a cargo del Estado. La calificación se logra a través de las respuestas registradas en un formulario. De eso depende la capacidad de hacer efectivo el derecho de recibir un paquete de servicios de salud en forma gratuita o tener una tarifa preferencial en los hospitales y centros de salud públicos.

En el marco de la separación establecida por la Ley 100 entre dos tipos de aseguramiento de salud -uno para personas con capacidad de pago y otra para pobres-, el Sisben es la puerta principal de entrada al régimen subsidiado, y evaluar y hacer propuestas sobre este régimen lleva necesariamente a considerar esta pieza fundamental de su andamiaje.

El Sisben fue diseñado como un instrumento genérico para la "focalización" de programas sociales por la Misión Social del DNP, entendida como "el proceso por el cual se garantiza que el gasto social se asigna a los grupos de población más pobres y vulnerables" (Ley 60, artículo 30; DNP-Misión Social, 1994, p. 8).

En el contexto del régimen subsidiado, los criterios y procedimientos de identificación y selección de beneficiarios están orientados a la aplicación concreta de los principios rectores del Sistema de Seguridad Social (eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación) y a materializar el derecho irrenunciable a la seguridad social (Ley 100, artículo 1°), en el marco de la normatividad existente sobre los destinatarios del régimen subsidiado y las prioridades de afiliación.

Dada una cantidad de recursos asignada al aseguramiento subsidiado de salud, un marco institucional para su administración y para la prestación de servicios, el cumplimiento de los objetivos del régimen subsidiado está determinado principalmente por los resultados de los procesos de selección y afiliación. De ellos dependen la universalización efectiva del derecho a la salud y los logros a que apunta el Sistema de Seguridad Social en Salud en términos de calidad de vida, equidad, eficiencia y construcción del tejido social.

En este capítulo se consignan los resultados y conclusiones que sobre el tema de la identificación y selección de beneficiarios del régimen subsidiado ha obtenido el Proyecto. Tomando en cuenta algunas informaciones, investigaciones y estudios técnicos externos, incorpora los análisis sobre los resultados de las entrevistas estructuradas realizadas por el CID a las administraciones municipales y de la encuesta realizada de manera extracontractual a una muestra de núcleos familiares de las ciudades más populosas del país, para evaluar la cobertura de la afiliación al régimen subsidiado y el acceso a los servicios de salud.

El trabajo aborda el examen y evaluación del Sisben como "programa". Esto implica considerarlo como un instrumento técnico que se encuadra en un medio institucional y que requiere de condiciones organizativas y demanda recursos para su aplicación en los municipios. También tomar en cuenta sus interrelaciones con el contexto económico, social, político y cultural.

Dentro de las conclusiones se destacan:

El aumento de la cobertura de la seguridad social en salud para el conjunto de la población y, en especial, para los sectores pobres, se ha visto desacelerado a partir de 1997, en una fase que guarda correspondencia con la crisis económica, la disminución generalizada de los ingresos reales y el aumento de la pobreza.

A pesar de los avances en el aseguramiento persisten en el campo de la salud grandes desigualdades y carencias de capacidades para amplios sectores de la población. Las metas planteadas por la Ley 100 en términos de obtener en el 2001 una cobertura universal se encuentran a mitad de camino y alcanzarlas se ha aplazado para un futuro incierto. Y la aspiración de obtener una progresiva igualdad en los servicios de aseguramiento de los dos regímenes, el subsidiado y el contributivo, se percibe cada vez más lejana.

La situación económica ha impuesto un proceso más prolongado al inicialmente previsto y la experiencia ha planteado dificultades prácticas no previstas. Como resultado de este proceso la proporción de afiliados al régimen subsidiado y al contributivo muestran una trayectoria decreciente, de acuerdo con la información de las encuestas de calidad de vida de 1997 (ECV) y nacional de hogares de marzo de 2000 (ENH 107). De acuerdo con estas fuentes, las del régimen subsidiado disminuyeron de 17.7% a 16.9% entre 1997 y 2000; y las del contributivo de 39.5% a 35.4%. Y, en consecuencia, las tasas generales de afiliación a la seguridad social en salud han pasado de 57.2% en 1997 a 52.3% en 2000; y las de los pobres de 47.5% a 44.7% en el mismo lapso.

Para evaluar los resultados obtenidos de la "focalización" en la afiliación de los siete años del régimen subsidiado no existe aún información suficiente. La provista por las encuestas nacionales da una idea de los errores de inclusión para el conjunto de mecanismos de selección. En 1997 (ECV) la proporción de no pobres afiliados al régimen subsidiado era de 27.4% (1.920.000 "colados") y en el año 2000 llegaba a 39.2% (2.780.000 "colados", ENH 107). Estas cifras señalan una tendencia a un progresivo y rápido deterioro de los niveles de precisión en la "focalización", a pesar de que, en los últimos años, se ha generalizado el uso del Sisben. Sobre los errores de exclusión sólo está el indicio de que las tasas de afiliación de pobres al régimen subsidiado han disminuido, mientras aumenta la proporción de no pobres afiliados al régimen subsidiado.

El análisis realizado conduce a apreciar las grandes dificultades técnicas para lograr un mecanismo de identificación de beneficiarios subsidiados para el aseguramiento de salud, que permita "razonablemente" incluir a las poblaciones vulnerables y a los más pobres, de acuerdo a su capacidad de pago, y a excluir a quienes la tienen. La utilización del Sisben conduce a errores de exclusión que parecen demasiado elevados (controlando los sesgos de información): 53%, en 1997 (ECV), tomando como punto de referencia los niveles 1 y 2 actuales que son los aplicados en forma generalizada para el régimen subsidiado (más de 10 millones de pobres); y de 15% si se toman los niveles 1 a 3 (2.780.000 de pobres). Y, de otra parte, su uso implica aceptar errores de inclusión de 15% para los niveles 1 y 2, y de 25% para los niveles 1 a 3.

La pérdida de precisión en la asignación de subsidios a los pobres guarda correspondencia con las dificultades y deficiencias en la aplicación del Sisben en muchos municipios. Su implementación muestra, en general, problemas de cobertura, lo que aumentaría los efectos de exclusión sobre los pobres. Y también en su actualización, lo que tendería posiblemente a incrementar los errores de inclusión y exclusión y, en todo caso, a dejar indeterminada su evaluación. Otros rasgos de la situación son: falta de integración con la información de afiliados al régimen subsidiado; imposibilidad d atender nuevas afiliaciones sobre los seleccionados como elegibles; limitaciones en los recursos para el Sisben y en capacitación y asistencia técnica hacia quienes lo administran; rotación alta en los encargados de aplicarla. A pesar de que las administraciones de los municipios niegan, en la mayor parte de los caso, que el Sisben no tenga prioridad, en la práctica no hay destinación de recursos para su correcto funcionamiento, las actualizaciones son excepcionales y los controles de calidad esporádicos.

Además de las distorsiones de información la aplicación del Sisben ha dado cabida al juego de intereses de sectores políticos o grupos de presión, que promueven su interés particular y no el de la colectividad, en el manejo de "bienes públicos", como son los recursos del sistema de seguridad social en salud. Ha abierto un espacio para conductas que pueden clasificarse en el campo de la corrupción.

El trabajo propone recomendaciones para reorientar el régimen subsidiado en lo inmediato, es decir para el período restante del actual gobierno, con los siguientes criterios:

Promover la participación de los distintos agentes implicados en el régimen subsidiado, para la revisión de la afiliación al régimen subsidiado y el establecimiento de mecanismos permanentes para determinación de núcleos subsidiados, dejando de lado el criterio de continuidad como el principal para la afiliación. Establecer mecanismos complementarios de control que permitan revisar y corregir los errores de inclusión y exclusión de los sistemas masivos de identificación. Conformación de "tribunales de equidad" municipales y para Localidades de las grandes ciudades, que conceptúen sobre los casos excepcionales de rechazo de afiliación a través de los instrumentos masivos, tomando en cuenta las condiciones particulares de los hogares.

Definir criterios prácticos de selección de beneficiarios de subsidios de salud que consideren prioritarias las situaciones con inferioridad en capacidades y mayor vulnerabilidad ante riesgos de salud (población infantil, mujeres embarazadas y en período de lactancia, población en municipios con altos niveles de pobreza, población de la tercera edad,

incapacitados de determinadas condiciones) y tengan en cuenta la falta de capacidad de pago de la población. La adopción simultánea de estos criterios implica adoptar mecanismos de identificación y selección de beneficiarios y de fijación de tarifas de afiliación, acordes con las particularidades del conjunto del sistema de seguridad social. Se trata de buscar una conciliación práctica entre los criterios de falta de capacidad de pago y de la falta de capacidades, que conlleva vulnerabilidad especial ante determinados riesgos. Hacerlo conlleva precisar los criterios de selección y adecuar los mecanismos a través de los cuales se aplican.

Implantar dentro del actual régimen subsidiado la modalidad de subsidios parciales. Para ello se requiere adoptar tarifas diferenciales de acuerdo con la condición socioeconómica. Existen justificaciones válidas para implantar esta medida a los segmentos de pobres con capacidad de pago. De esta forma, se podría aumentar la cobertura de aseguramiento en los pobres y se contrarrestarían, en parte, los efectos de incentivos "perversos" que promueven los servicios "focalizados". Además, se crearían condiciones propicias para la integración progresiva de los regímenes subsidiado y contributivo, objetivo hacia la cual debería estar orientada la fase de transición.

Encuadrar las medidas y mecanismos adoptados para la identificación y selección de beneficiarios de subsidios dentro de la perspectiva, de largo plazo, de la unificación de los dos regímenes existentes, la implementación de subsidios parciales y de un sistema de tarifas unificado para el conjunto del sistema de seguridad social en salud.

Fortalecer los mecanismos de participación y control ciudadano sobre los criterios y forma de aplicación de selección y afiliación de beneficiarios.

Buscar una salida propia a largo plazo para la asignación de subsidios y la fijación de contribuciones para el conjunto del sistema de seguridad social en salud. Tal mecanismo empieza a construirse con el registro único a este sistema. En la fase de transición el Sisben, con mejoramientos en su metodología y forma de operación, es un instrumento que puede ayudar al logro de ese objetivo.

Profundizar en la pedagogía y discusión democrática sobre el sentido y formas de alcanzar el derecho a la salud a través de un aseguramiento universal y equitativo al sistema de seguridad social en salud. También sobre el significado y mecanismos propios de la fase de transición.

La primera parte del capítulo está dedicada a describir el marco normativo y las fases de aplicación del Sisben en el régimen subsidiado, contiene un recuento de las normas existentes sobre el Sisben en relacion al régimen subsidiado hasta las ley 715 de 2001 y las etapas que ha tenido su aplicación. En la segunda se trata el tema de la focalizacion de los programas sociales y se presentan los enfoques en torno al análisis del Sisben incluído el marco conceptual adoptado en el proyecto. La parte tres tiene que ver con el índice Sisben como un instrumento de selección de beneficiarios del régimen subsidiado en salud, en él se examinan algunos aspectos metodológicos y técnicos del índice Sisben. En la sección cuarta se hace un balance de los resultados de la "focalización" en el régimen subsidiado. La quinta se refiere al estado de aplicación del Sisben a los problemas de su implantación en los municipios y a los factores que determinan su calidad y su cobertura. La última sección

contiene las conclusiones y recomendaciones sobre el Sisben y los criterios y procedimientos para la identificación y selección de beneficiarios del régimen subsidiado en salud.

1.1 EL MARCO NORMATIVO Y LAS FASES DE APLICACIÓN DEL SISBEN EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

La implantación del Sisben como mecanismo de identificación de beneficiarios del régimen subsidiado de salud se llevó a cabo en forma progresiva a partir de 1994. En la primera etapa (1994-1995), que corresponde con la fase de transición para agilizar el acceso de las poblaciones más pobres a los servicios provistos por el régimen subsidiado[1], se estableció su uso combinado con otros mecanismos de identificación y selección: listados censales, en municipios pobres, estratificación socioeconómica de servicios públicos domiciliarios, en las ciudades. En 1995 se convierte en obligatorio para los municipios de mayor tamaño poblacional (niveles 1 y 2 de la Ley 136 de 1994). A partir de 1997 se reglamenta su aplicación, con carácter forzoso, para todos los municipios. Subsisten, sin embargo, otros instrumentos para la identificación de beneficiarios al régimen subsidiado para poblaciones especiales: niños expósitos, indigentes, comunidades indígenas, desplazados, reinsertados. Y se mantienen como afiliados los identificados a través de otros procedimientos en el pasado.

El marco normativo y reglamentario marca las etapas de aplicación del Sisben en el régimen subsidiado, que se desarrollan en paralelo con determinaciones generales en distintas instancias gubernamentales y con acciones tendientes a su implementación en los municipios. En la sección se tratan estos temas.

1.1.1 La primera fase de aplicación del Sisben en el régimen subsidiado

La Ley 100 de 1993 determina que la afiliación al régimen subsidiado está destinada a las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la afiliación a la seguridad social en salud (artículo 157). Precisa que "serán subsidiados en el Sistema de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana."[2] Y asigna como función del Consejo Superior de Seguridad Social en Salud (CSSSS) "Definir criterios generales de selección de beneficiarios del régimen subsidiado de salud por parte de

[1] Decretos 1298 y 2491 de 1994.

[2] El siguiente texto del mismo artículo de la Ley, que en apariencia no añade nada sustantivo al criterio de capacidad de pago, expresa las posiciones que buscaban dar prioridad en la afiliación a personas de segmentos vulnerables particulares, y también los intereses de determinados grupos de presión: "Tendrán particular importancia, dentro de este grupo, personas tales como las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, los enfermos de Hansen, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, los trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, toreros y sus subalternos, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados y demás personas sin capacidad de pago."

las entidades territoriales, dando la debida prioridad a los grupos pobres y vulnerables y de conformidad con lo dispuesto en la Ley 60 de 1993." (artículo 172, numeral 6°)[3].

El documento CONPES N° 22 de enero de 1994 (DNP-UDS-Misión Social) fija directrices y criterios para la focalización del gasto social en las entidades territoriales, en desarrollo de la Ley 60[4] aprobada en diciembre de 1993 (CONPES N° 22 de 1994, anexo 2; DNP-Misión Social, 1994, p. 7). Dictamina que la "Ficha de Clasificación Socioeconómica de Hogares Familias e Individuos" (Ficha Sisben) "deberá utilizarse para la identificación de beneficiarios del régimen subsidiado de Seguridad Social en Salud, mientras que el Consejo de Seguridad Social en Salud define los criterios generales que deberán ser utilizados por las entidades territoriales para la adjudicación de subsidios." En ausencia de la Ficha autoriza utilizar "otras informaciones disponibles en los municipios para la entrega de subsidios a la demanda en los programas de salud". Y, dentro de su parte resolutiva, decide "solicitar al Consejo de Seguridad Social en Salud tener en cuenta los criterios de focalización definidos en el presente documento CONPES, al reglamentar el régimen subsidiado en salud.Solicitar al Ministerio de Salud coordinar con el DNP el diseño y aplicación de los instrumentos para la identificación de los beneficiarios de los subsidios.Solicitar al Ministerio de Salud expedir una reglamentación específica sobre subsidios, a más tardar el 28 de febrero de 1994." (documento CONPES, N° 22 de 1994, páginas 7 y 11 -12).

En julio de 1994, el Acuerdo 9 del Consejo Superior de Seguridad Social en Salud (CSSSS) introdujo el Sisben como uno de los mecanismos de identificación de beneficiarios del régimen subsidiado de salud y determinó el procedimiento para seleccionarlos. En su artículo 1° decide "Aprobar como mecanismo de selección de beneficiarios del subsidio a la demanda en salud el Sistema de Beneficiarios de Subsidios del Estado -Sisben- usando complementariamente algunos criterios de focalización geográfica durante el primer año de funcionamiento del Sistema, tales como municipios clasificados en las categorías 5 y 6 por el decreto 222 de 1987; municipios con un índice NBI superior al 60% con una concentración de al menos 10.000 personas pobres; estratos socioeconómicos 1 y 2 en las ciudades." Fija como grupos prioritarios para los subsidios la población los municipios con altos índices de necesidades básicas insatisfechas y alta pobreza, las zonas marginadas de las grandes ciudades. Y, dentro de estas poblaciones, grupos vulnerables particulares como las madres en embarazo, parto o posparto, los menores de un año y los ancianos.

[3] El artículo 213 de la Ley 100 deja, sin embargo, bajo la responsabilidad del Gobierno Nacional la fijación de criterios generales para la definición de beneficiarios al régimen: "El Gobierno Nacional, previa recomendación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, definirá los criterios generales que deben ser aplicados por las entidades territoriales para definir los beneficiarios del Sistema, según las normas del régimen subsidiado." De esta forma parece diferenciarse entre las funciones de identificación y selección y las de definición de beneficiarios, que hacen referencia a la *afiliación* de beneficiarios. En todo caso, la delimitación de competencias entre el CNSSSS y el Gobierno Nacional, no es del todo clara. El parágrafo 4° del artículo 157 de la Ley asigna al Consejo Nacional de Seguridad Social la función de definir y reglamentar los grupos de afiliación prioritaria:"El consejo Nacional de Seguridad Social definirá y reglamentará los grupos de afiliación prioritaria al subsidio."

[4] Ley 60 en su artículo 30 introduce el término focalización y lo define como el "proceso por el cual se garantiza que el gasto social se asigna a los grupos de población más pobres y vulnerables".

El decreto 2491 de 1994 (noviembre) ratifica las características de la población beneficiaria del régimen subsidiado y los criterios de selección establecidos para la fase de transición que se prologaría hasta diciembre de 1995. Señala además la obligación de los municipios de tener un registro de la población "objeto" del subsidio y fija las tarifas para los vinculados de acuerdo con sus nivel del Sisben[5].

Durante el año 94 la Misión Social del DNP publica los instructivos y cartillas para la aplicación y organización del Sisben en los municipios e inicia un programa de apoyo para su implementación.

En 1995 el Acuerdo 22 del Consejo aclara los mecanismos para la prestación prioritaria de servicios de salud a vinculados que hayan sido clasificados en los niveles inferiores del Sisben ("carnetizados") y a afiliados al régimen subsidiado que requieran servicios no considerados en el POS subsidiado[6].

[5] "ARTICULO 1o. REGIMEN DE TRANSICION. (...) establécese hasta el 31 de Diciembre de 1995 un régimen de transición para garantizar el acceso al régimen subsidiado de Seguridad Social en Salud.

ARTICULO 2o. BENEFICIARIOS. Son las personas más pobres y vulnerables beneficiarias del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud, determinadas en el Decreto 1895 de 1994, que se encuentran durante la transición en imposibilidad de afiliarse al Sistema, de acuerdo con lo expuesto en la parte considerativa del presente Decreto.

ARTICULO 3o. IDENTIFICACION DE LOS BENEFICIARIOS. La selección de los beneficiarios del régimen subsidiado se efectuará preferentemente utilizando el sistema de información para la identificación de Beneficiarios de Subsidios SISBEN, como integrantes de los estratos uno (1) y dos (2), sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 4 del Decreto 1895 de 1994.

Para efectos de la adecuada asignación de los subsidios, los entes territoriales deberán registrar a la población objeto del subsidio. Dicho registro servirá de identificación para garantizar el acceso a los servicios de salud del régimen subsidiado.

ARTICULO 4o. USUARIOS SIN DERECHO A SUBSIDIOS. No tendrán derecho a subsidios los usuarios de los servicios de salud que no formen parte de los estratos socioeconómicos uno (1) ó dos (2), identificados por alguno de los sistemas a que se refiere el artículo anterior y los usuarios de servicios de salud que formen parte del régimen contributivo(...)

ARTICULO 12. TARIFAS Y SUBSIDIOS. Para efectos del cobro a usuarios no pertenecientes al régimen subsidiado, las entidades de salud podrán, a través del órgano máximo de dirección, establecer un régimen de tarifario diferente al establecido en el presente Decreto para el régimen subsidiado.

Durante la transición, el valor máximo de las cuotas de recuperación o tarifas subsidiadas se fijará de acuerdo con las tarifas SOAT(...)

[6] El Acuerdo tiene como objeto "garantizar la prestación de los servicios de salud a las personas participantes vinculadas al Sistema General de Seguridad Social en salud, que no se encuentren clasificados por el Sistema de Información para la Identificación de Beneficiarios de Subsidios Sisben, a aquellos que encontrándose en el sistema de información, hayan sido carnetizados pero no se encuentren afiliadas al régimen subsidiado y a aquellos afiliados respecto de los servicios no incluidos en el POS-S."

1.1.2 La segunda fase de la implementación del Sisben

El Acuerdo 23 del mismo año, iniciando una segunda fase de la transición, especifica las condiciones para ser beneficiario del régimen subsidiado y determina los mecanismos para su selección y afiliación. Define la población "merecedora" del régimen subsidiado en términos de capacidad de pago para cotizar al régimen contributivo: "Son beneficiarios del régimen subsidiado, toda la población pobre y vulnerable, que no tiene capacidad de cotizar al régimen contributivo y en consecuencia recibe subsidio total o parcial para completar el valor de la UPC-S, de conformidad con los criterios de identificación, el orden de prioridades y el procedimiento previsto en el presente acuerdo." Y fija el Sisben como mecanismo principal de identificación de beneficiarios para los municipios de mayor tamaño y desarrollo institucional: "La identificación de los beneficiarios del régimen subsidiado se hará en los municipios categorías 1 a 4 mediante la aplicación del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (Sisben) y en los municipios categorías 5 y 6 definidos por la ley 136 de 1994 a través de un listado censal que contiene nombre, documento de identidad en caso de existir, edad, sexo, ocupación y lugar de residencia." Igualmente especifica que si un municipio categoría 5 ó 6 ha realizado o realiza el Sisben, éste será el único instrumento a utilizar para la identificación de beneficiarios de subsidios en salud y establece la forma de selección de beneficiarios en las comunidades indígenas mediante el uso de un listado censal.

En el campo institucional asigna a los alcaldes la responsabilidad de administrar el Sisben, con la colaboración de las Direcciones de Salud. Y fija la forma de llevar a cabo la selección de beneficiarios dentro de la población de los niveles 1 y 2 del Sisben: ".Será beneficiaria de subsidios en salud la población perteneciente a los niveles 1 y 2 del Sisben y la incluida en el listado censal previa exclusión de los residentes de los municipios 5 y 6 que tengan capacidad de pago, de conformidad con la clasificación efectuada por la alcaldía respectiva, con el apoyo de las Direcciones de Salud, Personerías Municipales, Veedurías Comunitarias y Mesas de Solidaridad."

En 1996 el Acuerdo 25 reglamenta la conformación y funcionamiento de los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud que pueden ser creados en Departamentos, Distritos y Municipios y les asigna dentro de sus funciones: "Hacer seguimiento y evaluación del Sisben y responsabilizarse por el adecuado manejo de la información derivada del mismo, el seguimiento correspondiente de los carnetizados y los ajustes que de ellos se deriven."

El decreto 2357 de diciembre de 1995 redefine el régimen subsidiado en su artículo 2°:"De conformidad con lo establecido en la ley 100, el régimen subsidiado es el conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y de su núcleo familiar al sistema general de seguridad social en salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago total o parcial de una Unidad de Pago por Capitación Subsidiada, con recursos fiscales o de solidaridad."

El mismo decreto otorga a las ARS las funciones de promover la afiliación al régimen subsidiado y verificar si los inscritos cumplen con los requisitos para pertenecer a él[7].

[7] "Son funciones de las entidades administradoras del régimen subsidiado las siguientes: fomentar y promover la afiliación de la población beneficiaria del régimen subsidiado. Verificar con las Direcciones de Salud si los

Modifica los montos de las cuotas de recuperación para los vinculados y afiliados al régimen subsidiado en función de su nivel del Sisben[8] y destina el 1% de los recursos de la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía a apoyar la implementación del SISBEN en los municipios[9].

El Acuerdo 41 de 1996 establece un mecanismo especial para la identificación, selección y afiliación de los trabajadores migratorios de las áreas rurales a cargo de las Direcciones Departamentales de Salud en coordinación con los gremios agrícolas o las organizaciones de usuarios campesinos a través de listados especiales y sin la utilización del Sisben.

1.1.3 La fase actual de implementación del Sisben

La fase actual de uso del Sisben en la identificación de beneficiarios del régimen subsidiado está reglamentada por el Acuerdo 77 de 1997 del Consejo Superior de Seguridad Social en Salud. A través suyo se ratifican criterios sobre las características de los beneficiarios del régimen subsidiado constituidos por toda la población pobre y vulnerable, que no tiene capacidad de pago para cotizar al régimen contributivo y que haya sido seleccionada de conformidad con los criterios de identificación, el orden de prioridades y los procedimientos fijados. Igualmente reitera que es responsabilidad de los alcaldes la aplicación, implementación y administración del Sisben.

---

solicitantes inscritos son efectivamente beneficiarios de subsidio. Afiliar a la población beneficiaria de subsidios, de conformidad con lo establecido en el presente Decreto expedir el carnet correspondiente Informar al beneficiario sobre aquellos aspectos relacionados con cobertura potencial, contenido del POS-S, procedimientos para la inscripción, redes de servicios con que cuenta, deberes y derechos del SGSSS, así como el valor de las cuotas moderadoras que debe pagar." (artículo 10)

[8] "CUOTAS DE RECUPERACION. Son los dineros que debe pagar el usuario directamente a las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en los siguientes casos:

1) Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación.

2) La población no afiliada al régimen subsidiado identificada en el nivel 1 del SISBEN o incluidas en los listados censales pagarán un 5% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a un salario mínimo mensual legal vigente por la atención de un mismo evento y en el nivel dos del SISBEN pagarán un 10% del valor de los servicios sin exceder el equivalente a dos salarios mínimos mensuales legales vigentes.

3) Para la población identificada en el nivel 3 de SISBEN pagará hasta un máximo del 30 % del valor de los servicios sin exceder el equivalente a tres salarios mínimos legales mensuales vigentes por la atención de un mismo evento.

4) Para la personas afiliadas al régimen subsidiado y que reciban atenciones por servicios no incluidas en el POS-S, pagarán de acuerdo con lo establecido en el numeral 2 del presente artículo." (artículo 18)

[9] "ARTICULO 20. DESTINACION DE LOS RECURSOS. De manera excepcional y hasta el 31 de diciembre de 1995, se destinará el 1% de los recursos correspondientes a la subcuenta de Solidaridad del Fondo de Solidaridad y Garantía se dedicará a apoyar financiera y técnicamente el montaje del Sistema de Información para la Identificación de Beneficiarios (SISBEN)."

Este Acuerdo extiende el Sisben como mecanismo obligatorio para la selección de beneficiarios en todos los municipios: "La identificación de los potenciales beneficiarios del régimen subsidiado se hará en todos los municipios del país mediante la aplicación del Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (Sisben)." Además fija normas y procedimientos complementarios para su aplicación y para compatibilizar su uso con otros procedimientos de identificación y selección de beneficiarios:

Cualquier ciudadano puede solicitar que se le aplique la encuesta y que se revise la información de las realizadas.

Mantiene la forma de selección de beneficiarios de las comunidades indígenas y la exclusión del régimen subsidiado de quienes entre ellos tengan derecho a estar en el contributivo.

Igualmente da continuidad a la selección de niños abandonados como beneficiarios del régimen y otorga facultades al Instituto de Bienestar Familiar para certificar su condición.

Da la atribución a las alcaldías para seleccionar las poblaciones indigentes, en razón de que carezcan de vivienda e ingresos, a ser afiliadas sin que para ello sea necesario aplicar el Sisben.

Establece procedimientos para la vigilancia y control del Sisben:

- Los alcaldes deben mantener a disposición del público la información concerniente al resultado de la aplicación del Sisben en su territorio y la entrega de un informe anual al Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud, que contenga la siguiente información: número de personas encuestadas clasificadas por nivel de Sisben, grupo etáreo, y área rural o urbana; número de personas identificadas como beneficiarios por nivel de Sisben, grupo etáreo, y área rural o urbana, identificando dentro de estos grupos la población materno infantil, indígena y discapacitada. Este informe debe ser entregado igualmente a las Direcciones Seccionales de Salud y demás organismos de control que lo soliciten.

- Las Direcciones Locales y Distritales de Salud, Personerías Municipales, Veedurías Comunitarias, Mesas de Solidaridad y los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, tienen competencia de verificar que las personas identificadas como beneficiarios potenciales sean efectivamente las personas más pobres y vulnerables del respectivo municipio. Y también revisar que se encuentren incluidas las personas que tendrían derecho a los subsidios.

Adicionalmente el Acuerdo fija criterios para mantener la continuidad en la afiliación a los actualmente incluidos en el régimen, cuya afiliación prima sobre las demás, y para llevar a cabo nuevas afiliaciones:

Los beneficiarios que ya se encuentren afiliados al régimen subsidiado seguirán perteneciendo a él siempre y cuando no reúnan las condiciones para pertenecer al régimen contributivo y pertenezcan a los niveles 1 y 2 del Sisben, o hayan sido identificados como beneficiarios a través del listado censal o sean beneficiarios pertenecientes al nivel 3 del Sisben en los casos autorizados por el CNSSSS." Las personas que actualmente están afiliadas al régimen subsidiado continuarán en calidad de tales según la identificación establecida por el núcleo familiar definido en el Sisben."

Las Alcaldías deberán elaborar la lista de potenciales afiliados del régimen subsidiado. La lista deberá estar conformada por la población perteneciente a los niveles 1 y 2 del Sisben y la identificada mediante otros procedimientos establecidos, "teniendo en cuenta el siguiente orden:

1- Población del área rural.

2- Población indígena.

3- Población urbana.

En cada uno de los grupos de población se priorizarán los potenciales afiliados así:

1.- Mujeres en estado de embarazo y niños menores de cinco años.

2.- Población con limitaciones físicas, síquicas y sensoriales.

3.- Población de la tercera edad.

4.- Mujeres cabeza de familia.

5.- Demás población pobre y vulnerable.

Dentro de cada grupo de potenciales afiliados se priorizarán de conformidad con el puntaje obtenido en la encuesta Sisben. Las Alcaldías elaborarán el listado de potenciales afiliados, en el estricto orden arriba señalado. Este listado deberá mantenerse en forma permanente, en lugar visible al público o también podrá estar a disposición para consultas a través de pantalla, y deberá actualizarse como mínimo dos veces al año, tres (3) meses antes de cada periodo de contratación."

El Acuerdo reitera que en la identificación de potenciales afiliados se incluirá el núcleo familiar y define que se entiende por tal: "el compuesto por los cónyuges o compañeros permanentes y los hijos menores de 18 años, los mayores con deficiencia física o mental, o los mayores de edad menores de 25 años siempre y cuando no tengan capacidad de pago. Las personas que no se encuentren dentro del núcleo definido deberán ser identificadas como un núcleo familiar diferente."

Y, el Acuerdo 138 de 1999 del CSSS otorga a la Secretaría Especial para la Reinserción, de la Red de Solidaridad Social, la función de identificar y seleccionar, mediante listado censal, los beneficiarios reinsertados del Régimen Subsidiado.

El documento conpes 055 de noviembre de 2001 presenta algunos elementos de evaluación del Sisben y da orientaciones para su ajuste técnico y operativo. Propone un proceso tendiente a revisar la metodología técnica del instrumento, redefiniendo las variables que considera y a su implantación progresiva en los municipios, a partir del 2002, durante el cual se reencuestarían 10 millones de personas, con un costo de 16.000 millones de pesos.

La ley 715 de 2001, que modifica la ley 60 de 1993, ratifica la responsabilidad de los municipios para identificar a la población pobre y seleccionar a los beneficiarios del régimen

subsidiado (artículo 44) y da al conpes la competencia exclusiva de definir el instrumento de focalización a ser utilizado en el régimen subsidiado (artículo 48), que deberá ser revisado cada tres años (artículo 94). Dentro de los criterios para la distribución de los recursos nacionales a los municipios se introduce el concepto de población pobre por atender (no afiliada), que será establecida a partir del instrumento de focalización establecido. Los recursos para prestación de servicios de salud a la población pobre no cubierta con subsidio a la demanda se calculará con base en el tamaño de esa población (artículo 49). Se otorga así al sistema de identificación de beneficiarios un papel adicional, que incide en el monto de las transferencias nacionales a las entidades territoriales. Para el cumplimiento de la obligación municipal de contar con la identificación de la población pobre y vulnerable afiliada y no afiliada se fija un periodo de dos años, y establece que para ello se contará con recursos financieros de la nación (artículo 71).

En el marco de los principios y directrices sancionados por la Ley 100, y avanzando conclusiones, el resultado de los análisis realizados por el CID de la Universidad Nacional postula la necesidad de dar inicio a una nueva fase de diseño y aplicación de los mecanismos de selección de beneficiarios del Régimen subsidiado de salud.

1.2 ENFOQUE DE ANÁLISIS DEL SISBEN

En la sección se examinan los problemas de la focalización de los programas sociales, de la definición de beneficiarios y de los criterios y mecanismos para su selección. Se argumenta que el enfoque adecuado para definir y evaluar los mecanismos de selección de beneficiarios es particular a cada programa, tomando en cuenta sus objetivos y los agentes que involucra. Cuando el criterio para definir los destinatarios es la capacidad de pago o los ingresos, como es el caso del régimen subsidiado, hay incentivos que propician distorsiones, costos sociales y consecuencias en lo político y lo cultural. En esta perspectiva la evaluación del Sisben, como herramienta de focalización, no solamente abarca la consideración de sus cualidades y limitaciones técnicas para evitar errores de inclusión y de exclusión. Y tampoco se agota en precisar los mecanismos de implementación para que el instrumento pueda aplicarse más eficientemente. Implica, en la terminología que se adopta en este informe, considerarlo como "programa", encuadrado dentro de un contexto institucional.

El significado de este enfoque es el intento de tomar en cuenta a los beneficiarios como agentes, como elementos activos, en un complejo medio cultural e institucional; y de ubicar en este horizonte los aspectos técnicos y de gestión del instrumento.

1.2.1 La focalización de los programas sociales

Los argumentos a favor de la focalización de los programas sociales en los más pobres señalan la conveniencia, ante las limitaciones de los recursos públicos, de centrar los programas sociales del Estado en los más pobres. De esta forma se eleva la calidad de vida al dar prelación a los más débiles, y se favorece la equidad en términos de acceso a los

servicios, disfrute de los derechos sociales básicos y distribución del ingreso[10]. Se arguye igualmente que la "focalización" tiene como ventajas el permitir un mejor diseño de los programas, aumentar su eficiencia e impacto sobre la población beneficiada y excluir del mismo a la población que no está afectada por la necesidad que busca ser tratada a través suyo (CEPAL, 1995, pp. 16-18).

Dentro de las dificultades para aplicar la focalización se subrayan los requerimientos que implica en términos de la capacidad administrativa para llevarlos a cabo eficientemente, y de los costos para identificar los beneficiarios. A medida que la delimitación de los beneficiarios sea más precisa su costo es mayor (CEPAL, 1995, p. 18).

El problema de contar con información adecuada para reconocer los beneficiarios de programas "focalizados" o selectivos se destaca como condición necesaria y factor crítico para su implementación exitosa. Una vez definida la población "objetivo" de cada programa es preciso adoptar un mecanismo que permita delimitarla con precisión. Se distinguen corrientemente dos formas para hacerlo: la identificación de individuos o familias, y la ubicación de beneficiarios en espacios geográficos. La primera modalidad "puede conseguirse, sea a través de la comprobación del riesgo a que la persona está sometida, o mediante la verificación de su nivel de ingreso, recurriendo a asociaciones probabilísticas o utilizando la autoselección". La segunda consiste en dar derecho de utilización del programa a quienes habitan en ciertas zonas donde predominan las condiciones de pobreza (CEPAL, 1995, pp. 20 y 21).

