



Centro Nacional de Consultoría.com

**ANÁLISIS DE COBERTURA DE AFILIACIÓN AL SISTEMA DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SUS RESTRICCIONES SOBRE LA
ATENCIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 0-5 AÑOS**

Línea de Base de la Estrategia



ATENCIÓN INTEGRAL A LA PRIMERA INFANCIA

Tabla de contenido

Resumen Ejecutivo	4
I. La afiliación de la primera infancia al sistema de salud	4
II. Disponer del registro civil como limitante de la afiliación	6
III. Características de la población que restringen la afiliación de la primera infancia.....	6
IV. Acceso a los servicios de salud sin contar con la afiliación al sistema	7
V. Las principales conclusiones	7
1. Los resultados del análisis cuantitativo.....	9
1.1 Exploración de fuentes.....	9
1.2 Análisis de la afiliación al sistema de salud	10
1.2.1 Afiliación al sistema de salud	11
1.2.2 Las tasas de cobertura en afiliación a salud de la primera infancia.....	13
1.2.3 Las diferencias en el número de niños en edad de primera infancia	16
1.2.4 Inconsistencias en el registro de afiliación percibidas a través del análisis a partir de microdatos	18
1.2.5 El registro de nacidos vivos y su aporte para entender la proyección de la población menor de 1 año	22
1.2.6 Uso de los servicios de salud y su aporte al análisis de la afiliación de la primera infancia	25
1.2.7 Afiliación población en primera infancia por municipio, 2012 a 2013	27
1.2.8 Comportamiento entre 2012 y 2013 de la afiliación a la primera infancia considerando la EAPB.....	30
1.2.9 Aproximando el problema de la afiliación al sistema de salud para el caso de Bogotá	33
A. Registro de nacidos vivos en Bogotá y su relación con el total de menores de un año ...	34
B. La afiliación para el grupo poblacional de cero a cinco años de edad en Bogotá	36
1.2.10 Principales conclusiones del análisis de información cuantitativa	37
2. Condiciones asociadas al aseguramiento al SGSSS de los niños y niñas de cero a cinco años: investigación cualitativa	38
2.1. Municipios en los cuales se llevó a cabo el trabajo cualitativo.....	39
2.2. Principales resultados del componente cualitativo	41
2.2.1. La afiliación en primera infancia	41
A. Procesos y requisitos.....	41

B.	Percepciones sobre la cobertura en salud en la primera infancia	43
C.	Seguimiento y estrategias de promoción.....	44
D.	Núcleo familiar y afiliación	44
E.	Características de la población.....	45
F.	Las razones de la afiliación.....	46
2.2.2.	El sistema de información y la afiliación	47
A.	Ingreso de información y problemas de consistencias	47
B.	El problema de las novedades.....	48
2.2.3.	La atención en salud y su relación con la afiliación en primera infancia	49
A.	Atención sin afiliación	49
B.	Acciones y estrategias de la afiliación sin atención	49
2.2.4.	Conclusiones del análisis cualitativo	50
2.2.5.	Sugerencias de los entrevistados y participantes en los grupos focales	51
3.	Una síntesis de las principales conclusiones y recomendaciones del estudio.....	52
4.	Anexos	56

Resumen Ejecutivo

Durante las dos últimas décadas, Colombia ha realizado esfuerzos para alcanzar cobertura universal en el aseguramiento en salud, los cuales se ejemplifican en la adopción de la Ley 100 de 1993 y su ajuste mediante la Ley 1122 de 2007. Brindar protección integral a la primera infancia representa otro esfuerzo que se plasma en la política incluida en el Documento CONPES 109 de 2007 “Colombia por la Primera Infancia”. Pese a estos esfuerzos, existen marcadas diferencias entre la afiliación de la primera infancia es decir los menores de seis años y el resto de población.

El trabajo se desarrolla a través de dos componentes metodológicos, uno cuantitativo y otro cualitativo. El análisis cuantitativo utiliza una metodología que va desde la revisión de los resultados globales a los específicos, de lo macro (nivel nacional) a lo micro (municipio). El análisis cuantitativo es de tipo descriptivo y se apoya en el cálculo de estadísticas básicas que incluyen medias, tasas y proporciones. El análisis cualitativo se construye mediante la aplicación de una serie de entrevistas y grupos focales a personas vinculadas al sistema de salud en ocho (8) municipios del país.

I. La afiliación de la primera infancia al sistema de salud

La afiliación al sistema de salud conjuga el desarrollo de un número reducido de acciones que desde el punto de vista de su definición parecen ser sencillos. Esas acciones involucran anexar a un formulario diligenciado, el registro civil de nacimiento, y cumplir los requisitos que demanda la focalización cuando se trata del régimen subsidiado. En la práctica, el ingreso al sistema de salud es limitado por las restricciones para obtener el registro civil, o por la forma en que se concibe la afiliación. A esas dificultades cabe agregar las que corresponden a la focalización. En cuanto se limita la afiliación al sistema de salud, el resultado se refleja en barreras para el acceso a los servicios, no obstante la salud constituye un derecho fundamental. Los costos más altos asociados a dichas barreras han recaído en la primera infancia.

Ahora bien, ¿por qué un proceso que parece simple, en la práctica tiene efectos perversos sobre la primera infancia? Para ingresar al sistema en calidad de afiliado se requiere obtener el Certificado de Nacido Vivo, con el cual se tramita el registro civil. La afiliación se lleva a cabo al régimen contributivo (con capacidad de pago) o al subsidiado (condición de vulnerabilidad identificada mediante focalización: Sisbén, condición de desplazado o pertenencia a población indígena). La vulnerabilidad es en sí misma, un freno para afiliarse, bien sea por las trabas asociadas a la focalización o por las características de la población vulnerable. Como ejemplo de las primeras figuran, el manejo de la base Sisbén y el tiempo que demanda actualizar la información en lo que concurren el municipio y el DNP. Son ejemplos del segundo tipo de dificultades, los sitios en los cuales reside la población vulnerable y los gastos que demanda el proceso de afiliación como el pago del transporte al sitio en el cual esa se realiza.

A Julio de 2012 el 91,5% de la población colombiana se encontraba afiliada al sistema de salud, un porcentaje que es un avance importante si se compara con la cobertura registrada en 2008 (83,3%) y mucho más con la que se tenía a comienzos de la década del 2000. El Ministerio de Salud

y la Protección Social reporta una tasa de cobertura en afiliación al sistema de salud de 63,1% para 2004.

El cruce del Registro Único de Afiliados a la Protección Social con las proyecciones de población en primera infancia arroja una tasa de cobertura para el nivel nacional de 72,6% a Julio de 2012 y otra de 72,1% al mismo mes de 2013. Dicha tasa conduce a una diferencia relativamente alta frente al promedio nacional que llega a significar entre 19 y 20 puntos porcentuales. La cobertura de la afiliación de los niños menores de un año oscila para el período julio 2012 al mismo mes de 2013 entre 51 y 53 por ciento. En esos valores estarían influyendo tanto el comportamiento de la afiliación en el registro administrativo como el de la proyección de población. El comportamiento de la afiliación de los niños menores de seis años de edad entre 2012 y 2013 tiende a reducirse en medio punto porcentual.

En principio, aunque el niño queda afiliado automáticamente al régimen al que pertenece su madre, sus padres deben legalizar la afiliación presentando en el transcurso del primer mes de nacido, el registro civil. De acuerdo a ello, el niño no está siendo incorporado como afiliado del sistema sobre la base del certificado de nacido vivo, o estaría quedando por fuera porque sus padres no proceden a legalizar la afiliación automática presentando el registro civil en el transcurso del primer mes de nacido. Los problemas de reconocimiento del niño o la niña dificultan en algunos casos la obtención del registro civil de nacimiento.

Por municipio, un número de 202 registró al mes de julio de 2012, una cobertura de afiliación para el total de la población igual o superior al 100%. A julio de 2013, el número de municipios que compartían esa característica es de 206. Si el registro es el correcto y la proyección de población es la adecuada, ningún municipio debería mostrar una tasa superior al 100%. Sin embargo, en 2012, 83 municipios (81 en 2013), que representan cerca del 7,5% del total de municipios en el país tienen una cobertura de afiliación en salud para la población total que supera un 110%. En 2012, los municipios con tasas de afiliación para la población total igual o superior al 100% se distribuyen en 29 de los 33 departamentos, de los cuales la mayor participación corresponde a Antioquia, Cesar, Magdalena, Santander y Sucre.

Los aumentos y reducciones drásticas en la afiliación pueden explicarse a partir de la generación de novedades (glosas), como un problema que perjudica a los usuarios. Algunas situaciones hacen que el sistema bloquee a los afiliados. Otras novedades se asocian al traslado entre EPS o al desplazamiento entre municipios.

Los padres y madres explican de varias maneras por qué se requiere afiliar a los hijos y las hijas al sistema de salud. Estas razones se pueden ordenar en tres grupos: aquellas basadas en la noción de deber, las basadas en la legalidad y la ciudadanía de los niños, y las que se fundamentan en nociones sobre la enfermedad y la infancia.

II. Disponer del registro civil como limitante de la afiliación

En cuanto el niño nace, el hospital o entidad prestadora de servicios de salud produce el certificado de nacido vivo. Este certificado se presenta ante notaría o la Registraduría Nacional del Estado Civil, que generan el registro civil de nacimiento. En caso de no contar con el certificado de nacido vivo, el registro civil se obtiene presentando dos testigos que conocen sus padres y a quienes les conste el hecho del nacimiento del niño o la niña.

Contrario a lo esperado, la evolución del total de nacidos vivos en el país muestra una tendencia negativa entre 2008 y 2012, pasando de alrededor de 715.000 niños y niñas a 663.000, lo que representa una caída del 7,4% entre los dos años. La explicación a ese comportamiento se encuentra en la existencia de problemas en el proceso del levantamiento del registro administrativo del certificado de nacido vivo.