El logro de información para identificar los beneficiarios es, desde cierta perspectiva, un problema de eficiencia en términos de costo-beneficio, que puede medirse como una utilidad marginal donde hay un punto de beneficio mínimo aceptable. Se admite como principio que "debe mejorarse el grado de delimitación de la población beneficiaria, hasta el punto en que el incremento de los costos administrativos sea compensado por la reducción de los subsidios directos necesarios para atender a esa población." (CEPAL, 1995, p. 18; Schejtman, 1989, p. 127)[11]

---

[10] "Los recursos para programas sociales serán siempre escasos; por lo mismo, los estados deben reorientar el gasto para que llegue a los más pobres en mayor proporción. Una manera de lograr este objetivo es 'focalizar' los programas sociales, es decir, concentrar los recursos disponibles en poblaciones con carencias específicas. Los programas focalizados o selectivos pueden ser un instrumento efectivo para que ciertos servicios lleguen a quienes no pueden acceder a ellos por sus propios medios. La focalización es también útil para llegar a los llamados 'núcleos duros de pobreza' (poblaciones con características que dificultan la superación de esta condición)." (Zevallos, 1997, p. 20)

Sen resume la concepción que sustenta las políticas de focalización en los términos siguientes: "The theoretical point in favor of targeting in antipoverty policy is clear enough: the more accurate a subsidy in fact is in reaching the poor, the less the wastage, and the less it costs to achieve the desired objective. It is a matter of cost-effectiveness in securing a particular benefit. Or, to see it another way, it is one of maximizing the poverty removal benefits accruing from a given burden of cost. If antipoverty policy is to alleviate poverty most effectively, then –on this argument- it is reasonable to make sure that the subsides reach the poor and *only* the poor. So, the argument concludes, be firm an aim at just that." (1995, pp. 11-12)

[11] Este "principio" es cuestionado por Zevallos (1997, p. 20, nota de pie de página), quien anota: "Desde mi punto de vista, no basta que el ahorro compense el gasto burocrático, ya que es preferible gastar en la provisión de un servicio (aunque parte de los beneficiarios no sean pobres) que en una burocracia innecesaria." Además es

Hay, sin embargo, otras implicaciones que tienen que ver con la información requerida para la focalización, los incentivos que promueve y costos sociales que genera, en especial cuando el criterio adoptado es la identificación a través de los ingresos, como es el caso de la selección de beneficiarios para el régimen subsidiado en Colombia, definido en términos de falta de capacidad de pago para tener un aseguramiento[12]. Surgen de la consideración de que la población "objetivo" es también un agente activo y de que se generan estímulos para que otros actores obtengan beneficios particulares. Amartya Sen resalta las limitaciones de la información para la focalización desde esta perspectiva, que trascienden las meramente operativas o de los costos directos para alcanzar una selección perfecta de beneficiarios:

"Dado que los posibles beneficiarios también son agentes activos, el arte de seleccionar a los destinatarios es mucho menos sencillo de lo que tienden a suponer algunos defensores de los programas cuyas ayudas dependen de los ingresos. Es importante tener en cuenta los problemas que plantea la selección perfecta de los destinatarios de las ayudas, en general, y la comprobación de los ingresos, en particular, sobre todo porque la razón para llevar a cabo esa selección es, en principio, bastante convincente y contundente.El procedimiento de selección de los destinatarios de la ayuda puede tener considerables costos administrativos –consistentes en el gasto de recursos y retrasos burocráticos- y entrañar la pérdida de intimidad y de autonomía individual que implican la necesidad de revelar una gran cantidad de información y el correspondiente programa de investigación y seguimiento. A estos costes hay que sumar, además, los costes sociales del poder asimétrico de que disfrutan los potentados de la burocracia frente a los suplicantes solicitantes. Y por si esto fuera poco, en este caso existen mayores posibilidades de que haya corrupción, ya que en un sistema de ayuda condicionada los potentados adquieren la potestad de conceder prestaciones por cuya concesión los beneficiarios pueden no estar dispuestos a pagar."(Sen, 2000, pp. 170 y 171)

Sen (2000, pp. 170-172) señala además otras posibles distorsiones que son promovidas por los intentos de lograr una selección adecuada de los beneficiarios de programas "focalizados" a través de los ingresos:

- Distorsión de la información
- Distorsión de incentivos
- Desutilidad y estigma
- Viabilidad política y calidad

A través suyo se generan costos adicionales a los administrativos y a la corrupción a que da cabida y desutilidades que inciden en el bienestar de las personas.

---

preciso considerar otros gastos administrativos o "costes de transacción" de los programas selectivos tales como los destinados al manejo operativo y financiero del programa, los que implica la vigilancia y control del mismo, y en los que incurre la población para acceder a los servicios.

12 "Los programas de servicios públicos muestran en todo el mundo una creciente tendencia a subordinar la ayuda a los ingresos. Es fácil entender la razón, al menos en principio. Disminuye la carga fiscal, y con la misma cantidad de fondos públicos es posible cubrir mucho más a las personas económicamente necesitadas si se puede conseguir que las que disfrutan de cierta comodidad paguen los beneficios que reciben (o contribuyan de manera significativa a pagar los costes de los servicios)."(Sen, 2000, p. 169)

Distorsión de la información. Los programas selectivos generan en toda circunstancia incentivos para acceder, en forma fraudulenta, a servicios subsidiados, distorsionado la información mediante la cual se seleccionan los beneficiarios. Hay, sin embargo, diferencias en los incentivos, dependiendo de la formas de identificación y de prestación del servicio. Sen distingue entre la que toma en cuenta la falta de capacidades de la persona y la que se hace en función de sus ingresos o capacidad de pago. En el primer caso, la ayuda se proporciona teniendo en cuenta la carencia de capacidades particulares (o indicadores de logro que las exprese), a través de considerar, por ejemplo, la situación de ser analfabeta o de tener una determinada enfermedad, y proporcionando un servicio para el aprendizaje o la recuperación de la salud. La base informacional para esta forma de ayuda es menos susceptible de ser distorsionada y es menos probable que se produzcan abusos. En el segundo caso cuando "el propósito es proporcionar un servicio gratuito a los pobres pero no a los que pueden pagarlo, hay que comprobar las circunstancias económicas de la persona. Esta comprobación puede plantear especiales problemas sobre todo en los países en los que es difícil conseguir información sobre la renta y la riqueza." Además "cualquier sistema policial que trate de pillar a los 'defraudadores' que no declaren todos sus ingresos económicos cometería errores de vez en cuando e impediría que recibieran ayudas algunas personas que actúan de buena fe. Y lo que no es menos importante, disuadiría a algunos que en realidad reúnen las condiciones (para recibir las prestaciones establecidas) de solicitar las prestaciones a las que tienen derecho." (pp. 169-170)

Distorsión de incentivos. La selección a través de criterios económicos puede incidir también en la conducta de los individuos promoviendo que mantengan su situación como pobres para evitar ser excluidos de la ayuda gratuita."Por ejemplo, la perspectiva de perderla si se gana demasiado puede disuadir a una persona de realizar actividades económicas."(p. 171) Y esta circunstancia introduce, dentro de los costes del programa las consecuencias sociales de pérdida de actividades económicas que dejan de realizarse.

Desutilidad y estigma. La condición de declararse pobre para acceder a servicios gratuitos y el reconocer que requiere de ayuda de beneficencia, puede incidir en la autoestima y en el respeto a las demás personas. "Eso podría distorsionar la búsqueda de ayuda, pero el hecho de sentirse –y de ser- estigmatizado también tendría pérdidas y costes directos. Dado que para los responsables de elaborar la política económica y social la cuestión del amor propio suele tener un interés marginal (es una preocupación bastante 'refinada'), nos tomamos la libertad de mencionar el argumento de John Rawls de que el amor propio es 'quizás el bien primario más importante' en el que ha de centrar la atención una teoría de la justicia basada en la equidad."(p. 171)

Viabilidad política y calidad. También menciona Sen el hecho de que los beneficiarios de los programas selectivos en general carecen de poder político que garantice su continuidad y la calidad de los servicios. Tal circunstancia ha llevado a que en países como Estados Unidos se hayan preferido los programas universales.

Estas circunstancias plantean obstáculos para la focalización que no necesariamente la invalidan en todas las oportunidades. "La razón por la que esbozamos estas dificultades –afirma Sen- no es para sugerir que la elaboración de programas de ayuda destinados a grupos específicos no tiene sentido o siempre plantea problemas, sino sólo para señalar que hay consideraciones contrarias al sencillo argumento a favor de la selección perfecta de los

destinatarios. La definición de beneficiarios específicos es, de hecho, un *intento*, no un *resultado*."(p. 172)

La consideración de los argumentos en pro de una focalización cuya selección de beneficiarios se haga con criterios de recursos o ingresos y los que muestran sus dificultades y limitaciones no llevan a conclusiones definitivas para aceptarla o rechazarla en forma generalizada. En este sentido, siempre existiría el dilema entre focalizar y no focalizar de esta forma. No se podría presuponer que, en todos los casos, es conveniente o inconveniente y, en cada oportunidad, se requiere analizar abierta y ampliamente su conveniencia y justificar razonadamente su aplicación o no aplicación, tomando en cuenta las características de las circunstancias sociales y el tipo de programa[13]. De estas argumentaciones también se desprende que la necesaria evaluación de los programas focalizados de esta forma y de su impacto, trasciende la mera consideración de la eficiencia de la focalización para llegar a la población "objetivo" y de sus efectos redistributivos.

1.2.2 Enfoque de análisis

Se mencionaba que el término Sisben ha dejado de ser, en su uso más corriente, una sigla y se utiliza como sinónimo de régimen subsidiado. Existen, no obstante, otras connotaciones de esta palabra, que ha dado lugar a derivaciones verbales como "Sisbenizado": a quien se le ha hecho la encuesta del Sisben, o también, quien está afiliado al régimen subsidiado o cuenta con carnet (está "carnetizado") de este régimen. Para definir el objeto y alcance del estudio se requiere precisar el sentido en que es tomado el Sisben, dentro de sus múltiples

[13] Desde otras perspectivas se plantea también la necesidad de considerar las condiciones para adoptar programas focalizados de cualquier tipo frente a la opción de programas universales. Esta es la posición sugerida por el PNUD en su primer Informe Mundial sobre Desarrollo Humano:"..las intervenciones con objetivos definidos ("focalizadas") también presentan diferencias. Si grupos no necesitados reciben beneficios sustanciales o si tales beneficios no les llegan a los grupos necesitados, significa que la intervención está mal diseñada. También es importante considerar el equilibrio entre políticas con objetivos definidos y políticas generalizadas. Es posible que las intervenciones con objetivos definidos sólo resulten apropiadas bajos circunstancias especiales, como, por ejemplo, una recesión temporal o una crisis extrema, o sólo en países que cuentan con la capacidad administrativa requerida para llevar a la práctica con eficiencia un programa con objetivos definidos. Por lo tanto, las circunstancias deben definir la extensión y la duración de las intervenciones orientadas a proteger o mejorar el desarrollo humano..Cuando un país registra ingresos bajos generalizados pero una buena distribución de los mismos, quizás lo más apropiado sea una adecuada estructuración de mesopolíticas indiscriminadas. En países con un ingreso promedio alto y buenos índices de crecimiento pero una distribución deficiente, es posible que se requieran algunas intervenciones con objetivos específicos que favorezcan a los segmentos más pobres de la sociedad, como complemento de las políticas generalizadas. Pero incluso en estos casos, sobre todo en el largo plazo, lo más probable es que sean las políticas generalizadas bien estructuradas –junto con cambios en el proceso de crecimiento- las que resulten más beneficiosas."(PNUD, 1990, pp. 102-103) La CEPAL, por su parte, ha expresado una posición contraria: "Hay quienes sostienen que las intervenciones focalizadas sólo son útiles bajo circunstancias especiales, como recesión o crisis..Es posible discrepar con esta afirmación. Incluso en momentos de prosperidad económica, la focalización tiene ventajas por cuanto.. los recursos que se destinan a un grupo adecuadamente delimitado e identificado aseguran un impacto mucho mayor en la solución de los problemas detectados, reducen el período de duración de la intervención (con la disminución consiguiente del sufrimiento de quienes tenían efectivamente necesidades) y liberan recursos que la sociedad podrá destinar a otros fines."(1995, p. 19)

acepciones, teniendo en cuenta los elementos conceptuales descritos en torno a la focalización.

De una parte, en trabajos de carácter técnico y académico el Sisben es entendido principalmente como un proceso *metodológico* tendiente a la selección de beneficiarios de programas sociales[14]. En ellos se subraya el examen de la "eficiencia" del Sisben como instrumento técnico para lograr una más adecuada "focalización". De otra, en el contexto de algunos municipios, el Sisben tiende a ser entendido como un programa cuya misión es servir de apoyo para la ejecución de las políticas sociales. Dada una metodología y unos procesos técnicos para la recolección, revisión y almacenaje de la información de la ficha, se resaltan así los elementos institucionales y operativos, así como las interrelaciones funcionales[15].

En el marco del Proyecto Evaluación y Reestructuración del Régimen Subsidiado, el Sisben es considerado como "programa" cuya ejecución está a cargo de las administraciones municipales, con distintas interdependencias con los niveles nacional y seccional. En este enfoque se considera tanto la metodología de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales, particularizando el caso del régimen subsidiado, como los procesos organizativos, institucionales y técnico-operativos a través de los cuales se aplica, utiliza y difunde la información. Aunque no en todos los municipios el Sisben tiene formalmente el estatus de programa, en la práctica e independientemente de la escala o complejidad de la operación, se cuenta con los elementos de una actividad de cierta sistematicidad y grado de organización que permiten su análisis en cuanto tal.

En el enfoque asumido del Sisben como "programa" se introduce, *además* de los elementos organizativos e institucionales, la consideración de la respuesta de distintos sectores de la población (como agentes activos) ante ese instrumento, de la influencia de factores institucionales, de orden económico, político y cultural, que determinan su funcionamiento y sus resultados. Se busca así encuadrar el análisis dentro del contexto de posibles respuestas

[14] Con este énfasis en el documento metodológico que presenta la selección de variables del Sisben se anota que para garantizar la focalización de los programas sociales establecido en la Ley 60 "la Misión Social ha venido desarrollando un conjunto de normas con el objetivo de crear el Sistema de Selección de Beneficiarios de programas sociales (SISBEN), con base en la información obtenida en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) realizada por la Misión Social en el mes de Mayo de 1993, que permitan la creación de un índice de pobreza, por medio del cual se pueda clasificar a cada una de las familias colombianas dado un conjunto de características socioeconómicas." (Castaño y Moreno, 1994, p. 1) Véase igualmente Sarmiento y otros, 1999 y Vélez y Castaño, 1999.

[15] Esta es la perspectiva del boletín N° 5 del Sisben de Medellín que ante la pregunta ¿Qué es el Sisben? responde: "Es un programa que mediante la aplicación de una encuesta a todas las personas residentes en una misma vivienda de un determinado estrato, permite clasificar socioeconómicamente a dichas personas, mediante la asignación de un nivel y un puntaje."(Secretaría de Planeación Municipal, Departamento de Análisis Estadístico, Medellín, 1999, p. 3) En la misma perspectiva se encuentra la ponencia presentada por Darío Ángel Escobar en seminario realizado en Medellín en noviembre de 1999: " La ejecución del Programa SISBEN en Medellín tiene como fundamento el mejoramiento permanente de la calidad en los procesos que lo conforman para lo cual es indispensable una rigurosa aplicación de las normas y procedimientos establecidos y una adecuada dirección y coordinación, por parte de la Administración Municipal.. Para cumplir con todas las actividades que demanda el Programa SISBEN, se tiene actualmente un equipo humano el cual está distribuido en tres áreas.."(Ángel, 1999, p.1). La cartilla de Administración del Sisben producida por la Misión Social en 1994 trata elementos básicos del Sisben como programa.

de la población a incentivos promovidos por la focalización que trascienden el logro inmediato para una selección adecuada.

Esta perspectiva se concreta en el examen y evaluación de tres aspectos del Sisben:

Su capacidad como instrumento técnico para la identificación de potenciales beneficiarios de los subsidios de salud.

La forma como se ha venido implementando, sus condicionantes político administrativos, de gestión y técnico operativos, y los posibles efectos que esta forma de aplicación ha tenido sobre la calidad y cobertura que ha logrado

Los efectos de condicionantes institucionales dentro de los cuales se encuentran tanto los factores culturales y políticos como las distorsiones en los incentivos que su aplicación promueve.

El análisis se centra en la consideración del Sisben en relación con el régimen subsidiado de salud, dentro del contexto del sistema general de salud. Los resultados obtenidos en el proceso de identificación y selección de beneficiarios, en términos de cobertura y calidad, dependen a la vez de las características del Sisben en tanto instrumento técnico, de la forma como se ha implementado en los municipios y de la respuesta de distintos segmentos de la población ante esta forma de selección de beneficiarios.

La calidad *técnica* del Sisben, en cuanto índice, depende de su capacidad para la identificación adecuada la población que es "objeto" del régimen subsidiado. Para evaluarla es preciso recorrer dos niveles:

Uno, en su comportamiento como instrumento estadístico que aportan información confiable.

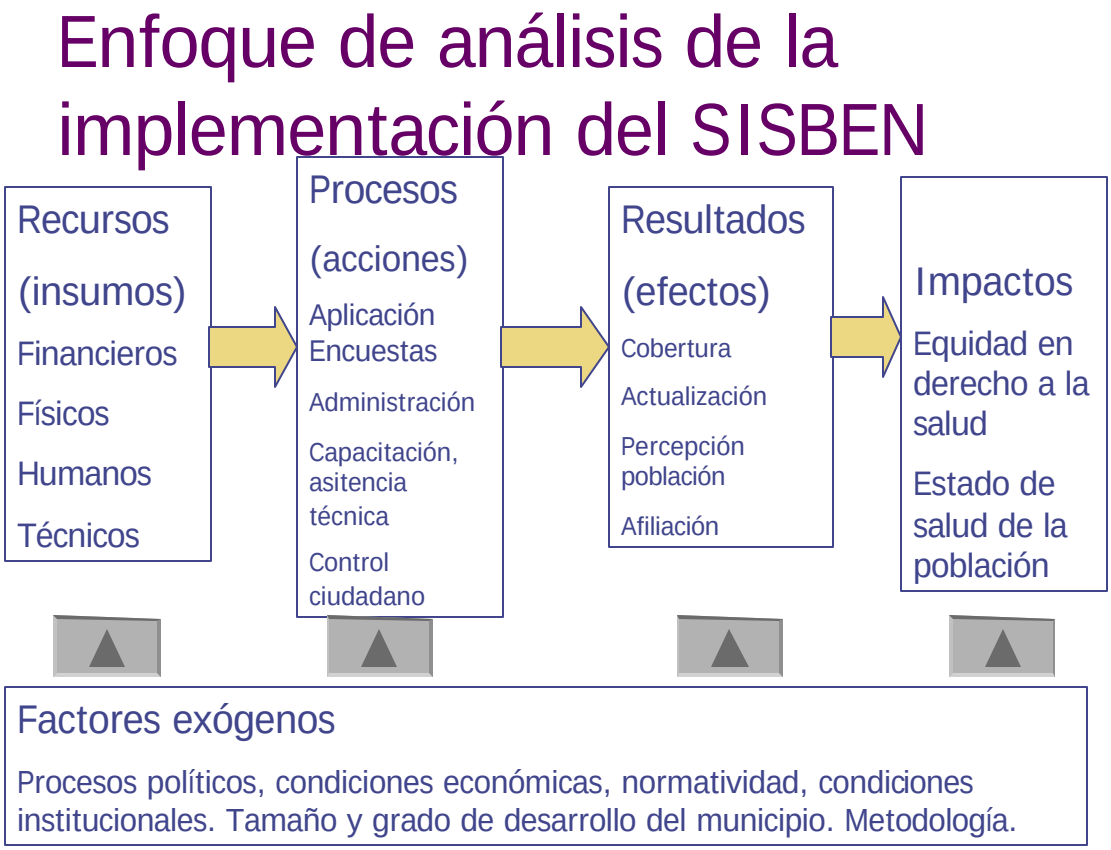
Otro, en las condiciones normales de aplicación como instrumento de focalización, aceptando los sesgos y distorsiones que son inherentes a este instrumento tanto desde la población a la que se aplica como del contexto institucional que administra el instrumento.

La evaluación de la implementación del Sisben parte de aceptar una capacidad dada del índice para seleccionar la población que "merece" recibir un aseguramiento subsidiado, evitando errores de inclusión ("tipo 1") y exclusión ("tipo 2") y toma en cuenta las características que ha adquirido su aplicación en los municipios y sus repercusiones sobre la cobertura y calidad. Para este propósito el análisis busca establecer relaciones entre variables clave en la implementación del Sisben e indicadores de resultado e impacto. En este enfoque se intenta precisar asociaciones e interdependencias entre los recursos utilizados (humanos, técnicos, financieros, de infraestructura) y los procesos de implementación, con los resultados de cobertura y calidad, y el impacto sobre la equidad, buscando establecer el posible efecto de factores exógenos como los procesos políticos, las condiciones económicas, las actitudes y respuestas de la población, como elemento activo del proceso, y el grado de desarrollo del municipio (gráfico N°1).

Sobre esta base se busca obtener elementos para hacer recomendaciones y propuestas que lleven a mejorar la equidad y la eficiencia en los procesos de identificación y selección de beneficiarios del régimen subsidiado y a contrarrestar los efectos "perversos" que la

focalización puede incentivar, tanto en el régimen subsidiado como en procesos más generales de la sociedad colombiana.

Gráfico 1.



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

En esta perspectiva, el diagnóstico llevado a cabo en el Proyecto sobre los temas de afiliación y selección de beneficiarios del régimen subsidiado se movieron en dos planos complementarios: i) el de la situación de contexto general sobre las tendencias de la afiliación, la calidad técnica del Sisben como instrumento de identificación de potenciales afiliados y el resultado de la focalización en el régimen subsidiado, y ii) el de las características, procesos y resultados de la selección y de beneficiarios en los municipios. Para abordar el primero se recurrió al procesamiento de encuestas de hogares ya realizadas y se llevó a cabo una encuesta en los estratos 1, 2 y 3 de las principales ciudades del país, que aplicó la Ficha Sisben y un formulario complementario. Para el segundo, se llevó a cabo una recolección primaria de información a través de entrevistas en una muestra representativa de municipios del país, en las secretarias seccionales de salud y en algunas ARS.

En la sección siguiente, después de hacer algunas consideraciones de contexto sobre las características de la focalización en el régimen subsidiado y de las propiedades del índice Sisben, se hace un examen de su eficiencia para la identificación de la población sin capacidad de pago. A continuación (sección) se examinan algunos de los resultados globales de la aplicación de la Ley 100, en la cobertura del aseguramiento y el acceso a los servicios

de salud y los resultados globales de la focalización en el régimen subsidiado. Los temas de la aplicación del Sisben en los municipios son tratados en la sección.

1.3 EL ÍNDICE SISBEN COMO INSTRUMENTO DE SELECCIÓN DE BENEFICIARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO EN SALUD

Esta sección trata los problemas que plantea la selección de beneficiarios del régimen subsidiado desde el punto de vista de los criterios que animan la focalización y de las técnicas de identificación de beneficiarios. En primer lugar, se analiza el tema de la delimitación de la población a que está dirigido este régimen en el contexto de las características de los servicios que busca proveer. A continuación es abordado el examen del Sisben en cuanto instrumento técnico para la focalización, particularizando el caso del régimen subsidiado.

1.3.1 La definición de la población destinataria del régimen subsidiado: dos enfoques contrapuestos

La definición de los destinatarios del régimen subsidiado de salud, combina dos posiciones que expresan orientaciones contrapuestas y cuya articulación y coherencia requiere de un examen detallado.

En primer lugar, tanto la Ley 100 como los Acuerdos del Consejo Superior de Seguridad Social en Salud, establecen que los destinatarios del régimen subsidiado son las personas pertenecientes a núcleos familiares que no cuentan con la *capacidad de pago* para estar afiliadas al régimen contributivo (ver numeral 1.1). Se coloca así como el criterio principal y predominante de selección, la falta de ingresos para ser "merecedor" de un subsidio. Esta posición es concordante con el propósito de buscar un aseguramiento para los pobres, más que con el de fortalecer mecanismos directos para que determinados grupos poblacionales, con carencias en capacidades específicas, accedieran a los servicios. En tal perspectiva la condición para tener un aseguramiento contributivo sería la capacidad de pago, y quienes carecieran de ella tendrían derecho, *en principio*, a estar en el régimen subsidiado.

En principio, porque es imposible aplicar este criterio debido a que los recursos destinados al régimen subsidiado son insuficientes para afiliar a quienes se encuentran en esa situación. Y, además, de acuerdo con la reseña hecha anteriormente, en la práctica, prima ante todas las otras circunstancias el mantenimiento de la afiliación de los ya cubiertos, identificados con los mecanismos preexistentes.

En segundo lugar, las normas han fijado prioridades en la afiliación, dentro del amplio grupo de hogares que carecen de capacidad de pago[16]. Se introduce así, otro criterio en la selección de beneficiarios, relacionado con la falta de capacidades para gozar de la salud. Dentro del segmento de los pobres se ha dado prelación, en su orden, a la población del área rural, a la

[16] Esta dualidad de criterios, ya lo decíamos, se encuentra dentro de la misma Ley 100. Véase nota de pie de página N° 2.

indígena y a la urbana. A su vez, dentro de cada uno de estos segmentos de población, da prioridad a determinados grupos vulnerables: mujeres embarazadas y niños menores de cinco años; población con limitaciones físicas, síquicas y sensoriales; personas de la tercera edad; mujeres cabeza de familia; demás población pobre y vulnerable. Y mantiene, al mismo tiempo, criterios particulares de preferencia para la afiliación de otras poblaciones vulnerables: indigentes, reinsertados, desplazados por la violencia.

En esta situación, la desproporción entre las metas de aseguramiento universal y los recursos para lograrlas ha conducido a una situación en la cual queda difusa e indeterminada la población destinataria del régimen subsidiado. Si bien, en la letra, es toda la población que no puede acceder al régimen contributivo en razón de sus ingresos, en la realidad, aunque fuera posible identificarlos con precisión, queda sin posibilidades de afiliación una alta proporción de ellos y deja un margen amplio de arbitrariedad para la selección de los que pueden ser atendidos.

Las medidas que han buscado dar prioridad a determinados grupos vulnerables, desde el punto de vista de las capacidades para tener un buen estado de salud, parecen, en general, estar bien encaminadas. Señalan, dentro del segmento de pobres, situaciones que expresan falta de capacidades especialmente críticas en el campo de la salud (embarazadas, niños menores de 6 años, personas de la tercera edad, etcétera), que merecen atención inmediata y que pueden ser comprobadas fácilmente.

Por el contrario, la decisión de mantener la afiliación de los ya seleccionados requiere ser examinada con atención. Su adopción supone que la selección a través de los distintos mecanismos ha sido adecuada y con resultados equivalentes en los distintos mecanismos utilizados, que se mantiene la situación de los destinatarios a través del tiempo o que existen los mecanismos de control para captar oportunamente los cambios, cuestiones improbables que requieren ser evaluadas. Y, en segunda instancia, habría que determinar si son ellos los que necesitan de tratamiento prioritario en razón de su mayor vulnerabilidad o carencia de capacidades específicas. Cuando la meta de la afiliación universal tiene un plazo de cumplimiento incierto y no hay recursos para aumentar la población subsidiada, privilegiar el mantenimiento de la afiliación actual (así sea a través de no actualizar el Sisben) puede atentar gravemente contra la equidad y la eficiencia. Y compite, en la práctica, con la directriz de dar preferencia a los más vulnerables, en tanto no hay garantía de que sean ellos quienes mantienen los cupos porque han sido identificado primero.

Lo anteriormente expuesto plantea la necesidad de adecuar los criterios de selección de beneficiarios de subsidios de salud en tres importantes aspectos interrelacionados:

Fijar criterios que permitan incrementar los niveles de afiliación, dentro de un marco de equidad, que privilegie a los más vulnerables. Esto implica flexibilizar los criterios de asignación de subsidios, dejar de considerarlos como un beneficio permanente que se concede para toda la vida, y recurrir a mecanismos como la implementación de subsidios parciales e incorporación de vinculados en las listas de elegibles. También implica definir, en forma precisa, los criterios para acceder a subsidios totales o parciales dentro del marco de restricciones impuesta por los recursos existentes.

La conciliación práctica entre los criterios de falta de capacidad de pago, con enfoques convencionales como los aplicados en las mediciones de la pobreza a través de los ingresos corrientes, y de la falta de capacidades, que conlleva vulnerabilidad especial ante determinados riesgos. Hacerlo conlleva precisar los criterios de selección y adecuar los mecanismos a través de los cuales se aplican. Y, de otra parte, revisar desde el punto de vista de los agentes de la oferta y la demanda, el incremento de costos que supone privilegiar su aseguramiento, en una primera fase.

Encuadrar las medidas y mecanismos adoptados dentro de la perspectiva, de largo plazo, de la unificación de los dos regímenes existentes, la implementación de subsidios parciales y de un sistema de tarifas unificado para el conjunto del sistema de seguridad social en salud.

En realidad la conciliación entre dos criterios de focalización busca aproximar enfoques contrapuestos, como también es expuesto por Amartya Sen, quien plantea que el criterio relevante es la carencia frente a capacidades básicas: "la privación de capacidades es un criterio de las desventajas más importante que la renta baja, ya que la renta sólo es importante desde el punto de vista instrumental, y su valor derivado de muchas circunstancias sociales y económicas." (2000, p. 165). Además analiza las ventajas que desde el punto de vista de los incentivos tiene la selección de beneficiarios de subsidios tomando las capacidades, como base de información (2000, pp. 167-168).

Sen considera, sin embargo, que la asignación de subsidios "en función de la falta de capacidades y no de la falta de renta no evita por sí sola la necesidad de juzgar la pobreza económica de los posibles beneficiarios, ya que también hay otra cuestión, y es *cómo* debe distribuirse la ayuda pública. En concreto, existe la posibilidad de cobrar los servicios públicos en función de la capacidad de pago, lo que obliga de nuevo a introducir la necesidad de averiguar la renta del posible beneficiario" (2000, pp. 168-169) Y añade que cuando el objetivo de un programa "es proporcionar un servicio gratuito a los pobres pero no a los que pueden pagarlo, hay que comprobar las circunstancias económicas de la persona." (2000, p. 169-170)

La decisión sobre cómo distribuir los subsidios conduce a recurrir a tipos información y formas institucionales diferentes. Y de igual manera, a afrontar las particulares distorsiones en los incentivos que se promueven. Si se busca dotar de un servicio subsidiado a los pobres, excluyendo a quienes tienen capacidad de pago, surge el problema de obtener información confiable sobre los ingresos. La opción de basarse únicamente en la falta de capacidades en el campo de la salud ha llevado a salidas institucionales particulares. "La formula europea de proporcionar asistencia médica en función de la falta de capacidades sin tener en cuenta los ingresos ha tendido a adoptar la forma de un servicio sanitario nacional general abierto a todos los que necesiten asistencia médica. Ese sistema facilita la tarea de obtener información, pero no resuelve el problema de la división entre los ricos y los pobres." Hay otras salidas intermedias que han tratado de compatibilizar los enfoques de falta de capacidades y falta de capacidad de pago. "La fórmula americana de *Medicaid* tiene por objeto proporcionar ayuda en función de la falta de capacidades y de los ingresos (en un nivel más modesto) y ha de hacer frente a los dos problemas de información." (2000, p.

170). Este es el reto que plantea el marco de principios y normas que han sido adoptados en el país[17].

Sin embargo, para llegar a conclusiones más precisas sobre los criterios prácticos de definición de los beneficiarios se requiere contar con una evaluación detallada de las posibilidades y alcances de la financiación, así como de la viabilidad de reforzar medidas complementarias para dar atención de salud a población sin acceso a los servicios, que no esté en capacidad de lograr la afiliación. Avanzar en estos temas supone, además, contar con los elementos de diagnóstico de los mecanismos de identificación y selección que serán tratados posteriormente.

Conviene hacer algunas reflexiones sobre la orientación de la Ley 100 de buscar un aseguramiento universal para los riesgos de la salud. Las características individuales de las personas, tanto en términos biológicos como en sus entornos familiares, sociales y ambientales generan distintos riesgos. Quienes tienen menores capacidades para afrontarlos, son los más vulnerables a la enfermedad y tienen menores potencialidades para llevar una vida sana y prolongada. Con el aseguramiento universal se busca equiparar estos riesgos. En un esquema de aseguramiento universal se logra, más que iguales servicios para todos, cuestión que varía con la edad, el género y aún con condiciones genéticas heredadas, una *igualdad en las capacidades*. Todos están cubiertos frente a riesgos diferentes, con costos particulares. La igualdad se logra a través de dar tratamiento diferente a los diferentes, para que haya igualdad en el campo de las capacidades[18]. Además se expresa un principio de solidaridad, en tanto los aportes son acordes con las posibilidades de cada quien, frente a riesgos diferenciales.

La perspectiva del aseguramiento universal implica un cambio en la cultura. Una percepción distinta sobre el tiempo y sobre la salud misma. Se trata de crear las condiciones para afrontar un futuro incierto. Así la sociedad, en su conjunto, asume los riesgos generales y se disminuyen las desigualdades de poblaciones que tienen más requerimientos en servicios. La meta es lograr igualdad en las capacidades.

El problema de la selección preferencial, "adversa", a favor de quienes tienen menos riesgos muestra un camino que riñe con este esquema. Para tratarlo es preciso diseñar una senda que lleve al aseguramiento universal, dando prioridad a los más pobres y vulnerables. Cuando se logre el aseguramiento universal, los costos diferenciales son asumidos por todos. No juega el criterio de la ventaja individual. Y en esta perspectiva la igualdad de capacidades para tener una buena salud se concreta en el costo medio de tener un aseguramiento.

Este enfoque con ventajas en la eficiencia económica y en la equidad, tiene requerimientos para su funcionamiento. Su aplicación supone un aseguramiento universal. De lo contrario puede conllevar ineficiencias e inequidades, que es preciso mitigar sin perder el rumbo.

---

[17] Queda, en todo caso, la posibilidad de cuestionar el actual esquema de seguridad social y plantear un sistema de prestación universal de servicios. La pertinencia y viabilidad de alternativa no es analizada en el marco del proyecto ni en este informe.

[18] Al respecto véase Amartya Sen, 1995, *La igualdad reexaminada: Nuevo examen de la desigualdad*. Es este igualmente el "espíritu" del enfoque del derecho irrenunciable a la seguridad social.

En este camino es preciso lograr una solución que supere los intereses encontrados entre la eficiencia inmediata y el logro de la meta final de equidad. En la perspectiva del aseguramiento universal, la capacidad para tener una buena salud y acceso a los servicios, se concreta en la financiación de una cuota media de aseguramiento. Desde el punto de vista de los usuarios (demanda) tienen ventajas en la afiliación quienes tienen requerimientos más costosos que el promedio. Y desde la oferta se buscaría asegurar preferencialmente a los que poseen menores riesgos (selección adversa). El aseguramiento universal supera así la lógica de las decisiones individuales para la eficiencia económica, e implica recurrir a una racionalidad de solidaridad dentro del terreno de lo público.

1.3.2 El Sisben como instrumento de identificación de beneficiarios del régimen subsidiado

El Sisben se ha convertido en el principal mecanismo de identificación de beneficiarios del régimen subsidiado. Ha ido sustituyendo otros procedimientos aplicados en sus primeras fases de implantación. El presente numeral está dedicado al examen metodológico y técnico del instrumento en su relación específica con ese régimen. Aunque existen ciertos elementos comunes en los programas destinados a los pobres es preciso, en cada caso, precisar la adecuación de los instrumentos de identificación, que tome en cuenta la naturaleza del programa y las características de la población a que está destinado. Esta orientación conduce a analizar el Sisben como instrumento genérico de focalización, en su adecuación específica para un programa particular, independientemente de otras de sus cualidades para el análisis social, como el de dar cuenta de algunas de las dimensiones del estándar de vida.

- **Las interpretaciones sobre el índice Sisben**

Antes de abordar esos temas es ilustrativo hacer algunas consideraciones sobre las tres interpretaciones que se han dado al índice Sisben. Las principales han sido considerar el índice Sisben:

- Como medida de pobreza.
- Como índice de bienestar
- Como medida del estándar de vida.

El Sisben como "medida de pobreza". La primera interpretación del Sisben fue la que guió explícitamente la elaboración del índice. En el documento metodológico que lo presentó inicialmente, se definía como un instrumento para "la identificación de hogares, familias o individuos beneficiarios del gasto social por parte de las entidades territoriales." Y anotaba que, con este propósito, la metodología adoptada estaba encaminada a "la construcción de un índice que permita ordenar las familias según su nivel de pobreza." (Castaño y Moreno, 1994, p.1) La selección tratamiento estadístico y ponderación de las variables obedeció, en consecuencia, a tal propósito: "Las valoraciones de las categorías de las variables cualitativas fueron determinadas de forma tal que a medida que aumentan su valor la familia se aleja de la pobreza. En otras palabras en una familia pobre el valor de las categorías en cada una de las variables tenderá a ser bajo. Debido a que las variables están correlacionadas positivamente la primera componente principal es tal que las ponderaciones de cada variable serán positivas. De aquí que podamos interpretar el valor obtenido por cada familia en la primera componente

principal como una medida del "tamaño" de su pobreza y los ponderadores como el peso relativo de cada variable en la determinación de dicho tamaño." (Castaño y Moreno, 1994)

En el documento no se explicita la concepción de la pobreza adoptada en la construcción del índice, ni precisa sus particularidades frente a los enfoques corrientes para su medición.

Esta interpretación sobre el índice Sisben parece que ha sido dejada de lado paulatinamente. Su debilidad se hace manifiesta cuando se trató de definir el punto de corte del índice para identificar los beneficiarios de los programas. En ese momento hubo que recurrir a las estimaciones provistas por los métodos de línea de pobreza y necesidades básicas insatisfechas para determinar quiénes eran los pobres. La práctica evidenció, en esta perspectiva, que el índice era a lo sumo una variable a partir de la cual, en forma indirecta, se podían estimar los pobres identificados por esos dos métodos. No era una medida alterna del tamaño de la pobreza, sino un insumo para la estimación indirecta de la pobreza.

El fondo del asunto se encuentra en que el índice no permite, por sí mismo, cumplir con dos operaciones inherentes a toda medición de la pobreza: "la identificación de los pobres y la agregación de las características de su pobreza en una medida global." (Sen, 1992, p. 41) La primera operación, que no es resuelta por el índice Sisben, precede a la segunda y es, obviamente, condición para "ordenar las familias según su nivel de pobreza."

Por encima de posibles imprecisiones o ambigüedades en su formulación, la utilización de los resultados de enfoques de NBI y LP para fijar los puntos de corte en el índice Sisben, delimitar a los pobres y definir los potenciales beneficiarios de subsidios, introduce en su metodología los conceptos de pobreza que son propios de ellos[19].

El Sisben como medida de bienestar. La segunda interpretación considera que el Sisben es un índice de utilidad y una medida de bienestar (welfare)[20]. A partir de considerar un conjunto de variables demográficas y relacionadas con el consumo de bienes durables, dotación de capital humano e ingreso corriente, por su contenido y forma de construcción cumple con las condiciones de este tipo de índices en la teoría económica.

Por las variables que incorpora el índice Sisben es, en esta concepción, un indicador aproximado de recursos y, en un sentido más profundo, expresa la utilidad de los hogares y se encuadra dentro de las familias de los índices de bienestar:"La importancia de usar el consumo real de bienes y servicios para construir un índice de bienestar, puede ser

[19] La técnica aplicada es explicada en documento de E. Castaño (1995):"El procedimiento está basado en el empleo de modelos logit en los cuales la población pobre es asignada con base en dos definiciones alternativas de pobreza: la de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y la de Línea de Indigencia (LI). Para cada una de las definiciones se construyó un modelo logit usando el índice Sisben como variable explicativa. A continuación se determinó, para cada modelo, el valor máximo de índice SISBEN que clasificaba correctamente un pobre como pobre. El valor del punto de corte para caracterizar la población pobre se obtuvo como el máximo de los valores anteriores." (p. 1) Los criterios definitivos adoptados en la fijación de los niveles del Sisben se presentan en la nota de pie de página 31.

[20] Vélez, Castaño y Deutsch, 1999.

interpretada en el sentido de un *Índice de Bienestar Métrico Cuantitativo*, como fue definido por Deaton y Muellbauer." (Vélez y otros, 1999, p. 139).

El Sisben como índice de estándar de vida. La tercera posición interpreta el índice Sisben como medida de estándar de vida en términos de capacidades[21]. A diferencia del anterior enfoque el índice más que expresar recursos o ingresos "se aproxima a las realizaciones y capacidades." y tiene la ventaja de que evalúa satisfacción de necesidades y no preferencias. "Más que un índice de pobreza, el I-Sisben (índice Sisben) es un índice de estándar de vida, porque informa, de manera directa, sobre las realizaciones y las capacidades." (Sarmiento y otros, 1999, p. 108).

- **El índice Sisben y la focalización en salud.**

En lo pertinente para este informe, importa señalar las implicaciones que los enfoques sobre el índice Sisben podrían tener para la focalización en el régimen subsidiado de salud. En particular es de interés considerar cómo este instrumento se encuadra dentro de la doble perspectiva de identificar los segmentos sin capacidad de pago y con vulnerabilidad especial ante los riesgos de salud.

En la primera perspectiva la interpretación del índice en términos de recursos, en un enfoque utilitarista, podría ser pragmáticamente más adecuada. El índice Sisben, como indicador de recursos, daría cuenta de la utilidad de los hogares y de su bienestar (welfare). De esta forma se estaría ante el siguiente dilema:

O bien el índice es una nueva expresión multidimensional de la utilidad, más adecuada que los ingresos.

O bien el índice es una forma indirecta de captar los ingresos.

La interpretación bienestarista opta por la segunda. El artículo de Vélez y otros (1999) después de señalar las limitaciones de las medidas de bienestar individual en sus aproximaciones de *Necesidades Básicas* y capacidades considera que idealmente la mejor salida es recurrir a los ingresos "porque evita una función de utilidad paramétrica" (pp. 137-138)[22]. Su limitación se encuentra en que es difícil obtener información confiable. Su

[21] La noción de estándar de vida puede ser interpretada en diferentes sentidos. Para Sen esta "idea está llena de contrastes, conflictos e incluso de contradicciones. Dentro de la noción de estándar de vida coexisten divergentes y contrapuestos puntos de vista sobre lo que es bueno para la vida, en un desordenado paquete." (Sen, 1994, p. 1) Dentro de los puntos de vista acerca del estándar de vida caben distintas posiciones utilitaristas, incluso las que lo interpretan en función del bienestar (welfare) y los ingresos. Sen propone que sea entendido en términos de capacidades como posibilidades reales de la gente para decidir libremente.

[22] De pasada es interesante mencionar los argumentos de quienes representan este enfoque, en contra de las aproximaciones de necesidades básicas y capacidades. Sobre el primero se anota, refiriéndose a la medida de NBI utilizada en Colombia, que es funcionalmente inflexible en términos de ponderaciones y lleva a que la insatisfacción de una necesidad lleva a catalogar un hogar como pobre. Además hace referencia a que sus resultados no permiten identificar aceptablemente la pobreza medida con la metodología de los ingresos.

A este respecto surgen algunas cuestiones:

conclusión es retornar a la tradicional medida del ingreso como medida clave del bienestar, pero a través de información indirecta de mayor confiabilidad en países como el nuestro."La aproximación *bienestarista* ofrece el fundamento para el *Indicador de Recursos Exacto* que típicamente está basado en el ingreso o el consumo. Sin embargo, estos indicadores no son prácticos en los países en desarrollo. Además de los incentivos para subestimar los niveles de bienestar de ingresos o consumo, la verificación es costosa dada la falta de registros acerca de la seguridad social y los impuestos. Una alternativa favorable es el uso de *indicadores aproximados de recursos*, los cuales son índices ponderados sobre características del hogar distintas al ingreso del hogar, incluyendo economías de escala o escalas equivalentes en la composición familiar." (p. 138)

De esta forma, independientemente de su ubicación dentro de las corrientes de la economía, la posición lleva a buscar un indicador indirecto de ingresos. Ante el cuestionamiento que se hace a los programas focalizados que toman como criterio de identificación y selección los ingresos, especialmente en países con bajo nivel de desarrollo económico, porque es difícil obtener la información que haga posible aplicarlo con precisión[23], esta interpretación del Sisben busca una estimación indirecta de los mismos, que no requieran de costos excesivos, ni de sistemas complejos de información. De ser esto posible, se podrían aplicar con una eficiencia aceptable, aunque sin dar salida necesariamente a las otras posibles distorsiones

---

¿ Por qué estas limitaciones no invalidan la utilización del índice NBI para estimar los puntos de corte de los niveles del Sisben ? ¿ Cuáles son los niveles de precisión que logra el índice Sisben para identificar a los pobres por ingresos ? La inclusión de ponderaciones para distintas características en el índice Sisben puede darle, para ciertos propósitos, ventajas frente al NBI. Su desventaja es que, por sí mismo, hasta donde ha sido desarrollado hasta el momento, no es posible obtener una medida de pobreza. Y, de otra parte, recurriendo a resultados externos de mediciones de pobreza, las estimaciones indirectas logradas con el índice Sisben, sobre el fenómeno en el enfoque de ingresos son, como se presentará más adelante, un poco mejores que las que se obtienen con el NBI, pero siguen siendo deficientes.

En relación con la aproximación de capacidades el artículo menciona que su limitación se encuentra en que las capacidades no son observables. Al respecto vale anotar, como se afirma en el artículo, que la utilidad de los hogares tampoco lo es y que la información sobre ingresos es de difícil obtención. Además tales limitaciones no son particulares de este enfoque. Sen menciona explícitamente el asunto: "De hecho el conjunto de capacidades no es claramente perceptible, y debe construirse sobre una base de suposiciones (así como el 'conjunto presupuestario' en el análisis del consumo está también construido sobre una base de datos relacionados con le ingreso, los precios y las posibilidades de intercambio). En la práctica, habrá que contentarse muchas veces con una evaluación del bien-estar según los funcionamientos alcanzados, en vez de tratar de introducir en el cálculo el conjunto de capacidad cuando las supuestas bases de dicha construcción fueran empíricamente dudosas..Incluso cuando la pragmática de las limitaciones de los datos nos obligue a apuntar más bajo que la plena representación de conjuntos de capacidad, es importante tener *in mente* las motivaciones subyacentes de los individuos y considerar nuestra medición de funcionamientos realizados como una transacción ineludible, vistas las circunstancias. De hecho, la base informativa de los funcionamientos sigue siendo una base mucho más precisa de evaluación de la calidad de vida y el progreso económico que las diversas alternativas recomendadas más comúnmente como las utilidades individuales o la posesión de bienes." (1995, pp. 66-67)

[23] Los programas focalizados con base en el criterio de los recursos "Crean costos sociales o provocan distorsiones, ya que conducen a cambios de comportamiento. En el Reino Unido, la comprobación de los recursos para el otorgamiento de prestaciones suplementarias requiere trámites administrativos complicados para la verificación de los datos y el mantenimiento de los registros. La identificación de los ingresos y los bienes en los países en desarrollo es aún más difícil, especialmente en las zonas rurales, y es probable que los problemas administrativos sean también abrumadores. Por regla general, la comprobación de los recursos no resulta viable en estos países." (Banco Mundial, 1990, p. 104; citado en CEPAL, 1995, p. 20, nota de pie de página).

que se han señalado, cuando el enfoque de la focalización es la selección a través de los ingresos[24]. Y, de esta forma, se daría solución al requerimiento de buscar un método de focalización que tome en cuenta la capacidad de pago de los hogares para la asignación de subsidios y eventualmente la fijación de tarifas.

La posición que interpreta el índice Sisben en términos de capacidades se plantea, por el contrario, superar la visión restringida de los ingresos. En su trasfondo propone un nuevo criterio de focalización basado en las capacidades, dentro de la perspectiva planteada por Amartya Sen.

Existen muchas y valederas razones para compartir la motivación de este enfoque para la evaluación social. No obstante, si el Sisben puede ser interpretado de esa forma, habría que analizarlo igualmente en cuanto instrumento de focalización y sustentar en qué medida un índice genérico de estándar de vida puede ser apropiado para identificar los destinatarios de un programa particular. En el caso del régimen subsidiado se buscaría obtener que el índice respondiera al requerimiento de dar preferencia en la asignación de subsidios a quienes tengan menores capacidades en el campo de la salud. Y que definiera el tipo de información para hacerlo. Si entendemos que la focalización se orienta a suplir las carencias en determinadas capacidades y que el ingreso, por sí solo, no es buen criterio para seleccionar a los beneficiarios, cabría esperar que se tomaran en cuenta factores que expresen esas carencias específicas y se sustentaran las ventajas de tener un índice como el Sisben para este propósito.

Sin embargo, el análisis del contenido del índice lleva a suponer que este resultado sólo se logra parcialmente. Al plantearse en una posición que considera que la focalización puede hacerse a través de un instrumento genérico, sin tomar en cuenta la especificidad de las carencias que se buscan suplir, no se examina el Sisben, en relación con los objetivos de cada uno de los programas, ni se analiza en esta perspectiva la información pertinente, ni la forma de tratarla.

El índice Sisben incorpora algunas de las variables que están asociadas con mayores riesgos de salud: bajos niveles educativos, ausencia de servicios públicos domiciliarios, hacinamiento, por ejemplo. Deja de lado, no obstante, otras que tienen importancia para identificar las poblaciones que en la normatividad se les da prelación y que en la tradición de los programas de salud han venido siendo utilizadas para captar situaciones de vulnerabilidad (mujeres embarazadas, incapacitados, hogares con jefatura femenina, pertenencia a comunidades indígenas) y no considera otros aspectos que inciden en las capacidades para gozar de buena salud, como las diferencias de perfiles epidemiológicos entre regiones. Además, por su forma de construcción, puede dar bajo peso para la selección de subsidios a poblaciones como la

[24] Dentro de las técnicas estadísticas utilizadas para la estimación indirecta de los ingresos o recursos, la delimitación de la población pobre y la selección de beneficiarios de programas sociales, se encuentran la regresión y el análisis de componentes principales cualitativas, que llegan a resultados bastante semejantes (Ver Castaño, 1999). El índice Sisben se construyó mediante la segunda de esta técnicas.

infantil o la de tercera edad[25]. De esta forma, desde el punto de vista de las capacidades, el Sisben no aportaría la información suficiente para asignar los subsidios y se requeriría de instrumentos complementarios.

Lo que puede ser adecuado y plausible para elaborar un buen índice de estándar de vida, con ventajas frente a otros enfoques para orientar las políticas sociales, no conduce necesariamente a tener un mejor instrumento de focalización.

De otra parte, para evitar las sin salidas a que conduce considerar el Sisben como medida alterna de pobreza, esta interpretación diferencia entre el ordenamiento que se obtiene del índice y la separación entre pobres y no pobres que puede hacerse a partir de ella: "La definición de la línea que separa a los pobres de los no pobres, es un aspecto de naturaleza diferente al de las propiedades intrínsecas del I-Sisben."(Sarmiento y otros, 1999, p. 109) Sin embargo, no logra una solución satisfactoria al problema de la separación entre pobres y no pobres, en términos de capacidades. Se anota, con razón, que pueden ser diversos y cambiantes los criterios para establecer la línea de pobreza, pero al momento de evaluar la eficiencia del índice se recurre a los niveles definidos a partir de estimaciones de deciles de gasto[26] o de la pobreza, por el método de los ingresos. Esta salida no parece coherente con la pretensión de lograr una nueva medida de evaluación social y focalización basada en las capacidades.

Adicionalmente es preciso anotar que los atributos del índice en términos de bienestar o de estándar de vida no conducen a que su utilización, como instrumento de selección de beneficiarios, lo excluya de generar las distorsiones que son propias de la selección a través de los ingresos, y de los costos económicos y sociales que generan: distorsión de la información y los incentivos, desutilidad y estigma, costes administrativos y corrupción, dificultades para la viabilidad política y la calidad del programa (ver el numeral 1.2.1). La estimación indirecta de la capacidad de pago no da garantía para superarlas, aunque el método llegara a un resultado suficientemente preciso. Las variables consideradas podrían ser de más fácil comprobación, aunque no exentas de sesgos inducidos, sin que queden suprimidos los incentivos que promueve la selección a través de los ingresos.

Cuando recibir un subsidio depende de las respuestas a un cuestionario, es fácil prever las distorsiones de información que de ello se desprenden. Para quien responde no tiene interés si se busca estimar su ingreso o medir su estándar de vida, sino acceder a la ayuda. Suprimir las variables que tienen mayor posibilidad de ser ocultadas o falseadas conduce a disminuir la precisión de la estimación. Y, aunque tales situaciones se minimizaran, subsistirían los incentivos "perversos" en torno a los criterios considerados: equipamientos domésticos, condiciones de la vivienda y el entorno barrial, educación, e incluso el número de hijos.

[25] A esto se añade que la variable de afiliación a la seguridad social puede dar lugar a resultados paradójicos. Sin otro cambio, una vez afiliada a la seguridad social una familia seleccionada a través del Sisben, puede adquirir el puntaje para ser excluida del régimen subsidiado.

[26] Utilizando una línea de pobreza arbitraria ubicada en el quinto decil y considerando como pobres de acuerdo al índice Sisben los niveles 1 a 3. Véase la nota de pie de página N° 32.

En la perspectiva del examen de la eficiencia del Sisben para la selección de beneficiarios del régimen subsidiado, en una primera aproximación, se evalúa el índice Sisben como un estimador de los ingresos y la capacidad de pago. Ello obedece a una de las pautas de selección definidos para la afiliación a este régimen y a la naturaleza de un programa de aseguramiento de salud.

Los pasos que se siguen este examen del índice Sisben son:

- Precisar la asociación entre el índice Sisben y los niveles de ingreso corriente, así como la exactitud con que a partir del índice Sisben pueden hacerse estimaciones puntuales del ingreso de los hogares.
- Examinar la forma en que los niveles del Sisben que se han definido para los potenciales beneficiarios coinciden con la falta de capacidad de pago para tener derecho a afiliarse al régimen contributivo.

La capacidad técnica del índice Sisben para estimar la capacidad de pago se analiza tomando como expresión de ella el nivel del ingreso corriente.

La primera condición que ha de cumplir el índice Sisben con el fin de identificar adecuadamente la población sin capacidad de pago para afiliarse al régimen contributivo es que exista una asociación estadística entre ese puntaje y los niveles de ingreso corriente. Del grado de esta asociación depende la posibilidad de estimar los ingresos a partir del índice. Para comprobar la magnitud de la asociación, una primera aproximación es recurrir a una fuente que incluya las dos variables (el ingreso corriente en términos *per cápita*) y establecer su correlación. A continuación se presentan los resultados de ejercicios estadísticos de esta naturaleza, utilizando la información de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 1997 (Dane, DNP, Misión Social). Para ello se retoman los resultados de un estudio llevado a cabo recientemente por el CID, por encargo del DAPD de Bogotá[27]. La ventaja del recurso a esta fuente de información se encuentra en que la encuesta fue realizada con procedimientos que buscaron una alta calidad en la información, incluyendo la variable de ingresos. La limitación está en que se trata de una prueba que requiere ser completada, en tanto no toma en cuenta los sesgos de información que tiene el Sisben en su aplicación corriente para llevar a cabo la identificación de beneficiarios. Los ejercicios dan resultados que pueden equiparase a los obtenidos en una prueba de laboratorio, donde se aíslan los efectos de distorsiones de información debidos a condiciones operativas (persona entrevistada para registrar los ingresos individuales, por ejemplo) y a los incentivos para ser acreedor de un subsidio, que no tienen lugar en una encuesta de este tipo. Así, pues, a las restricciones para estimar los ingresos a partir del índice Sisben, en condiciones de información óptima, habrá que tomar en cuenta posteriormente las que provienen de las imprecisiones y sesgos de la información, en razón de los procedimientos operativos, de las motivaciones de la población para acceder a un subsidio y de las que afectan a quienes administran el programa.

Con tal propósito y dentro de estas restricciones, el primer ejercicio estadístico realizado consistió en obtener medidas de asociación entre el puntaje y el ingreso corriente per cápita.

[27] DAPD, CID, Diciembre 2000, Informe Final del Proyecto *Valoración de la pertinencia e impacto del Sisben en Santa Fe de Bogotá.* , Bogotá.

Los resultados en el nivel nacional, para las zonas urbanas y rurales y para Bogotá de los coeficientes de correlación de Pearson ente las dos variables se encuentran en la Tabla . Se incluyen igualmente los coeficientes de Pearson entre el puntaje Sisben y el logaritmo natural del ingreso per cápita.

Tabla 1. Coeficientes de correlación de Pearson entre puntajes Sisben e Ingreso per cápita de los hogares.

Nivel geográfico	Coeficientes de correlación de Pearson entre puntajes Sisben e ingreso per cápita	Coeficientes de correlación de Pearson entre puntajes Sisben y el logaritmo del ingreso per cápita
Total Nacional	0.33493	0.67124
Cabeceras municipales	0.34654	0.72692
Resto	0.45074	0.51929
Bogotá Área Metropolitana	0.30122	0.72418

Fuente: DAPD, CID, 2000.

Los coeficientes de correlación con el logaritmo del ingreso, así como los de Spearman[28] son notablemente superiores (Tabla). Esto significa que en el ordenamiento de los hogares con las dos variables hay una correspondencia relativamente alta, aunque la forma de las distribuciones de las dos variables es diferente. La transformación logarítmica de los ingresos lleva a que su distribución se acerque a una forma normal, que es también más próxima a la de la distribución del índice Sisben.

Tabla 2. Coeficientes de correlación de Spearman entre puntajes Sisben e Ingreso per cápita del los hogares.

Nivel geográfico	Coeficientes de correlación de Spearman entre puntajes Sisben e ingreso per cápita	Coeficientes de correlación de Spearman entre puntajes Sisben y el logaritmo del ingreso per cápita
Total Nacional	0.71641	0.71749
Cabeceras municipales	0.78419	0.78414
Resto	0.51902	0.51974
Bogotá Área Metropolitana	0.78634	0.78390

Fuente: DAPD, CID, 2000.

La conclusión de este ejercicio es que, aunque las formas de distribución estadística del índice Sisben y el ingreso *per cápita* son diferentes, hay una correlación positiva y relativamente alta entre las dos variables cuando se introduce una transformación logarítmica al ingreso, o cuando se toma en cuenta el rango de las observaciones.

La siguiente pregunta que se enfrenta es en qué medida es posible obtener una estimación confiable del ingreso per cápita a partir del índice Sisben. Para responderla se aplicaron

[28] Los coeficientes de Pearson se calculan sobre el valor de las respectivas variables. El de Spearman toma en cuenta el orden de las observaciones respecto a las variables consideradas.

modelos univariados de regresión lineal entre el logaritmo del ingreso *per cápita*, como variable dependiente, y los puntajes del índice Sisben como independiente (Tabla 3)

Tabla 3. Resultados de ejercicios de regresión del logaritmo del ingreso per cápita en función del índice Sisben

Nivel geográfico	R^2 Coeficiente de determinación	Intercepto	Coeficiente del puntaje Sisben
Total Nacional	0.4506	9.619581	0.039828
Región Atlántica	0.4495	9.806052	0.035933
Región Oriental	0.3884	9.961061	0.034089
Región Pacífica	0.3523	9.952521	0.033839
Región Central	0.3772	9.364479	0.041624
Región Antioqueña	0.4487	9.563816	0.040073
Región Orinoquia y Amazonia	0.4807	8.268303	0.062076
Región San Andrés	0.3760	9.454927	0.050192
Bogotá Área Metropolitana	0.5244	7.506767	0.071984

Fuente: DAPD, CID, 2000.

Estos resultados muestran cómo, mientras en el nivel nacional el índice Sisben "explica" el logaritmo del ingreso por persona en un 45%, para Bogotá lo hace en 52.4% y para la región pacífica en 35%. Y que es en Bogotá en la región donde existe mayor grado de explicación del ingreso a partir del puntaje Sisben, con coeficientes atípicos frente al nacional y a los de las otras regiones del país.

El nivel de explicación que se obtiene para Bogotá puede considerarse alto, teniendo en cuenta que se trata de una serie transversal. Sin embargo, aún en este caso, para los efectos de estimación se requiere ser cautelosos sobre la precisión de estimaciones puntuales, ya que el índice Sisben sólo explica en 52% de los ingresos *per cápita* de los hogares.

De otra parte, los resultados sugieren que la relación entre el puntaje y la transformación logarítmica del ingreso adquiere en regiones como Bogotá una configuración particular, lo que estaría indicando la incidencia de factores particulares de naturaleza regional que afectan la relación entre las dos variables.

- **El Sisben y la identificación de la población pobre.**

En tercer lugar, se plantea la cuestión de con qué precisión puede identificarse la población sin capacidad de pago a través del índice Sisben y los niveles que se han fijado para este efecto, en las condiciones de información óptima de la encuesta de calidad de vida. Para ello, una aproximación inicial, es observar la distribución de la población según los niveles actuales del Sisben y la condición de pobreza con el enfoque metodológico de ingresos (línea de pobreza)[29]. Sobre esta base pueden calcularse los errores de inclusión (tipo 1, el número y la

[29] Se tomó la población de los niveles 1 y 2 como posible beneficiaria, ya que este es el criterio adoptado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y el que es aplicado en la mayor parte de municipios, que sono aceptan la afiliación de los clasificados en nivel 3 en casos excepcionales. También porque metodológicamente fueron definidos para estimar a los pobres según los criterios de línea de pobreza y NBI (DNP, UDS, Misión Social,

proporción de no pobres identificados como pobres) y de exclusión (tipo 2, el número y la proporción de pobres que son identificados como no pobres)[30].

Con tal propósito se consideró que son clasificados como posibles beneficiarios del régimen subsidiado las persona clasificadas en los niveles 1 y 2 del Sisben. Para la estimación de la pobreza se recurrió a los ingresos[31].

La tabla N°4 contiene los resultados obtenidos a este respecto. De la información de este cuadro se destaca:

1994). Se utiliza el ingreso para la estimación de la pobreza porque ha sido el método que cuenta con mayor tradición y sustento, y es el que ha sido utilizado para estimar la población sin capacidad de pago para su afiliación al régimen contributivo. Con este criterio se tomó la clasificación entre pobres (población bajo la línea de pobreza), indigentes (población bajo la línea de indigencia) y pobres de los archivos de la encuesta preparada por la Misión Social. Este procesamiento de la encuesta fue hecho por el CID. El cálculo de la población por niveles del Sisben, tomo en cuenta los puntajes especiales que se utilizan para su delimitación en Bogotá.

[30] Los resultados de este ejercicio, a diferencia de los anteriores, dependen no sólo del nivel de los ingresos, sino también del valor de la línea de pobreza. Un hogar pobre puede tener más ingresos *per cápita* que otro no pobre en razón de diferencias en la línea de pobreza. El valor de la línea de pobreza es inferior en las zonas rurales que en las urbanas y cambia entre distintas ciudades.

[31] Se adopta la definición de la población estimada como posible beneficiaria a partir de los niveles 1 y 2 del índice Sisben ya que este criterio es acorde con la determinaciones del Consejo Superior de Seguridad Social en Salud y con la práctica predominante de los municipios, que sólo aceptan la afiliación de los clasificados en el nivel 3 en casos excepcionales. También porque se acerca más a la definición de estos niveles, de acuerdo con los modelos estadísticos que llevaron a delimitarlos, para estimar los pobres según los criterios de línea de pobreza y NBI (DNP, UDS, 1994, p. 20):

"Nivel 1: Corresponde a las familias que se encuentran en extrema pobreza, es decir, las que tienen 2 o más necesidades básicas insatisfechas (NBI), según la definición del DANE, y/o que disponen de un ingreso familiar suficiente para comprar sólo una canasta básica de alimentos, definidos por el DANE."

"Nivel 2: Corresponde a las familias que se encuentran en situación de pobreza, es decir, las que tienen 1 Necesidad Básica Insatisfecha y/o que disponen de un ingreso familiar suficiente para comprar la canasta de alimentos y otros bienes básicos."

El nivel 3 tiene como límite inferior los ingresos correspondientes a la línea de pobreza (ingreso familiar suficiente para comprar la canasta de alimentos y otros bienes básicos) y se extiende hasta los que llegan a 3 líneas de indigencia (valor de la canasta básica de alimentos):

"Nivel 3: Corresponde al valor del ingreso familiar equivalente a 3 veces el valor de la canasta básica de alimentos."

Se utiliza el ingreso para la estimación de la pobreza ya que éste ha sido el criterio que cuenta con mayor tradición y sustento, y el que ha sido utilizado para estimar la población sin capacidad de pago para pagar su afiliación al régimen contributivo. Con este criterio se tomó la clasificación entre pobres (población bajo la línea de pobreza), indigentes (población bajo la línea de indigencia) y no pobres de los archivos de la encuesta preparados por la Misión Social. El procesamiento de la encuesta fue hecho por el CID.

El cálculo de la población, por niveles del Sisben, tomó en cuenta los puntajes especiales que se utilizan para su delimitación en Bogotá.

La población que según el criterio de pobreza tendría derecho a estar en el régimen llegaba a casi 19 millones en 1997.

Los clasificados en los niveles 1 y 2 del Sisben, que estarían identificados como beneficiarios del régimen subsidiado, se estiman en 10.450.000. De ellos 1.550.000 son no pobres. El error de inclusión es, pues, del 14.9%.

Tabla 4. Población por niveles del Sisben y condición de pobreza (bajo las líneas de pobreza e indigencia), errores tipo 1 y 2 para identificar los pobres a través del índice Sisben – Total Nacional, 1997.

Condición de pobreza	Niveles del Sisben						
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	39,842,424	2,789,919	7,658,449	11,214,940	18,179,116	10,448,368	29,394,056
No pobre	20,887,141	226,967	1,327,268	3,931,668	15,401,238	**1,554,235**	19,332,906
Total Pobre	18,955,283	2,562,952	6,331,181	7,283,272	2,777,878	8,894,133	**10,061,150**
Pobre no indigente	11,823,751	1,095,886	3,250,137	5,025,366	2,452,362	4,346,023	7,477,728
Pobre indigente	7,131,532	1,467,066	3,081,044	2,257,906	325,516	4,548,110	2,583,422
Porcentajes Verticales: errores tipo 1 (de inclusión) en color azul, 14.9% de los no pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No pobre	52.4	8.1	17.3	35.1	84.7	**14.9**	65.8
Total Pobre	47.6	91.9	82.7	64.9	15.3	85.1	34.2
Pobre no indigente	29.7	39.3	42.4	44.8	13.5	41.6	25.4
Pobre indigente	17.9	52.6	40.2	20.1	1.8	43.5	8.8
Porcentajes Verticales: errores tipo 2 (de exclusión) en color amarillo, 53.1% de los pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	7.0	19.2	28.1	45.6	26.2	73.8
No pobre	100.0	1.1	6.4	18.8	73.7	7.4	92.6
Total Pobre	100.0	13.5	33.4	38.4	14.7	46.9	**53.1**
Pobre no indigente	100.0	9.3	27.5	42.5	20.7	36.8	63.2
Pobre indigente	100.0	20.6	43.2	31.7	4.6	63.8	36.2

Fuente: Encuesta Calidad de Vida, Dane, DNP, Misión Social. Calculos CID.

Más de la mitad de los pobres, 10.060.000, no son identificados como tales en los niveles 1 y 2. El error de exclusión es, así, de 53.1%. Esta proporción llega a 63% entre los pobres no indigentes y es del 36% entre los indigentes.

Si se aceptara que las personas clasificadas en el nivel 3 del Sisben fueran consideradas como beneficiarios, el error de inclusión aumentaría en más de 10 puntos porcentuales (de 14.9 a 25.3%). Y el número de "colados" se incrementaría en 3.930.000 personas, llegando en total a casi 5 millones y medio de personas, valor que representa casi dos terceras partes de los inscritos al régimen subsidiado, en ese momento. Tal aumento en el error absoluto de inclusión, sería el costo de disminuir el error de exclusión de 53.1% a 14.9%.

Estos resultados son preocupantes y muestran una baja precisión y eficiencia de los niveles del Sisben para identificar a los pobres. Con un mecanismo totalmente aleatorio, la probabilidad de que una persona pobre fuera escogida como beneficiaria del régimen subsidiado sería igual a la tasa de incidencia de la pobreza: 0.476. Con la aplicación de la metodología del Sisben esa probabilidad sería algo menor: 0.469 (la proporción de pobres clasificados en los niveles 1 y 2). En este aspecto, la "eficiencia" del índice es negativa: se lograría un mejor resultado con un método de azar, con una moneda, por ejemplo. No

obstante, su capacidad "teórica" (minimizando los sesgos de información incorrecta o falsa) para excluir a los no pobres es significativa. Con la selección aleatoria la probabilidad de selección es 0.524 (la proporción de no pobres en la población total) y con la aplicación del Sisben descendería a 0.074 (la proporción de no pobres en los niveles 1 y 2 del Sisben). El aporte efectivo del Sisben, en este marco de comparación, es su capacidad para filtrar una proporción importante de los no pobres.

Tabla 5. Cambio en la probabilidad de seleccionar correctamente a los pobres y excluir a los no pobres a través de los niveles actuales del Sisben, respecto a de una selección aleatoria

Zonas y Regiones	% de población pobre por LP (1)	% de pobres identificados en los niveles 1 y 2 del Sisben (2)	Cambio en la probabilidad de que un pobre sea identificado por el Sisben frente a una selección aleatoria (2) - (1) / (1). (3)	% de población no pobre por LP (4)	% de no pobres clasificados en los niveles 1 y 2 del Sisben (5)	Cambio en la probabilidad de que un no pobre sea clasificado en los niveles 1 y 2 del Sisben frente a una selección aleatoria (4) - (5) / (4). (6)
Total nacional	0.476	0.469	-0.007	0.524	0.074	0.859
Urbano	0.418	0.348	-0.167	0.582	0.016	0.972
Rural	0.626	0.679	0.084	0.374	0.308	0.176
Región Atlántica	0.568	0.630	0.109	0.432	0.100	0.769
Región Oriental	0.502	0.503	0.002	0.498	0.141	0.717
Región Pacífica	0.554	0.546	-0.014	0.446	0.197	0.558
Región Central	0.576	0.397	-0.311	0.424	0.058	0.863
Región Antioquia	0.428	0.449	0.049	0.572	0.055	0.904
Bogotá	0.296	0.255	-0.139	0.704	0.010	0.986
Orinoquía	0.405	0.469	0.158	0.595	0.041	0.931
San Andrés	0.211	0.328	0.555	0.789	0.039	0.951

Fuente: DAPD, CID, 2000.

Esta forma de evaluación requiere de algunos comentarios adicionales. El primero es que la selección aleatoria no es un punto de referencia totalmente adecuado. Podría suponerse que en la situación inicial los pobres tendrían menor probabilidad de ser seleccionados al que representa su participación en la población total, debido a barreras de acceso. En todo caso resalta la precisión de la selección a través del Sisben frente a un hipotético procedimiento aleatorio. El segundo se refiere a que, con el fin de estimar en forma más precisa la capacidad del índice Sisben para excluir a los "colados", habría que descontar sectores de no pobres que no aspiran a ser subsidiados, aunque el azar les diera ese derecho. En ese escenario, ya que hay no pobres que no aceptan el subsidio, la eficiencia para filtrar a los no pobres sería menor, ya que de partida, una proporción de ellos están autoexcluidos.

En las zonas urbanas la proporción de errores de inclusión es menor al promedio nacional: 6.2%. Pero la de errores de exclusión es más elevada: 65.2%. Y en las rurales alcanzan niveles más altos los errores de inclusión (21.3%), mientras que los de exclusión son más bajos (32.1%, ver Tabla 6 y Tabla 7). Entre las regiones consideradas por la encuesta, también se encuentran diferencias importantes en los porcentajes de error (ver tabla 8 a 16).

En el se presenta el cambio en la probabilidad de que un pobre sea identificado como tal por el Sisben (niveles 1 y 2), frente a una selección totalmente aleatoria (columna 3). Esta medida expresa la ganancia o pérdida relativa de la aplicación de los actuales niveles del Sisben para identificar a los pobres, frente a un procedimiento basado en el azar. Los cambios en la probabilidad de ser identificado, en las magnitudes mencionadas anteriormente para el nivel nacional, significa una pérdida menor al 1%; en las zonas urbanas una pérdida de 17% y en las rurales una ganancia de 8.4%. Entre las regiones la pérdida mayor se presenta en la Central, en 31%. Y la más alta ganancia en San Andrés y Providencia con 55%.

El mismo cuadro también presenta, el cambio en la probabilidad de que un no pobre sea clasificado en los niveles 1 y 2 del Sisben frente a la misma situación hipotética (columna 6). En este caso el cambio es siempre positivo entre las zonas y regiones. Para el total nacional es de 86%, para la zona urbana de 97.2% y para la rural de 18%. Entre las regiones varía entre 98.6% para Bogotá y 55% para la región pacífica.

Estas cifras reiteran las ventajas de los puntajes actuales del Sisben para excluir a los no pobres, y sus grandes limitaciones para identificar a los pobres[32]. Tal situación sugiere, en primera instancia, la necesidad de revisar la definición de los niveles actuales. Los errores de exclusión, son desde el punto de vista de los derechos humanos y en particular del derecho a la salud, y de los principios de la equidad, mucho más graves que los de inclusión. Significan una negación, en la práctica, del derecho de igualdad en circunstancias análogas, y en el contexto institucional actual la imposibilidad de ejercer el derecho a la salud para una proporción. importante de los más vulnerables.

Por otra parte, estos ejercicios muestran nuevamente cómo hay variaciones importantes en los efectos posibles de los niveles actuales del Sisben entre las zonas urbana y rural y entre las regiones. Se replantea así la necesidad de evaluar diferenciadamente su precisión en distintos ámbitos territoriales. Se trata también de un problema de equidad.

[32] A similares conclusiones se llega en el estudio realizado por el CID para el DAPD de Bogotá (CID, Universidad Nacional, 2000). Por el contrario, según el estudio de Sarmiento y otros (1999) en su aplicación también a la encuesta de Calidad de Vida 1997, el Sisben deja de captar cerca del 19% de los pobres (error de exclusión) y clasifica como pobres 30% de los que no lo son (error de inclusión), al utilizar la distribución del gasto de los hogares. Las diferencias entre estas conclusiones y las aquí planteadas obedecen a que en ese estudio se incluye también el nivel 3 del Sisben como segmento que identifica la población en pobreza y se utiliza la distribución del gasto y no la línea de pobreza aplicada a los ingresos. Tiene una incidencia menor el hecho de que en la consideración de los puntajes que delimitan los niveles del Sisben en este informe se tomaron en cuenta los puntajes particulares que se utilizan en Bogotá para tal propósito. Al incluir el nivel 3, que de acuerdo con las definiciones de los manuales del Sisben no es pobre, las conclusiones cambian considerablemente. Véase a este respecto la nota de pie de página N° 30 de este documento, en la página 33.

De otra parte es de anotar que el trabajo de Sarmiento y otros se equivoca al calcular la eficiencia vertical del índice Sisben (complemento del error de inclusión) en relación con la clasificación de la población entre pobre y no pobre, de acuerdo con el método de línea de pobreza. Lo estima en 97,66%, mientras que de acuerdo con el cuadro 4 del trabajo es de tan sólo 74.7%: relación entre 16.177.405 pobres que efectivamente son identificados por el Sisben en los niveles 1 a 3, y el total de clasificados en esos niveles: 21.663.308. De esta forma el error de inclusión no es de 2.3% sino de 25.32%, que es coincidente con el que se obtiene a partir de la tabla4 del presente este informe.

Tabla 6. Población por niveles del Sisben y condición de pobreza (bajo las líneas de pobreza e indigencia), errores tipo 1 y 2 para identificar los pobres a través del índice Sisben – Total Cabeceras,1997

Condición de pobreza	Niveles del Sisben						
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	28,729,239	773,828	3,671,775	7,449,053	16,834,583	4,445,603	24,283,636
No pobre	16,734,558	14,188	261,383	2,143,593	14,315,394	**275,571**	16,458,987
Total Pobre	11,994,681	759,640	3,410,392	5,305,460	2,519,189	4,170,032	**7,824,649**
Pobre no indigente	7,301,698	179,170	1,388,774	3,503,053	2,230,701	1,567,944	5,733,754
Pobre indigente	4,692,983	580,470	2,021,618	1,802,407	288,488	2,602,088	2,090,895
Porcentajes Verticales: errores tipo 1 (de inclusión) en color azul, 6.2% de no pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No pobre	58.2	1.8	7.1	28.8	85.0	**6.2**	67.8
Total Pobre	41.8	98.2	92.9	71.2	15.0	93.8	32.2
Pobre no indigente	25.4	23.2	37.8	47.0	13.3	35.3	23.6
Pobre indigente	16.3	75.0	55.1	24.2	1.7	58.5	8.6
Porcentajes Verticales: errores tipo 2 (de exclusión) en color amarillo, 65.2% de los pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	2.7	12.8	25.9	58.6	15.5	84.5
No pobre	100.0	0.1	1.6	12.8	85.5	1.6	98.4
Total Pobre	100.0	6.3	28.4	44.2	21.0	34.8	**65.2**
Pobre no indigente	100.0	2.5	19.0	48.0	30.6	21.5	78.5
Pobre indigente	100.0	12.4	43.1	38.4	6.1	55.4	44.6

Fuente: Encuesta Calidad de Vida, Dane, DNP, Misión Social. Calculos CID.