Disponer del certificado de nacido vivo no necesariamente constituye el mayor limitante a la afiliación de los niños en edad de primera infancia, otros problemas álgidos surgen en relación con el reconocimiento de la paternidad del recién nacido.

III. Características de la población que restringen la afiliación de la primera infancia

Los niños y niñas menores de 5 años que cuentan con el registro civil enfrentan otro tipo de dificultades para adquirir la condición de afiliados del sistema de salud, restricciones que son más comunes entre aquellos pertenecientes a familias vulnerables y cuyo ingreso al sistema se da a través del régimen subsidiado. Realizada la afiliación se presenta otro tipo de problemas, entre los que figuran los relacionados con el cambio de régimen o el traslado de municipio.

La distancia entre las veredas y la cabecera municipal dificulta el registro del niño o niña e impide la afiliación al sistema de salud. Otra dificultad, mencionada por varios entrevistados, es el tiempo que toma la visita mediante la cual se aplica la encuesta Sisbén y la reclasificación cuando existe error en el puntaje. El paso a la versión III del Sisbén a partir de 2008 y la necesidad de otorgar un período de transición a las personas que vieron afectada su condición de beneficiarios de los subsidios de salud, un período que se ha extendido hasta el presente (2014), ha configurado una situación en la cual los niños y niñas con fecha de nacimiento posterior a 2009/2010 han visto afectada su afiliación al sistema de salud.

En el caso de la población en situación de desplazamiento, el tiempo que toma la declaración y la entrega del respectivo certificado frena la afiliación. Un número no reducido de personas afectadas por el desplazamiento estaban afiliadas en su lugar de origen y para realizar el traslado se les exige regresar a ese para desafiliarse y poder ingresar al sistema de salud en el nuevo lugar de residencia.

La condición flotante motivada por el conflicto armado o la búsqueda de oportunidades laborales, igualmente restringe la afiliación al sistema de salud. Por último, en las zonas con población indígena o con población rural cuyo acceso a la parte urbana es restringido, el interés por afiliarse al sistema de salud puede ser bajo.

IV. Acceso a los servicios de salud sin contar con la afiliación al sistema

En este trabajo se utiliza información RIPS para forjar una idea de la tendencia en el uso de los servicios y para confrontar la misma con la registrada por la afiliación. Para reducir un poco el impacto del sub-registro en la base se construye una media móvil limitada a un período de dos años, que es lo que permite la disponibilidad de información.

El número total de niños y niñas atendidas con edades inferiores a un año supera la población afiliada al sistema de salud en el mismo rango de edad. Esto es, mientras que entre 2012 y 2013 la afiliación de los niños menores de 1 año es de 437.512 en el primer año y de 458.653 en el segundo, la atención supera los 500.000 niños en igual rango de edad.

Utilizando información RIPS se concluye que el peso del número de niños menores de 1 año que acceden a los servicios en calidad de vinculados, en el total de personas atendidas no supera el 11% entre 2009 y 2012. Existe así mismo, un número de niños menores de 1 año que no están siendo afiliados al momento de su nacimiento y la Circular 24 de 2012 les facilita el acceso a los servicios sin necesidad de afiliación. La atención sin afiliación presenta inconvenientes que van desde negligencia y sobrecostos hasta falta de atención.

V. Las principales conclusiones

Las siguientes son las principales conclusiones del estudio:

- No solo se observa una *desventaja en afiliación* para la población en edad de primera infancia, sino que esa *tiende a concentrarse en los menores de 1 año*
- Se debe descartar el argumento de que la baja cobertura en afiliación al sistema de salud, de los niños y niñas en edad de primera infancia se origina exclusivamente en problemas en las proyecciones de población, para centrar el foco en *fallas en la información que se maneja en el sector*
- Se vislumbran *fallas en la aplicación de la normatividad* que establece la afiliación al régimen de la madre al momento del nacimiento, en cuanto existe un sub-reporte del registro de nacidos vivos
- La obtención del *registro civil* viene constituyendo un limitante a la afiliación al sistema de salud de la primera infancia
- Existen características sociales que llevan a concentrar la menor cobertura de afiliación en los grupos cuyo acceso al sistema es a través del régimen subsidiado, y,
- La población viene haciendo *uso del derecho a la atención de los niños menores de 1 año sin afiliación* al sistema en la forma en que lo establece la Circular 24 de 2012, y en cuanto se ha cumplido un año de edad, los padres acuden a diferentes estrategias entre las cuales se encuentra el uso del carné de otro niño que bien puede ser un pariente.

Análisis de la cobertura de afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud y sus restricciones sobre la atención de los niños y niñas de 0-5 años

Con la reforma introducida al sistema de salud en 1993, el acceso a los servicios se lleva a cabo mediante aseguramiento o afiliación a través de dos regímenes: contributivo y subsidiado¹. El ingreso al régimen contributivo en principio se reduce a diligenciar un formulario, a efectuar una declaración del estado de salud y a entregar copia del documento de entidad a la respectiva Entidad Promotora de Salud (EPS-C). Ingresar al régimen subsidiado mientras tanto, implica cumplir con los requisitos que demanda la focalización², participar del proceso de libre elección de la EPS Subsidiada (EPS-S) y recibir el carné de la EPS-S que permite el acceso a los servicios. En principio, los pasos o requerimientos para la afiliación parecen no presentar mayores inconvenientes, sin embargo, llevados a la práctica dan lugar a un sin número de trabas para el ingreso de la población en edad de primera infancia al sistema de salud.

Las dificultades para la afiliación de los niños en edad de primera infancia se reflejan en una menor tasa de aseguramiento frente a la media nacional. Es decir, una afiliación en salud cercana al 73% para la primera infancia inferior a una cobertura media nacional que bordea el 90%. La tendencia en los dos últimos años para los cuales se cuenta con información, tiende a desfavorecer aún más a los niños menores de seis años de edad.

Es en este contexto en el cual surge el presente trabajo, cuya propuesta metodológica fue entregada en respuesta a los Términos de Referencia del estudio, definiendo dos componentes, uno cuantitativo y otro cualitativo. El análisis cuantitativo es de tipo descriptivo y se apoya en el cálculo de estadísticas básicas que incluyen medias, tasas y proporciones. El análisis cualitativo por su parte se construye mediante la aplicación de una serie de entrevistas y grupos focales a personas vinculadas al sistema de salud. El foco del estudio radica en la población en edad de primera infancia, definida como el grupo con edades entre cero y cinco años.

El análisis cuantitativo utiliza una metodología que va desde la revisión de los resultados globales a los específicos, de lo macro (nivel nacional) a lo micro (municipio). Los resultados de este análisis se utilizan luego para construir los instrumentos que se llevan a campo, abarcando ocho municipios en los cuales se entrevistan funcionarios de las secretarías de salud, de las entidades encargadas del aseguramiento, entidades que prestan servicios de salud, y se aplican varios grupos focales con la participación de padres y madres de familia.

En términos de metodología, en ambos componentes, cualitativo y cuantitativo, el trabajo se aborda de manera descriptiva, obviando el uso de modelos de regresión u otros relacionados, resaltando más bien lo que muestran los datos por sí mismos y lo que percibe la gente que hace

¹ Aunque existe también un régimen de excepción su cobertura es relativamente baja. A Junio de 2013, el total de afiliados en el régimen de excepción representaban alrededor del 2% de los correspondientes al régimen contributivo.

² Aplicación de la encuesta Sisbén e inclusión en el registro de población afectada por desplazamiento o en listados censales de población indígena.

parte del sistema de salud. Pese a que el trabajo constituye una primera aproximación a la problemática de afiliación que atraviesa la primera infancia, se logran obtener resultados y conclusiones relevantes en torno a los factores que están detrás de las bajas tasas de afiliación de ese grupo poblacional y de cómo esa situación implica restricciones para el acceso a los servicios, no obstante la salud constituye un derecho fundamental.

En ese orden de ideas, a continuación se introducen los resultados del estudio. El documento está estructurado de la siguiente forma: en el primer capítulo se contienen los resultados del análisis cuantitativo, en el segundo se presenta el análisis del trabajo desarrollado en campo, y finalmente en el tercer capítulo se resumen las principales conclusiones y recomendaciones del estudio.

1. Los resultados del análisis cuantitativo

El análisis cuantitativo se ha propuesto desde arriba hacia abajo, es decir, iniciando con una revisión a nivel nacional y en algunos casos bajando al departamento, para inferir en relación a qué factores se vislumbran los problemas y posteriormente pasar a detallar los mismos en un nivel geográfico más bajo como el municipio. La revisión de las variables centrales del estudio, a un nivel macro o nacional se orienta a esclarecer, la existencia de una diferencia en la tasa de afiliación al sistema de salud que no favorece a la población menor de 6 años y que registra una tendencia a la baja. Se busca entender si la única raíz de esa menor tasa de afiliación radica en problemas en la proyección de población para despejar cualquier duda en cuanto a fallas en el proceso de registro de afiliación. También se tiende a identificar si ante la existencia de una tasa de afiliación más baja para la primera infancia, comparada con la correspondiente a la población total, la situación es igual para diferentes edades, enfatizando dos grupos en particular, los menores de 1 año y los niños y niñas con edades entre 1 y 5 años. Finalmente, se quiere confirmar, haciendo uso del acceso a los servicios de salud, hasta qué punto, la población menor de un año está utilizando, apoyada en la Circular 24 de 2012 emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social, esos servicios sin estar afiliada al sistema.

Esta parte del documento describe las fuentes de información exploradas y los inconvenientes que presenta cada una. La sección inicia con una descripción de los resultados a nivel nacional, de otros con un alcance departamental y municipal. Para identificar dónde radican los determinantes de la afiliación al sistema de salud de la primera infancia se revisa el comportamiento de la misma desde cada Empresa Administradora de Planes de Beneficio (EAPB) y la posibilidad de acceso a los servicios sin que medie una afiliación. Por último, se toma el Distrito Capital a manera de exploración de un caso particular.