Tabla 7. Población por niveles del Sisben y condición de pobreza (bajo las líneas de pobreza e indigencia), errores tipo 1 y 2 para identificar los pobres a través del índice Sisben – Total Resto, 1997

Condición de pobreza	Niveles del Sisben						
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	11,113,185	2,016,091	3,986,674	3,765,887	1,344,533	6,002,765	5,110,420
No pobre	4,152,583	212,779	1,065,885	1,788,075	1,085,844	**1,278,664**	2,873,919
Total Pobre	6,960,602	1,803,312	2,920,789	1,977,812	258,689	4,724,101	**2,236,501**
Pobre no indigente	4,522,053	916,716	1,861,363	1,522,313	221,661	2,778,079	1,743,974
Pobre indigente	2,438,549	886,596	1,059,426	455,499	37,028	1,946,022	492,527
Porcentajes Verticales: errores tipo 1 (de inclusión) en color azul, 21.3% de no pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No pobre	37.4	10.6	26.7	47.5	80.8	**21.3**	56.2
Total Pobre	62.6	89.4	73.3	52.5	19.2	78.7	43.8
Pobre no indigente	40.7	45.5	46.7	40.4	16.5	46.3	34.1
Pobre indigente	21.9	44.0	26.6	12.1	2.8	32.4	9.6
Porcentajes Verticales: errores tipo 2 (de exclusión) en color amarillo, 32.1% de los pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	18.1	35.9	33.9	12.1	54.0	46.0
No pobre	100.0	5.1	25.7	43.1	26.1	30.8	69.2
Total Pobre	100.0	25.9	42.0	28.4	3.7	67.9	**32.1**
Pobre no indigente	100.0	20.3	41.2	33.7	4.9	61.4	38.6
Pobre indigente	100.0	36.4	43.4	18.7	1.5	79.8	20.2

Fuente: Encuesta Calidad de Vida, Dane, DNP, Misión Social. Calculos CID.

Tabla 8. Población por niveles del Sisben y condición de pobreza (bajo las líneas de pobreza e indigencia), errores tipo 1 y 2 para identificar los pobres a través del índice Sisben – Región Atlántica 1997.

Condición de pobreza	Niveles del Sisben						
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	8,522,034	1,376,180	2,041,006	2,248,546	2,856,302	3,417,186	5,104,848
No pobre	3,681,193	87,659	281,300	895,560	2,416,674	**368,959**	3,312,234
Total Pobre	4,840,841	1,288,521	1,759,706	1,352,986	439,628	3,048,227	**1,792,614**
Pobre no indigente	2,787,652	520,923	902,349	958,809	405,571	1,423,272	1,364,380
Pobre indigente	2,053,189	767,598	857,357	394,177	34,057	1,624,955	428,234
Porcentajes Verticales: errores tipo 1 (de inclusión) en color azul, 10.8% de no pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No pobre	43.2	6.4	13.8	39.8	84.6	**10.8**	64.9
Total Pobre	56.8	93.6	86.2	60.2	15.4	89.2	35.1
Pobre no indigente	32.7	37.9	44.2	42.6	14.2	41.7	26.7
Pobre indigente	24.1	55.8	42.0	17.5	1.2	47.6	8.4
Porcentajes Verticales: errores tipo 2 (de exclusión) en color amarillo, 37% de los pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	16.1	23.9	26.4	33.5	40.1	59.9
No pobre	100.0	2.4	7.6	24.3	65.6	10.0	90.0
Total Pobre	100.0	26.6	36.4	27.9	9.1	63.0	**37.0**
Pobre no indigente	100.0	18.7	32.4	34.4	14.5	51.1	48.9
Pobre indigente	100.0	37.4	41.8	19.2	1.7	79.1	20.9

Fuente: Encuesta Calidad de Vida, Dane, DNP, Misión Social. Calculos CID.

Tabla 9. Población por niveles del Sisben y condición de pobreza (bajo las líneas de pobreza e indigencia), errores tipo 1 y 2 para identificar los pobres a través del índice Sisben – Región Oriental, 1997.

Condición de pobreza	Niveles del Sisben						
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	6,890,251	604,001	1,619,094	2,025,446	2,641,710	2,223,095	4,667,156
No pobre	3,432,774	76,887	407,591	762,735	2,185,561	**484,478**	2,948,296
Total Pobre	3,457,477	527,114	1,211,503	1,262,711	456,149	1,738,617	**1,718,860**
Pobre no indigente	2,291,854	271,006	714,767	916,720	389,361	985,773	1,306,081
Pobre indigente	1,165,623	256,108	496,736	345,991	66,788	752,844	412,779
Porcentajes Verticales: errores tipo 1 (de inclusión) en color azul, 21.8% de no pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No pobre	49.8	12.7	25.2	37.7	82.7	**21.8**	63.2
Total Pobre	50.2	87.3	74.8	62.3	17.3	78.2	36.8
Pobre no indigente	33.3	44.9	44.1	45.3	14.7	44.3	28.0
Pobre indigente	16.9	42.4	30.7	17.1	2.5	33.9	8.8
Porcentajes Verticales: errores tipo 2 (de exclusión) en color amarillo, 49.7% de los pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	8.8	23.5	29.4	38.3	32.3	67.7
No pobre	100.0	2.2	11.9	22.2	63.7	14.1	85.9
Total Pobre	100.0	15.2	35.0	36.5	13.2	50.3	**49.7**
Pobre no indigente	100.0	11.8	31.2	40.0	17.0	43.0	57.0
Pobre indigente	100.0	22.0	42.6	29.7	5.7	64.6	35.4

Fuente: Encuesta Calidad de Vida, Dane, DNP, Misión Social. Calculos CID.

Tabla 10. Población por niveles del Sisben y condición de pobreza (bajo las líneas de pobreza e indigencia), errores tipo 1 y 2 para identificar los pobres a través del índice Sisben – Región Pacífica, 1997.

Condición de pobreza	Niveles del Sisben						
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	3,525,891	490,386	886,506	1,184,402	964,597	1,376,892	2,148,999
No pobre	1,573,828	45,288	265,435	417,970	845,135	**310,723**	1,263,105
Total Pobre	1,952,063	445,098	621,071	766,432	119,462	1,066,169	**885,894**
Pobre no indigente	1,300,653	233,347	395,076	563,248	108,982	628,423	672,230
Pobre indigente	651,410	211,751	225,995	203,184	10,480	437,746	213,664
Porcentajes Verticales: errores tipo 1 (de inclusión) en color azul, 22.6% de no pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No pobre	44.6	9.2	29.9	35.3	87.6	**22.6**	58.8
Total Pobre	55.4	90.8	70.1	64.7	12.4	77.4	41.2
Pobre no indigente	36.9	47.6	44.6	47.6	11.3	45.6	31.3
Pobre indigente	18.5	43.2	25.5	17.2	1.1	31.8	9.9
Porcentajes Verticales: errores tipo 2 (de exclusión) en color amarillo, 45.3% de los pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	13.9	25.1	33.6	27.4	39.1	60.9
No pobre	100.0	2.9	16.9	26.6	53.7	19.7	80.3
Total Pobre	100.0	22.8	31.8	39.3	6.1	54.6	**45.4**
Pobre no indigente	100.0	17.9	30.4	43.3	8.4	48.3	51.7
Pobre indigente	100.0	32.5	34.7	31.2	1.6	67.2	32.8

Fuente: Encuesta Calidad de Vida, Dane, DNP, Misión Social. Calculos CID.

Tabla 11. Población por niveles del Sisben y condición de pobreza (bajo las líneas de pobreza e indigencia), errores tipo 1 y 2 para identificar los pobres a través del índice Sisben – Región Central, 1997.

Condición de pobreza	Niveles del Sisben						
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	5,143,891	120,370	1,183,071	2,090,360	1,750,090	1,303,441	3,840,450
No pobre	2,179,724	4,192	121,233	612,616	1,441,683	**125,425**	2,054,299
Total Pobre	2,964,167	116,178	1,061,838	1,477,744	308,407	1,178,016	**1,786,151**
Pobre no indigente	1,683,154	33,926	389,361	967,027	292,840	423,287	1,259,867
Pobre indigente	1,281,013	82,252	672,477	510,717	15,567	754,729	526,284
Porcentajes Verticales: errores tipo 1 (de inclusión) en color azul, 9.6% de no pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No pobre	42.4	3.5	10.2	29.3	82.4	**9.6**	53.5
Total Pobre	57.6	96.5	89.8	70.7	17.6	90.4	46.5
Pobre no indigente	32.7	28.2	32.9	46.3	16.7	32.5	32.8
Pobre indigente	24.9	68.3	56.8	24.4	0.9	57.9	13.7
Porcentajes Verticales: errores tipo 2 (de exclusión) en color amarillo, 60.3% de los pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	2.3	23.0	40.6	34.0	25.3	74.7
No pobre	100.0	0.2	5.6	28.1	66.1	5.8	94.2
Total Pobre	100.0	3.9	35.8	49.9	10.4	39.7	**60.3**
Pobre no indigente	100.0	2.0	23.1	57.5	17.4	25.1	74.9
Pobre indigente	100.0	6.4	52.5	39.9	1.2	58.9	41.1

Fuente: Encuesta Calidad de Vida, Dane, DNP, Misión Social. Calculos CID.

Tabla 12. Población por niveles del Sisben y condición de pobreza (bajo las líneas de pobreza e indigencia), errores tipo 1 y 2 para identificar los pobres a través del índice Sisben – Región Antioquia, 1997.

Condición de pobreza	Niveles del Sisben						
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	5,267,065	171,064	1,009,492	1,360,464	2,726,045	1,180,556	4,086,509
No pobre	3,010,136	10,015	156,061	567,435	2,276,625	**166,076**	2,844,060
Total Pobre	2,256,929	161,049	853,431	793,029	449,420	1,014,480	**1,242,449**
Pobre no indigente	1,337,590	30,280	435,291	485,496	386,523	465,571	872,019
Pobre indigente	919,339	130,769	418,140	307,533	62,897	548,909	370,430
Porcentajes Verticales: errores tipo 1 (de inclusión) en color azul, 14.1% de no pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No pobre	57.2	5.9	15.5	41.7	83.5	**14.1**	69.6
Total Pobre	42.8	94.1	84.5	58.3	16.5	85.9	30.4
Pobre no indigente	25.4	17.7	43.1	35.7	14.2	39.4	21.3
Pobre indigente	17.5	76.4	41.4	22.6	2.3	46.5	9.1
Porcentajes Verticales: errores tipo 2 (de exclusión) en color amarillo, 55.1% de los pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	3.2	19.2	25.8	51.8	22.4	77.6
No pobre	100.0	0.3	5.2	18.9	75.6	5.5	94.5
Total Pobre	100.0	7.1	37.8	35.1	19.9	44.9	**55.1**
Pobre no indigente	100.0	2.3	32.5	36.3	28.9	34.8	65.2
Pobre indigente	100.0	14.2	45.5	33.5	6.8	59.7	40.3

Fuente: Encuesta Calidad de Vida, Dane, DNP, Misión Social. Calculos CID.

Tabla 13. Población por niveles del Sisben y condición de pobreza (bajo las líneas de pobreza e indigencia), errores tipo 1 y 2 para identificar los pobres a través del índice Sisben – Bogotá, 1997.

Condición de pobreza	Niveles del Sisben						
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	6,324,256	9,968	512,793	1,004,065	4,797,430	522,761	5,801,495
No pobre	4,454,434	0	46,264	238,127	4,170,043	**46,264**	4,408,170
Total Pobre	1,869,822	9,968	466,529	765,938	627,387	476,497	**1,393,325**
Pobre no indigente	1,323,330	0	238,047	554,434	530,849	238,047	1,085,283
Pobre indigente	546,492	9,968	228,482	211,504	96,538	238,450	308,042
Porcentajes Verticales: errores tipo 1 (de inclusión) en color azul, 8.8% de no pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No pobre	70.4	0.0	9.0	23.7	86.9	**8.8**	76.0
Total Pobre	29.6	100.0	91.0	76.3	13.1	91.2	24.0
Pobre no indigente	20.9	0.0	46.4	55.2	11.1	45.5	18.7
Pobre indigente	8.6	100.0	44.6	21.1	2.0	45.6	5.3
Porcentajes Verticales: errores tipo 2 (de exclusión) en color amarillo, 74.5% de los pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	0.2	8.1	15.9	75.9	8.3	91.7
No pobre	100.0	0.0	1.0	5.3	93.6	1.0	99.0
Total Pobre	100.0	0.5	25.0	41.0	33.6	25.5	**74.5**
Pobre no indigente	100.0	0.0	18.0	41.9	40.1	18.0	82.0
Pobre indigente	100.0	1.8	41.8	38.7	17.7	43.6	56.4

Fuente: Encuesta Calidad de Vida, Dane, DNP, Misión Social. Calculos CID.

Tabla 14. Población por niveles del Sisben y condición de pobreza (bajo las líneas de pobreza e indigencia), errores tipo 1 y 2 para identificar los pobres a través del índice Sisben – Bogotá, 1997.

Condición de pobreza	Niveles del Sisben						
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	6,324,256	9,968	512,793	1,004,065	4,797,430	522,761	5,801,495
No pobre	4,454,434	0	46,264	238,127	4,170,043	**46,264**	4,408,170
Total Pobre	1,869,822	9,968	466,529	765,938	627,387	476,497	**1,393,325**
Pobre no indigente	1,323,330	0	238,047	554,434	530,849	238,047	1,085,283
Pobre indigente	546,492	9,968	228,482	211,504	96,538	238,450	308,042
Porcentajes Verticales: errores tipo 1 (de inclusión) en color azul, 8.8% de no pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No pobre	70.4	0.0	9.0	23.7	86.9	**8.8**	76.0
Total Pobre	29.6	100.0	91.0	76.3	13.1	91.2	24.0
Pobre no indigente	20.9	0.0	46.4	55.2	11.1	45.5	18.7
Pobre indigente	8.6	100.0	44.6	21.1	2.0	45.6	5.3
Porcentajes Verticales: errores tipo 2 (de exclusión) en color amarillo, 74.5% de los pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	0.2	8.1	15.9	75.9	8.3	91.7
No pobre	100.0	0.0	1.0	5.3	93.6	1.0	99.0
Total Pobre	100.0	0.5	25.0	41.0	33.6	25.5	**74.5**
Pobre no indigente	100.0	0.0	18.0	41.9	40.1	18.0	82.0
Pobre indigente	100.0	1.8	41.8	38.7	17.7	43.6	56.4

Fuente: Encuesta Calidad de Vida, Dane, DNP, Misión Social. Calculos CID.

Tabla 15. Población por niveles del Sisben y condición de pobreza (bajo las líneas de pobreza e indigencia), errores tipo 1 y 2 para identificar los pobres a través del índice Sisben – Región Orinoquía, 1997.

Condición de pobreza	Niveles del Sisben						
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	444,495	10,636	84,716	167,396	181,747	95,352	349,143
No pobre	264,484	298	10,666	88,086	165,434	**10,964**	253,520
Total Pobre	180,011	10,338	74,050	79,310	16,313	84,388	**95,623**
Pobre no indigente	103,243	6,404	25,589	57,539	13,711	31,993	71,250
Pobre indigente	76,768	3,934	48,461	21,771	2,602	52,395	24,373
Porcentajes Verticales: errores tipo 1 (de inclusión) en color azul, 11.5% de no pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No pobre	59.5	2.8	12.6	52.6	91.0	**11.5**	72.6
Total Pobre	40.5	97.2	87.4	47.4	9.0	88.5	27.4
Pobre no indigente	23.2	60.2	30.2	34.4	7.5	33.6	20.4
Pobre indigente	17.3	37.0	57.2	13.0	1.4	54.9	7.0
Porcentajes Verticales: errores tipo 2 (de exclusión) en color amarillo, 53.1% de los pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	2.4	19.1	37.7	40.9	21.5	78.5
No pobre	100.0	0.1	4.0	33.3	62.5	4.1	95.9
Total Pobre	100.0	5.7	41.1	44.1	9.1	46.9	**53.1**
Pobre no indigente	100.0	6.2	24.8	55.7	13.3	31.0	69.0
Pobre indigente	100.0	5.1	63.1	28.4	3.4	68.3	31.7

Fuente: Encuesta Calidad de Vida, Dane, DNP, Misión Social. Calculos CID.

Tabla 16. Población por niveles del Sisben y condición de pobreza (bajo las líneas de pobreza e indigencia), errores tipo 1 y 2 para identificar los pobres a través del índice Sisben – Región San Andrés, 1997

Condición de pobreza	Niveles del Sisben						
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	85,949	744	7,849	30,355	47,001	8,593	77,356
No pobre	67,791	0	2,638	21,361	43,792	**2,638**	65,153
Total Pobre	18,158	744	5,211	8,994	3,209	5,955	**12,203**
Pobre no indigente	12,186	0	4,002	5,755	2,429	4,002	8,184
Pobre indigente	5,972	744	1,209	3,239	780	1,953	4,019
Porcentajes Verticales: errores tipo 1 (de inclusión) en color azul, 30.7% de no pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No pobre	78.9	0.0	33.6	70.4	93.2	**30.7**	84.2
Total Pobre	21.1	100.0	66.4	29.6	6.8	69.3	15.8
Pobre no indigente	14.2	0.0	51.0	19.0	5.2	46.6	10.6
Pobre indigente	6.9	100.0	15.4	10.7	1.7	22.7	5.2
Porcentajes Verticales: errores tipo 2 (de exclusión) en color amarillo, 67.2% de los pobres.							
	Total	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Niveles 4 a 6	Niveles 1 y 2	Niveles 3 a 6
Total	100.0	0.9	9.1	35.3	54.7	10.0	90.0
No pobre	100.0	0.0	3.9	31.5	64.6	3.9	96.1
Total Pobre	100.0	4.1	28.7	49.5	17.7	32.8	**67.2**
Pobre no indigente	100.0	0.0	32.8	47.2	19.9	32.8	67.2
Pobre indigente	100.0	12.5	20.2	54.2	13.1	32.7	67.3

Fuente: Encuesta Calidad de Vida, Dane, DNP, Misión Social. Calculos CID.

- **El índice Sisben y otras medidas indirectas para la identificación de la población pobre por ingresos**

El cotejo entre la eficiencia para la identificación de los pobres entre el Sisben y otras medidas que expresan el nivel social de la población aporta elementos adicionales para la evaluación del índice.

En el se comparan los errores de inclusión de distintos criterios de selección de posible utilización para la selección de beneficiarios pobres bajo el enfoque de los ingresos (línea de pobreza-LP), obtenidos de la encuesta de calidad de vida de 1997. Los resultados obtenidos reiteran las ventajas y desventajas del índice Sisben como mecanismo de focalización frente a otras alternativas.

La estratificación socioeconómica para servicios públicos, tomando como referencia los estratos 1 y 2, el error de exclusión sería de 24.3%, considerablemente menor que el que arroga la aplicación de los niveles 1 y 2 del Sisben, pero el error de inclusión se aumenta a 42%, abarcando más de 8 millones de personas. Un resultado semejante se obtendría con el uso simultáneo de la estratificación (estratos 1 y 2) y el índice Sisben (niveles 1 y 2, un error de exclusión de 20% y un error de inclusión de 41%). El uso del índice de NBI excluiría una proporción similar al de los niveles 1 y 2 del Sisben, pero incrementaría el error de inclusión en una tercera parte.

Y si se recurre a los estratos 1 a 3, el error de exclusión se minimiza llegando al 2% y el de inclusión se multiplica para alcanzar más del 50% (15 millones 800 mil personas).

La vista de conjunto de los efectos de la aplicación de este conjunto de medidas muestra que las que disminuyen los errores de exclusión magnifican los de inclusión. Y que la alternativa más favorable para evitar los errores de exclusión es la utilización de los niveles 1 a 3 del Sisben (14.7%). Esta medida lleva a errores que son también relativamente bajos frente a los de otros indicadores pero que, en los actuales niveles de afiliación, como se anotó, son elevados en términos absolutos (cerca de 5 millones y medio de personas). El índice Sisben, asumiendo los tres primeros niveles, es en esta comparación la mejor alternativa. Pero sigue siendo insuficiente para las metas de equidad y eficiencia.

Estos resultados muestran las grandes dificultades que tiene el recurso a medidas indirectas de ingreso para estimar la población pobre o con falta de capacidad de pago, incluso sin considerar los errores adicionales propios de su aplicación como instrumentos de focalización. Y plantean la necesidad de una búsqueda de nuevos instrumentos para la asignación de subsidios, que además sean más acordes con la perspectiva de afiliación universal y unificación progresiva de los dos regímenes existentes.

En este plano no existen soluciones fáciles y no parece factible que se logre un resultado considerablemente mejor a través de la adición o supresión de variables o de calibrar las ponderaciones. Puede haber avances, y hay que intentarlos, pero sin la ilusión de que con ellos se obtendrá, en el corto plazo, un cambio substancial de la situación.

Tabla 17. Errores de inclusión y exclusión de la población bajo línea de pobreza, con distintos criterios de selección Total Nacional, 1997

Criterio de identificación	Total población (1)	Total pobres por LP	% pobres	Identificados	% identi.	Error de exclusión		Error de inclusión	
						%	N° de pobres excluidos	%	N° de no pobresincluidos
Sisben niveles 1 y 2	39,842,424	18,955,283	47.6	10,448,368	26.2	53.1	10,061,150	14.9	1,554,235
Sisben niveles 1 a 3	39,842,424	18,955,283	47.6	21,663,308	54.4	14.7	2,777,878	25.3	5,485,903
Estratos 1 y 2	34,706,816	15,283,130	44.0	19,962,717	57.5	24.3	3,714,015	42.0	8,393,602
Estratos 1 a 3	34,706,816	15,283,130	44.0	30,786,265	88.7	1.9	290,784	51.3	15,793,919
Estratos 1 y 2 o niveles Sisben 1 y 2	34,706,816	15,283,130	44.0	20,708,193	59.7	19.9	3,039,994	40.9	8,465,057
NBI	39,842,424	18,955,283	47.6	10,775,387	27.0	55.2	10,456,290	21.1	2,276,394
Estratos 1 y 2 o NBI	34,706,816	15,283,130	44.0	21,378,827	61.6	18.1	2,768,501	41.5	8,864,198
Estratos 1 y 2 y NBI	34,706,816	15,283,130	44.0	6,028,070	17.4	68.3	10,445,175	19.7	1,190,115
Estratos 1 y 2 y clima educacional bajo (2) de hogar	34,706,816	15,283,130	44.0	14,703,219	42.4	35.7	5,459,373	33.2	4,879,462
Estratos 1 a 3 o clima educacional bajo (2) de hogar	34,706,816	15,283,130	44.0	19,309,361	55.6	20.7	3,168,244	37.3	7,194,475

Fuente: Procesamiento CID de la Encuesta de Calidad de Vida 1997, Dane, DNP.

(1) Los criterios que consideran el estrato socio-económico excluyen la población no clasificada: 5.135.608. (2) Promedio de años de educación de personas de 15 y más años, menor a 8.

- **Adecuaciones del Sisben para la identificación de la población sin capacidad de pago para contar con un aseguramiento de la salud**

Desde el punto de vista metodológico hay dos aspectos adicionales que es preciso tomar en cuenta para la evaluación del Sisben como método de identificación de beneficiarios del régimen subsidiado en particular:

La fijación de niveles, que lleva a la delimitación de la población destinataria de los subsidios.

La unidad de análisis: el núcleo familiar.

Los niveles del Sisben y la capacidad de pago. La fijación de los niveles del índice Sisben se llevó a cabo para delimitar poblaciones pobres y que se encontraban en distintos niveles de bienestar en términos de recursos-ingresos, o estándar de vida[33].

Su definición se hizo de forma que los dos primeros permitieran identificar dos grupos con distintos grados de intensidad de pobreza y los restantes, sectores no pobres de acuerdo con su nivel de bienestar (welfare) o estándar de vida.

Para adecuar los niveles Sisben a las particularidades del aseguramiento en salud, habría que fijar una línea de pobreza que tome en cuenta los valores diferenciales del aseguramiento de acuerdo con condiciones etáreas, de género, de incapacidad física, etcétera. Mientras no exista aseguramiento universal, en la práctica, el aseguramiento de salud cuesta diferente para poblaciones con riesgos diferentes. El valor de un seguro de una persona de la tercera edad es varias veces el de un adulto de 30 años. Esta diferencia implica que el valor de la línea de pobreza sea diferente para ambas personas, aunque ambas tengan ingresos idénticos. Para expresar las diferencias de capacidades y "focalizar" en los más vulnerables es preciso tomar en cuenta esta situación y extraer las consecuencias prácticas sobre la metodología de identificación de beneficiarios del régimen subsidiado. Una forma alternativa sería la de tomar en cuenta dentro de la línea de pobreza el ingreso que se requiere para estar afiliado al régimen contributivo, asumiendo que las diferencias en el aseguramiento por cuestiones de edad se nivelan a través de subsidios "cruzados".

La unidad de análisis del Sisben: el núcleo familiar. De otra parte, en la misma perspectiva, es preciso adecuar el instrumento de identificación respecto a la unidad de aseguramiento definida. En el momento la reglamentación la define de una forma y el Sisben de otra. Ya que el puntaje del Sisben aplica al núcleo familiar las decisiones de afiliación se hacen en general sobre la definición operativa de éste que se utiliza en las encuestas. Como se anotó según el Acuerdo 77 de CSSSS en la identificación de potenciales afiliados el núcleo familiar se define como "el compuesto por los cónyuges o compañeros permanentes y los hijos menores de 18 años, los mayores con deficiencia física o mental, o los mayores de edad menores de 25 años siempre y cuando no tengan capacidad de pago. Las personas que no se

[33] Véase para la primera interpretación Sarmiento y otros, 1999; y para la primera Castaño, 1999, y Vélez y Castaño, 1999.

encuentren dentro del núcleo definido deberán ser identificadas como un núcleo familiar diferente."

Algunas consecuencias prácticas. La imprecisión en la delimitación de la población beneficiaria lleva, en el nivel de los municipios, a que no haya medidas claras sobre la cobertura del régimen subsidiado en relación con la población destinataria.

La Superintendencia de Salud (1999, p. 5) la ha estimado con base en la población con necesidades básicas insatisfechas. Este recurso podría justificarse en razón de que es la única medida de pobreza que puede ser estimada para la mayor parte de los municipios del país, con base en el censo de población de 1993. Además el índice guarda asociación con los niveles de ingreso y de pobreza por ingreso. Sin embargo, de esta forma se sobreestima el nivel de la cobertura en relación con el criterio de capacidad de pago. Es bien sabido que la medición de pobreza con el enfoque de NBI, no es coincidente con el de línea de pobreza y que tiene niveles inferiores a los que se obtienen con la metodología de línea de pobreza.

El efecto de este procedimiento es significativo. Mientras que la encuesta de calidad de vida de 1997 estima que le número de pobres por ingresos es aproximadamente 19 millones, con los resultados de población con NBI en 1998 la Superintendencia que los pobres son 14.830.00 personas. Con esta población la cobertura del régimen subsidiado, sin considerar los errores en la identificación y selección de beneficiarios, sería de 57.6%. Si, para obtener un punto de referencia, se asume que el nivel de pobreza por ingresos fuera el mismo en 1998 y 1997 (47.6%), la cobertura sería de 44% (también sin considerar los errores de identificación y selección). Es decir la estimación de cobertura estaría sobreestimada en, por lo menos, 23%.

Proponer este tipo de medidas, sin señalar claramente su alcance y limitaciones, cambia, en la práctica, las metas de afiliación y los criterios como deben determinarse los beneficiarios del régimen subsidiado.

Esta limitación en la información tiene otras expresiones en los municipios y en la forma como se distribuyen los recursos para el régimen subsidiado hacia los municipios[34]:

En los municipios no hay estimaciones sobre el volumen de población bajo la línea de pobreza, ni sobre su distribución espacial.

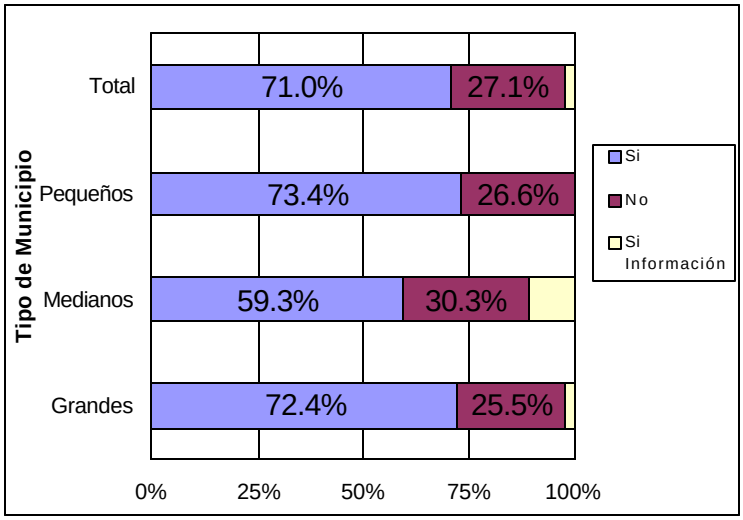
En el nivel nacional, a falta de otra información, la distribución de recursos hacia los municipios para el régimen subsidiado se hace con base en las NBI, lo que puede traer distorsiones y sesgos de consideración.

[34] Para el examen y evaluación del Sisben, en tanto "programa", el Proyecto aplicó dos tipos de instrumentos de recolección que han sido descritos detalladamente en informes anteriores. El primero indagó sobre variables objetivas y de percepción a las secretarías de salud y administradores del Sisben en los municipios, direcciones seccionales y ARS. El segundo consistió en una encuesta a núcleos familiares de los estratos 1, 2 y 3 de Bogotá y las capitales departamentales (excluyendo las de los antiguos Territorios Nacionales). Los cuestionarios de las encuestas a las administraciones municipales, direcciones seccionales de salud y ARS, así como el formulario aplicado en las encuestas a núcleos familiares se encuentran en informes anteriores.

Las dificultades que tiene el nivel nacional para estimar la cobertura, son mayores en los municipios, donde no se cuenta, en su mayor parte, con resultados de encuestas que permitan estimar aceptablemente la incidencia de la población bajo la línea de pobreza. En las entrevistas realizadas por el CID a las administraciones municipales, el 71% de los municipios informaron que cuentan con estimaciones sobre el nivel de pobreza, siendo similar la proporción de municipios pequeños y grandes que cuentan con ella: cerca de 73% (Gráfico).

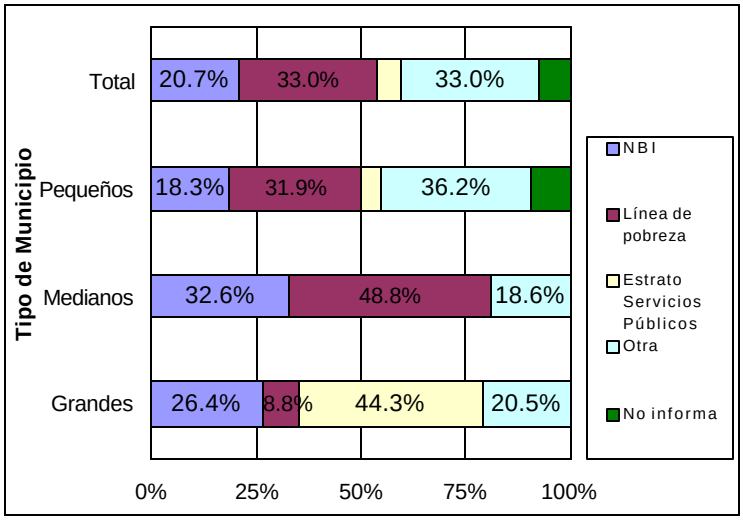
De los municipios que cuentan con estimación de pobreza una tercera parte informan que disponen de medidas con base la metodología de línea de pobreza. Y dentro de los municipios de mayor tamaño y desarrollo institucional (nivel 1) el 26% la tienen con esta metodología y el 44% la obtienen de la estratificación de servicios domiciliarios. En los de tamaño intermedio el 49% manifiestan que cuentan con mediciones de pobreza por el método de los ingresos. Y esta proporción es de 36% para los de menor población (ver grafico 3).

Gráfico 2. Municipios por disposición de estimaciones de pobreza según tipo –2000



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico 3. Municipios, según tipo, con estimación de población pobre por método para hacerlo porcentajes –2000



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Las limitaciones de información han llevado a que se considere como destinatarios del régimen subsidiado a la población con NBI (con base en el censo de 1993), a través de la estratificación socioeconómica para servicios públicos domiciliarios o con otros procedimientos: el mismo Sisben generalmente. En las ciudades de mayor población sólo en pocos casos se cuenta con un estimativo apropiado del volumen total de población destinataria del régimen subsidiado. Y en más escasos de su distribución por áreas geográficas. En ciudades como Bogotá las estimaciones de pobreza por ingresos, a lo sumo se pueden obtener, con limitaciones, a nivel de Localidades.

Estas circunstancias expresan dificultades en la determinación del volumen y distribución de la población destinataria en los municipios, y para medir la cobertura en la afiliación sobre esa población. Cuando la cobertura no se puede medir en forma aceptablemente precisa, es porque la población destinataria no está suficientemente definida.

1.3.3 Conclusiones sobre la metodología del índice Sisben

Esta sección se ha referido al análisis "técnico" de la metodología del Sisben: a su capacidad para identificar los destinatarios del régimen subsidiado, evitando errores de exclusión y de inclusión.

En este plano los análisis realizados llevarían a sugerir lineamientos para obtener una mejor herramienta técnica de identificación de beneficiarios. Este plano de evaluación es limitado y sus resultados han de revisarse a la luz de la consideración de otros elementos del Sisben en tanto "programa" y de tomar en cuenta los incentivos y costos sociales que promueve.

En este avance provisional los lineamientos de acción que se sugieren son:

Para la identificación de las poblaciones vulnerables a los riesgos de salud sería conveniente, o bien considerar en el instrumento de selección explícitamente las variables que expresan las carencias en capacidades relacionadas con el disfrute de la salud y el acceso a los servicios que demanda; o bien completar la información con herramientas adicionales integrándola con la provista por el Sisben. Esto significa adecuar la aplicación del instrumento de forma que se tome en cuenta las especificidades de la selección de la población destinataria del régimen subsidiado.

Para la identificación genérica de la población sin capacidad de pago se requiere tomar conciencia de las limitaciones de las metodologías existentes. Aunque en un contexto de análisis global son útiles instrumentos de diagnóstico, los sesgos que les son propios en la selección de familias particulares aconseja no darles un valor absoluto y contar con otros mecanismos que puedan aportar elementos adicionales para identificar un fenómeno complejo y evitar especialmente los errores de exclusión. La comparación de resultados en el plano metodológico no da evidencia para sustituir el Sisben por ninguna de las otras opciones disponibles. Pero sí plantea la conveniencia de replantear los puntos de corte del índice para la identificación de beneficiarios e incorporar particularidades regionales. En el caso de Bogotá, un ejercicio realizado por el CID de la Universidad Nacional muestra que con una selección de variables adecuada a las condiciones de la ciudad y un cálculo más actualizado de las ponderaciones pueden lograse mejores niveles en la focalización, reduciendo los errores de inclusión de sectores no pobres. Igualmente hace surgir la conveniencia de buscar mecanismos alternos más acordes con las particularidades del aseguramiento en salud.

La fijación de puntos que delimitan los niveles, y las prioridades de selección, aspecto que forman parte integrantes de la metodología para la identificación de beneficiarios, requiere de una readecuación operativa para su aplicación en los municipios. Los modelos utilizados para su definición, en términos de estimación de la población con distintos grados de pobreza son poco precisos. En la perspectiva de aplicar subsidios parciales y avanzar hacia un único sistema de aseguramiento, que se expone posteriormente, resolver este problema se vuelve prioritario.

1.4 AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y ESTADO DE LA FOCALIZACIÓN EN SALUD

En las condiciones actuales del país, el sistema actual la selección adecuada de beneficiarios es un problema crucial. De su resultado depende el éxito de la orientación del régimen subsidiado. Diversos estudios coinciden en que la aplicación de la Ley 100 ha venido mejorando el acceso de los sectores pobres a los servicios de salud. Este resultado guarda relación con la aplicación del Sisben como instrumento de identificación de beneficiarios.

El estudio de Sánchez y Núñez (1999) entre 1993 y 1997 el incremento considerable tanto en la afiliación como en el acceso a los servicios de salud de la población pobre, llevó a aumentar el grado de focalización del gasto en salud y a producir un significativo efecto progresivo en la distribución del ingreso. En 1997 más del 66% de los subsidios del régimen subsidiado estuvieron dirigidos al 40% más pobre de la población, mientras que el quintil 5 recibió únicamente el 2% de estos subsidios.

1.4.1 Las tendencias de la afiliación

El grafico 4 muestra las tasas de afiliación al régimen subsidiado y contributivo, también por condición de pobreza. La mayor proporción de afiliados dentro de los pobres indigentes (aquellos sin ingresos suficientes para adquirir una canasta básica de alimentos) que entre los pobres no indigentes al régimen subsidiado indica que los errores de exclusión podrían ser menores dentro de la pobreza extrema. Su tasa global de afiliación es, no obstante, inferior a la de aquellos debido a su menor acceso al régimen contributivo.