1.1 Exploración de fuentes

Para el cálculo de la cobertura de afiliación, el Ministerio de Salud utiliza las proyecciones censales del DANE y la información de aseguramiento condensada en un registro administrativo operado por el Ministerio: el Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAF. Este registro incluye la Base de Datos única de Afiliación (BDUA). En cuanto el objetivo del trabajo apunta a la revisión de la existencia de una brecha en aseguramiento entre la población total y los niños y niñas en

edad de primera infancia, una situación que podría afectar el acceso a los servicios para los últimos, es necesario en primer lugar, verificar las fuentes de información disponibles para seleccionar las más confiables.

El análisis de la evolución de dicha brecha implica también evaluar los factores que inciden en la magnitud del aseguramiento, además de establecer los que pueden afectar la estimación del total de niños o las edades en las cuales se concentra el problema. Esto, para descartar o confirmar que el problema se reduce a uno de “denominador” como suele referirse para indicar problemas en las proyecciones de población.

En ese orden de ideas se puede indicar que las bases de datos que contienen información sobre aseguramiento y uso de servicios de salud, o que permiten estimar el número de niños en edad de primera infancia, incluyen:

- Encuesta de Calidad de Vida (ECV) aplicada por el Dane, de la cual se tomarán las correspondientes a los años: 2008, 2010, 2011 y 2012.
- Gran Encuesta Integrada de Hogares, también del Dane, retomando el acumulado anual para los mismos años indicados para la ECV.
- Proyecciones de población derivadas del Censo Nacional aplicado en 2005, tomando las correspondientes al período 2008-2013.
- Encuesta de Demografía y Salud para el año 2010 implementada por PROFAMILIA y otras entidades.
- Encuesta Multipropósito para Bogotá de 2011.
- Registro de Nacidos Vivos en las Estadísticas Vitales del Dane para los años 2008 a 2012.
- Base BDUA del Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAF para los años 2012 y 2013³.
- Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS⁴.

1.2 Análisis de la afiliación al sistema de salud

En esta sección se introduce el problema objeto del trabajo desde una perspectiva macro para la cual se inicia con una comparación entre el acumulado de la afiliación y el correspondiente a la población, tomando en ambos casos las edades simples como variable de agrupación. Este análisis deja percibir la brecha existente entre la primera infancia y la población total en lo que refiere a afiliación al sistema de salud. Seguidamente se procede a revisar la cobertura de la afiliación de la población en edad de primera infancia.

³ En principio, esta información debe coincidir con el periodo descrito para las proyecciones de población y las encuestas descritas. Sin embargo, el SISPRO a través del Sistema de Gestión de Datos en el cual se basa este reporte solo cuenta con información discriminada por grupos de edad a partir del mes de Julio de 2012. Se ha efectuado formalmente la solicitud de la información discriminada por grupo de edad al Ministerio de Salud y Protección Social.

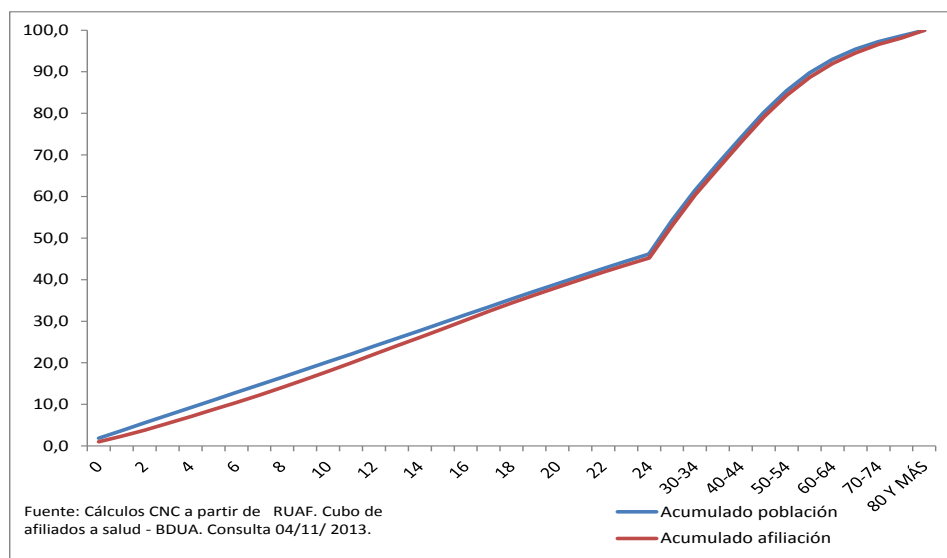
⁴ Ídem.

Identificada la brecha, se utiliza información en la ECV y las proyecciones censales para constatar posibles inconsistencias en éstas. Por último se parte del análisis del microdato en la base BDUA para detectar o reafirmar hasta qué punto, parte de los problemas están asociados al proceso que da lugar a la conformación del registro (RUAF).

1.2.1 Afiliación al sistema de salud

A Julio de 2012 el 91,5% de la población colombiana se encontraba afiliada al sistema de salud, un porcentaje que se considera un avance importante si se compara con la cobertura registrada en 2008 (83,3%)⁵ y mucho más con la que se tenía a comienzos de la década del 2000. El Ministerio de Salud y la Protección Social reporta una tasa de cobertura en afiliación al sistema de salud de 63,1% para 2004⁶. Ahora bien, al analizar la distribución de la afiliación para el año 2012 entre las población clasificada por edades simples se aprecia una cierta desventaja para los más jóvenes (gráfico 1).

Gráfico 1. Afiliación acumulada por edades simples, 2012



En el gráfico 1 se describe el acumulado de afiliación al sistema de salud. Para analizar su comportamiento se grafica asimismo, el acumulado de la participación de cada edad simple en la población total, pues la brecha entre las dos curvas sería equivalente al margen que separa de la cobertura universal. Conforme al gráfico 1, es por debajo de los 7 años que el acumulado de afiliación se separa más del correspondiente a la participación de cada edad en la población total. En vista de ello, mientras que la cobertura en la afiliación alcanza un 88,5% para los niños y niñas con 7 años de edad, 85,3% para los de 6 años, 79,1% para los de 3 años y por último, apenas 50,6% para los menores de 1 año. Es decir, la cobertura en afiliación al sistema de salud aumenta conforme se avanza en edad de las personas. Esto significa que al parecer, los niños y niñas en

⁵ Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Aseguramiento en Salud, Riesgos Profesionales y Pensiones. BDUA a Diciembre 31 de 2008. Página Web, consulta Nov. 8 de 2013.

⁶ Ídem.

edad de primera infancia estarían enfrentando mayores restricciones que el ciudadano promedio para incorporarse en calidad de afiliados al sistema de salud. Es precisamente, describir los factores asociados a tales restricciones que constituye el objeto del presente trabajo.

La información en el cuadro 1 permite apreciar mejor las desigualdad en la distribución de la afiliación entre la población según edad, descrita en el gráfico 1. En el cuadro 1, se presenta la participación en la afiliación para la población clasificada en 8 grupos etáreos, uno de los cuales corresponde a la primera infancia, incluyendo asimismo para cada grupo su peso en la población total. A partir de la relación entre esas dos participaciones se calcula lo que se describe como *indicador de equidad de la afiliación* en la última columna del cuadro 1, que equivale al cociente entre la participación de cada grupo etáreo en la afiliación y la correspondiente en la población total. El indicador en el cuadro 1 constituye una adaptación del propuesto por Coady, Grosh y Hoddinot (2004) bajo el cual ese indicador es igual a 1 cuando la participación en la afiliación iguala el peso del grupo en la población total. El indicador es menor que 1 cuando la participación en la afiliación es inferior al peso en la población total. Es decir, el grupo etáreo está recibiendo un trato desigual en el reparto de la afiliación. Por último, si dicha relación supera la unidad, en nuestro caso no se estaría hablando de una mayor apropiación en el total de afiliación sino que es necesario aludir a problemas bien sea en el reporte de afiliados o en la proyección de población.

Cuadro 1. Equidad en la afiliación al sistema de salud. 2012

Rango de edad	Afiliados		Población		Indicador de equidad en la afiliación
	Personas	Participación	Personas	Participación	
0 a 5	3.732.218	8,8	5.141.455	11,0	0,79
6 a 10	3.923.004	9,2	4.285.790	9,2	1,00
11 a 19	7.821.625	18,3	7.897.163	17,0	1,08
20 a 24	3.794.440	8,9	4.169.560	9,0	0,99
25 a 39	9.188.900	21,6	10.129.570	21,7	0,99
40 a 59	9.325.836	21,9	10.165.328	21,8	1,00
60 a 79	4.037.077	9,5	4.161.974	8,9	1,06
80 y más	809.781	1,9	630.983	1,4	1,40
Total	42.632.881	100,0	46.581.823	100,0	1,00

Cálculos CNC a partir de RUAF. Cubo de afiliados a salud - BDUA. Consulta 04/11/ 2013.

Conforme a la información en el cuadro 1, tendríamos un reparto en la afiliación que no favorece a los menores de 5 años, que además sería el único grupo poblacional afectado. En el caso de otros grupos: 11 a 19 años, 60 a 79 años y, personas con 80 años o más, su participación en la afiliación supera el peso de cada uno de ellos en la población total. Llama en particular la atención, el indicador del grupo de personas con 80 años y más, para el cual la participación en la afiliación supera su aporte a la población total en un 40%. En estos tres casos, la pregunta a formular es entonces, ¿existen fallas serias en la proyección de población, o por el contrario el reporte de afiliación al sistema de salud es el que presenta algún problema?