Estos datos reiteran, de otra parte, los avances en el aseguramiento de salud de los pobres en los primeros años de aplicación de la Ley 100. Para tener una percepción de lo sucedido desde 1997 se cuenta con la información de la etapa 107 de la encuesta nacional de hogares del DANE, realizada en marzo de 2000, que incluyó un módulo especial sobre salud. El cuadro 15 muestra la evolución de la afiliación, por régimen y condición de pobreza entre 1997 y 2000, utilizando los resultados de esta encuesta y comparándolos con los de la de calidad de vida de 1997. El Gráfico 4 ilustra este proceso para el período 1994-2000 en relación con las tasas de afiliación a la seguridad social, y el grafico 6 la trayectoria del número de afiliados en términos absolutos[35].

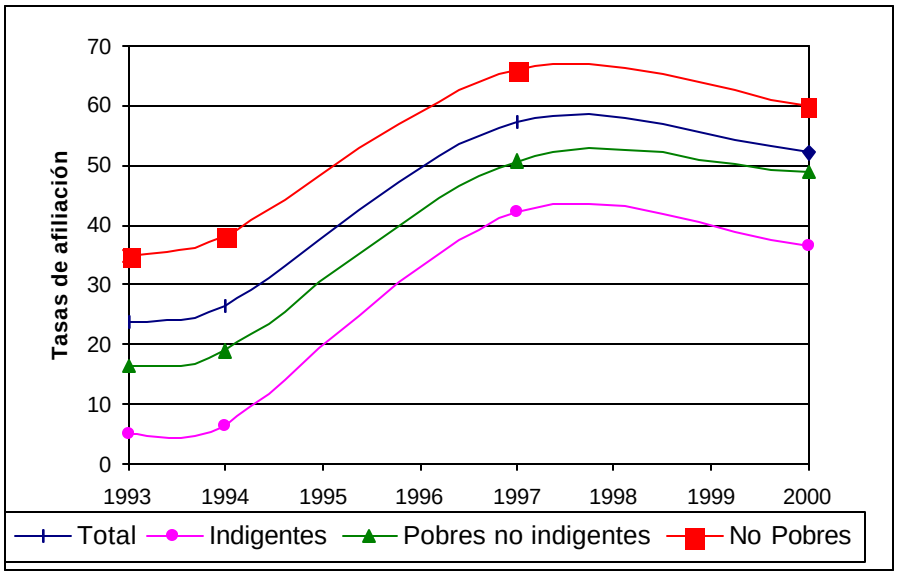
De su examen se concluye que la proporción de afiliados al régimen subsidiado y al contributivo muestra una trayectoria decreciente desde 1997, a través de las respuestas dadas por la población, después de un continuo y rápido ascenso desde 1993. A partir de una perspectiva que planteaba la progresiva y rápida afiliación, la situación económica ha impuesto un proceso más prolongado, y la experiencia ha planteado dificultades prácticas no previstas. Las tasas de afiliación al régimen subsidiado disminuyeron de 17.7% a 16.9% entre 1997 y 2000. Y las del contributivo de 39.5% a 35.4%. Como resultado de este proceso las tasas generales de afiliación a la seguridad social en salud han pasado de 57.2% en 1997 a 52.3% en 2000; y las de los pobres de 47.5% a 44.7% en el mismo lapso.

De otra parte, en todos los segmentos de población según condición de pobreza, se encuentra disminución en la proporción de afiliados a la seguridad social después de 1997. Entre los pobres el número de afiliados ha aumentado sin compensar el aumento de la población en esta condición. Y lo ha hecho sobre el segmento de pobreza con menor intensidad (los pobres no indigentes).

El rápido avance alcanzado logrado en los años posteriores a la aprobación de la Ley 100 en la cobertura de la seguridad social en salud y en el acceso a los servicios primarios para el conjunto de la población y, en especial, para los sectores pobres, se ha visto desacelerado a partir de 1997, en una fase que guarda correspondencia con la crisis económica, la disminución generalizada de los ingresos reales y el aumento de la pobreza. Subsisten, a pesar de los avances, en el aseguramiento persisten en el campo de la salud grandes desigualdades y carencias para amplios sectores de la población.

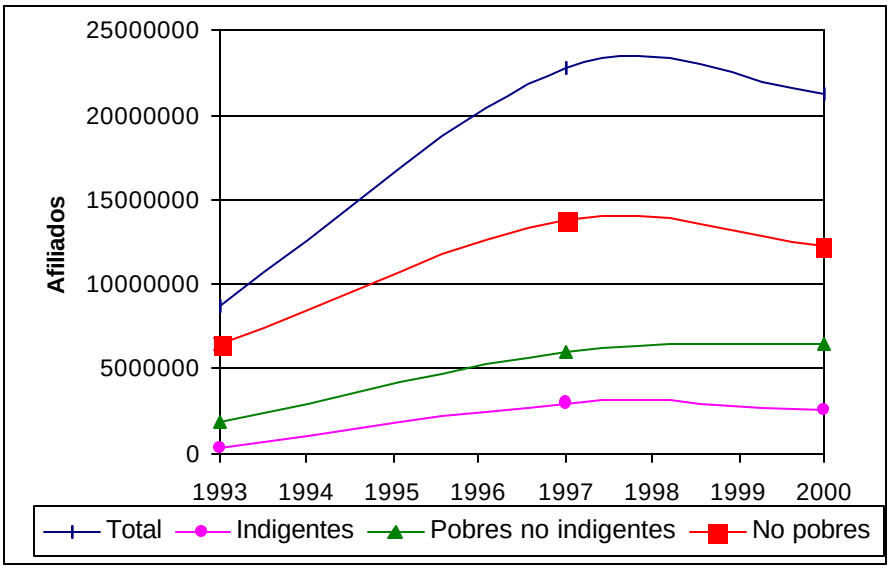
[35] La información en se basan estos cuadros proviene de un procesamiento especial realizado por el CID sobre cuatro encuestas: la Casen de 1993, la de equidad en la gestión fiscal (CGR, 1994), la de calidad de vida de 1997 y la nacional de hogares del Dane de marzo de 2000 (EH-107).

Gráfico 4. Evolución de las tasas de afiliación a la seguridad social en salud, por condición de pobreza, 1994-2000



Fuentes: Procesamiento del CID, Universidad Nacional de las encuesta Casen (DNP, 1993), Equidad en la gestión Fiscal (CGR, 1994), Calidad de vida (1997) y EH-107 (Dane , 2000).

Gráfico 5. Evolución del número de afiliados a la seguridad social en salud, por condición de pobreza, 1993-2000

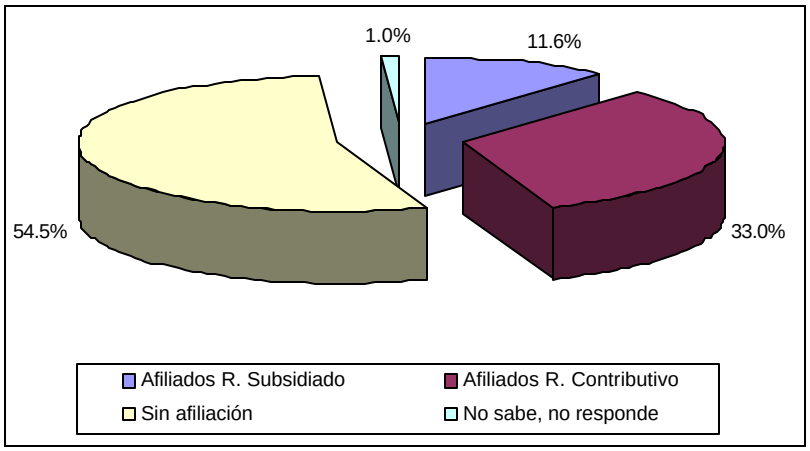


Fuentes: Procesamiento del CID, Universidad Nacional de las encuesta Casen (DNP, 1993), Equidad en la gestión Fiscal (CGR, 1994), Calidad de vida (1997) y EH-107 (Dane , 2000).

La encuesta de hogares realizada por el CID en las principales ciudades del país da cuenta del avance en la afiliación: el 54.5% de la población de los estratos 1 a 3 no está afiliada a ninguno de los regímenes, el 33% al régimen contributivo y el 11.6% al subsidiado (Grafico 1

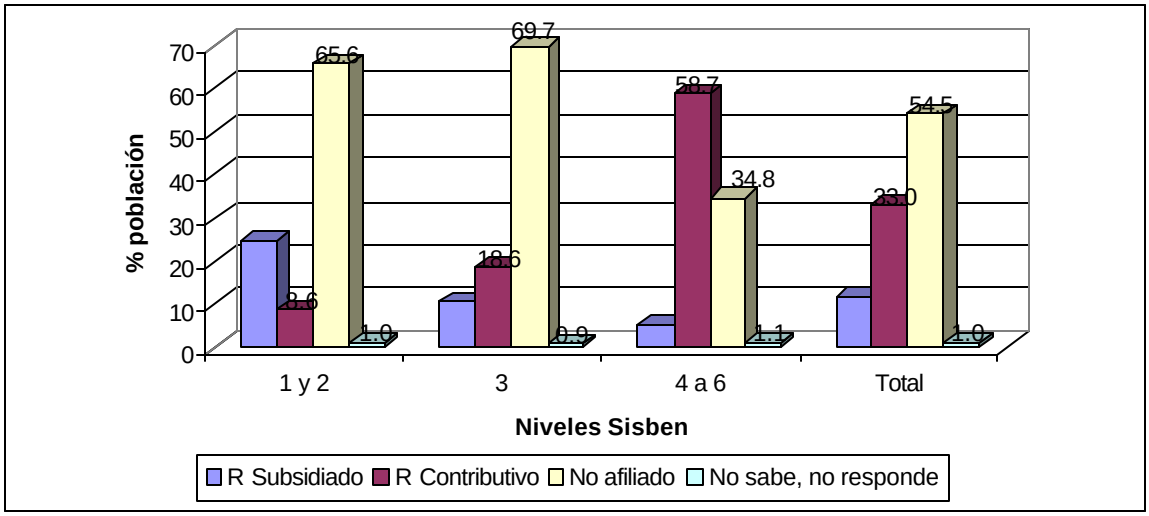
a 6). Por niveles del Sisben el 65.6% de los niveles 1 y 2 están sin afiliación, el 69.7% del nivel 3 y 34.8% de los niveles 4 a 6 .

Gráfico 6. Distribución porcentual de la población de los estratos 1 a 3 de las principales ciudades, por forma de relación con el Sistema de Seguridad Social en Salud –2000



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico 7. Distribución porcentual de la población de los estratos 1 a 3 de las principales ciudades, por forma de relación con el Sistema de Seguridad Social en Salud y niveles del Sisben -2000



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

1.4.2 La focalización en el régimen subsidiado

La identificación de beneficiarios del régimen subsidiado se ha llevado a cabo a través de diferentes instrumentos desde 1994. Progresivamente se ha convertido en predominante el

Sisben para hacerlo[36]. Pero se han mantenido otros mecanismos y se ha dado prelación al criterio de mantener la afiliación de los ya inscritos. Tales situaciones dificultan la evaluación del Sisben como mecanismo de identificación de los pobres en relación con la población actualmente afiliada: de una parte, no existe información suficientemente precisa sobre la condición de pobreza de los encuestados a través del Sisben; y, de otra, falta información confiable sobre los resultados de la aplicación del Sisben a los universos de población que han sido analizados por las encuestas de hogares, para los cuales puede estimarse su condición de pobreza.

La información provista por las encuestas nacionales de hogares (Tabla 17) da una idea de los errores de inclusión para el conjunto de mecanismos de selección, tomando como variable de referencia la incidencia de la pobreza medida por los ingresos. En 1997 (ECV) la proporción de no pobres afiliados al régimen subsidiado era de 27.4% y en el año 2000 llegaba a 39.2% (Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 1997, DANE, DNP, Misión Social; etapa 107 de la encuesta nacional de hogares del DANE, marzo 2000). A pesar de que las fuentes, ni las metodologías son totalmente comparables, estas cifras parecen señalar una tendencia a un progresivo deterioro de los niveles de precisión en la "focalización", a pesar de la generalización en el uso del Sisben. Esto significa que frente a un error "teórico" tipo 1 de la aplicación de los niveles Sisben 1 y 2 para incluir a los no pobres, de 14.9%, en las distintas prácticas de selección este error se incrementa en 84%, dando cabida a 1.920.000 personas no pobres en el régimen subsidiado.

Sobre los errores de exclusión sólo está el indicio de que las tasas de afiliación de pobres al régimen subsidiado han disminuido desde 1997, mientras aumenta la proporción de no pobres afiliados al régimen subsidiado. Sin embargo, la no afiliación de los pobres puede deberse a fallas de los instrumentos de selección, a su no cobertura universal o a falta de cupos[37].

---

[36] Según la encuesta de hogares llevada a cabo por el CID en los estratos 1 a 3 de las principales ciudades del país, el 74% de los afiliados al régimen subsidiado fue seleccionado a través del Sisben, el 7.5% a través de la estratificación socioeconómica para los servicios públicos domiciliarios, el 11.1% a través de otros mecanismos, el 6% no sabe la forma de selección y el 1.5% no informa.

[37] La estimación que se han hecho sobre un error de exclusión, menor al 5%, en la aplicación del Sisben a la salud, utilizando la encuesta Nacional de Calidad Vida de 1997 (Dane, DNP), da señales equivocadas sobre la eficiencia de ese instrumento de focalización.

Esta encuesta interrogó sobre la posesión de carnet del Sisben que le da derecho a la persona a que le presten servicios de salud. Sin embargo, no indagó sobre si a las personas se les aplicó la encuesta Sisben y se les negó el acceso a esos servicios, o al derecho de afiliación al régimen subsidiado. La pregunta, por lo demás, no especifica unívocamente la afiliación al régimen subsidiado ya que de las 7.845.602 personas con carnet del Sisben estimadas por la encuesta, 827.879, el 10.6%, informan que pagan como afiliados (cotizantes o beneficiarios), lo que estaría expresando que pertenecen al régimen contributivo o a otras formas de aseguramiento. La posesión de carnet o constancia del Sisben no necesariamente delimita las personas afiliadas al régimen subsidiado. La encuesta tampoco pregunta por el nivel en el que fue clasificada efectivamente la persona en el Sisben. Sobre esta base sólo sería posible tener alguna medida conjetural de los errores de inclusión por esta variable, sobre el supuesto poco probable de que el nivel asignado realmente equivale al que se estima con información de la encuesta. Y respecto a los de exclusión para la afiliación al régimen subsidiado, poco puede decirse ya que la pregunta fue tratada de forma que todas las personas con carnet del Sisben quedaron clasificadas en una entidad de seguridad social en salud. Al parecer porque se interpretó, de acuerdo con una concepción equívoca, aunque

En estos resultados se evidencian las limitaciones de los mecanismos de selección en su conjunto, no sólo los efectos de la aplicación del Sisben. Señalan una tendencia al deterioro de los indicadores de "focalización" del régimen subsidiado: progresiva y rápidamente hay más errores de inclusión (más proporción de "colados").

En la encuesta de hogares realizada por el CID en las principales ciudades se encuentran otras expresiones del grado de la focalización lograda en la afiliación al régimen subsidiado. Tomando como punto de referencia la clasificación que se obtiene por niveles Sisben de la población a partir de las respuestas al cuestionario y su ubicación en el régimen subsidiado se encuentra que más de la mitad de los afiliados, el 54%, pertenecen a los niveles 3 a 6: 34.7% en el 3 y 19% en los niveles 4 a 6 (grafico 8). Aunque dentro del marco normativo hay situaciones en las cuales la afiliación de población del nivel 3 está permitida, la alta proporción de personas afiliadas al régimen subsidiado en este y los niveles superiores es un indicador de los sesgos de focalización en la aplicación de los instrumentos de selección de beneficiarios y en su actualización, cuando hay una todavía alta proporción de no afiliados en los niveles 1 y 2 (65.6%).

Tabla 18. Tasas de afiliación a la seguridad social en salud y condición de pobreza –1997

Condición de pobreza	TOTAL	AFILIADOS			NO AFILIADOS
		TOTAL	SUBSIDIADO*	CONTRIBUTIVO	
TOTAL	100.0	57.2	17.7	39.5	42.8
No pobre	100.0	66.0	9.2	56.8	34.0
Pobres	100.0	47.5	27.0	20.5	52.5
Pobre no indigente	100.0	50.8	25.3	25.5	49.2
Pobre indigente	100.0	41.9	29.7	12.3	58.1

Fuente: Procesamiento del CID de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 1997.

muy generalizada, según la cual el carnet del Sisben es un carnet de afiliación a la seguridad social en salud. Al utilizar esta información para estimar los errores de exclusión de los "carnetizados" por niveles del Sisben se llega a conclusiones, con las que discrepamos, en el trabajo de Sarmiento y otros, 1999, que han ayudado a generalizar la idea de que los errores de exclusión del Sisben son bajos. En ese trabajo se calculan los errores de exclusión (tipo 2, o su complemento llamado "eficiencia horizontal") en la aplicación del Sisben a la salud ("los carnetizados en salud", no los seleccionados para el régimen subsidiado), únicamente a partir de los clasificados como afiliados a la seguridad social que declararon tener carnet del Sisben, sin tomar en cuenta los "carnetizados" no afiliados, donde precisamente se encontrarían los pobres excluidos. Aunque el ejercicio no evalúa propiamente el resultado del Sisben en su puesta en práctica por los municipios, llega a una conclusión equivocada, a nuestra manera de ver: que la "eficiencia vertical" del Sisben en su uso práctico en la salud, es 95.3% y que en Colombia esta medida está, en sus logros de la focalización, por encima de países como Australia y Noruega. Al tomar en cuenta sólo a quienes tienen carnet afirma "que la carnetización está cubriendo al 95.32% de los pobres..En Colombia la eficiencia horizontal es relativamente alta. Según Atkinson la EH en Australia es 74%, en Bélgica es 99% y en Noruega es 92%. Colombia está por encima de Australia y Noruega.." (p. 120) El trabajo también estima, como se mencionó anteriormente, la "eficiencia vertical" para identificar a los pobres (el complemento del error de inclusión de los no pobres, tipo 1) a partir de los puntajes Sisben calculados con base en la información de la encuesta. Y, como se recordará, también allí consideramos que hay un error pues mientras lo estima en 97,66%, con la información del mismo trabajo es de 74.7%.

Tabla 19. Población por condición de afiliación al sistema de seguridad social en salud, según condición de pobreza, total nacional, 1997 y 2000

Condición de afiliación a la Seguridad Social en salud	1997			2000		
	Total	No pobres	Pobres	Total	No pobres	Pobres
Total	39,842,424	20,887,141	18,955,283	42,022,821	20,746,147	21,276,674
AFILIADOS	22,784,218	13,788,202	8,996,016	21,991,748	12,479,101	9,512,647
Régimen Contributivo	15,750,872	11,864,515	3,886,357	14,874,435	9,696,486	5,177,949
Régimen Subsidiado	7,033,346	1,923,687	5,109,659	7,089,723	2,777,940	4,311,783
Sin Información sobre régimen de afiliación				27,590	4,675	22,915
NO AFILIADOS	17,058,206	7,098,939	9,959,267	19,842,570	8,175,111	11,667,459
Sin Información sobre afiliación				188,503	91,935	96,568
Porcentajes verticales	Total	No pobres	Pobres	Total	No pobres	Pobres
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
AFILIADOS	57.2	66.0	47.5	52.3	60.2	44.7
Régimen Contributivo	39.5	56.8	20.5	35.4	46.7	24.3
Régimen Subsidiado	17.7	9.2	27.0	16.9	13.4	20.3
Sin Información sobre régimen de afiliación				0.1	0.0	0.1
NO AFILIADOS	42.8	34.0	52.5	47.2	39.4	54.8
Sin Información sobre afiliación				0.4	0.4	0.5
Porcentajes horizontales	Total	No pobres	Pobres	Total	No pobres	Pobres
Total	100.0	52.4	47.6	100.0	49.4	50.6
AFILIADOS	100.0	60.5	39.5	100.0	56.7	43.3
Régimen Contributivo	100.0	75.3	24.7	100.0	65.2	34.8
Régimen Subsidiado	100.0	27.4	72.6	100.0	39.2	60.8
Sin Información sobre régimen de afiliación				100.0	16.9	83.1
NO AFILIADOS	100.0	41.6	58.4	100.0	41.2	58.8
Sin Información sobre afiliación				100.0	48.8	51.2

Fuente: Procesamiento del CID de la encuesta nacional de calidad de vida de 1997 (archivos Misión Social) y de la etapa 107 de la encuesta nacional de hogares del DANE.
La estimación de la pobreza se para 2000 hizo sin ajuste de los ingresos por subdeclación utilizando los valores de la línea de pobreza del DANE.

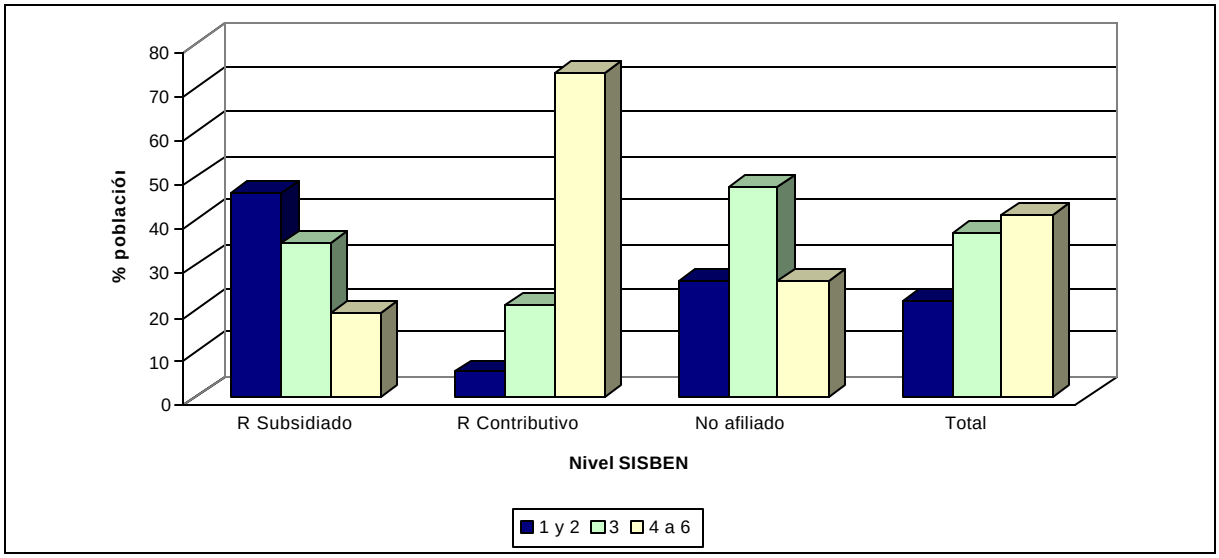
Tabla 20. Personas por forma de afiliación a la seguridad social en salud y condición de pobreza - 1997

Condición de pobreza	TOTAL	AFILIADOS			NO AFILIADOS	TOTAL	AFILIADOS			NO AFILIADOS
		TOTAL	SUBSIDIADO*	CONTRIBUTIVO			TOTAL	SUBSIDIADO*	CONTRIBUTIVO	
TOTAL	39,842,424	22,784,218	7,033,346	15,750,872	27,017,473	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No pobre	20,887,141	13,788,202	1,923,687	11,864,515	7,098,939	52.4	60.5	27.4	75.3	26.3
Pobres	18,955,283	8,996,016	5,109,659	3,886,357	9,959,267	47.6	39.5	72.6	24.7	36.9
Pobre no indigente	11,823,751	6,006,397	2,993,714	3,012,683	5,817,354	29.7	26.4	42.6	19.1	21.5
Pobre indigente	7,131,532	2,989,619	2,115,945	873,674	4,141,913	17.9	13.1	30.1	5.5	15.3

Fuente: Procesamiento del CID de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 1997.

* Afiliado a régimen subsidiado: Afiliado de EPS, Empresas Solidarias, Caja de Compensación u Otras Entidades que no paga cuota mensual por afiliación. Afiliado al régimen contributivo: afiliado que paga cuota mensual por afiliación.

Gráfico 8. Distribución porcentual de la población afiliada de los estratos 1 a 3 de las principales ciudades, por forma de relación con el Sistema de Seguridad Socialen Salud y niveles SISBEN



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

1.5 IMPLEMENTACIÓN DEL SISBEN

En esta sección se analiza el estado del Sisben como programa de los municipios. Se presentan y comentan los resultados destacados de la aplicación de los instrumentos de recolección de información del Proyecto para el diagnóstico de los procesos de implementación y administración de aplicación del Sisben. Incluye igualmente un examen sobre algunos elementos relativos a la selección y afiliación de beneficiarios del régimen subsidiado. Se trata de los resultados finales de la recolección de información en 83 municipios del país[38].

En el análisis se ha buscado detectar asociaciones entre las distintas variables analizadas y algunas características de los municipios: tamaño poblacional, región. De esta forma, se controlan estas características para encontrar patrones entre las unidades analizadas.

La pérdida de precisión en la asignación de subsidios a los pobres guarda correspondencia con las dificultades y deficiencias en la aplicación del Sisben en muchos municipios. Su implementación muestra, en general, problemas de cobertura, lo que aumentaría los efectos de exclusión sobre los pobres. Y también en su actualización, lo que tendería a incrementar los errores de inclusión y exclusión y, en todo caso, a dejar indeterminada su evaluación. Otros rasgos de la situación son: no existencia de mecanismos para aplicación de encuestas a la demanda o retraso en atenderlas; falta de integración de los registros del SISBEN con la información de afiliados a los regímenes subsidiado y contributivo; ausencia de mecanismos

[38] Véase nota anterior de pie de página 34 y el anexo 1.

para nuevas afiliaciones a través de listados de núcleos elegibles; destinaciones presupuestales insuficientes para el programa SISBEN en los municipios; falta de equipos, dotaciones, capacitación y asistencia técnica del personal que administra el programa; rotación relativamente alta en los administradores. A pesar de que las funcionarios de los municipios niegan, en la mayor parte de los caso, que el Sisben no tenga prioridad, en la práctica no hay destinación de recursos para su correcto funcionamiento, las actualizaciones son excepcionales y los controles de calidad esporádicos.

Es notable que existen varias escalas, ventajas y desventajas de los municipios en las tareas que implica el manejo del Sisben. Las diferencias dependiendo de su tamaño son considerables. En los municipios pequeños, la operación es más fácil y los requerimientos técnicos y de capacitación de personal menores. En las mayores se requiere el diseño de un programa que se adapte a su escala y responda a las particularidades de esas ciudades.

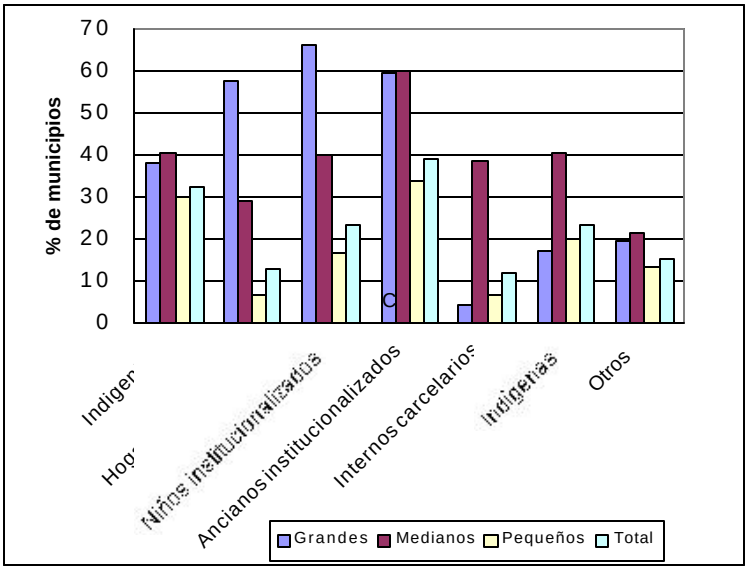
1.5.1 La práctica de los municipios colombianos en la aplicación de instrumentos de selección de beneficiarios del régimen subsidiado

Un asunto relacionado con los temas que acaban de ser tratados es el de las prácticas de los municipios para hacer la selección de beneficiarios. Dentro de los investigados la totalidad aplica el Sisben como instrumento de identificación y selección de beneficiarios del régimen subsdiado. Utilizan, no obstante, otros mecanismos complementarios para dar cuenta de situaciones de pobalciones especiales que escapan a los alcances del Sisben.

No todas las circunstancias analizadas expresan limitaciones imputables al Sisben. Su consideración ilustra la variedad de situaciones que afrontan los municipios para implementar la focalización en salud.

Como se observa en el Gráfico 9. las formas de selección complemetarias más extendidas son las referidas a los niños y ancianos institucionalizados, que en los municipios que abracan el 60 y 66% de los municipios grandes. Para la identificación de indigentes 32% de los municipios implementan mecanismos especiales; para hogares colectivos 13%; para internos carcelarios 12, para indígenas 23%. El 15% de los municipios tienen otras formas alternas de identificación de poblaciones especiales. Estas situaciones pueden referirse a personas no institucionalizadas: enfermos terminales, mujeres embarazadas, etcétera.

Gráfico 9. Municipios por formas de identificación de beneficiarios, diferentes al Sisben, para afiliación al régimen subsidiado y tamaño



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

1.5.2 Cobertura y actualización del Sisben

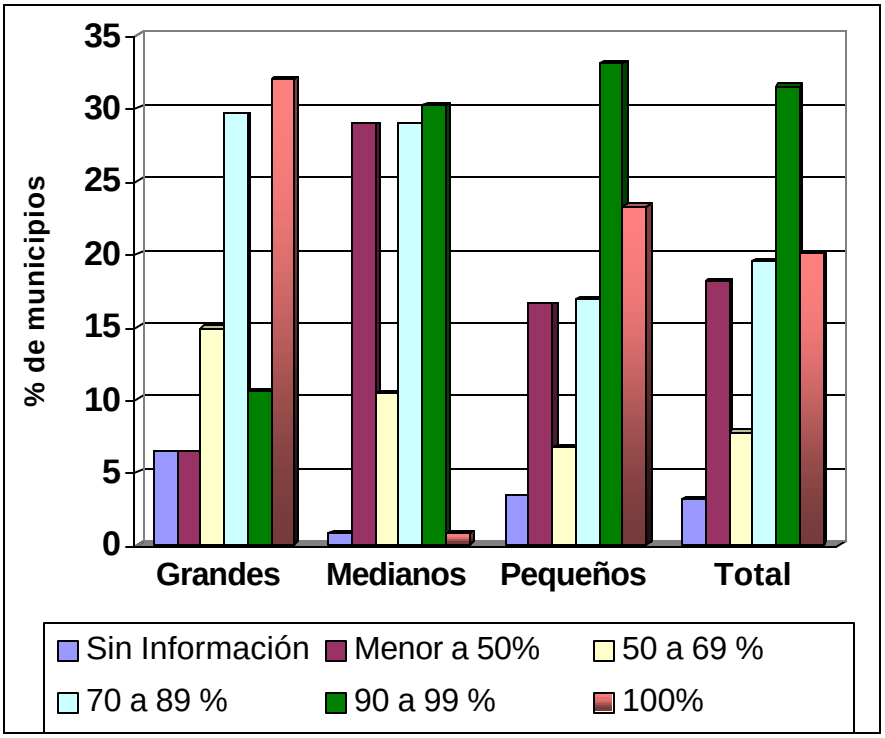
La encuesta realizada a las administraciones municipales se orientó a detectar la percepción que se tenían sobre la cobertura del Sisben. Se trata, en la mayor parte de los casos, de apreciaciones que no se sustentan en verificaciones precisas. Los cálculos comunes de cobertura se hacen comparando el número de núcleos y población registrada en los archivos del Sisben con la población con Necesidades Básicas Insatisfechas, o más frecuentemente con la que habita en los estratos 1 y 2 de servicios públicos domiciliarios.

A través de las respuestas obtenidas se estima que el 51.6% de los municipios del país han logrado coberturas en la aplicación del Sisben superiores al 90%, y el 18.1%, inferiores al 50%. En situaciones intermedias, el 7.7% de los municipios tienen coberturas entre 50 y 69%, y 19.6% entre 70 y 89% (Gráfico 10).

Se encontró mayor proporción de municipios con coberturas entre el 90 y el 100% entre los pequeños56.5%, frente a 31% en los medianos y 42.7% en los grandes (Gráfico).

Examinando las coberturas informadas por rangos de volumen de población (grafico 16) se observa que no existe una asociación entre estas dos variables: 77.4% los municipios con menos de 10.000 habitantes obtienen cobertura superiores a 90%, 50% entre los de 10.000 a 20.000 habitantes, 45.9% entre los de 20.000 a 50.000, 4.9% entre los de 50.000 a 100.000, 55% entre los de 100.000 a 300.000 y 16.7% entre los de más de 500.000. Esta situación expresa condiciones más favorables en los municipios con menor población (280 municipios), y más desfavorables en los de tamaño intermedio (entre 50 y 100.000 habitantes) y con más población.

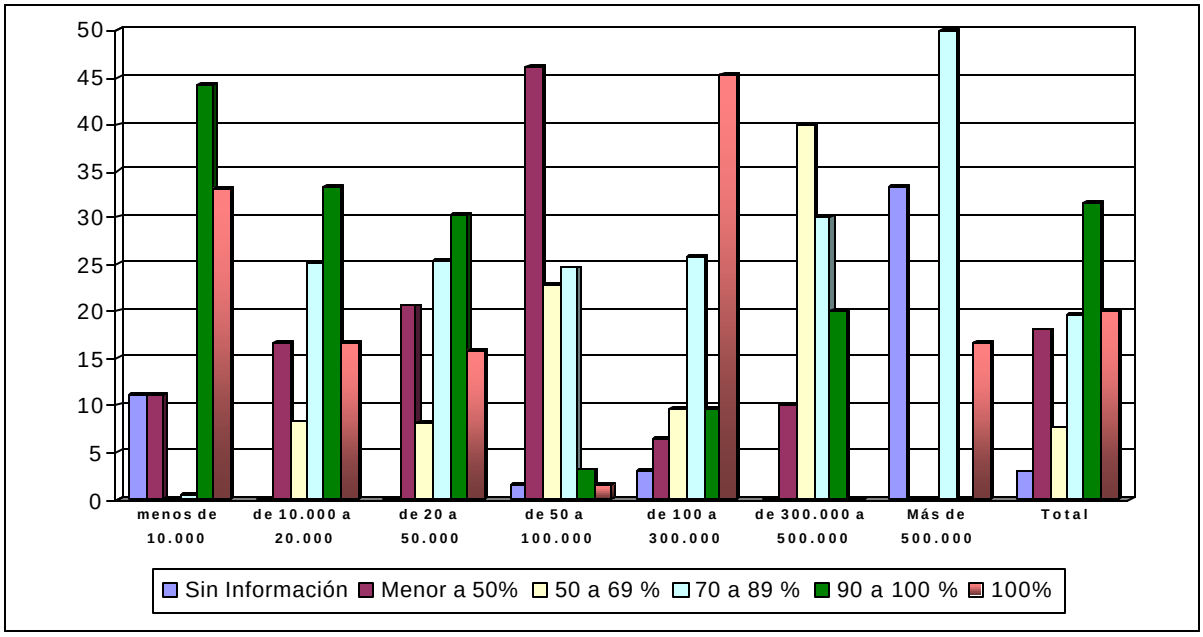
Gráfico 10. Municipios por nivel de cobertura informada del Sisben y tipo -2000



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

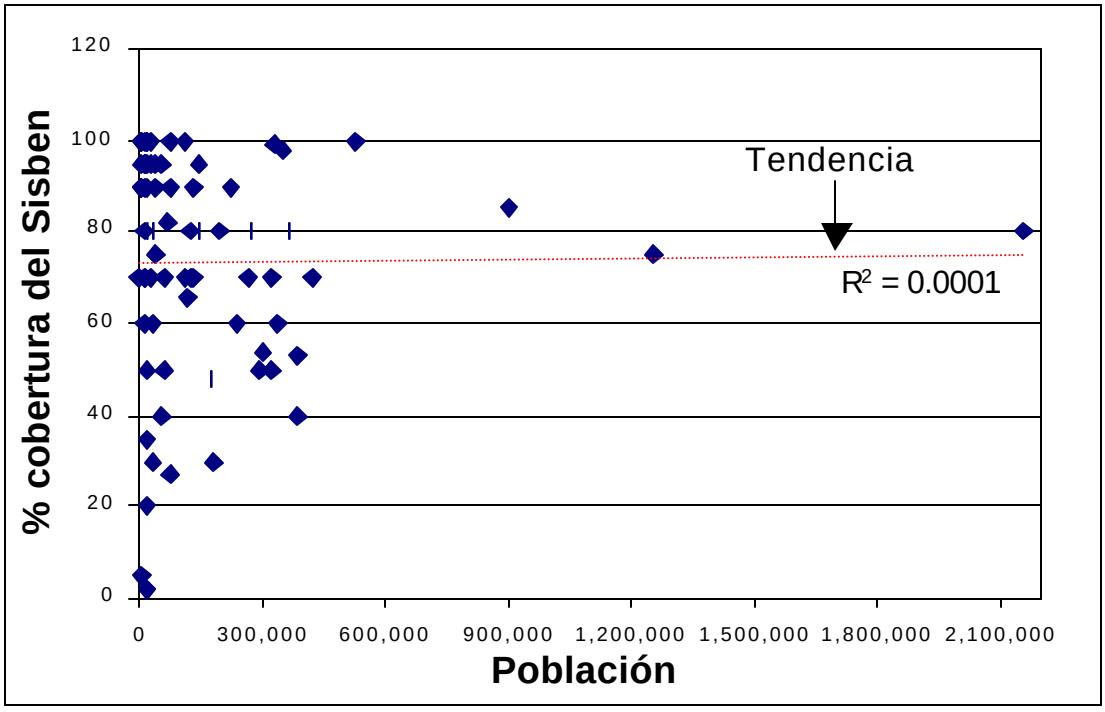
Sobre esta base no se encontró ninguna asociación significativa entre tamaño poblacional del municipio y la cobertura del Sisben en los municipios de la muestra (grafico 18). En los que tienen mayor población, a pesar de las economías de escala que cabe esperar en la aplicación de encuestas masivas, existen circunstancias que hacen más compleja la operación: actualización cartográfica, organización y control del trabajo de campo, movilidad y crecimiento de la población. Este contexto dificulta obtener mayores cobertura que en los más pequeños, con menores recursos y circunstancias menos complejas para la aplicación del Sisben. El resultado sugiere que son circunstancias de otro orden, tales como la prioridad en la asignación de recursos y otros factores institucionales, las que pueden ser determinantes para el incremento de las coberturas. Y también que los esquemas organizativos y operativos apropiados para la aplicación y administración del Sisben difieren significativamente entre municipios de diferente rango poblacional.