Ahora bien, al utilizar el Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAF. Mediante el sistema de Cubo de afiliados a salud – BDUA se aprecian ciertas inconsistencias en el reporte relativo a la edad, los cuales llevan a pensar en la existencia de fallas en la depuración de la

información relacionada con esa variable. Por ejemplo, aunque en número reducido, se encuentran afiliados con edades superiores a los 115 años, una persona cuenta con 126 años, otras seis con edades entre los 121 y 123 años (anexo 1). Preocupa también que para el año 2012, se indique que el número de afiliados con una edad de 112 años, 5.048 personas, supere a cada uno de los que cuentan entre 98 y 111 años de edad. Para 2013, el número de afiliados con una edad de 112 años cae a 419 pero sigue siendo más alto que el correspondiente a cada edad en el rango entre 105 y 111 años. Y, al revisar la afiliación para 2013, se aprecia que ahora el número de personas con una edad de 113 años es de 4.786, mayor también que la asociada a quienes cuentan con edades que van de los 98 a los 111 años (anexo 1)⁷.

La presencia de personas en la base con edades tan altas como las descritas, imposibles de aceptar, puede explicarse al menos por dos factores. De un lado, podría estar la presencia de un error de digitación como se aprecia al encontrar que la edad se ha introducido con un espacio previo al número, “_115”, por ejemplo, lo que le hace aparecer como un valor entre cero (0) y uno (1). De otro, lado, puede estar una acción tendiente a extraer rentas del sistema, en la medida en que el valor de la UPC para una persona adulta mayor supera ampliamente el correspondiente a un niño⁸.

Esta situación genera ciertas dudas en torno al reporte de edad de los afiliados, llevando a argumentar la presencia de posibles fallas en su distribución por grupo etéreo. Sin embargo, antes de forjar conclusión alguna detallamos el comportamiento de la afiliación de los niños y niñas en edad de primera infancia.

1.2.2 Las tasas de cobertura en afiliación a salud de la primera infancia

El cruce del Registro Único de Afiliados a la Protección Social con las proyecciones de población en primera infancia arroja una tasa de cobertura para el nivel nacional de 72,6% a Julio de 2012 y otra de 72,1% al mismo mes de 2013 (cuadro 2). Dicha tasa conduce a una diferencia relativamente alta frente al promedio nacional en el cual se incluye la población de cualquier edad. Como se aprecia, esa diferencia llega a significar entre 19 y 20 puntos porcentuales. El comportamiento de la afiliación de los niños menores de cinco años de edad entre 2012 y 2013 tiende a reducirse en medio punto porcentual (anexo 2).

⁷ En 2013, el número de afiliados que cuenta con una edad de 114 años se incrementa a 225 cuando un año atrás apenas eran 4.

⁸ La Unidad per capitación para un adulto mayor es alrededor 10 veces más alto que la de un niño.

Cuadro 2. Tasas de afiliación al sistema de salud, en base a registro administrativo 2012, 2013

Grupo	Ítem	Julio de 2012	Julio de 2013
Población 0 a 5 años de edad	Contributivo	1.593.045	1.554.830
	Excepción	16.529	13.622
	Subsidiado	2.122.644	2.143.648
	Total Afiliados	3.732.218	3.712.100
	Proyecciones de población	5.141.455	5.150.797
	Tasa de afiliación	72,59%	72,07%
Población total	Contributivo	19.719.666	19.765.330
	Excepción	390.126	778.030
	Subsidiado	22.523.089	22.634.926
	Total Afiliados	42.632.881	43.178.286
	Proyecciones de población	46.581.823	47.121.089
	Tasa de afiliación	91,52%	91,63%
Diferencia entre tasas de afiliación		18,93%	19,56%
Nota: Las proyecciones son las correspondientes al respectivo año.			
Fuentes: Dane, "Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 Nacional, departamental y municipal por sexo y edades simples de 0 a 26 años. A Junio 30 de cada año".			
Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAF. Cubo de afiliados a salud - BDUJ. Consulta 10/10/2013.			

Al discriminar por departamentos, entre Julio de 2012 y el mismo mes de 2013 se aprecia un conjunto en los cuales la afiliación de la primera infancia cae de forma importante. En Guaviare por ejemplo, se registra una caída de 4,7%, una de 3,7% en Santander, de 3,1% en Bogotá, al tiempo en que la afiliación en Caldas, Antioquia, Boyacá, Norte de Santander y Putumayo se reduce en alrededor de un 3% en cada uno (anexo 2). En total, en 23 departamentos se reduce el número de afiliados en salud con edades entre cero y cinco años (anexo 2). Así mismo, tal como se observa en el anexo 2, se registran aumentos para el mismo grupo de población, superiores al 5% en departamentos como Bolívar (5,5%), Guainía (6,9%), La Guajira (7,9%), y Vichada (27,6%). La variación para el resto de departamentos se encuentra en el mismo anexo.

Ahora bien, si la población de cero a cinco años se divide en dos grupos: los menores de un año y los que están entre un año y cinco años cumplidos, se obtienen las tasas de afiliación para 2012 y 2013 en el cuadro 3. La cobertura de afiliación más baja corresponde a los menores de 1 año. En otras palabras, se tiene una reducción en la diferencia cercana a cinco puntos porcentuales cuando se toma solamente la relación entre las tasas de afiliación para los niños con edades entre 1 y 5 años (77% y 76% para 2012 y 2013, respectivamente) y las alcanzadas por el total de la población en los mismos años, 91,7% y 90,2%, en el orden respectivo (cuadro 3). De hecho, como se indicó en la sección anterior, la cobertura en la afiliación crece a medida en que se avanza en la edad del afiliado, correspondiendo por tanto, las tasas más bajas a quienes cuentan con menor edad, esto es a la primera infancia. Se podría entonces, concluir que parte de los problemas se asocia a la afiliación de los menores de 1 año, pues alrededor de la mitad de ellos no se encuentran afiliada al sistema de salud.

Cuadro 3. Tasas de afiliación al sistema de salud para menores de 1 año y con edades entre 1 y 5 años. 2012, 2013

Rango de edad	Julio de 2012	Julio de 2013
Población menor de 1 año	865.188	867.532
Población entre 1 y 5 años	4.276.267	4.283.265
Población total 0 a 5 años	5.141.455	5.150.797
Afiliados Menores de 1 año	437.521	458.659
Tasa afiliación (%)	50,6	52,9
Afiliados entre 1 y 5 años	3.294.697	3.253.441
Tasa afiliación (%)	77,0	76,0
Total afiliación 0 a 5 años	3.732.218	3.712.100
Tasa de afiliación (%)	72,59	72,07
Nota: Incluye afiliados INPEC y departamento "No definido". Fuente: Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAF. Cubo de afiliados a salud - BDUA. Consulta Octubre 09 de 2013.		

Para chequear la consistencia de las tasas de afiliación descritas para la población de cero a cinco años, es factible acudir a otras generadas sobre la base de la ECV. Éstas a pesar de estar sujetas a los errores propios de la percepción de quien responde la encuesta, podrían dar ciertas luces al análisis. Para ello se parte de la pregunta incluida en la ECV, *¿... Está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de Seguridad Social en Salud?* La respuesta a esta pregunta, en aras de alcanzar la representatividad estadística permite generar tasas de afiliación para los niños y niñas menores de 5 años, solo en lo que concierne al agregado nacional. Esos resultados se aprecian en el cuadro 4.

Cuadro 4. Afiliación al sistema de salud sobre la base de la ECV 2008, 2010-2012⁹.

	Ítem	2008	2010	2011	2012
Población 0 a 5 años de edad	Total Afiliados	4.020.613	4.165.961	4.182.314	4.280.855
	Población 0 a 5 años	4.839.217	4.804.970	4.769.310	4.781.543
	Tasa de afiliación	83,08%	86,70%	87,69%	89,53%
Población total	Total Afiliados	37.889.869	39.993.660	41.138.604	41.838.843
	Población Total	44.045.832	45.079.392	45.633.758	46.168.649
	Tasa de afiliación	86,02%	88,72%	90,15%	90,62%
Diferencia entre tasas de afiliación		2,94%	2,02%	2,46%	1,09%
Fuente: Cálculos CNC a partir de Encuestas de Calidad de Vida del DANE.					

⁹ Si en lugar de estimar la población de 0 a 5 años y la correspondiente al total del país sobre la base de la ECV se utilizara la GEI, se obtendría la información en la siguiente tabla:

Grupo poblacional	2008	2010	2011	2012
Población 0 a 5 años de edad	4.833.316	4.751.447	4.759.370	4.720.426
Población 0 a 10 años de edad	9.186.440	9.099.680	9.059.021	9.052.829
Población total	43.195.231	44.217.073	44.734.934	45.253.707
Fuente: Cálculos CNC utilizando el acumulado anual de la GEI del Dane.				

El primer elemento a destacar de la información en el cuadro 4 es que de la Encuesta de Calidad de Vida no se deriva diferencia alguna en las tasas de cobertura en aseguramiento en salud entre la población general y el grupo de cero a cinco años, tampoco una tendencia hacia la baja para ninguno de los dos grupos. El segundo aspecto tiene que ver con la concordancia en la tasa de cobertura de la afiliación para la población total calculada utilizando el registro administrativo y las proyecciones de población (cuadro 23 y la que arroja la ECV (cuadro 4). Esto es, 91,7% en el primer caso frente a 90,6% en el segundo si se toma como referente el año 2012¹⁰. La similitud en las tasas de afiliación para la población total, despeja en cierta forma las dudas que puedan derivarse del auto-reporte, o forma de recolección de la información mediante la ECV.

Una exploración de la información en la ECV aplicada en 2010 hasta el punto en que los datos posibilitan la representatividad estadística, permite concluir que una menor afiliación de los niños y niñas menores de 5 años no se asocia a problemas de parentesco con el jefe del hogar al que pertenecen. Para ese año, alrededor del 85% de los 3.717.601 hogares con niños en ese rango de edad, pertenecen a hogares en los cuales la tasa de afiliación para la primera infancia es igual o superior a la correspondiente a la de sus integrantes que cuentan con 6 años de edad o más.

Puesto que no existe diferencia significativa en las tasas de afiliación para los dos grupos descritos en el cuadro 4, se tendría entonces, un tercer elemento a tener en cuenta que apunta a establecer cuál, entre las dos tasas de cobertura para los niños y niñas menores de 5 años se acerca más a la realidad. ¿La que produce la ECV considerando que no existe diferencia con el registro administrativo cuando se trata de la población total, o por el contrario la descrita en el cuadro 3? La respuesta a esa pregunta solamente se puede emitir tras explorar otras diferencias en el número de niños entre 0 y 5 años cuando se utilizan las proyecciones de población del Dane y el número de personas en el mismo rango de edad que se calcula a partir de la ECV, una encuesta cuyos factores de expansión tienen a su vez como base el censo de 2005. Así, para 2012, mientras que la proyección censal para la población en mención es de 5.141.455 niños y niñas (cuadro 3), la derivada utilizando la ECV para el mismo año es de 4.781.543 personas. La diferencia se acerca a los 360.000 niños y niñas lo que genera un efecto de alrededor de 5 puntos porcentuales en la tasa de afiliación correspondiente al cruce del registro administrativo con la proyección censal para 2012. En vista de ello, la siguiente sección está orientada entre otros aspectos, a entender las razones de la diferencia en la población entre cero y cinco años de edad que se obtiene con base censo y ECV.

1.2.3 Las diferencias en el número de niños en edad de primera infancia

Para tratar de entender la diferencia en el número de niños entre 0 y 5 años, una diferencia asociada a la proyección censal y la ECV, se entrevistó un consultor de la Dirección de Censos y Demografía del Dane. En cuanto los ponderadores de la ECV tienen base censal, durante la entrevista se consultó a un muestrista de la misma entidad sobre las causas de la diferencia, indicando que para efectos de las encuestas, GEI y ECV, el interés está en estimar en detalle el

¹⁰ La tasa de cobertura resultante para la muestra que adopta la ECV2012 es de 91,3%.

total de personas correspondiente a los mayores de 10 años, sin entrar a especificar la distribución entre edades simples para los niños y niñas menores de 10 años. En ese orden de ideas se genera la información consignada en el cuadro 5. Efectivamente, pese a que existe una diferencia por el orden del 3%, esa es mucho más baja si se compara con la estimada para el grupo de edad de cero a cinco años calculada a partir de las dos fuentes de información referidas, que oscilaba entre 6 y 7 por ciento.

Cuadro 5. Población menor de 10 años: Afiliación al sistema de salud 2008, 2010-2012

Grupo	Ítem	2008	2010	2011	2012
Población 0 a 10 años de edad - ECV	Total Afiliados	7.829.938	8.165.887	8.245.192	8.359.639
	Población 0 a 10 años	9.295.710	9.272.318	9.191.962	9.181.205
	Tasa de afiliación	84,23%	88,07%	89,70%	91,05%
Proyección Censal	Población 0 a 10 años	9.555.958	9.467.464	9.442.886	9.429.257
Población 0 a 10 ECV como proporción proyección censal					
		97,28%	97,94%	97,34%	97,37%

Fuente: Cálculos CNC a partir de Encuestas de Calidad de Vida y proyecciones de población del DANE (a Junio 30).

Sobre la base de los resultados en el cuadro 5, se esperaría por tanto, que las tasas de afiliación estimadas para la población de 0 a 10 años utilizando la ECV tiendan a estar más cercanas a las derivadas a partir del registro administrativo y la proyección censal. Pero la tasa de afiliación basada en el registro administrativo se ubica entre 81% y 80% para el período 2012-2013, lo que significa una diferencia de diez puntos porcentuales frente a la obtenida con la ECV. A la tendencia hacia la baja en la afiliación de los menores de 10 años, calculada utilizando el registro administrativo, aportan tanto el régimen contributivo como el subsidiado. El primero reduce el número de sus afiliados en un 2,2% al tomar como referencia el mes de julio para los años 2012 y 2013, al tiempo en que la reducción para el régimen subsidiado es de 1,5%.

Nuevamente, al discriminar por departamento, llama la atención la caída en el total de afiliados con edades iguales o inferiores a los diez años entre los meses de julio de 2012 y 2013 (anexo 3). La reducción en la afiliación para el grupo de edad referido se registra en cinco de cada siete departamentos del país y en Bogotá. En conjunto, la reducción en la afiliación para los menores de 10 años en el período referido alcanza alrededor de dos por ciento y afecta en buena parte al grupo entre 6 y 10 años, en la medida en que para los niños entre 0 y 5 años como se indicó previamente, la reducción en la afiliación es inferior (-0,5%). En el anexo 2, el departamento del Vichada sobresale por un aumento en la afiliación de los niños entre 0 y 10 años de edad que se acerca a un 29%.

A este punto, podríamos hablar de cierta consistencia en el tamaño de la población de 0 a 10 años derivada de la ECV con la correspondiente al censo¹¹. Y, aunque persisten las diferencias para el grupo poblacional de cero a cinco años de edad, los resultados al momento parecen indicar que la

¹¹ Así debería ser puesto que la ECV utiliza el factor de expansión que se construye a partir de la información censal.

tasa de cobertura de la afiliación resultante de la ECV podría acercarse a la realidad. Esa afirmación se basa en varios puntos que han surgido del análisis: la tasa no varía independientemente de que se use o no el factor de expansión y, al coincidir la tasa de afiliación para la población total se reducen las dudas respecto de un auto-reporte sesgado por la capacidad de recordar la información al momento de la encuesta o porque la pregunta no haya sido entendida.

Para concluir esta sección se puede afirmar que en primer lugar se debe contar con información previa a 2012 (periodo 2008-2011) para saber si la brecha entre la afiliación de la población total y la correspondiente a los niños entre 0 y 5 años es permanente o desde qué momento se registra. Este requerimiento se enfrenta sin embargo, a las dificultades para obtener de la Registraduría Nacional del Estado Civil, información de nacimientos que incluya la fecha en la cual ese ocurre para los años previos a 2012. El argumento que esgrime la entidad es el de privacidad de la información.

En segundo lugar, y considerando la tasa que arroja la ECV, es necesario aclarar si es cierto que la gente no se está afiliando o por el contrario se trata de un problema en el proceso de registro de la información. Finalmente, se requiere mayor esfuerzo para despejar los factores detrás de la diferencia en la magnitud de la población en edad de primera infancia obtenida cuando se aplican la ECV y la proyección censal, o al menos en qué edad o, edades simples, esa puede concentrarse. Al diferenciar la población de 0 a 5 años entre los menores de un año y los que tienen edades entre 1 y 5 años, se pudo apreciar que parte de la baja cobertura se explica en el comportamiento del aseguramiento al sistema de salud del primer grupo.

1.2.4 Inconsistencias en el registro de afiliación percibidas a través del análisis a partir de microdatos

Una forma de analizar las diferencias en la afiliación entre la media nacional y la población en edad de primera infancia es construyendo una especie de panel a partir de la información en el registro administrativo de afiliación. Para ello se toma la población con fecha de nacimiento a partir de noviembre de 2007 y cuya información sobre afiliación se encuentra en la base BDUA. Además de la fecha de nacimiento se considera el año de afiliación y la fecha de corte establecida para el reporte de información: los meses entre mayo y diciembre de 2012, y entre enero y agosto de 2013. Tal como se indicó desde el Ministerio de Salud es solo a partir de 2012 que se puede contar con información discriminada por grupo étnico.

Para depurar la información, en primer lugar se eliminaron 198.972 registros para los cuales la fecha de inicio de la afiliación era inferior a 2006, de forma tal que se guardara consistencia con el criterio de edad (menor a 5 años). De hecho, de estos 186.856 registros que representan cerca del 94% del total eliminado, corresponde a “niños” nacidos en 1900. Para guardar concordancia entre la fecha de inicio en la afiliación y la fecha de nacimiento, se eliminaron también los registros para los cuales ésta última fuese anterior a noviembre de 2007. Una vez realizado este proceso de depuración, la información se puede presentar de la forma descrita en el cuadro 6.

Cuadro 6. Población menor de 5 años que afiliada anualmente entre 2007 y 2013 reportada en cada corte de afiliación

Año inicio afiliación	Número afiliados según corte- acumulado anual				Variación 2012 – 2013 (%)
	2012	Variación anual (%)	2013	Variación anual (%)	
2007	16.036		12.955		-19,2
2008	252.448	1.474,3	206.887	1.497,0	-18,0
2009	411.908	63,2	326.321	57,7	-20,8
2010	589.255	43,1	434.083	33,0	-26,3
2011	991.204	68,2	665.019	53,2	-32,9
2012	1.688.811	70,4	1.108.971	66,8	-34,3
2013	2.478		742.164	-33,1	
Afiliados entre 2007-2013	3.952.140		3.496.400		-11,5
Nota: Incluye activos y suspendidos.					
Fuente: Cálculos CNC a partir de base de afiliación suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social en enero 20 de 2014.					

En las filas del cuadro 6 se describe la población que se afilia en un año dado, iniciando con 2007. En las columnas se presenta el año de corte para el cual se cuenta con información desagregada según edad: 2012 y 2013. Así, de los afiliados menores de 5 años para los cuales se cuenta con información en 2012, 16.036 se afiliaron al sistema en 2007, otros 252.448 lo hicieron en 2008, 411.908 en 2009 y así sucesivamente¹². El valor acumulado de niños afiliados en 2012 asciende por tanto, a 3.952.140, los cuales han sido vinculados al SGSSS en los años que van de 2007 a 2013. Es de anotar que el total de niños menores de 5 años obtenidos con el proceso descrito, difiere en alrededor de 250.000 niños, del derivado tomando como fuente el sistema Cubo del Ministerio, introducido previamente en este documento.