Gráfico 11. Municipios por nivel de cobertura informada del Sisben y rango de población 2000–



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico 12. Relación entre tamaño poblacional de los municipios y la cobertura del Sisben –2000 (municipios de la muestra que informaron cobertura)

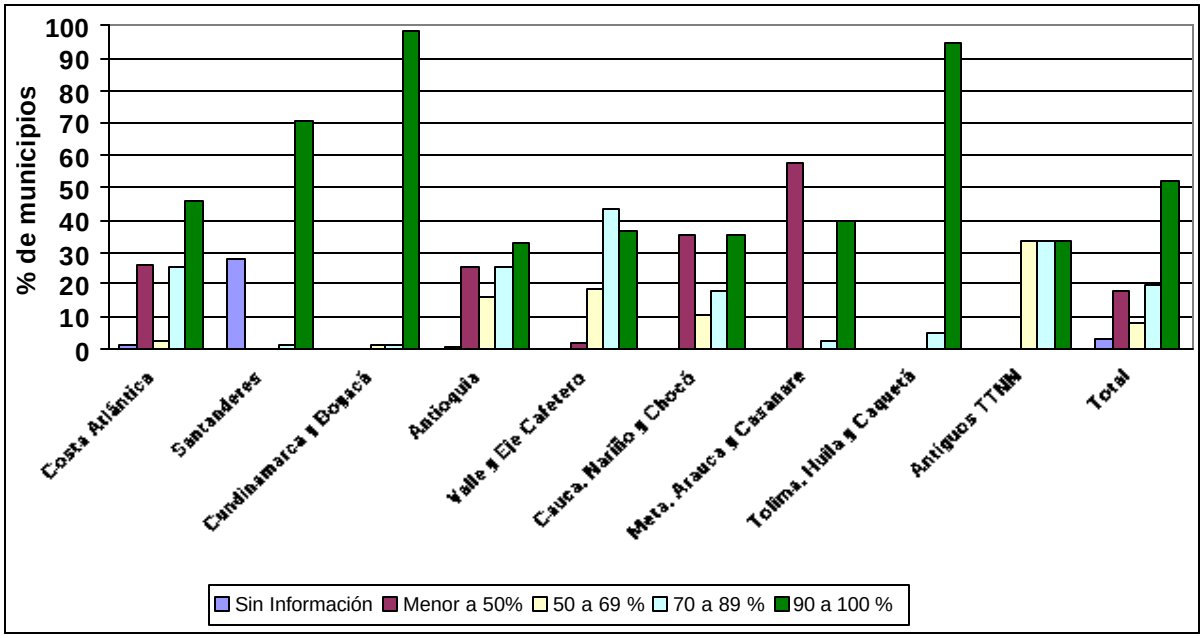


Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

También es notable entre los municipios con población de más de 500.000 habitantes, una proporción considerable (33%%) desconoce la cobertura del Sisben. Este hecho destaca, de nuevo, las dificultades para operar el Sisben en las grandes ciudades y controlar su aplicación (grafico 11).

La encuesta aplicada señala que la cobertura del Sisben por región es mayor en los municipios de los departamentos de Cundinamarca, Boyacá, así como en Tolima y Huila: más del 95% de los municipios informan que es superior al 90%. En la región de los departamentos de Santander y Norte de Santander esta proporción es de 70.9%. Y en las restantes regiones se ubica entre 46.2%, en los departamentos de la Costa Atlántica y 33 % en los de los antiguos Territorios Nacionales. Con la proporciones más elevadas en coberturas inferiores a 50% están las regiones de Meta, Arauca y Casanare (57.5%), Cauca, Nariño y Chocó (35.6%), la Costa Atlántica (25.7%) y Antioquia (25.2%).

Gráfico 13. Municipios por nivel de cobertura informada del Sisben y región - 2000



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

- **Dificultades para obtener cobertura total del Sisben**

Dentro de los obstáculos que son considerados relevantes para el logro de una cobertura total en la aplicación del Sisben, se destaca la falta de presupuesto que se estima abarca el 83% de los municipios con coberturas inferiores al 100% de los tres estratos (grafico 14 a 17).

Con frecuencias menores se señalan la falta de recursos humanos (38.4% de los municipios) y técnicos (31.2%). Los otros factores investigados tienen menor incidencia. Se destacan algunos rasgos de las respuestas obtenidas:

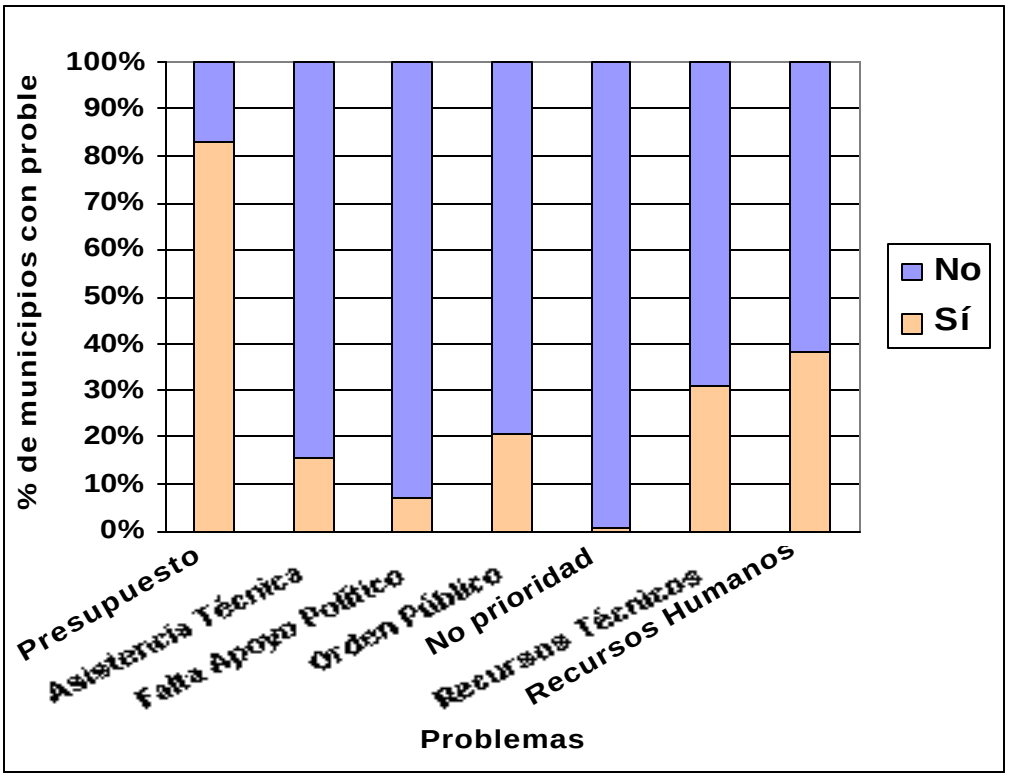
La falta de asistencia técnica se considera un problema en 15.3% de los municipios. Es mayor la frecuencia relativa en los municipios grandes y medianos que en los pequeños.

Los problemas de orden público afectan el logro de la cobertura del Sisben en 20.6% de los municipios.

La falta de recursos humanos tiene expresiones más extendidas en los municipios medianos. En 60.1% de ellos se considera como problema que afecta la cobertura del Sisben, esta situación.

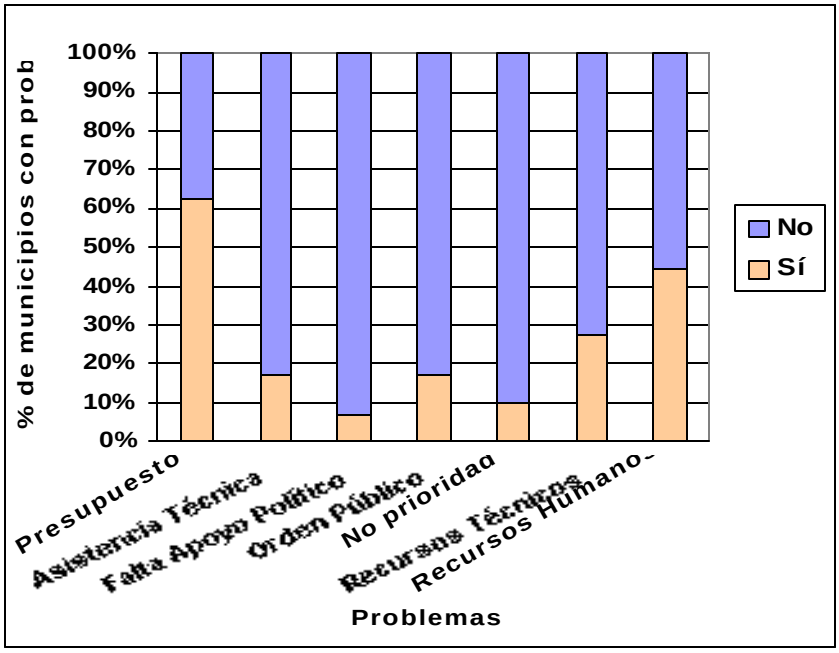
Sólo en cuatro municipios se percibe que no es prioritario el Sisben y en siete que falta apoyo político para su ampliación. Sin embargo la prioridad en los restantes no se refleja en destinación de recursos para extender su cobertura.

Gráfico14. Porcentaje del total de municipios con cobertura parcial por problemas para lograr cobertura total del Sisben –2000



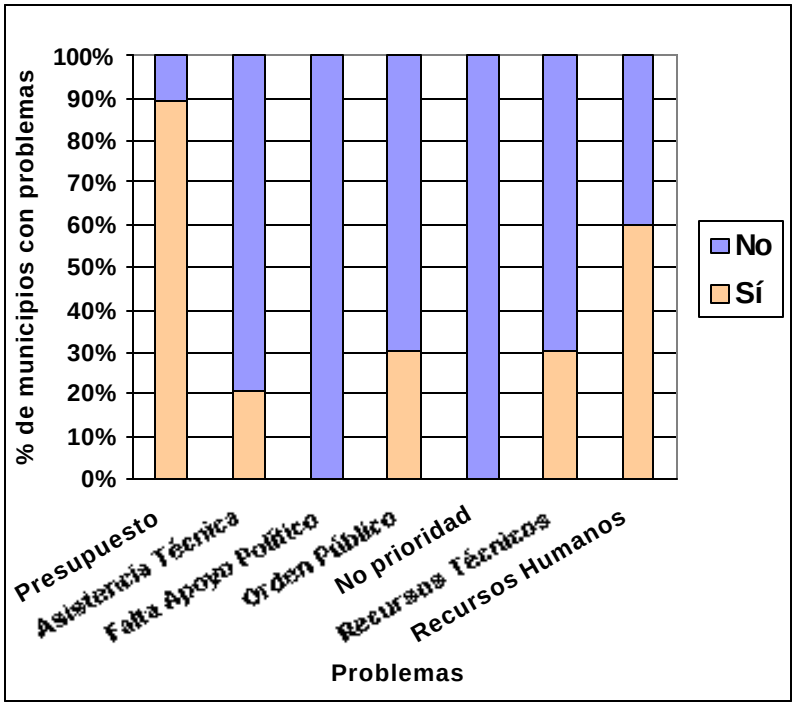
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico 15. Porcentaje de municipios grandes por problemas para lograr cobertura total del Sisben – 2000



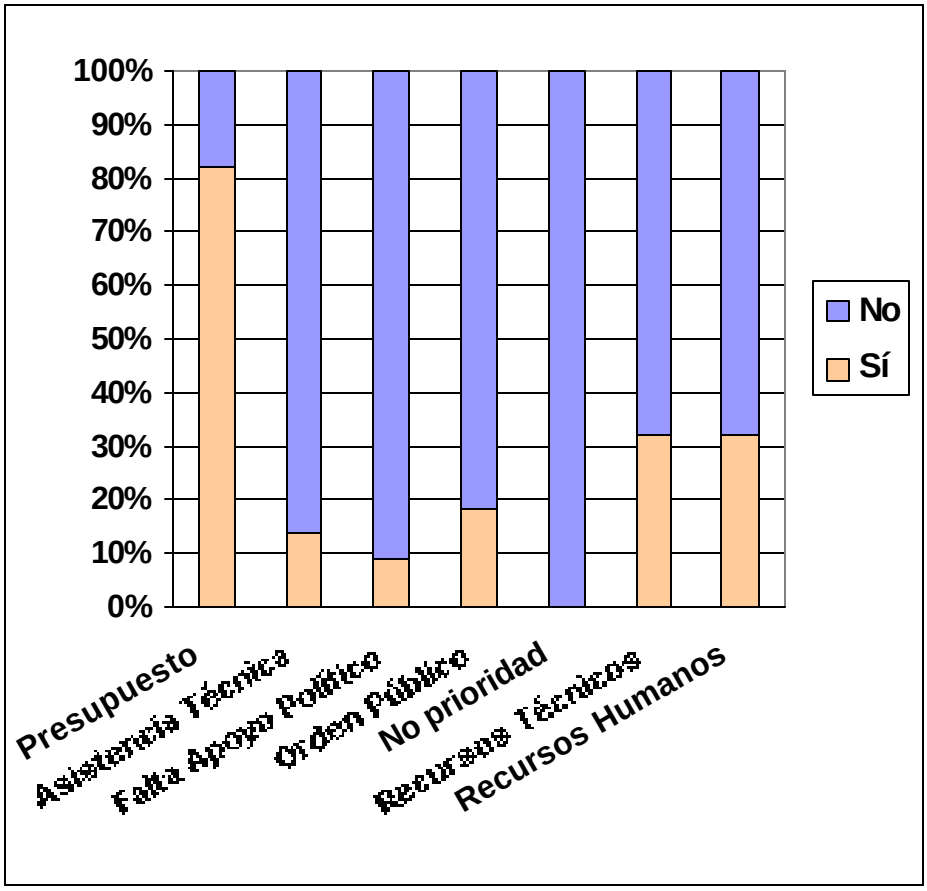
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico 16. Porcentaje de municipios medianos por problemas para lograr cobertura total del Sisben -2000



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico17. Porcentaje de municipios pequeños por problemas para lograr cobertura total del Sisben –2000



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

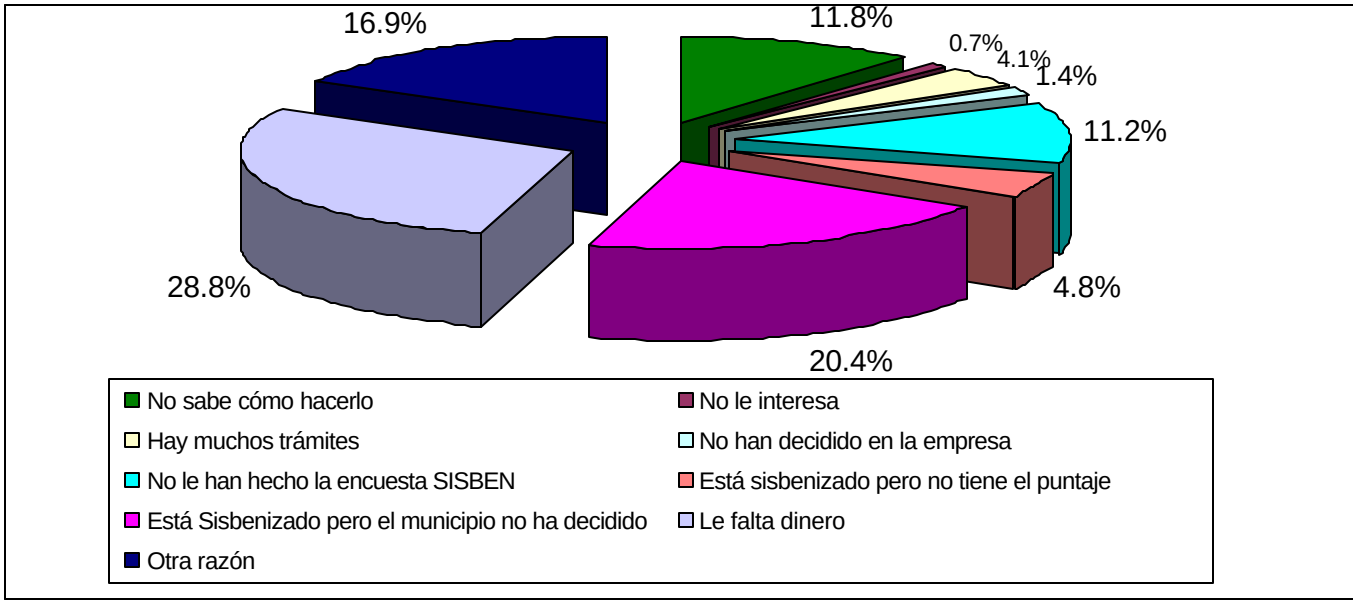
- **Razones de no afiliación en las grandes ciudades**

La falta de cobertura del Sisben es una de las razones que la población aduce para no estar afiliada a la seguridad social en salud. En las grandes ciudades, según la encuesta realizada por el CID, el 11.2% de los no afiliados de los estratos 1 a 3, expresa que la razón para no estarlo es la no aplicación del Sisben (grafico 18). Y dentro de los clasificados en los niveles 1 y 2 del Sisben esta proporción es de 13.6% (grafico 19).

Es relevante igualmente que el 20.4% del total de la población de estos estratos manifiesta que se le ha aplicado el Sisben y no ha habido respuesta por parte de las administraciones municipales para decidir su afiliación. Y esta proporción llega a 32% en los clasificados en los niveles 1 y 2. También es significativo considerar que en estos niveles, a los que está destinado el régimen subsidiado, el 14.3% de la población no está afiliada porque no sabe cómo hacerlo, el 3.9% porque considera que hay muchos trámites, el 18.8% que le falta dinero para afiliarse y el 13.1% que no está afiliada por otras razones. Dentro de las otras razones puede encontrarse la consideración de otras formas de acceder a servicios de salud

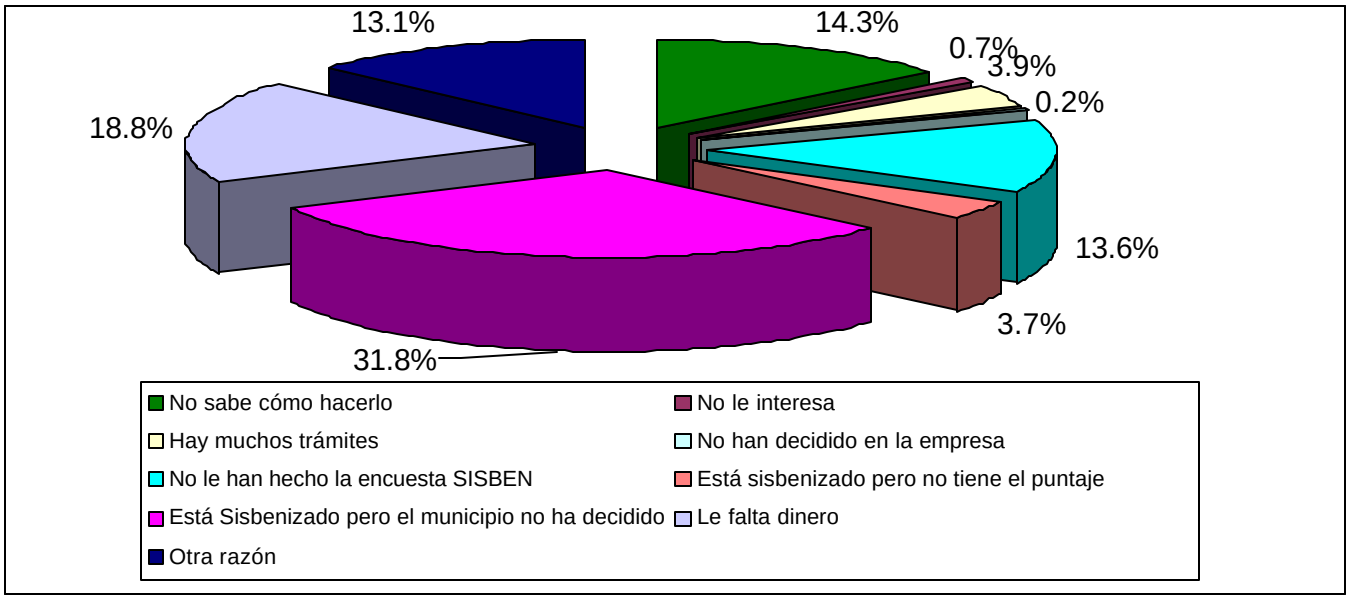
que se acomodan mejor a sus condiciones. El 3.7% de esta población informa que ha sido Sisbenizada y que no ha obtenido el puntaje para estar afiliada al régimen subsidiado.

Gráfico18. No afiliados de los estratos 1 a 3 de las principales ciudades, por razones para la no afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico 19. No afiliados de los estratos 1 a 3 de las principales ciudades pertenecientes a los niveles 1 y 2 del Sisben, por razones para la no afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud



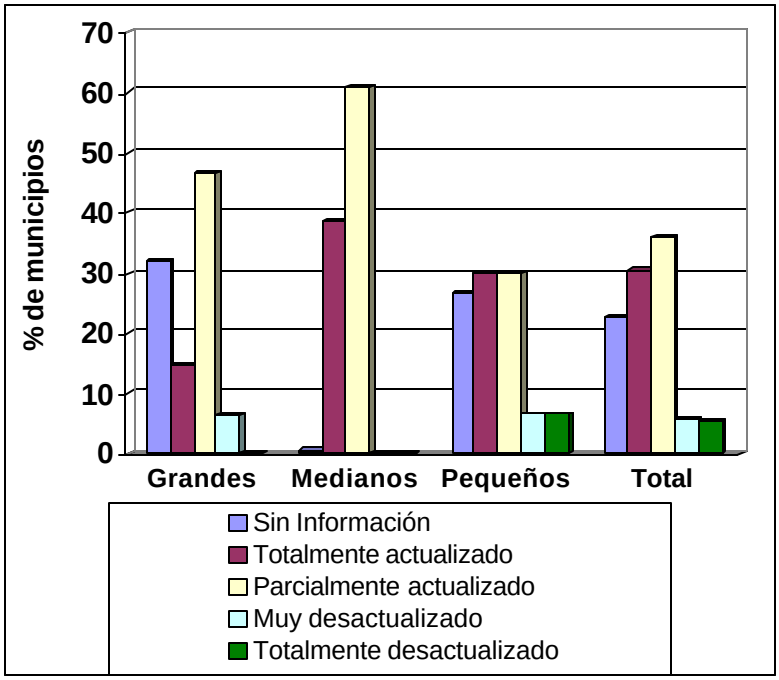
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

1.5.3 Actualización del Sisben

Sólo en el 30.5% de los municipios se considera que el Sisben está totalmente actualizado. En un 36.1% está medianamente actualizado y en 10.7% esta muy o totalmente desactualizado. La situación de desconocimiento sobre el grado de actualización de la aplicación de la encuesta se expresa en que 22.6% de los municipios no saben o no informan sobre este asunto (grafico 20). Donde es más notable esta situación es en los municipios grandes. En ellos el estado predominante (46.7%) es la actualización parcial. Los municipios de este tamaño con Sisben totalmente actualizado son el 14.9% y entre los pequeños el 29.9%. Tampoco en este tema se encuentra una relación clara con el volumen de población del municipio.

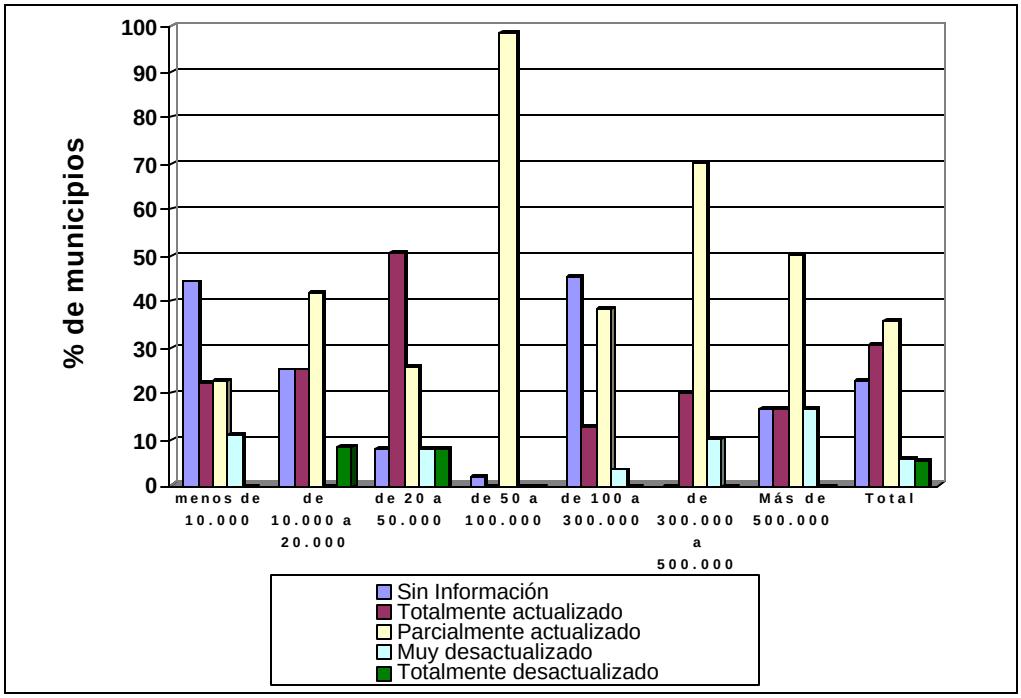
En los municipios con población menor a 10.000 habitantes, el 22% tienen el Sisben totalmente actualizado, en los que tienen de 20.000 a 50.000 esta proporción es de 51% y entre los de 500.000 de 16.7% (grafico 21).

Gráfico 20 Municipios por grado de actualización del Sisben y tipo



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico 21. Municipios por grado de actualización del Sisben y rango de población



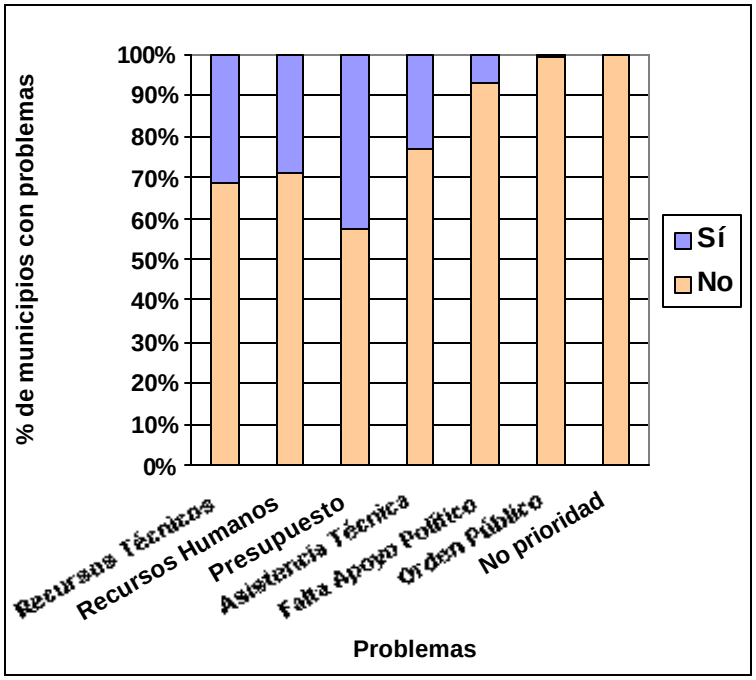
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

De nuevo para el logro de la actualización del Sisben la dificultad más extendida es la falta de presupuesto (43% de los municipios) y la falta de recursos técnicos (31.6%,grafico 22). A este respecto también se destaca la falta de recursos humanos (28.7%) y de asistencia técnica (23.2%).

La falta de apoyo político y los problemas de orden público sólo afecta un número reducido de municipios y en ninguno se considera como factor que dificulta la actualización el no considerarse prioritario el Sisben en el municipio.

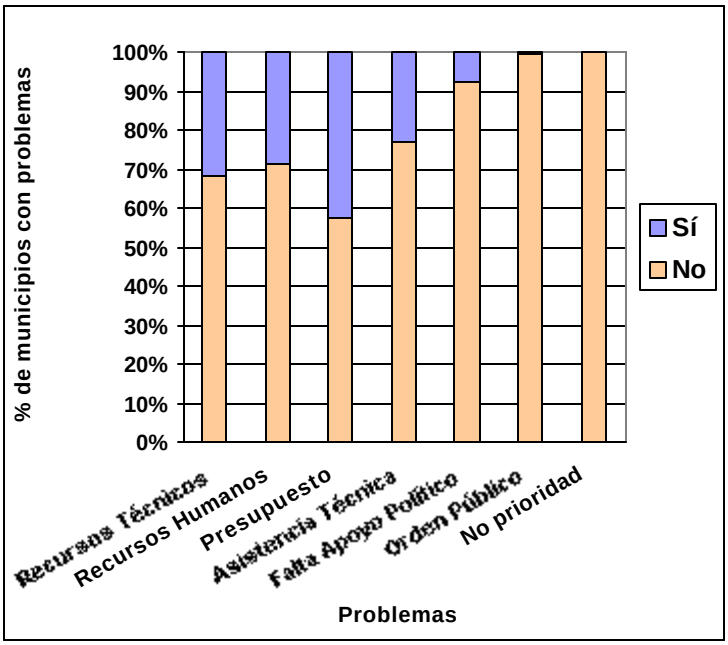
La falta de recursos humanos es menos frecuente en los municipios pequeños (27.4%) que en los grandes (40.6%). Lo contrario ocurre en relación con la asistencia técnica. Los problemas presupuestales tienen menor incidencia en los medianos. Y en los grandes se encuentran las mayores expresiones de falta de apoyo político (grafico 23, 24 y 25).

Gráfico22. Porcentaje del total de municipios con información por problemas para lograr la actualización del Sisben -2000



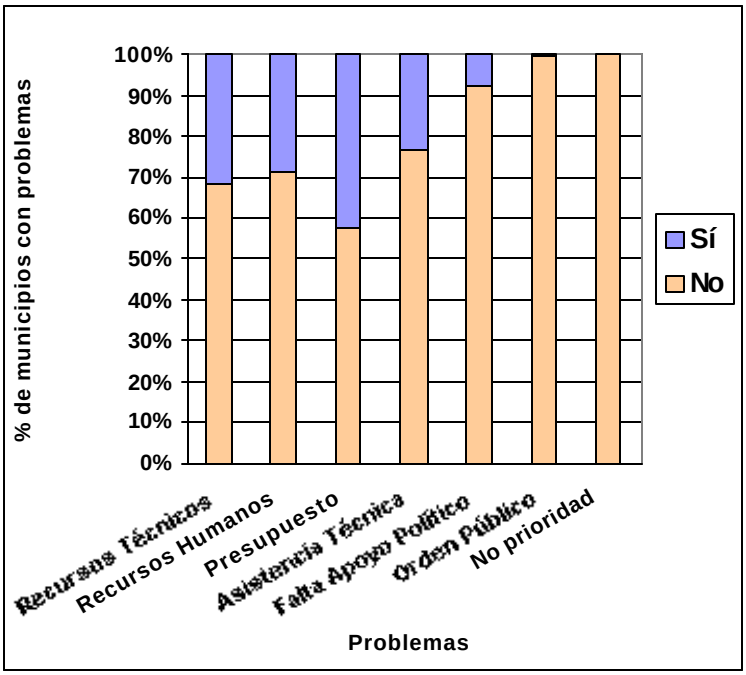
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico23. Porcentaje de municipios grandes con información por problemas para lograr la actualización del Sisben -2000



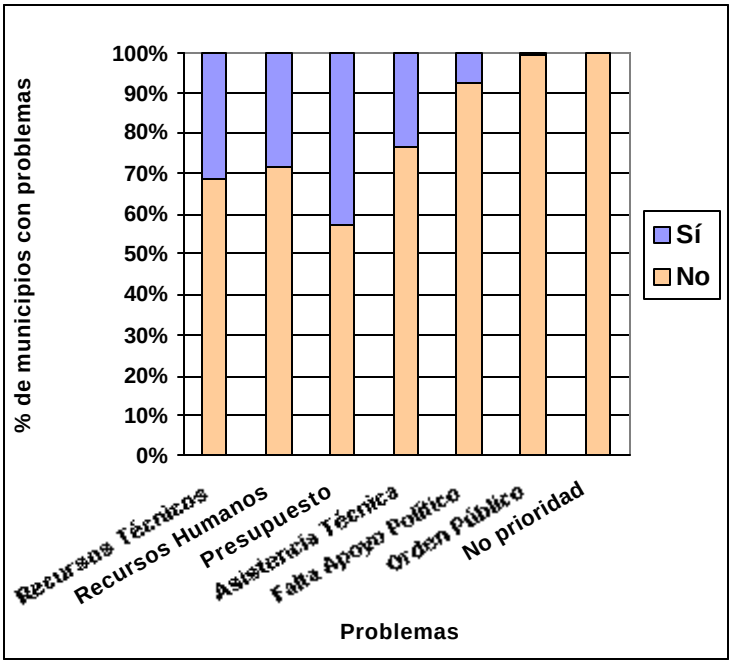
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico 24. Porcentaje de municipios medianos con información por problemas para lograr la actualización del Sisben -2000



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico25. Porcentaje de municipios pequeños con información por problemas para lograr la actualización del Sisben -2000

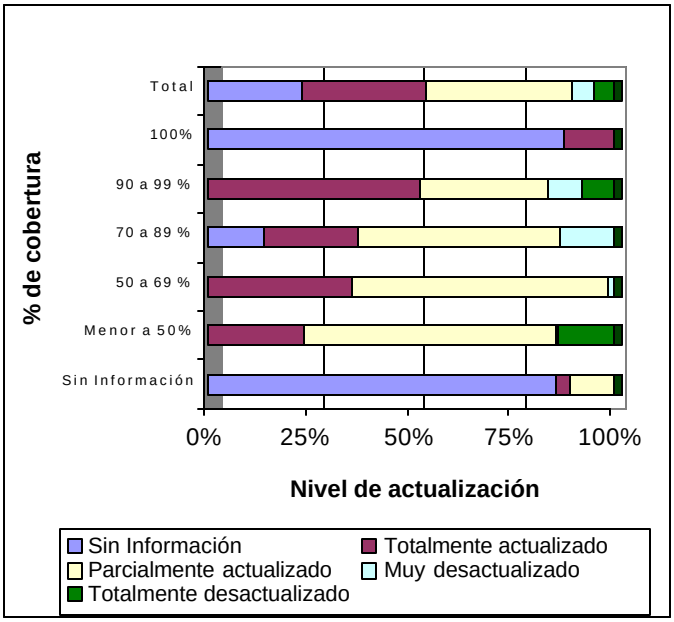


Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

- **Grado de actualización del Sisben por nivel de cobertura**

La observación de la actualización del Sisben en los municipios de acuerdo al grado de actualización del mismo muestra que aunque hay una menor proporción de totalmente actualizados a medida que la cobertura es menor, no es claro que suceda lo contrario en los casos de Sisben muy o totalmente desactualizado. Esto sugiere una falta de asociación entre los dos fenómenos, que se aprecia de mejor forma en el análisis multivariado que se comenta a continuación.

Gráfico 26. Municipios por porcentaje de cobertura y grado de actualización del Sisben -2000



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

1.5.4 Cobertura y actualización: una lectura de conjunto de los aspectos operativos del Sisben a partir de los resultados de un análisis de correspondencia múltiple

El análisis de correspondencia múltiple que se llevó a cabo muestra la asociación de variables de los distintos temas de las encuestas a los municipios frente al nivel de cobertura y actualización del Sisben. Se tomaron igualmente como variables ilustrativas el tamaño poblacional del municipio y su situación frente a la administración de recursos del régimen subsidiado (certificado o no certificado).

El resultado de este análisis se ilustra en el Grafico 27. El elemento más destacado es la falta de asociación entre las variables que expresan los resultados de cobertura y los de actualización del Sisben en los municipios. Se trata de dimensiones independientes entre sí. Y lo son hasta tal punto que cada una de ellas tiende a expresarse en un factor o eje particular. La cobertura en el primer factor (el que explica mayor proporción de varianza, eje de las “x”) y la actualización en el segundo (eje de las “y”). Este comportamiento de dos variables clave

para evaluar los resultados de la aplicación y administración del Sisben permite ubicar las situaciones asociadas con distintos desempeños en cada una de ellas.

Sobre esta base los espacios del gráfico pueden interpretarse así:

Cuadrante IV: alta cobertura y actualización parcial del Sisben.

Cuadrante III: alta cobertura y baja actualización.

Cuadrante II: baja cobertura y alta actualización.

Cuadrante I: baja cobertura y actualización parcial.