Frente a la información en el cuadro 6, el primer aspecto a resaltar es que pese a la depuración a la cual se sometió la base, se tienen inconsistencias como el contar con población cuya afiliación se inicia en 2013, pero que aparece reportada en el corte efectuado durante el mes de diciembre el año 2012¹³. Un total de 2.478 de los niños nacidos en 2013, aparecen en el corte de diciembre de 2012 como activos.

Un segundo aspecto en relación con la información en el cuadro 6 refiere al cambio en el número de nuevos afiliados cada año. Así, aunque en 2007 se incorporan al sistema de salud en calidad de afiliados, 17.888 niños en edad de primera infancia de los cuales en 2012, 16.036 estaban activos o suspendidos, el valor correspondiente a 2008 genera una variación entre los dos años que asciende a 1.474,3%. En 2012, otros 411.098 niños menores de cinco años que fueron afiliados en 2009 se encuentran activos o suspendidos, lo que implica una tasa de crecimiento respecto del año inmediatamente anterior de 63,2%. Estas tasas y las correspondientes a los otros períodos, dan cuenta de una volatilidad relativamente alta en el reporte de afiliación para el grupo de primera infancia. La pregunta al respecto es ¿qué factores ajenos al registro podrían explicar unas

¹² Se consideran los afiliados con estado activo y suspendido.

¹³ En 2012, los meses de corte incluidos en la base corresponden a los que van de mayo a diciembre de ese año.

variaciones tan altas? Puesto el foco en la capacidad del sistema para un ajuste tan amplio, la única respuesta plausible apunta a fallas en el proceso que soporta la conformación del registro de información, o en la forma en que opera el mismo.

Un análisis y conclusiones similares se obtendrían, si la atención se fija en 2013 como año de corte. Nuevamente aparecen incrementos que superan el mil por ciento en el número de niños y niñas menores de cinco años que se incorpora al sistema a través de la afiliación entre 2007 y 2008. Las variaciones en afiliación para el resto de años no son nada despreciables. Eso se concluye puesto que se esperaría un ritmo de afiliación que responda a la capacidad administrativa del sistema para atender esa labor. Si esa es efectiva, el número de afiliados sería alto pero relativamente estable a lo largo del tiempo.

Un tercer elemento a considerar de la información en el cuadro 6 es la variación en el número de afiliados menores de cinco años en los cortes de la base (2012 y 2013). Así, se esperaría que ese número se mantenga más o menos estable. Esto es, no es fácil explicar por qué se pierde alrededor de un 19,2% de los afiliados en el rango de edad objeto de interés entre los dos cortes. Si bien es cierto, es factible que algunos de ellos ya hubiesen igualado o superado los seis años como rango de edad que delimita la primera infancia, la caída en el reporte de afiliación para cada año de incorporación al sistema como afiliado entre los dos períodos de corte se amplía con el paso del tiempo (última columna en el cuadro 6).

Finalmente, es de resaltar el comportamiento mes a mes de la afiliación, el cual en parte refleja la situación descrita previamente. Para detallar ese comportamiento, a manera de ejemplo, se toma la población afiliada en dos años, 2008 y 2011. Es de esperar que para cada uno de los cortes mensuales que se llevan a cabo en 2012 o en 2013, el número de afiliados correspondiente a cada año de ingreso se replique¹⁴. Esto si se guarda consistencia con la tasa de crecimiento de la población proyectada. Sin embargo, a 2012 por ejemplo, los niños incorporados al sistema de salud en 2008 o 2011 deberían aparecer distribuidos en cualquiera de los estados de afiliación considerados: activo, suspendido, retirado, desafiliado, e incluso otras dos que en realidad no se sabe bien a qué corresponden (“afiliación” y “afiliado FA”). Lo esperado no guarda coherencia con lo que se refleja en el cuadro 7.

¹⁴ En 2008 se afiliaron 264.638 niños en edad de primera infancia y en 2011 otros 1.081.344 niños.

Cuadro 7. Primera infancia: Estado de afiliación en 2012 por mes de corte para la población incorporada al sistema en 2008 o 2011

Año de inicio afiliación	Mes de corte	Estado de Afiliación						Total
		Activo	Suspendido	Retiro	Desafiliado	Afiliación	Afiliado FA	
2008	05	42.077	3	125	2.239	0	129	44.573
	06	32.780	0	121	1.530	0	91	34.522
	07	31.188	2	105	1.482	0	88	32.865
	08	28.228	0	95	1.235	0	82	29.640
	09	28.730	0	92	1.149	0	99	30.070
	10	27.355	0	71	1.105	0	73	28.604
	11	7.909	0	32	2	1	14	7.958
	12	54.176	0	175	1.879	1	175	56.406
2011	05	208.973	1.506	14.432	18.394	0	235	243.540
	06	133.775	339	5.627	7.608	2	249	147.600
	07	120.137	173	4.362	5.721	0	256	130.649
	08	105.253	143	3.485	4.292	0	227	113.400
	09	104.477	91	3.320	3.858	0	238	111.984
	10	97.382	88	2.720	3.202	0	251	103.643
	11	26.678	92	694	37	0	76	27.577
	12	192.029	68	4.864	5.454	0	536	202.951

Fuente: Cálculos CNC a partir de base de afiliación suministrada por el Ministerio de Salud y Protección Social en enero 20 de 2014.

En síntesis, tal como se percibe en el cuadro 7, los niños que inician su afiliación en 2008 y 2011, se dispersan a lo largo de los meses de corte de la base considerados durante 2012, cuando en el total correspondiente a cada mes se debería apreciar un número total de niños de 264.638 en el caso de quienes inician afiliación en 2008 o de 1.081.344 para los de 2011. Ninguno de esos números aparece durante el mes de mayo de 2012, como primer mes de corte considerado. Además de lo anterior, la afiliación de 2008 cae drásticamente entre octubre y noviembre de 2012 para luego registrar en diciembre, el valor de afiliación más alto en un período de corte. Para 2011 se aprecia igual comportamiento, uno similar al tomar ya no el año 2012 como aquel en el que se presenta el corte sino 2013, caso en el cual en donde el reporte más alto en afiliación corresponde al mes de junio¹⁵. Ahora bien, la información disponible no permite inferir cuáles son las razones detrás de ese nivel de rotación en el reporte de afiliación, situación que se intenta dilucidar mediante el trabajo en campo.

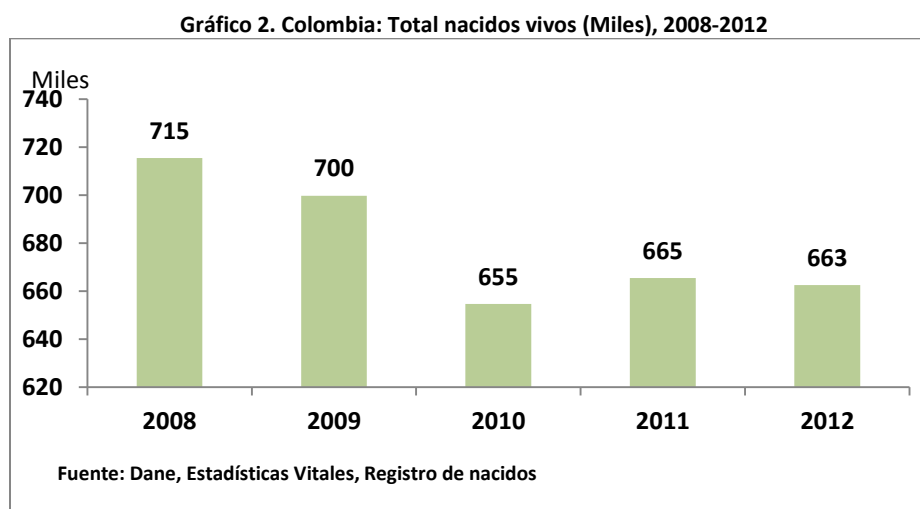
En consecuencia, en aras de despejar la última inquietud se desarrolla la siguiente sección que utiliza el reporte de Estadísticas Vitales publicado por el Dane en su página Web para analizar el comportamiento de los nacidos vivos. El análisis que se introduce permitiría luego, entender cuál

¹⁵ En la base disponible, los meses de corte para 2013 se extienden de enero a agosto.

podría ser el aporte del régimen de afiliación de la madre a la tasa de cobertura del aseguramiento de los niños y niñas menores de 5 años.

1.2.5 El registro de nacidos vivos y su aporte para entender la proyección de la población menor de 1 año

La cobertura de la afiliación de los niños menores de un año oscila para el período julio 2012 al mismo mes de 2013 entre 51 y 53 por ciento. En esos valores estarían influyendo tanto el comportamiento de la afiliación en el registro administrativo como el de la proyección de población. Los valores asociados a la proyección de población podrían ser confrontados con el registro de nacidos vivos, pues es de esperar que el número de niños menores de 1 año se aproxime al de nacidos vivos¹⁶. El gráfico 2 describe la evolución del total de nacidos vivos entre 2008 y 2012.



El gráfico 2 deja ver la caída en el número de nacidos vivos entre 2008 y 2012 que equivale a un 7,4%. Un análisis de dicha variación por departamento se presenta en el anexo 4. La caída en el número de nacidos vivos no tiene otra explicación que la existencia de problemas en el proceso del levantamiento del registro administrativo. En ese sentido si se toman las tasas de fecundidad específica estimadas para las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) en la Encuesta de Demografía y Salud de 2010 y se aplican a la proyección de mujeres por rango de edad para el año 2012, se tendría un aproximado de ochocientos mil nacidos vivos (cuadro 8)¹⁷.

¹⁶ Para el período, la tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) oscila alrededor de 18 por mil nacidos vivos, lo que significa que su efecto hacia la baja sobre el total de nacidos vivos no es significativo.

¹⁷ La tasa específica de fecundidad en mujeres entre 15 y 49 años, es el número de nacidos vivos de madres en igual rango de edad durante un período dado por cada 1.000 mujeres con edades en el rango referido en una determinada área geográfica.

Cuadro 8. Estimación de nacidos vivos en 2010 a partir de las tasas específicas de fecundidad de 2010

Rango de edad	Proyección Mujeres 2012	Tasa específica de fecundidad 2010	Estimación de nacidos vivos- 2012
15-19	2.147.601	84	180.398
20-24	2.037.584	122	248.585
25-29	1.881.166	100	188.117
30-34	1.729.487	70	121.064
35-39	1.551.280	38	58.949
40-44	1.511.796	12	18.142
45-49	1.478.857	2	2.958
Total 15 a 49 años	12.337.771		818.212

Fuente: Cálculos CNC sobre la base de proyecciones de población del Dane a Junio 30, y la ENDS 2010 de PROFAMILIA et al.

De otra parte, la Dirección de Censos y Demografía del Dane en un documento sin publicar titulado “Evaluación de la Calidad de las Estadísticas Vitales. Informe Final” de septiembre de 2011, estima una tasa de no cobertura del 14% en el registro de nacidos vivos. Conforme al mismo, la razón radica en la introducción del certificado de nacidos vivos en el Registro Único de Afiliados (RUAF) en 2008, lo que implicó pasar de un sistema basado en medio físico a otro magnético. Esta situación limita el uso de esa fuente para el desarrollo del objeto del estudio. Cabe anotar que el total de niños menores de 1 año afiliados al sistema de salud representa en 2012 apenas un 75% del total de nacidos vivos de madres pertenecientes a los regímenes contributivo o subsidiado, a pesar de la tendencia decreciente que registra ese último reporte (cuadro 8).

Es decir, que no se estaría dando cumplimiento a la normativa de afiliación automática al régimen de afiliación de la madre, independientemente de que esté en el régimen subsidiado o sea cotizante o beneficiaria cuando se trata del régimen contributivo¹⁸. Para 2012, por departamentos, Atlántico, Córdoba, Magdalena, Meta y Norte de Santander presentan los desfases más grandes entre el total de niños y niñas menores de 1 año afiliados al sistema de salud y el número de nacimientos de madres también afiliadas al mismo (cuadro 9). Para otros cinco departamentos, el número de niños afiliados al sistema de salud a través de cualquiera de los dos regímenes supera el total de nacidos vivos de madres que se encontraban afiliadas (cuadro 9). Estos departamentos son Cauca, Cundinamarca, Chocó, Guainía y Vichada. Frente a ellos habría que anotar que o bien tienen serios problemas en el reporte de afiliación, o por el contrario, en ellos el sub-reporte en el registro de nacidos vivos es bastante serio. De esa forma, todo el aporte al desfase entre la afiliación del menor de 1 año y el número de nacidos vivos se explica por el comportamiento del régimen subsidiado para el caso de Guainía y la mayor parte de los problemas en Chocó y Vichada (cuadro 9). Por su parte, en Cauca y Cundinamarca los problemas parecen radicar en el régimen contributivo.

¹⁸ El bebé **quedará automáticamente afiliado** y tendrá derecho a recibir de manera inmediata todos los beneficios incluidos en el POS-S, sin perjuicio de la necesidad de registrar los datos del recién nacido en el formulario correspondiente (artículo 62 del Decreto 806 de 1998 por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud).

Cuadro 9. Menores de 1 año de edad afiliados al sistema de salud en relación al total de nacidos vivos según régimen de afiliación de la madre

Departamento	Afiliados		Nacimientos según régimen afiliación madre		Participación de afiliados en nacimientos (%)		
	Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado	Contributivo	Subsidiado	Ambos regímenes
Antioquia	28.882	21.689	33.237	35.349	86,9	61,4	73,7
Atlántico	13.523	9.703	16.427	21.306	82,3	45,5	61,6
Bogotá D.C.	61.203	11.474	78.366	25.240	78,1	45,5	70,1
Bolívar	7.989	14.893	9.435	22.855	84,7	65,2	70,9
Boyacá	5.278	7.374	5.772	10.427	91,4	70,7	78,1
Caldas	3.370	4.391	3.881	5.892	86,8	74,5	79,4
Caquetá	856	4.865	1.065	5.931	80,4	82,0	81,8
Cauca	2.483	13.032	2.144	12.808	115,8	101,7	103,8
Cesar	4.450	9.936	5.214	13.256	85,3	75,0	77,9
Córdoba	3.449	13.224	4.656	22.010	74,1	60,1	62,5
Cundinamarca	12.288	10.420	8.978	12.970	136,9	80,3	103,5
Chocó	554	4.500	359	2.474	154,3	181,9	178,4
Huila	3.985	12.019	5.034	14.993	79,2	80,2	79,9
La Guajira	2.496	7.625	2.583	7.959	96,6	95,8	96,0
Magdalena	4.832	8.726	6.343	14.796	76,2	59,0	64,1
Meta	5.099	4.022	6.948	7.337	73,4	54,8	63,9
Nariño	2.003	12.182	2.737	13.652	73,2	89,2	86,6
Norte de Santander	5.085	5.824	6.603	10.890	77,0	53,5	62,4
Quindío	1.697	2.170	2.348	3.236	72,3	67,1	69,3
Risaralda	4.218	3.872	5.235	5.314	80,6	72,9	76,7
Santander	13.389	8.736	15.913	13.150	84,1	66,4	76,1
Sucre	2.062	7.583	2.623	11.737	78,6	64,6	67,2
Tolima	4.896	6.666	5.728	11.021	85,5	60,5	69,0
Valle del Cauca	21.703	14.302	26.486	22.916	81,9	62,4	72,9
Arauca	470	2.425	577	3.312	81,5	73,2	74,4
Casanare	2.089	3.246	2.134	4.184	97,9	77,6	84,4
Putumayo	389	3.273	423	3.305	92,0	99,0	98,2
San Andrés	375	179	444	306	84,5	58,5	73,9
Amazonas	184	753	226	1025	81,4	73,5	74,9
Guainía	30	411	39	336	76,9	122,3	117,6
Guaviare	148	657	154	934	96,1	70,3	74,0
Vaupés	22	335	38	491	57,9	68,2	67,5
Vichada	49	513	48	469	102,1	109,4	108,7
Total	219.546	231.027	262.198	341.881	83,7	67,6	74,6

Fuente: Cálculos CNC a partir de RUAF. Cubo de afiliados a salud - BDUA. Consulta 04/11/ 2013; Registro de nacimientos de las Estadísticas Vitales del Dane. Consulta septiembre 10 de 2013.

En el cuadro 9 se aprecia que es en el régimen subsidiado en donde se presentan los mayores desfases entre el total de niños y niñas menores de 1 año afiliados y el número de nacidos vivos de madres que pertenecen al mismo régimen, 67,6% en 2012. Se tienen departamentos en los cuales el total de niños y niñas menores de 1 año afiliado no llega a representar ni siquiera la mitad del total de nacidos vivos de madres pertenecientes al régimen subsidiado, Atlántico y Bogotá, por ejemplo. En Meta y Norte de Santander, los menores de 1 año afiliados apenas sí superan la mitad de los nacidos vivos de madres en el régimen subsidiado.

En principio, aunque el niño queda afiliado automáticamente al régimen al que pertenece su madre, sus padres deben legalizar la afiliación presentando en el transcurso del primer mes de

nacido, el registro civil. De acuerdo a ello, se podría pensar que o bien, el niño no está siendo incorporado como afiliado del sistema sobre la base del certificado de nacido vivo, o si lo es, estaría quedando luego por fuera porque sus padres no proceden a legalizar la afiliación automática presentando el registro civil en el transcurso del primer mes de nacido. Una revisión del comportamiento de la emisión de registros civiles podría ayudar a esclarecer ese interrogante.

Entre 2010 y 2012, la Registraduría Nacional del Estado Civil reporta la emisión de un total de 2.635.923 registros civiles, de los cuales 870.713 corresponden a 2010, 867.616 a 2011 y 897.594 a 2012. Pese a que la tasa es creciente y el total de registros para cada año es muy cercano a la proyección de población menor de 1 año, se desconoce la edad del niño o niña en la cual se expide el registro civil¹⁹.

Para concluir, el uso del registro de nacidos vivos en Estadísticas Vitales a pesar de los problemas de sub-reporte, parece indicar la presencia también de fallas en el proceso de registro de la afiliación. De hecho, como se indicó, el registro de nacidos vivos ha sido incorporado al igual que el de afiliación al RUAF y el punto de quiebre hacia el sub-reporte en el primero se inicia precisamente desde el momento en que se adopta el proceso en línea.

1.2.6 Uso de los servicios de salud y su aporte al análisis de la afiliación de la primera infancia

Desde su creación, los problemas de registro han caracterizado el RIPS. En ese sentido, a pesar de los avances en la depuración de la información recopilada a través de ese registro que le ha impregnado calidad, es importante tener cierta cautela en el momento de utilizarla para soportar decisiones de política. En nuestro caso queremos usarla solo para dar una idea de la tendencia en el uso de los servicios de un lado, y para confrontar la misma con la registrada por la afiliación. En vista de ello, para reducir un poco el impacto del sub-registro construiremos una media móvil limitada a un período de dos años. No se toma un período mayor, tres años por ejemplo, puesto que el acceso a la información mediante el sistema de Cubo habilitado por el Ministerio de Salud, solo incluye los años 2009 a 2012.