La proyección de las variables sobre el gráfico cartesiano ilustra la asociación de las variables con estas situaciones:

Los municipios pequeños y los certificados tienden a ubicarse en situaciones de alta cobertura y actualización parcial del Sisben (cuadrante IV). La ubicación de los municipios por tamaño poblacional en circunstancias diversas sugiere que hay diversidad de situaciones para afrontar el Sisben que dan fortalezas y debilidades particulares para distintas escalas. Cosa similar puede plantearse frente a su situación para el manejo de los recursos del régimen subsidiado.

Los de tamaño mediano y grande así como los no certificados, por el contrario, se ubican en el cuadrante II: baja cobertura y alta actualización.

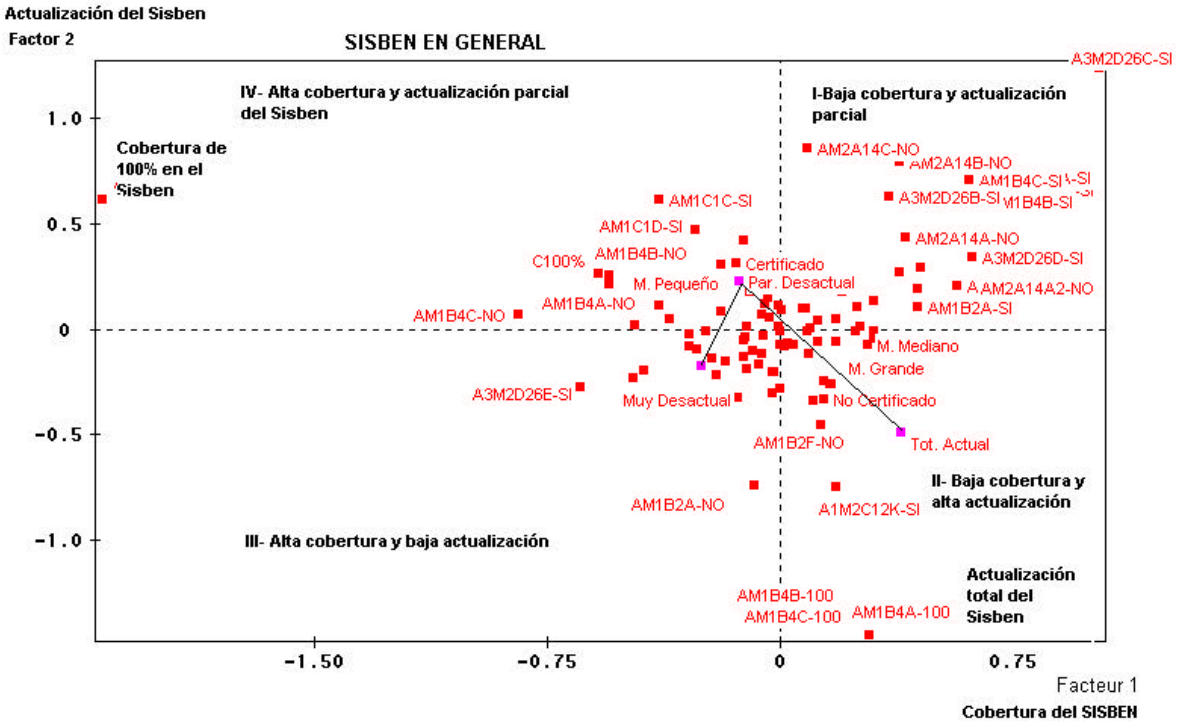
La falta de presupuesto para actualización (variable AM1B4C-SI) y para lograr cobertura de 100% (AM1B2A-SI) son situaciones asociadas con la baja cobertura y la actualización parcial del Sisben (cuadrante I).

Las situaciones de alta actualización corresponden con la ausencia de problemas de falta de presupuesto (AM1B2A-NO), y de recursos técnicos (AM1B2F-NO) para este efecto.

Corresponden con la situación de alta cobertura y actualización parcial (cuadrante IV) la no percepción de problemas para la actualización falta de recursos técnicos (AM1B4A-NO), presupuestales (AM1B4C-NO), ni humanos (AM1B4B-NO). Pero se asocian con esta situación la consideración de que hay fallas técnicas en la aplicación del Sisben (AM1C1C-SI) y en las normas técnicas para hacerlo (AM1C1E-D).

Llama la atención que en el espacio de peores condiciones de cobertura y actualización del Sisben (cuadrante I) se encuentren las variables que expresan la detección de problemas por parte de verificaciones o validaciones comunitarias, veedurías, instancias de control o administrativas: fallas en la actualización A3MD26B-SI), en el manejo técnico (A3M2D26C-SI) y en el manejo político (A3M2D26D-SI). En la situación de alta cobertura y actualización parcial, por el contrario, no se detectan problemas por parte de estas validaciones y verificaciones (A3M2D26E-SI).

Gráfico 27. Resultados del análisis de correspondencia múltiple a los resultados de la encuesta a las administraciones municipales



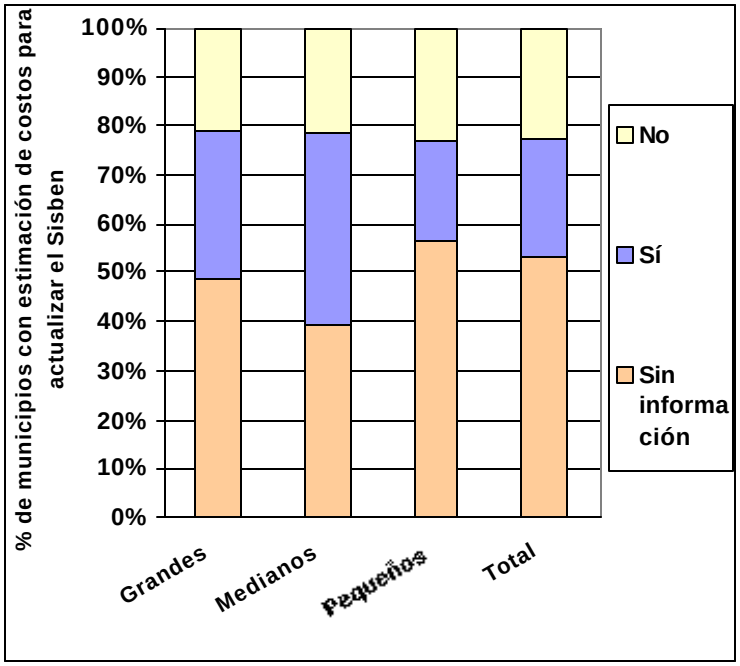
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Este conjunto de asociaciones que destaca la limitación de recursos presupuestales parece como decisiva para logra resultados adecuados en la aplicación del Sisben, da peso a la hipótesis de que son condiciones institucionales y su reflejo en la gestión, los elementos determinantes en el logro de una mejor calidad en la aplicación del Sisben. Pone de relieve, de otra parte, que dentro de la diversidad de situaciones hay problemas que requerirían un tratamiento especial y, quizás, selectivo.

La situación que se esboza en esta exploración corrobora que las normas técnicas sobre aplicación de encuestas y actualización no han tenido cumplimiento. Y, se muestra así también un vacío normativo que fije criterios para la actualización periódica del Sisben y homogenize los plazos y formas de aplicación de la encuesta.

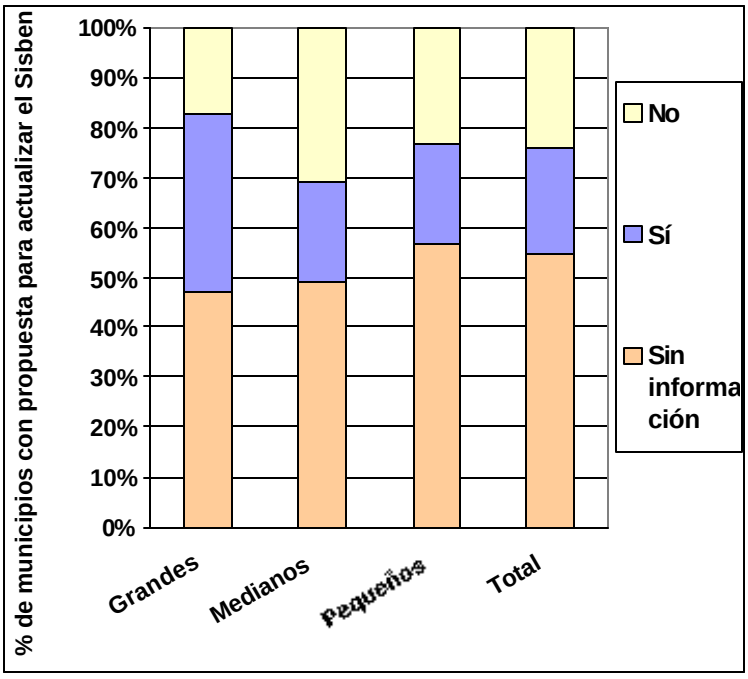
Llama la atención que, en todo caso, existe una dinámica en un grupo de municipios tendiente a la actualización del Sisben. Lo que señala que existe una percepción de los problemas y bases para su tratamiento. De la información de la encuesta se infiere que el 24% de los municipios cuentan con una estimación de costos para este propósito, siendo esa proporción de 39% en los municipios medianos y de 30% en los grandes(grafico 28). Y también que del total 21%, y de los grandes el 36%, han elaborado propuestas para el logro del objetivo (grafico 29). Sin embargo, sólo en el 10.6% la propuesta ha sido aprobada y en el 2.7% la propuesta está siendo implementada.

Gráfico 28. Municipios por disposición de estimación de costos para actualizar el Sisben y tipo -2000



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico 29. Municipios por disposición de propuesta para actualizar el Sisben y tipo -2000



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

1.5.5 Problemas en la aplicación del Sisben y factores a tratar para su solución

- **Los problemas**

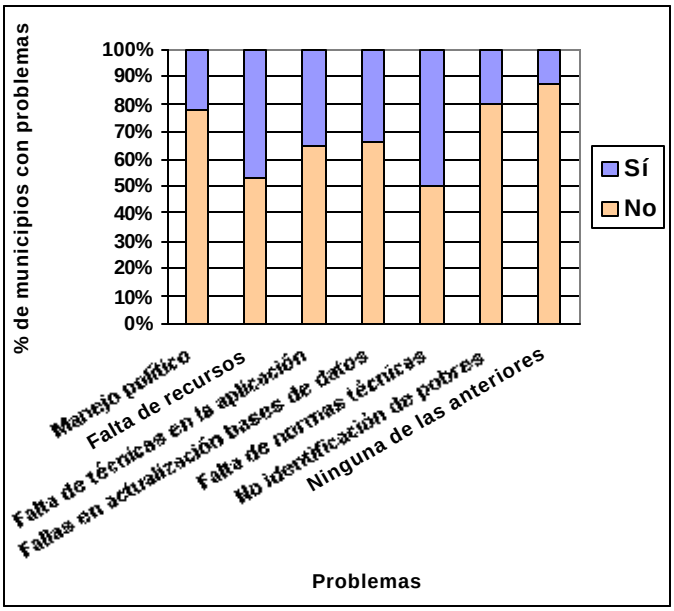
La encuesta realizada en los municipios interrogó igualmente a los funcionarios municipales sobre problemas que en su opinión han afectado la calidad del Sisben. Dentro de los considerados se incluyeron circunstancias de distinta naturaleza.

El problema que más municipios informan es el de falta de normas técnicas en la aplicación del Sisben (50%), y una vez más, el de las limitaciones presupuestales: (47.5%). Son seguidos por falta de técnicas en la aplicación y actualización de bases de datos, así como en la falta de instrumentos para identificar a los pobres, que son reportadas por 35.5%, 33.8% y 20.1% de los municipios respectivamente. Resultados que estan indicando una percepción sobre ausencia de una normatividad para la operación del Sisben que afecta técnicamente su administración. El 22% de los municipios tienen percepción sobre manejo político en el Sisben que afecta la implementación del Sisben y el 12.3% que no están afectados por ninguno de los problemas mencionados (Grafico 30).

La falta de normas técnica es un problema con expresiones más frecuentes en los municipios medianos y pequeños, que duplican la frecuencia relativa de los grandes. Y, en contraste, es en los municipios grandes donde hay mayores dificultades para la actualización de las bases de datos. La ingerencia de manejo político abarca igualmente una proporción más alta en los municipios grandes: 44.8%. En los medianos llega a 40.7% y en los pequeños a 16.6% (grafico 31, 32 y 33).

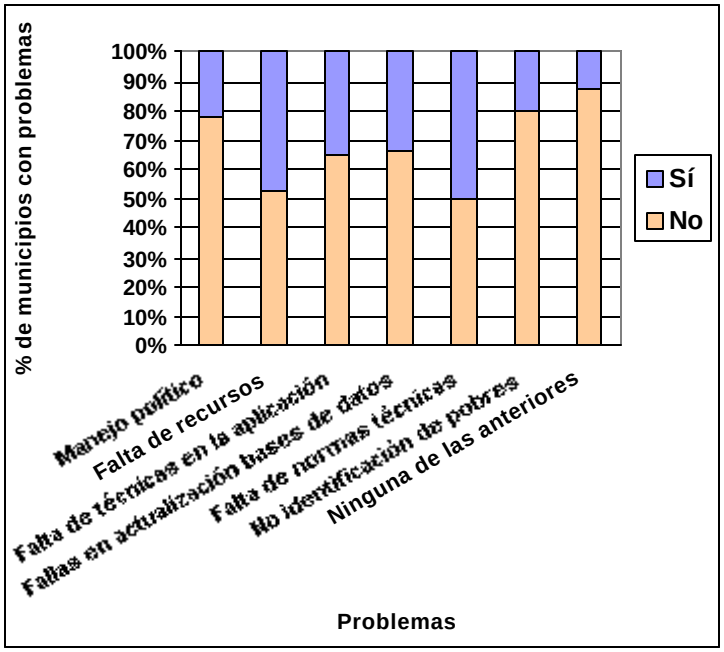
Esta situación corresponde con la informada sobre entradas y salidas arbitrarias del Sisben. En el 39% de municipios se informa que se han presentado esta situación en los niveles 1 y 2 del Sisben. Se trata de fenómenos que afectan la calidad y sesgan los procesos de selección y afiliación de beneficiarios, tanto por la influencia de prácticas clientelistas como por otro tipo de intereses (económicos, familiares, etc.). También es en los municipios grandes donde tiene mayor ocurrencia (66%). Sucede en el 41.4% de los medianos y 36.7% de los pequeños (grafico 34). En la encuesta a los departamentos, el 64% de las direcciones seccionales encuestadas informaron que se presenta este fenómeno en los municipios de su jurisdicción.

Gráfico 30. Porcentaje del total de municipios por problemas en la aplicación del Sisben -2000



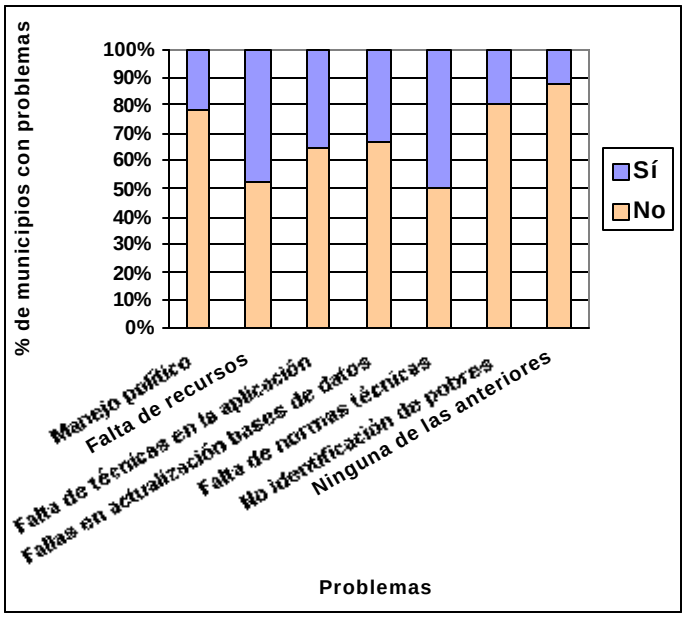
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico 31. Porcentaje de municipios grandes por problemas en la aplicación del Sisben -2000



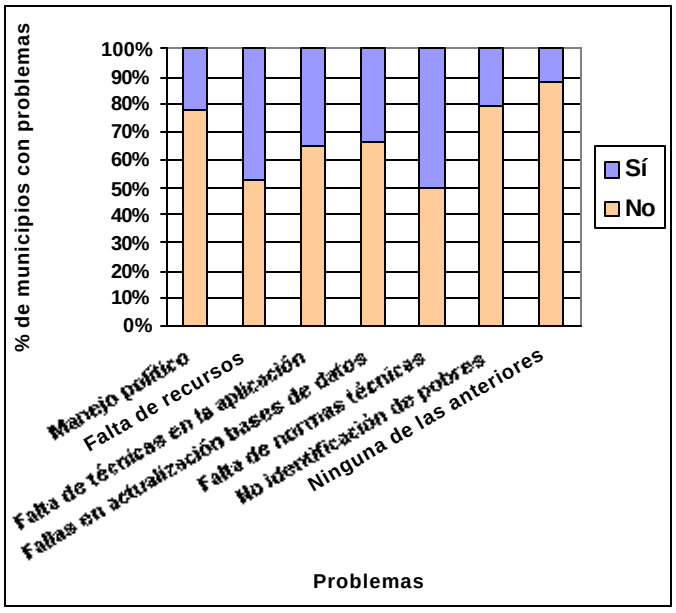
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico 32. Porcentaje de municipios medianos por problemas en la aplicación del Sisben -2000



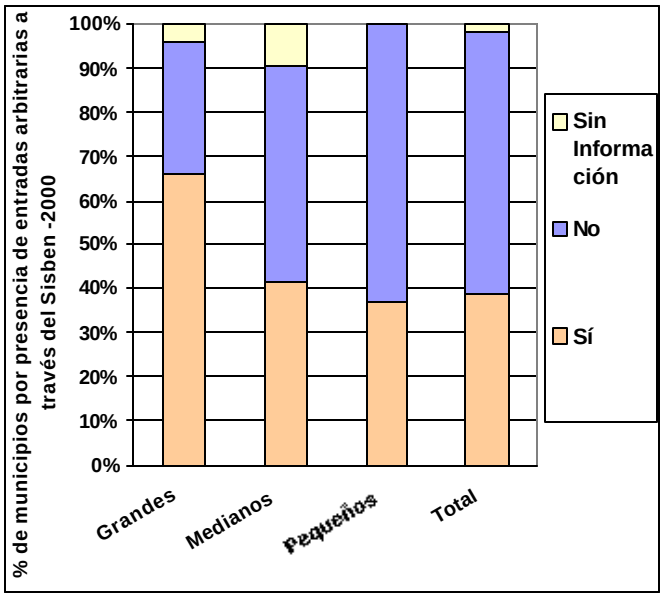
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico 33. Porcentaje de municipios pequeños por problemas en la aplicación del Sisben -2000



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico 34. Municipios por entradas y salidas arbitrarias en el Sisben y tipo–2000



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

- **Los factores a tratar para la solución de los problemas**

De las respuestas obtenidas a la entrevista estructurada hecha a la muestra de administraciones municipales se obtiene la percepción que tiene sobre posibles medidas para el mejor funcionamiento del Sisben (Gráficos 35 a 38).

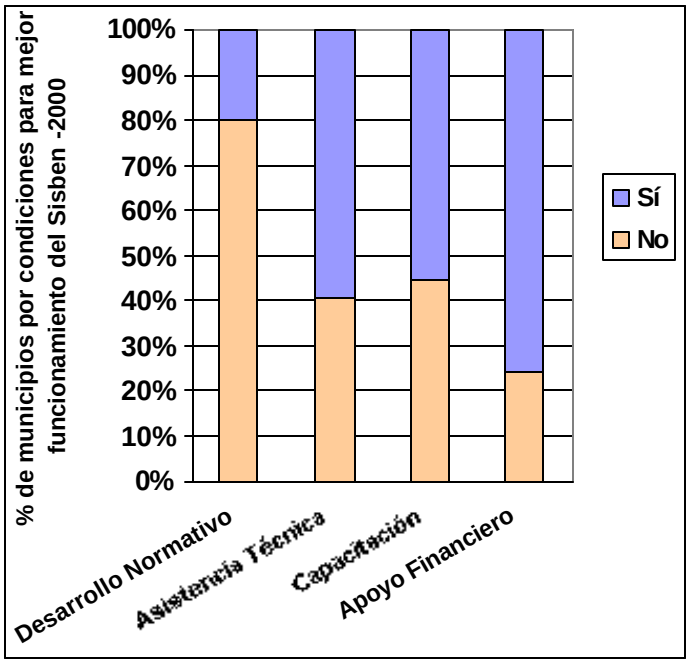
De los ítem considerados el que más frecuencia obtuvo fue el apoyo financiero. El 75.7% de los funcionarios de los municipios consideran que esta es una ayuda necesaria. En los municipios grandes la proporción llega a 93%.

La asistencia técnica nacional y departamental se considera necesaria en 59.6% de los municipios, y es también en los grandes donde se registra la frecuencia más alta: 68.2%. La capacitación técnica es percibida como necesaria en el 55% de los municipios, y en este caso en los medianos hay mayor extensión en su aceptación: 70.3%.

El desarrollo normativo es en proporciones minoritarias percibido como necesario: 20.1% de los municipios; 42,7% en los grandes.

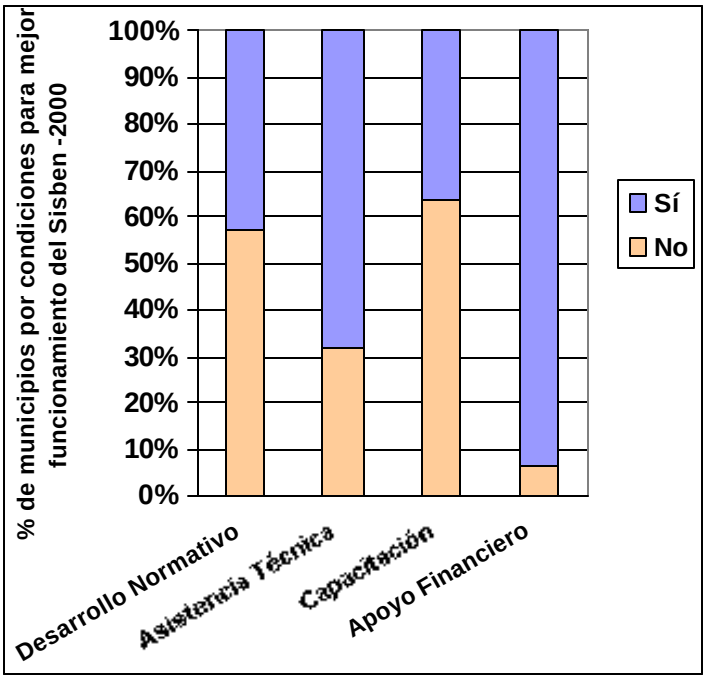
Estas respuestas son acordes con el diagnóstico de que el principal problema para la operación del Sisben es la falta de recursos presupuestales.

Gráfico 35. Municipios por condiciones para mejor funcionamiento del SISBEN



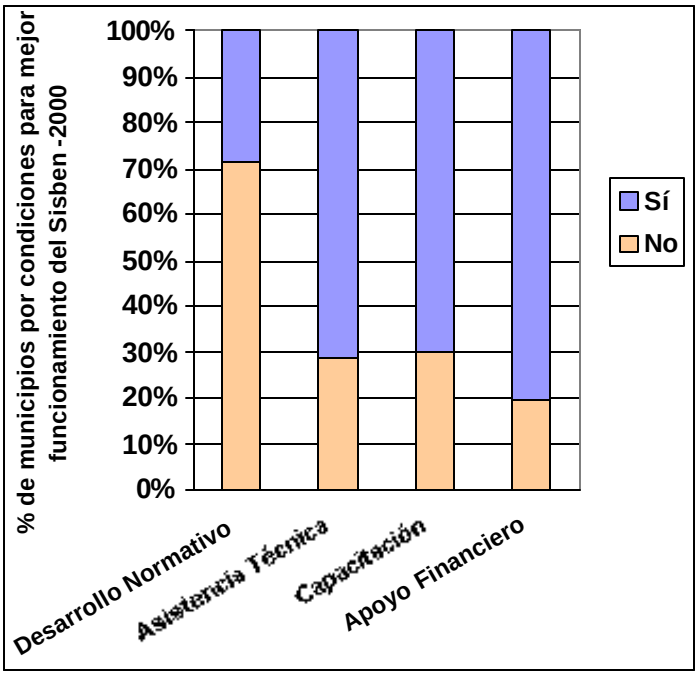
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico 36. Municipios grandes por condiciones para mejor funcionamiento del SISBEN



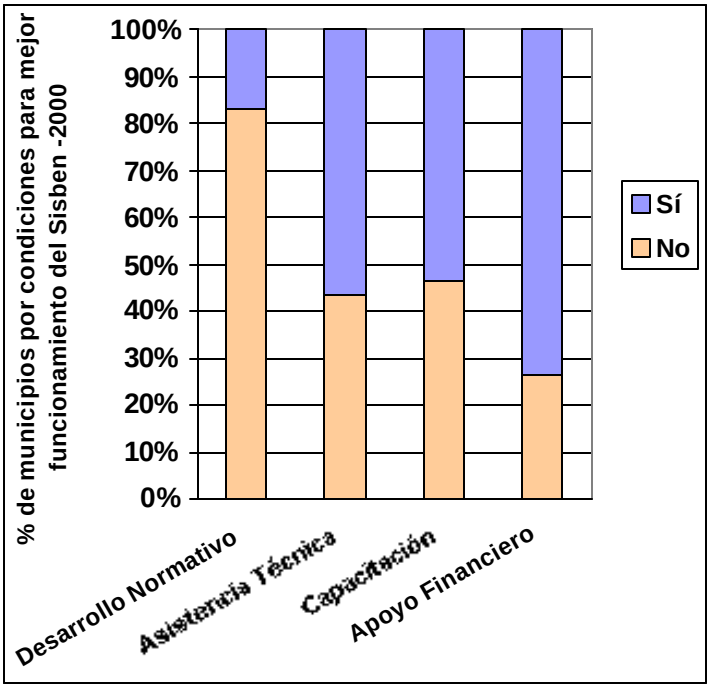
Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico 37. Municipios medianos por condiciones para mejor funcionamiento del SISBEN



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

Gráfico 38. Municipios pequeños por condiciones para mejor funcionamiento del SISBEN



Fuente: Minsalud – CID. Proyecto Evaluación del Régimen Subsidiado, 2000

1.6 LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS SISBEN

La distribución de municipios por año de la última encuesta masiva muestra que ha habido procesos parciales de actualización del Sisben desde su primera aplicación. El 37.6% de los municipios han implementado este tipo de encuestas entre 1999 y la realización de la encuesta en 2000, y un 26% adicional lo hicieron en 1998[39].

El 7.9% de los municipios no realizan encuestas "a la demanda", 10% de los municipios pequeños. El 34.8% las implementaron a partir de 1998.

1.6.1 La administración del Sisben

La administración del Sisben como sistema de información para el apoyo a los programas sociales del municipio requiere de un amplia y compleja gama de actividades que van desde el diseño y planeación de las encuestas, la administración de los archivos, hasta la atención permanente a los usuarios institucionales y a la población.

En las encuestas realizadas se investigaron algunas variables que dan idea del grado de desarrollo institucional para estas tareas.

- **El administrador del Sisben**

Algunos rasgos de la situación de los municipios respecto al administrador del Sisben son:

La casi totalidad de municipios cuenta con administrador del Sisben. La mayor parte de los que informaron proveyeron este cargo entre 1995 y 1996. Entre 1998 y 2000 22% de los municipios hicieron la primera designación para el cargo.

La estabilidad en el cargo, como expresión de la continuidad en trabajos de administración del Sisben, muestra una alta movilidad. Entre 1998 y junio de 2000 en 52.4% de los municipios ha habido más de un administrador y en 30.3% más de dos.

En 72.9% de los municipios, el administrador del Sisben es funcionario municipal.

En 60% de los municipios el administrador tiene dedicación exclusiva, sin compartir otras funciones. En los municipios medianos el 79% tiene esta dedicación y en los el 45%.

El nivel educativo del administrador con mayor frecuencia es el de bachillerato: 38.3%. El 20.6% ha completado estudios universitarios y el 14.6% ha cursado estudios en este nivel sin completarlos. Un 4.3% tiene especialización y 21.7% ha hecho estudios técnicos. En los municipios grandes 32% ha completado estudios universitarios, 23.3% tiene postgrado o especialización y 40.6% estudios técnicos. Entre los pequeños 46.5% tiene estudios de bachillerato, 16.6% estudios universitarios incompletos e igual proporción estudios técnicos.

[39] Los cuadros con la información comentada en lo sucesivo del Informe se encuentran en el **¡Error!No se encuentra el origen de la referencia.**.

El 23% de los administradores del Sisben no ha recibido capacitación especializada para las funciones de este cargo. En los grandes el procentaje es de 19% y en los pequeños de 23%.

40.1% de los adminsitradores han recibido capacitación del departamento, 40.7% de la Misión Social, 30.2% del administrador anterior y 13.6% de particulares.

- **Grupo de trabajo sobre el Sisben en el municipio**

Una expresión del grado de institucionalización del Sisben es la existencia de un grupo de trabajo para su administración. En el 65.3% de los municipios se cuenta con él. En 40% de los municipios pequeños no se ha implementado, esto mismo sucede en el 193% de los medianos y el 4.2% de los grandes.

- **Comités técnico y de organizaciones comunitarias del Sisben**

Los comités técnicos del Sisben, contemplados en las orientaciones técnicas que se dieron desde el inicio del programa, no están constituidos en el 73.3% de los municipios; en los grandes están en esta situación el 31.8%, en los medianos el 70.3% y en los pequeños el 76.7%.

Los comités de organizaciones comunitarias sobre el Sisben se han creado en 53.5% de los municipios. Y en este caso operan con mayor frecuencia en los pequeños (56.8%), que en los medianos (42.1%) y grandes (40.3%).

1.6.2 Algunos aspectos de los procesos de afiliación al régimen subsidiado

La encuesta a los municipios indaga sobre algunas variables relacionadas con los procesos de afiliación al régimen subsidiado y su relación con las ARS. A continuación se describen los resultados sobre estos temas.

- **Limitaciones para la afiliación de seleccionados**

El 78% de los municipios informa que la principal razón para no afiliar a quienes se encuentran en la lista de espera es la falta de presupuesto. En esta situación están el 80% de los municipios medianos y pequeños y el 47% de los grandes. La no autorización por parte del departamento afecta el 18.2% de los municipios y tiene una incidencia de 36% en los municipios grandes.

- **Carnet de los afiliados**

En una tercera parte de los municipios se considera que existen afiliados sin carnet de la ARS. Esta proporción es de 77% en los muncipios medianos, de 38% en los grandes y de 23% en los pequeños.

- **Las novedades en los procesos de selección y afiliación de beneficiarios**

Los procesos de afiliación siguen un ritmo marcado por los períodos de contratación con las ARS. No obstante, los casos que requieren un tratamiento particular –embarazos,

nacimientos, enfermedades terminales en algunos casos- son tratados con periodicidades diferentes en los municipios. En la mayor parte de los incluidos en la muestra –46%- se hace con períodos superiores a los tres meses y en 29% de los municipios sin periodicidad fija.

La información recolectada muestra que estos informes sobre defunciones, nacimientos y traslados a otros municipios son recibidos con diferentes regularidad por los municipios de parte de las ARS: el 14% con periodicidad de un mes o inferior; el 36% cada dos meses; el 30% entre dos y tres meses; el 11% con lapsos mayores a tres meses.

En la mitad de los municipios las novedades de las ARS son enviadas al Sisben con lapsos menores a dos meses y en el 29% con periodicidad entre dos y tres meses.

- **Validaciones sociales sobre los listados de beneficiarios seleccionados**

En 38% de los municipios no se registra ninguna forma de validación social sobre los listados de beneficiarios seleccionados para el régimen subsidiado. La falta de estas validaciones es mayor en los municipios medianos (49%), abarca el 37% de los pequeños y el 17% de los grandes.

Dentro de las formas de validación la más extendida, 26% de los municipios, es la llevada a cabo a través de veedurías ciudadanas. En 14% de municipios se informa que tales validaciones se llevaron a cabo a través de asambleas comunitarias, en 10% a través de los Copacos, en 2.8% por intermedio de las asociaciones de usuarios y en 10% por otros mecanismos.

1.6.3 Percepciones sobre la idoneidad del Sisben como instrumento de focalización y percepción de la población sobre el mismo

Algunas indicaciones que precisan la percepción sobre la idoneidad del Sisben para seleccionar los pobres fueron captadas en preguntas adicionales de la encuesta: en 59% de los municipios se contestó que el Sisben no identifica adecuadamente a las personas que merecen estar en el régimen subsidiado, 68% en los grandes, 70% en los medianos y 57% en los pequeños. Entre las secretarías departamentales de salud un 40% consideró que el Sisben selecciona adecuadamente a las personas que merecen estar en el Régimen Subsidiado en Salud.

No obstante, en un 78% de los municipios se considera que la selección de beneficiarios de programas sociales a través de la estratificación de servicios domiciliarios sería inadecuada. En los medianos la respuesta fue casi unánime desaprobando el recurso a la estratificación para este propósito (99%), en los grandes 87% se colocaron en esta posición y en los pequeños el 73%. De tal forma se estaría sugiriendo que a pesar de las fallas del Sisben y la desconfianza sobre su capacidad para seleccionar los pobres se considera que la estratificación no es solución alternativa al problema. En 60% de las secretarías departamentales de salud se respondió que no consideran que la selección de beneficiarios del régimen subsidiado pueda hacerse a través de la estratificación.

De otra parte, ante la pregunta relativa a la apreciación que se tiene de la percepción de la población del municipio sobre el Sisben como instrumento para seleccionar beneficiarios de los programas sociales, se obtuvo que en el 49% se considera favorable, 72% en los municipios grandes, 50% en los medianos y 47% en los pequeños.

- **El estigma social y la distorsión de incentivos**

En el desarrollo del proyecto no se analizaron los problemas de estigma social que podría generar la aplicación de los mecanismos de selección de destinatarios del régimen subsidiado. Existe la percepción de que en nuestro medio cultural tienen poco efecto negativo. Debería ser un tema de investigación para un problema que merece ser profundizado. Su ocultamiento se debe, quizás, porque dentro de la mentalidad del "vivo", el lograr un privilegio, aun el acceder a un subsidio para pobres, puede ser bien visto. Es parte de ese modo de organización social que Hernando Gómez Buendía llama *el almendrón* "donde la esfera de la 'racionalidad pública'.es notablemente débil, donde predominan por eso las racionalidades particulares. Es el secreto nacional: la creatividad individual, la diversidad, la imaginación, el rebusque, la tenacidad inagotable de los colombianos; pero también su dificultad para organizarse, para fraguar proyectos colectivos, para resolver los problemas públicos más esenciales." (Gómez, 1999, p. 19) En el curso de la investigación, "fuera de registro" y en forma anecdótica se encontraron muchos testimonios de esa creatividad para acceder a privilegios en forma fraudelanta: desde la mentira en las preguntas que más inciden en el índice Sisben, hasta el alquiler de lugares para que se le aplique la encuesta. Estas conductas son aceptadas e incluso celebradas y, por eso, el estigma de ser pobre queda desdibujado. Estar afiliado al régimen subsidiado no es necesariamente señal de pobreza. La población lo sabe y las encuestas lo confirman.

- **Las distorsiones de incentivos**

Otras respuestas ante el Sisben como instrumento de identificación de beneficiarios se plantean en una lógica de distorción diferente: la de los incentivos económicos y para llevar una forma de vida particular. Tampoco el estudio abordó directamente este tema, sobre el cual son igualmente expresivas las anécdotas. Quedar clasificado y mantener la afiliación es cumplir los requisitos negativos para no exceder un puntaje, de acuerdo a una metodogía que es de público conocimiento: los servicios públicos, los materiales de la vivienda, los equipamientos domésticos, el empleo, los ingresos, el número de hijos.

- **La corrupción**

Además de las distorsiones de información la aplicación del Sisben ha dado cabida al juego de intereses de sectores políticos o grupos de presión, que promueven su interés particular y no el de la colectividad, en el manejo de "bienes publicos", como son los recursos del sistema de seguridad social en salud. Por ello puede considerarse como corrupción. En la investigación se captaron algunas manifestaciones superficiales de este fenómeno, sobre el cual es preciso profundizar y buscar la forma de controlar de controlarlo. Estas situaciones tienen lugar en paralelo con la falta de consolidación de los mecanismos de control y participación ciudadana, que también se captó, en forma más general, en los municipios.

1.7 CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

La identificación y selección de beneficiarios es una pieza clave del régimen subsidiado. De su ensamble dentro de los demás elementos que lo constituyen y de su funcionamiento depende el éxito del programa. Y, de otra parte, los enfoques de selección y afiliación adoptados condicionan el logro de las metas de largo plazo del sistema de seguridad social en salud en términos de cobertura universal, unificación efectiva de derechos.

En esta sección se recogen las conclusiones más destacadas del estudio sobre este componente del proyecto y se presentan, los criterios y orientaciones sugeridos para el logro de una mayor equidad y eficiencia del régimen, así como las propuestas y recomendaciones tendientes a tales propósitos. Su pertinencia y viabilidad sólo cobran sentido pleno dentro del conjunto de elementos del sistema de seguridad social en salud y su implementación sólo podría llevarse a cabo dentro de modificaciones que abarcan igualmente aspectos como la financiación del régimen subsidiado, la administración y las formas de control y participación social. La implementación de estas propuestas requiere igualmente de procesos de concertación democrática, y de capacitación y asistencia técnica en los distintos agentes del sistema.

1.7.1 Conclusiones

Las metas planteadas por la Ley 100 en términos de obtener en el 2001 una cobertura universal a la seguridad social en salud se encuentran a mitad de camino y alcanzarlas se ha aplazado para un futuro incierto. A través de la Ley 715 se sanciona esta perspectiva al establecer que a partir de 2004 “el Sistema de Seguridad Social en Salud deberá recuperar la meta de lograr aseguramiento universal de la población.” (artículo 70) La aspiración de obtener una progresiva igualdad en los servicios de aseguramiento de los dos regímenes, el subsidiado y el contributivo, se percibe cada vez más lejana. Las circunstancias de crisis económica, incremento de pobreza y pérdida de cohesión social hacen urgente la tarea de revisar las prioridades en la asignación de recursos y redefinir los mecanismos para reimpulsar el proceso tendiente al pleno ejercicio del derecho a la salud y el aseguramiento universal.

El examen y evaluación del Sisben como “programa” implica considerarlo como un instrumento técnico que se encuadra en un medio institucional y que requiere de condiciones organizativas y demanda recursos para su aplicación en los municipios. También tomar en cuenta sus interrelaciones con el contexto económico, social, político y cultural.

Ocho años después de aprobada la Ley 100 los elementos destacados del balance de su aplicación en los aspectos que tienen que ver con los procesos de identificación, selección y afiliación son:

1. El rápido avance alcanzado logrado en los años posteriores a la aprobación de la Ley 100 en la cobertura de la seguridad social en salud y en el acceso a los servicios primarios para el conjunto de la población y para los sectores pobres, se ha visto desacelerado a partir de 1997, en una fase que guarda correspondencia con la crisis

económica, la disminución generalizada de los ingresos reales y el aumento de la pobreza.

2. A pesar de los avances en el aseguramiento persisten en el campo de la salud grandes desigualdades y carencias de capacidades para amplios sectores de la población. A partir de una perspectiva que planteaba la progresiva y rápida afiliación, la situación económica ha impuesto un proceso más prolongado, y la experiencia ha planteado dificultades prácticas no previstas. Como resultado de este proceso la proporción de afiliados al régimen subsidiado y al contributivo muestran una trayectoria decreciente. Las del régimen subsidiado disminuyeron de 17.7% a 16.9% entre 1997 y 2000. Y las del contributivo de 39.5% a 35.4%. Y consecuentemente las tasas generales de afiliación a la seguridad social en salud han pasado de 57.2% en 1997 a 52.3% en 2000; y las de los pobres de 47.5% a 44.7% en el mismo lapso. Esta situación llama a una readecuación de los criterios prácticos para determinar la población destinataria del régimen subsidiado en la fase de transición fijada por la Ley 100. En las nuevas circunstancias mantener como prioridad en el aseguramiento subsidiado la continuidad en la afiliación de los ya inscritos, se torna inequitativo e ineficiente. Cuando no hay posibilidad de otorgar los subsidios a una amplia proporción de los que los que cumplen con los requisitos establecidos de falta de capacidad de pago y hay evidencia de que los actualmente afiliados no cubren a todos los sectores con mayor vulnerabilidad y mayor grado de pobreza, se requiere una revisión de las prioridades y de los criterios de asignación de los subsidios otorgados.

3. Para evaluar los resultados obtenidos de la "focalización" en la afiliación del régimen subsidiado no existe aún información suficiente. La provista por las encuestas nacionales da una idea de los errores de inclusión para el conjunto de mecanismos de selección. En 1997 (ECV) la proporción de no pobres afiliados al régimen subsidiado era de 27.4% y en el año 2000 llegaba a 39.2% (etapa 107 de la encuesta nacional de hogares, marzo 2000). A pesar de que ni las fuentes, ni las metodologías son totalmente comparables, estas cifras parecen señalar una tendencia a un acelerado deterioro de los niveles de precisión en la "focalización", a pesar de que, en los últimos años, se ha generalizado el uso del Sisben. Sobre los errores de exclusión sólo está el indicio de que las tasas de afiliación de pobres al régimen subsidiado han disminuido, mientras aumenta la proporción de no pobres afiliados al régimen subsidiado. En estos resultados se evidencian las limitaciones de los mecanismos de selección en su conjunto, no sólo los efectos de la aplicación del Sisben. De igual forma hay evidencia que señala una tendencia al deterioro de los indicadores de "focalización" del régimen subsidiado: progresiva y rápidamente hay más errores de inclusión (más proporción de "colados").

4. En este contexto el examen del Sisben como instrumento de identificación de beneficiarios del régimen subsidiado aporta elementos para la evaluación del proceso anterior y para obtener orientaciones hacia el futuro. El análisis realizado conduce a apreciar las grandes dificultades técnicas para lograr un mecanismo de identificación de beneficiarios subsidiados para el aseguramiento de salud, que permita "razonablemente" incluir a las poblaciones vulnerables y a los más pobres, de acuerdo a su capacidad de pago, y a excluir a quienes la tienen. El índice Sisben, constituye un instrumento que logra avances importantes para la estratificación de la población y

guarda relación significativa con los ingresos *per cápita*. Para el análisis social constituye un avance. Tiene muchas ventajas frente a otras variables: estratificación para servicios públicos domiciliarios, índice de NBI. Pero, a pesar de ello, su aplicación para la selección particular de beneficiarios conduce a errores de exclusión demasiado elevados (en relación con la población bajo la línea de pobreza y controlando los sesgos de información): 53%, en 1997 (Encuesta nacional de calidad de vida-ECV), tomando como punto de referencia los niveles 1 y 2 actuales que son los aplicados en forma generalizada para el régimen subsidiado (más de 10 millones de pobres); y de 15% si se toman los niveles 1 a 3 (2.780.000 de pobres). Y, de otra parte, su uso implica aceptar errores de inclusión de 15% para los niveles 1 y 2, y de 25% para los niveles 1 a 3. Minimizar los errores de inclusión (manteniendo como criterio de selección puntajes como los que delimitan los actuales niveles 1 y 2) tiende a dejar sin derecho a la mitad de la población pobre desde el punto de vista de los ingresos. Y minimizar los errores de exclusión (adoptando como criterio de selección la pertenencia a los niveles 1 a 3 actuales) lleva a aumentar los "colados" en volúmenes considerables (5.500.000 personas). Se puede avanzar en la búsqueda de una solución técnica más adecuada y es conveniente que se haga. No obstante, sería ilusorio pensar que puede llegarse a una solución técnica que reduzca substancialmente los dos tipos de errores, dentro del marco de posibilidades de un instrumento de "focalización" en un país como el nuestro. Disminuir ambos tipos de error implicaría, aumentar a niveles incosteables los mecanismos de selección e introduciría grandes dificultades para la comprobación de la información (encuestas detalladas sobre ingreso, cruce con otras fuentes administrativas). También llevaría a fomentar incentivos y costos sociales indeseables.

5. La pérdida de precisión en la asignación de subsidios a los pobres guarda correspondencia con las dificultades y deficiencias en la aplicación del Sisben en muchos municipios. Su implementación muestra, en general, problemas de cobertura, lo que aumentaría los efectos de exclusión sobre los pobres. Y también en su actualización, lo que tendería posiblemente a incrementar los errores de inclusión y exclusión y, en todo caso, a dejar indeterminada su evaluación. Otros rasgos de la situación son: falta de integración con la información de afiliados al régimen subsidiado; ausencia de mecanismos para nuevas afiliaciones a través de listados de núcleos elegibles; falta de equipos, dotaciones, capacitación y asistencia técnica; existe rotación relativamente alta en los encargados de aplicarla. A pesar de que las administraciones de los municipios niegan, en la mayor parte de los caso, que el Sisben no tenga prioridad, en la práctica no hay destinación de recursos para su correcto funcionamiento, las actualizaciones son excepcionales y los controles de calidad esporádicos. El marco explicativo de este escenario, se encuentra en la forma como se ha abordado y orientado la fase de transición. Para los municipios la aplicación del Sisben fue la condición para recibir las transferencias nacionales del régimen subsidiado. Después de las primeras encuestas masivas, la asignación de subsidios ha llevado en la gran mayoría de los casos a otorgar un privilegio permanente e inconmovible. El problema es cómo aumentar la afiliación y poca atención se presta a evaluar los subsidios ya concedidos, con criterios generales de equidad y eficiencia. Bajo esta concepción el Sisben sólo es útil para asignar los relativamente escasos nuevos cupos del régimen subsidiado, o para determinar las tarifas de los vinculados, lo que puede hacerse, en la mayor parte de municipios, sin

actualización permanente de la información y sin aumentar la cobertura. Con las altas proporciones de no afiliados que cumplen con las condiciones para ingresar al régimen subsidiado se torna indefinida la población destinataria y se crea el espacio para la aplicación de criterios arbitrarios y manejos preferenciales. Esta situación, agravada por los problemas de las finanzas municipales, conduce a que, en general, el Sisben como mecanismo de identificación de beneficiarios se mantenga desactualizado y sin ampliaciones de cobertura, después de su aplicación generalizada en 1995 y 1996.

6. Tanto el análisis técnico del índice Sisben en condiciones de "laboratorio" de las encuestas (controlando las distorsiones de información), como el de los procesos operativos de aplicación y de los resultados obtenidos en la afiliación reiteran que "..hay consideraciones contrarias al sencillo argumento a favor de la selección perfecta de los destinatarios. La definición de beneficiarios específicos es, de hecho, un *intento*, no un *resultado.*" Y también da razón a la afirmación de que "sería casi imposible tratar de encontrar una razón para defender o rechazar sin paliativos los programas dependientes de los ingresos basándose en argumentos muy generales.En la práctica, en este campo, habría que buscar soluciones de compromiso. En un estudio general de este tipo, sería un error buscar una 'fórmula' concreta para encontrar una solución de compromiso óptima. El enfoque correcto tendría que ser sensible a las circunstancias: tanto a la naturaleza de los servicios públicos que se van a ofrecer como a las características de la sociedad a la que van a ir dirigidos." (Amartya Sen, 2000, pp. 172-173). En nuestro caso la solución de compromiso que se propone parte de aceptar las limitaciones de los instrumentos técnicos de focalización y también los incentivos "perversos" y costos sociales que promueve la focalización con base en los ingresos. Y se plantea en el horizonte de sacar el mejor partido dentro de ese marco de posibilidades, buscando minimizar los efectos indeseables en ellos, de acuerdo con nuestras circunstancias particulares y con la naturaleza de los subsidios que se asignan. Implica mantener la intención de avanzar en la equidad, favoreciendo preferencialmente a los sectores más vulnerables, con conciencia sobre la incertidumbre de las herramientas técnicas y sobre los peligros que entraña hacerlo.

7. Además de las distorsiones de información la aplicación del Sisben ha dado cabida al juego de intereses de sectores políticos o grupos de presión, que promueven su interés particular y no el de la colectividad, en el manejo de "bienes públicos", como son los recursos del sistema de seguridad social en salud. Ha abierto un espacio para conductas que pueden clasificarse en el campo de la corrupción. En la investigación se captaron algunas manifestaciones superficiales de este fenómeno, sobre el cual es preciso profundizar y buscar la forma de controlarlo. Estas situaciones tienen lugar en paralelo con la falta de consolidación de los mecanismos de control y participación ciudadana en torno a la selección y afiliación de beneficiarios, que también se captó a través de la investigación, en forma más general, en los municipios.

8. En el desarrollo del proyecto no se analizaron los problemas de estigma social que podría generar la aplicación de los mecanismos de selección de destinatarios del régimen subsidiado. Existe la percepción de que en nuestro medio cultural tienen poco efecto negativo. Debería ser un tema de investigación para un problema que merece ser profundizado. Su ocultamiento se debe, quizás, a que dentro de la mentalidad del "vivo", el lograr un privilegio, aun el acceder a un subsidio para pobres, puede ser bien

visto. Es parte de ese modo de organización social que Hernando Gómez Buendía llama *el almendrón* (Gómez, 1999, p. 19) En el curso de la investigación, "fuera de registro" y en forma anecdótica se encontraron muchos testimonios de esa creatividad para acceder a privilegios en forma fraudulenta: desde la mentira en las preguntas que más inciden en el índice Sisben, hasta el alquiler de lugares para que se le aplique la encuesta. Estas conductas son aceptadas e incluso celebradas y, por eso, el estigma de ser pobre queda desdibujado. Estar afiliado al régimen subsidiado no es necesariamente señal de pobreza. La población lo sabe y las encuestas lo confirman.

9. Otras respuestas sociales ante el Sisben como instrumento de identificación de beneficiarios se plantean en una lógica de distorsión diferente: la de los incentivos económicos y para llevar una forma de vida particular. Tampoco el estudio abordó directamente este tema, sobre el cual son igualmente expresivas las anécdotas. Quedar clasificado y mantener la afiliación es cumplir los requisitos negativos para no exceder un puntaje, de acuerdo a una metodología que es de público conocimiento: los servicios públicos, los materiales de la vivienda, los equipamientos domésticos, el empleo, los ingresos, el número de hijos.

10. Otra conclusión que se destaca, y sobre la cual se refieren las propuestas que más adelante son presentadas, llama la atención sobre el hecho de que en la fase de transición planteada por la Ley 100 no se ha abordado el problema de poner en operación subsidios parciales dentro del régimen subsidiado. Esta ausencia no se encuentra justificada en los principios que rigen el sistema de seguridad social en salud, ni en las consideraciones que dieron lugar al régimen subsidiado. Algunos sectores sociales tienen incapacidad absoluta de pago para atender sus necesidades de salud y requieren de subsidios totales. Pero existe un segmento significativo de población clasificado en la pobreza que tiene capacidad de costear parcialmente su aseguramiento y que, a través de este mecanismo, puede aún disminuir sus gastos corrientes en salud y acceder a más amplios y mejores servicios. De esta forma, se podría aumentar la cobertura de aseguramiento en los pobres y se contrarrestarían, en parte, los efectos de incentivos "perversos" que promueven los servicios "focalizados". Además, se crearían condiciones propicias para la integración progresiva de los regímenes subsidiado y contributivo, objetivo hacia la cual debería estar orientada la fase de transición. Esta medida tiene, sin embargo, dificultades en su aplicación que no parecen insuperables: falta de una "cultura" de aseguramiento, costos adicionales para el recaudo de cotizaciones parciales.

1.7.2 Lineamientos de acción

- **Readecuar los criterios de asignación de subsidios en la fase de transición**

Las metas planteadas por la Ley 100 en términos de obtener en el 2001 una cobertura universal a la seguridad social en salud se encuentran a mitad de camino y alcanzarlas se ha aplazado para un futuro incierto. La aspiración de obtener una progresiva igualdad en los servicios de aseguramiento de los dos regímenes, el subsidiado y el contributivo, se percibe cada vez más lejana. Las circunstancias de crisis económica, incremento de pobreza y pérdida de cohesión social hacen urgente la tarea de revisar las prioridades en la asignación

de recursos y redefinir los mecanismos para reimpulsar el proceso tendiente al pleno ejercicio del derecho a la salud y el aseguramiento universal.

- **Factores institucionales que afectan la aplicación del Sisben y la perdida de niveles de focalización**

El marco explicativo del escenario de pérdida de los niveles de focalización y fallas en los resultados de aplicación del Sisben se encuentra en la forma como se ha abordado y orientado la fase de transición hacia la universalización del derecho a la salud. Para los municipios la aplicación del Sisben fue la condición para recibir las transferencias nacionales del régimen subsidiado. Después de las primeras encuestas masivas, la asignación de subsidios ha llevado en la gran mayoría de los casos a otorgar un privilegio que en la práctica es permanente e inconmovible. El problema es cómo incluir nuevos afiliados y poca atención se presta a evaluar los subsidios ya concedidos, con criterios generales de equidad y eficiencia. Bajo esta enfoque el Sisben sólo es útil para asignar los relativamente escasos nuevos cupos del régimen subsidiado, o para determinar las tarifas de los vinculados, lo que puede hacerse, en la mayor parte de municipios, sin actualización permanente de la información y sin aumentar la cobertura. Con las altas proporciones de no afiliados que cumplen con las condiciones para ingresar al régimen subsidiado se torna indefinida la población destinataria y se crea el espacio para la aplicación de criterios arbitrarios y manejos preferenciales. Esta situación, agravada por los problemas de las finanzas municipales, conduce a que, en general, el Sisben como mecanismo de identificación de beneficiarios se mantenga desactualizado y sin ampliaciones de cobertura, después de su aplicación generalizada en 1995 y 1996.

- **Factores objetivos**

Pero las distorsiones que afectan la selección de beneficiarios al régimen subsidiado no tienen origen en factores objetivos en la compleja situación del país. Mientras las políticas de flexibilización laboral se imponen, hay cada vez menos estabilidad laboral y las tasas de desempleo alcanzan máximos históricos cercanos al 20%, los mecanismos de identificación y selección mantienen rigideces y se realizan a través de mecanismos engorrosos, que no corresponden con la situación inestable y cambiante de los hogares.

- **El agotamiento del Sisben como mecanismo de selección de beneficiarios del régimen subsidiado**

La aplicación del Sisben para la primera etapa del régimen subsidiado solucionó muchos problemas prácticos. Se pudo hacer una rápida afiliación masiva con criterios relativamente simples y procedimientos estándar. El resultado fue un crecimiento acelerado de la afiliación en sectores pobres, a pesar de los errores de inclusión y exclusión de su metodología y de los problemas en su aplicación. En la fase actual esas ventajas se han menguado notablemente.

El diagnóstico sugiere que las limitaciones metodológicas y el tipo de procedimientos de las encuestas Sisben no son los adecuados para dar salida a los problemas del régimen subsidiado en el mediano plazo: integración con el régimen contributivo, implantación de subsidios parciales, sistemas de tarifas para el régimen contributivo. Una vez logrado un nivel significativo de afiliación el mismo sistema tiene capacidad para crear mecanismos más sólidos. La perspectiva es irlos creando. Y utilizar el Sisben con este propósito.

1.7.3 Propuestas y recomendaciones

En la perspectiva del análisis realizado se distinguen dos niveles de propuestas y recomendaciones. Unas de más largo aliento, en el horizonte de lograr las metas contenidas en la Constitución Política y la reforma a la seguridad social sancionada en la Ley 100 de 1993. Otras de mediano y corto plazo, acordes con las condiciones de la coyuntura actual del país. Entre unas y otras hay un vínculo ya que las segundas son etapas para el logro de los fines últimos a que apuntan las primeras. Y es a partir de especificar los fines últimos que es posible precisar las etapas inmediatas para alcanzarlas.

- **La imagen objetivo**

La imagen objetivo, a largo plazo, hacia la que se tiende es hacia una cobertura universal y única de aseguramiento, en la que los aportes dependan de la capacidades de las familias.

En la ruta planteada para alcanzar estas metas, el sistema de identificación de beneficiarios debería tender a establecer una estratificación que fije un segmento de subsidio total para las poblaciones vulnerables y en pobreza extrema, unos niveles para pagos diferenciales con subsidios parciales y un nivel que pague el costo pleno del aseguramiento y apoye solidariamente a los pobres a través de subsidios cruzados. Los instrumentos de identificación y selección de beneficiarios deben adecuarse para diferenciar segmentos poblacionales para la asignación de subsidios totales, los sectores objeto de subsidio parcial y los niveles de cotización para trabajadores independientes en el régimen contributivo.

En la imagen objetivo se encuentra igualmente suprimir la diferencia entre POS subsidiado y el contributivo. En la práctica esta separación lleva a trasladar los servicos no cubiertos por el POSs a la oferta. Esta medida se completa también suprimiendo la diferenciación entre ARS y las otras EPS. Y se extiende al establecimiento de un seguro universal para enfermedades catastófricas de alto costo, que sea pagada, a través de subsidios cruzados, con los aportes del régimen contributivo y parte de los recursos del subsidiado y que complete, en todo caso, el alcance del POS. Así pues, en la perspectiva de la unificación de los dos regímenes el sistema de identificación de beneficiarios de subsidios se debe ir integrando con el que fija las tarifas a los afiliados del actual régimen contributivo.

En este enfoque la perspectiva a largo plazo es acabar con el régimen subsidiado y régimen contributivo y lograr un sistema integrado de seguridad social en salud.

- **Redefinir la fase de transición**

La fase de transición planteada por la Ley 100 el régimen subsidiado se ha tratado como una etapa intermedia tendiente a la obtención de la afiliación universal en un plazo definido, guardando la separación entre los dos regímenes. En la perspectiva que aquí se abordada esta fase culminaría con el aseguramiento universal y ante todos los riesgos de salud en un solo sistema unificado. Las propuestas están encaminadas a fijar directrices en el campo de la definición de población destinataria del actual régimen subsidiado tendiente a crear condiciones para el logro de estas metas últimas.

La solución de compromiso que se propone parte de aceptar las limitaciones de los instrumentos técnicos de focalización y también los incentivos "perversos" y costos sociales que promueve la focalización con base en los ingresos. Se plantea en el horizonte de sacar el mejor partido dentro de ese marco de posibilidades, buscando minimizar los efectos indeseables en ellos, de acuerdo con nuestras circunstancias particulares y con la naturaleza de los subsidios que se asignan. Implica mantener la intención de avanzar en la equidad, favoreciendo preferencialmente a los sectores más vulnerables y pobres, con conciencia sobre la incertidumbre de las herramientas técnicas y sobre los peligros que entraña tratar de hacerlo.

La disminución en el ritmo de afiliación llama a una readecuación de los criterios prácticos para determinar la población destinataria del régimen subsidiado en la fase de transición, de forma que se vayan creando las condiciones para la unificación de los dos regímenes existentes. En las nuevas circunstancias mantener como prioridad en el aseguramiento subsidiado la continuidad en la afiliación de los ya inscritos en las condiciones establecidas, se torna inequitativo e ineficiente. Cuando no hay posibilidad de otorgar los subsidios a una amplia proporción de los que los que cumplen con los requisitos establecidos de falta de capacidad de pago y hay evidencia de que los actualmente afiliados no cubren a todos los sectores con mayor vulnerabilidad y mayor grado de pobreza, se requiere una revisión de las prioridades y de los criterios de asignación de los subsidios otorgados, buscando mantener en el sistema de aseguramiento a quienes ya han ingresado.

- **Las propuestas sobre la definición e identificación de los beneficiarios**

1. Criterios directrices

En lo inmediato, es decir para el período restante del actual gobierno, se propone adoptar los siguientes criterios:

- Implantación del registro único y permanente de los inscritos a la seguridad social en salud asociado con características básicas personales del núcleo familiar y la empresa donde se trabaja (fecha de nacimiento, nivel de escolaridad, lugar de residencia, estrato, régimen de afiliación, etc.) a partir de la actualización progresiva de la información de los afiliados al régimen subsidiado y contributivo la aplicación del Sisben en estratos 1 y 2 no Sisbenizados o que hayan sido encuestados hace más de 2 años. La conformación de este registro será parte integrante del Sistema Integral de Información en Salud, considerado en artículo 42 de la Ley 715 de 2001, que compete implantar a la Nación, con participación de las entidades territoriales.
- Aplicación permanente del mecanismo de registro a la seguridad social a los vinculados atendidos en IPS y a quienes se postulen para ser beneficiarios del régimen subsidiado. Verificación de información a través del Sisben.
- Dar peso decisivo para la afiliación al régimen subsidiado y la asignación de subsidios a las situaciones con inferioridad en capacidades y mayor vulnerabilidad ante riesgos de salud: población infantil, mujeres embarazadas y en período de lactancia, población en municipios con altos niveles de pobreza, población de la tercera edad, incapacitados de determinadas condiciones. La adopción de este criterio implica

redefinir los mecanismos de compensación en razón de los mayores costos del aseguramiento prioritario de las poblaciones más vulnerables. Es preciso buscar una compatibilidad práctica entre este criterio y el de falta de capacidad de pago y niveles de ingreso que se requiere para la fijación de una escala tarifaria para el sistema de seguridad social en su conjunto.

- Implantar dentro del actual régimen subsidiado la modalidad de subsidios parciales. Para ello se requiere adoptar tarifas diferenciales de acuerdo con la condición socioeconómica.
- Aplicación progresiva del registro único para la seguridad social en salud para determinar los beneficiarios de subsidios parciales y totales, y las tarifas para los no asalariados del régimen contributivo. También las tarifas de los vinculados.
- Promover otros mecanismos para la integración progresiva de un sistema único de afiliación a la seguridad social en salud: establecimiento de iguales criterios para entidades aseguradoras, fijación de procedimientos para mantener la afiliación pasado de un régimen al otro.
- Fortalecer los mecanismos de participación y control ciudadano sobre los criterios y forma de aplicación de selección y afiliación de beneficiarios.

2. La selección de beneficiarios en el corto plazo

En este campo se propone buscar un acuerdo concertado en torno a:

1. Mejorar las metodologías masivas de identificación de destinatarios de programas sociales (Sisben) que tengan aplicación particular para el aseguramiento de la salud, de forma que puedan determinarse las poblaciones vulnerables en este campo y las personas en pobreza extrema, para asignación de subsidios totales, y los estratos o sectores objeto de subsidio parcial. Se propone reorientar hacia estos propósitos los lineamientos técnicos y recomendaciones planteados en el documento CONPES 055 de noviembre de 2001.

2. Establecer los procedimientos, requerimientos y manuales operativos para la administración de la información de identificación beneficiarios de forma que se cuente con actualizaciones periódicas, sistemas de control de calidad y esté integrada con la de afiliados, tanto al régimen subsidiado como al contributivo. Estas orientaciones han de ser acordes con las características de municipios de diferente tamaño poblacional y grado de desarrollo institucional. Para ello se requiere apoyar con asistencia técnica y capacitación a los municipios, dando continuidad a este programa con la intervención de los departamentos.

3. Aplicación del Sisben en estratos 1 y 2 no Sisbenizados o que hayan sido encuestados hace más de 2 años.

4. Diseño del registro único a la seguridad social en salud. Definición de términos de referencia para su conformación, integrando la información proveniente del Sisben,

como parte del Sistema Integral de Información en Salud (artículo 42 de la Ley 715).

5. Actualización de información de afiliados a los dos regímenes.

6. Diseño de criterios y procedimientos para la aplicación de subsidios parciales.

7. Promover las formas de organización y control ciudadano sobre los procesos de identificación, selección y afiliación al régimen subsidiado, e integrar en el Sistema de Vigilancia en Salud (artículo 42 de la Ley 715) los mecanismos institucionales y técnicos para hacerlo.

8. Establecer mecanismos complementarios de control, mediante estudios de profundización y entrevistas que permitan revisar y corregir los errores de inclusión y exclusión de los sistemas masivos de identificación. Reglamentación y conformación de "tribunales de equidad" municipales y para Localidades de las grandes ciudades, que conceptúen sobre los casos particulares de vulnerabilidad y pobreza, excluidos de la afiliación subsidiada, por los mecanismos masivos de focalización, tomando en cuenta las condiciones de los hogares, y que identifiquen los no merecedores de subsidios, incluidos por esos mecanismos. Estos tribunales estarán conformados, con participación de las comunidades, veedurías y organizaciones ciudadanas, con presencia de las autoridades municipales, las entidades aseguradoras y prestadoras de servicios de salud. Autorizar a los alcaldes para que adopten motivadamente las recomendaciones de esos tribunales, en atención a los principios constitucionales del sistema de seguridad social en salud, aunque no correspondan exactamente con las normas de los sistemas masivos de identificación de beneficiarios.

9. Crear incentivos y mecanismos para que los núcleos familiares con subsidios totales o parciales, mediante una tarifa especial, puedan acceder a los beneficios del POS contributivo, sin peder su subsidio.

10. Establecer un servicio social que preste atención y apoyo particularizado e integral a los hogares de mayor vulnerabilidad y a los que se mantienen en el régimen subsidiado por varios períodos de contratación.

11. Establecer como condición de atención de los vinculados a los servicios de salud, su registro en los mecanismos de identificación de beneficiarios, de forma que sean tenidos en cuenta para las posteriores asignaciones de subsidios, de acuerdo con las prioridades establecidas.

12. Revisar los mecanismos de cuotas moderadoras y otras posibles barreras de acceso a los servicios de los afiliados al régimen contributivo que se encuentren en condiciones de vulnerabilidad o pobreza extrema.

13. Desarrollar una amplia campaña sobre el significado y alcance del derecho a la salud el sentido de buscar un aseguramiento universal y los principios del sistema de seguridad social en salud.

Las propuestas sobre la definición e identificación de los beneficiarios

- **Corto plazo:**

NIVEL NACIONAL

DNP:

- Mejorar el índice SISBEN, teniendo en cuenta:
  - Condiciones particulares de las diferentes regiones.
  - Condiciones de asignación de subsidios por sectores: salud, educación, vivienda.
- Prestar asistencia técnica a departamentos para la formación de multiplicadores de la metodología SISBEN.
- Realizar procesos de seguimiento a los procesos de actualización y validación de las bases de datos municipales que sean reportadas por los departamentos. Con está información por departamentos consolidarán un sistema de información nacional de población pobre y vulnerable beneficiaria de políticas de subsidios, que sirva de base para el establecimiento del registro único.
- Realizar modificaciones a los procesos de captura de información del instrumento SISBEN, para que estos sean compatibles con tecnologías de manejo de bases de datos.
- Diseñar procesos de operación del SISBEN que coincidan con la heterogeneidad de los municipios del país.

Consejo Nacional de Seguridad Social

- Reglamentar dentro del actual régimen subsidiado la modalidad de subsidios parciales.
- Reglamentar el registro único para la seguridad social en salud para determinar los beneficiarios de subsidios parciales y totales.

Ministerio de Salud

- Diseñar los parámetros del registro único permanente de los inscritos al sistema de seguridad social (régimen Subsidiado y Contributivo) y agenciar su implantación como parte del Sistema Integral de Información en Salud, con la participación de las entidades territoriales (artículos 42, 43 y 44 de la Ley 715).
- Reglamentar los procesos de actualización de información de afiliados al régimen subsidiado y contributivo.

- Establecer procedimientos e instrumentos para la integración de las bases de datos de afiliados de los dos regímenes.
- Diseñar, reglamentar y financiar el establecimiento del registro único al sistema de seguridad social en salud, como parte del Sistema Integral de Información en Salud.
- Desarrollar una campaña amplia sobre el significado y alcance del derecho a la seguridad social

Superintendencia de salud

- Establecer mecanismos de control que permitan certificar las bases de datos de afiliados a los Regímenes Contributivo y Subsidiado.

NIVEL DEPARTAMENTAL:

- Los procesos de identificación de beneficiarios a subsidios públicos estarán en la Oficina de Planeación del Departamento.
- El departamento prestará las funciones de asistencia técnica a los municipios para los procesos de actualización y realización de levantamientos de información de identificación de beneficiarios de subsidios. A través de la secretarías seccionales de salud apoyará la creación del registro único de inscritos al sistema de seguridad social en salud.
- El Departamento ejercerá funciones de vigilancia y control sobre los procesos de actualización de bases de datos de SISBEN y de afiliados al Régimen Subsidiado que realicen los municipios.
- Los departamentos actualizarán y consolidarán las bases de datos de todos los municipios de su jurisdicción y enviarán anualmente al DNP la información del Sisben para su consolidación (artículo 66 de la Ley 715) y al Ministerio de Salud la correspondiente al registro único del Sistema de Seguridad Social en Salud.

NIVEL MUNICIPAL

- El sistema de identificación de potenciales beneficiarios a subsidios estará a cargo de la oficina de planeación del municipio. Esta oficina apoyará a las direcciones municipales de salud para la conformación del registro único del sistema de seguridad social en salud.
- La oficina de planeación deberá contar como mínimo con una persona asignada que se encargue de la administración del SISBEN y que realice las siguientes funciones:
  - Actualización y validación permanente de las bases de datos
  - Atención al público

- Realización de encuestas a la demanda
- En el caso del sector salud, deberá realizar cruces de validación permanente con los afiliados al régimen subsidiado.
- Entregar bases de datos actualizadas a la Dirección Local de Salud para los procesos de contratación y el reporte de novedades y consolidación del registro único.
- De acuerdo a los parámetros establecidos por el nivel nacional aapoyar el proceso de consolidación de la base de datos para el registro único de seguridad social.
- En el mediano plazo los municipios deberán realizar encuestas masivas de hogares, identificando las poblaciones más vulnerables y más pobres.

Tribunales de equidad municipales

- La comunidad realizará labores de control y veeduría ciudadana y conceptuará, a través de los "tribunales de equidad" sobre los casos particulares de personas merecedoras de subsidios, excluidos por los mecanismos masivos de focalización. Igualmente esto tribunales conceptuarán sobre las personas que a su juicio no son merecedoras de subsidios, aunque hayan sido identificadas como tales por esos mecanismos.

1.8 BIBLIOGRÁFIA

- Castaño, Elkin (1999). Comparación de la Capacidad Predictiva de un Indicador Aproximado de Recursos Basado en Componentes Principales Cualitativas con otro Basado en Regresión. Borrador preliminar, Misión Social, policopiado, Bogotá.

- CEPAL (1995). Focalización y Pobreza. Cuadernos de la CEPAL, Santiago de Chile.

- DNP, UDS, Misión Social (1994). Sistema de selección de beneficiarios de programas sociales. 1, Presentación. DNP, Bogotá.

- Gómez Buendía, Hernando (compilación y análisis), 1999. ¿Para dónde va Colombia?. Tercer Mundo, Colciencias, Bogotá.

- Londoño, Juan Luis y Frenk, Julio (1997). Pluralismo estructurado: Hacia un modelo Innovador para la Reforma de los sistemas de Salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina del Economista Jefe, documento de trabajo 353, policopiado, Washington.

- PNUD (1990). Desarrollo Humano, Informe 1990. Tercer Mundo, Bogotá.

- PNUD, Zevallos, José Vicente (ed.) (1997). Estrategias para reducir la pobreza en América Latina y el Caribe, un estudio del Proyecto "Mitigación de la Pobreza y Desarrollo Social. PNUD, Quito.

- Sarmiento, Alfredo, González, Jorge Iván y Rodríguez, Luis Ángel Rodríguez (1999)."Eficiencia horizontal y eficiencia vertical del Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN)", en Fedesarrollo, Coyuntura Social, N° 21, noviembre, Santafé de Bogotá pp.107-125.

- Sen, Amartya (1995)."The Political Economy of Targeting", en van de Walle, Dominique y Nead Kimberly (ed.) Public Spending and the Poor, World Bank, Washington, D.C.

- Sen, Amartya (1999). La salud en el desarrollo. Discurso inagural ante la 52 Asamblea Mundial de Salud. Organización Mundial de la Salud, policopiado, Ginebra.

- Sen, Amartya (2000). Desarrollo y libertad. Planeta, Bogotá.

- Superintenedenia de Salud, OPS, OMS (1999). Indicadores de Cobertura 1998, régimen subsidiado. Serie estadística N° 1, 1999, Santa Fe de Bogotá.

- Vélez, Carlos Eduardo, Castaño, Elkin y Ruthanne Deutsch. "Una interpretación económica del Sistema de Focalización de Programas Sociales: el caso del Sisben en Colombia Coyuntura Social, N° 21, noviembre, Santafé de Bogotá pp.127-157.

- Zevallos, José Vicente (1997). "Introducción", en PNUD, Zevallos, José Vicente (ed.) pp. 1-29.

1.9 ANEXOS

Anexo 1 Instrumentos de recolección aplicados en el Proyecto

Para el examen y evaluación del Sisben, en tanto "programa", el Proyecto aplicó dos tipos de instrumentos de recolección que han sido descritos detalladamente en informes anteriores. El primero indagó sobre variables objetivas y de percepción a las secretarías de salud y administradores del Sisben en los municipios, direcciones seccionales y ARS. El segundo consistió en una encuesta a núcleos familiares de los estratos 1, 2 y 3 de Bogotá y las capitales departamentales (excluyendo las de los antiguos Territorios Nacionales)[40].

En los municipios se interrogó al alcalde o al Responsable de Régimen Subsidiado sobre los temas siguientes:

- Percepción sobre estado del Sisben
- Acciones y presupuesto para su actualización
- Opinión sobre Sisben en tanto instrumento técnico de focalización.
- Problemas que afectan estado del SISBEN.
- Factores para su solución.
- Estado de afiliación a Régimen Subsidiado de Salud. La encuesta al administrador del Sisben consideró:

- Variables objetivas sobre estado del SISBEN
- Organización de la administración municipal para SISBEN
- Etapas de aplicación del Sisben
- Factores que inciden en falta de cobertura y de actualización
- Costos de funcionamiento
- Recursos con que se cuenta: oficinas, equipos, recursos humanos.

En las Direcciones Seccionales se aplicó un cuestionario sobre:

- Asistencia técnica y capacitación
- Percepción de problemas
- Recursos en municipios: técnicos, presupuestales, humanos
- Factores para solución de problemas

En la muestra de ARS se interrogó sobre:

[40] Los cuestionarios de las encuestas a las administraciones municipales, direcciones seccionales de salud y ARS, así como el formulario aplicado en las encuestas a núcleos familiares se encuentran en informes anteriores.

- Recepción de listados de afiliados
- Número y tipo de afiliados.
- Dificultades para uso del SISBEN
- Aplicación de encuestas Sisben
- CarnetizaciónA los núcleos familiares de una muestra de viviendas de los estratos 1, 2 y 3 se aplicó la ficha Sisben con un formulario adicional que consideraba los temas siguientes:

- Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud
- Aplicación del Sisben al núcleo: solicitudes, forma aplicación
- Problemas percibidos en la aplicación: retrasos en solicitudes, presiones políticas.
- Información y percepción de la población sobre el SISBEN.
- Acceso a servicios de Salud.
- Usos del SISBEN por parte de población.