En el cuadro 10 se incluye el promedio móvil del número de niños menores de 1 año y los que están entre 1 y 5 años de edad que accedieron a servicios de salud durante los años 2009 y 2012. Los servicios accedidos abarcan consulta, hospitalización, procedimientos y urgencias, y la persona que haya utilizado uno de ellos o más, en una o varias ocasiones se contabiliza solamente una vez. Además del promedio móvil, en el cuadro 10 se exhibe la variación entre los años que conforman la media móvil. El número total de niños y niñas atendidas con edades inferiores al año, el cual incluye además de los afiliados a los regímenes contributivo, subsidiado y vinculado, otros grupos poblacionales como: particular, desplazado con afiliación a régimen contributivo, desplazado con afiliación a régimen subsidiado, desplazado no asegurado o desplazado vinculado y otro. Al centrarse en ese total se observa que supera la población afiliada al sistema de salud en el mismo

¹⁹ Información al 31 de diciembre de 2012 en “Registros Civiles de Nacimientos en Cifras”, consultada en la página Web de la Registraduría Nacional del Estado Civil, el 8 de Noviembre de 2013.

rango de edad. Esto es, mientras que entre 2012 y 2013 la afiliación de los niños menores de 1 año es de 437.512 en el primer año y de 458.653 en el segundo, la atención supera los 500.000 niños en igual rango de edad.

Cuadro 10. Niños que accedieron a servicios de salud en Colombia: Media móvil 2009-2012

Régimen de afiliación	Menores de 1 año			1 a 5 años		
	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Contributivo	260.194	235.215	246.848	1.101.438	1.089.604	1.157.318
Variación		-9,6%	4,9%		-1,1%	6,2%
Subsidiado	259.526	240.282	239.824	1.125.469	1.055.255	1.016.224
Variación		-7,4%	-0,2%		-6,2%	-3,7%
Vinculado	61.746	53.069	57.171	79.665	88.533	87.608
Variación		-14,1%	7,7%		11,1%	-1,0%
Total País*	557.112	512.313	546.234	2.304.099	2.238.434	2.290.690
Variación		-8,0%	6,6%		-2,8%	2,3%
Vinculados en total atendidos	11,08%	10,36%	10,47%	3,46%	3,96%	3,82%

* Incluye además de los regímenes, contributivo, subsidiado y vinculado, discriminados en el cuadro, otros grupos poblacionales como: Particular, Desplazado con afiliación a régimen contributivo, Desplazado con afiliación a régimen subsidiado, Desplazado no asegurado o vinculado y Otro.
Fuente: Cálculos CNC sobre la base de RIPS, consulta Octubre 13 de 2013.

El anterior resultado soporta igualmente el argumento de la existencia de problemas en el registro de afiliados. Con mayor razón al tener en cuenta que el peso del número de niños menores de 1 año que acceden a los servicios en calidad de vinculados, en el total de personas atendidas no supera el 11% entre 2009 y 2012. Ahora bien, al comparar la participación de los vinculados menores de 1 año entre el total de atendidos de la misma edad, se observa que ese porcentaje supera ampliamente el correspondiente a los niños con edades entre 1 y 5 años (última fila en el cuadro 10). Esto indicaría que efectivamente, existe un número de niños menores de 1 año que no están siendo afiliados al momento de su nacimiento y la Circular 24 de 2012 les facilita el acceso a los servicios sin necesidad de afiliación. Esa proporción de niños y niñas menores de 1 año, no muestra sin embargo, una tendencia al alza entre 2009 y 2012.

Por regímenes, la desviación entre el número de atendidos respecto de los afiliados es muy similar. El registro de afiliados arroja para el año 2012²⁰, una población total menor de un año de edad de 218.797 para el régimen contributivo y otra de 217.113 para el subsidiado, ambas por debajo del número de personas atendidas en igual rango de edad que se describen en el cuadro 10 para el período 2011-2012. Es necesario tener en cuenta que no todos los niños entre 0 y 5 años demandan servicios de salud por enfermedad o prevención. La cobertura del esquema completo de vacunación para los niños y niñas entre 12 y 23 meses puede tomarse como un referente de esa situación. Conforme a la Encuesta de Demografía y Salud de 2010, solo el 68,4% de los niños en ese rango de edad contaba con el esquema completo²¹.

²⁰ A Julio de 2012.

²¹ PROFAMILIA et al. ENDS 2010, Cuadro 10.30, pp. 262.

Lo anterior implica que al tomar el total de afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado como proporción de la proyección censal se alcanzaría para el año 2012 una tasa de afiliación de 56,2% en lo que respecta a los menores de 1 año y otra de 50,8% para los que tenían edades entre 1 y 5 años. Tomando en conjunto la población de 0 a 5 años, la tasa de cobertura en afiliación que resulta de considerar solo los que pertenecen a esos dos regímenes es de 51,8% en 2012²². Las tasas de cobertura de afiliación así calculadas son mayores que las correspondientes a la población total, 40,1%.

Al considerar el rango de edad de 1 a 5 años, se aprecia cierta concordancia entre la atención de niños y niñas, descrita en el cuadro 10 y la población afiliada que para los años 2012 y 2013 supera las 3.200.000 personas. Podríamos por tanto, indicar que los resultados relacionados con la atención de los servicios demandan cierto cuidado en relación a la revisión del registro de la población menor de 1 año de edad, confirmando los resultados que se presentaron previamente.

1.2.7 Afiliación población en primera infancia por municipio, 2012 a 2013

Un número equivalente a 202 municipios registraron al mes de julio de 2012, una cobertura de afiliación para el total de la población igual o superior al 100% (cuadro 11). A julio de 2013, el número de municipios que compartían esa característica es de 206. Si el registro es el correcto y la proyección de población es la adecuada, ningún municipio debería mostrar una tasa superior al 100%. Sin embargo, en 2012, 83 municipios (81 en 2013), que representan cerca del 7,5% del total de municipios en el país tienen una cobertura de afiliación en salud para la población total que supera un 110%²³.

En 2012, los municipios con tasas de afiliación para la población total igual o superior al 100% se distribuyen en 29 de los 33 departamentos²⁴, de los cuales la mayor participación como se observa en la tercera columna del cuadro 11 corresponde a Antioquia, Cesar, Magdalena, Santander y Sucre. Además de identificar el número de municipios con cobertura en la afiliación superior al 100%, importa también saber qué proporción representan ellos en el total de municipios que reportó información al RUAF en ese año (2012), situación que se describe en las dos últimas columnas del cuadro 11. Entre el total de municipios que reportó información de afiliación en 2012, para un 18,5% el número de afiliados supera su proyección de población.

²² La tasa se calcula considerando la atención construida con la media móvil 2011-2012. Al calcular esa tasa de cobertura el número de niños y niñas en los regímenes contributivo y subsidiado excluye los grupos que se describen en el RIPS como “Desplazado con afiliación a régimen contributivo” y “Desplazado con afiliación a régimen subsidiado”, los cuales para 2012 alcanzan en conjunto un valor de 261 personas en 2011 y de 388 en 2012.

²³ Una cobertura de afiliación superior al 100%, no necesariamente está asociada a la recepción de población desplazada. Así, si se toma la población desplazada entre 1999 y 2010 según municipio de recepción se observa que poco más de la mitad de esa se concentra en 21 municipios (50,6%), de los cuales solo 9 hacen parte del grupo de municipios en los cuales la cobertura en afiliación supera la población total.

²⁴ Contando a Bogotá entre el número de departamentos.

Cuadro 11. Número de municipios por departamento con afiliación para la población total igual o superior al 100%. 2012

Departamento	Con afiliación >= 100%		Con información de afiliación	
	Número	Participación (%)	Número	[Con afiliación >=100%]/[Con Información]
Antioquia	20	9,90	125	16,00
Atlántico	4	1,98	23	17,39
Bolívar	11	5,45	46	23,91
Boyacá	13	6,44	123	10,57
Caldas	4	1,98	27	14,81
Caquetá	1	0,50	16	6,25
Cauca	9	4,46	43	20,93
Cesar	21	10,40	25	84,00
Córdoba	9	4,46	30	30,00
Cundinamarca	8	3,96	116	6,90
Chocó	10	4,95	31	32,26
Huila	2	0,99	37	5,41
La Guajira	4	1,98	15	26,67
Magdalena	14	6,93	30	46,67
Meta	5	2,48	29	17,24
Nariño	10	4,95	64	15,63
Norte de Santander	5	2,48	40	12,50
Risaralda	2	0,99	14	14,29
Santander	11	5,45	87	12,64
Sucre	14	6,93	26	53,85
Tolima	3	1,49	47	6,38
Valle	8	3,96	42	19,05
Arauca	1	0,50	7	14,29
Casanare	6	2,97	19	31,58
Putumayo	3	1,49	13	23,08
Amazonas	1	0,50	8	12,50
Guainía	1	0,50	2	50,00
Vaupés	1	0,50	4	25,00
Vichada	1	0,50	4	25,00
Total general	202	100,00	1.093	18,48

Fuente: Cálculos CNC a partir Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAf. Cubo de afiliados a salud - BDUA. Consulta Octubre 18 de 2013.

En el caso de Cesar, el 84% de los municipios para los cuales se cuenta con información de afiliación al sistema de salud, registra coberturas que igualan o superan el 100%, como síntoma de problemas con la información en ese departamento, dando a entender que ya no se puede argumentar meramente la existencia de fallas en la proyección de población. El cálculo de ese porcentaje para Sucre se acerca al 54%, equivale a un 50% de los municipios que reportan información sobre afiliación a salud para Guainía, y un 47% para Magdalena. Mientras que esa situación se replica en 1 de cada 3 municipios de los que reportaron información en los departamentos de Córdoba, Chocó, y Casanare (cuadro 11). Es decir, que si la afiliación de la población total supera el 100% en un número considerable de municipios de un departamento, para explicar la brecha que separa a la primera infancia de la media nacional, sería necesario argumentar que, no solo la proyección de población es baja, sino que adicionalmente se tienen problemas serios en la estructura etárea de la población. Ese supuesto sería necesario para poder mantener la veracidad en la tasa de cobertura de la afiliación total a nivel nacional que supera el 90%.

Durante 2012, entre los 202 municipios con cobertura superior al 100% para la población total, 161 no alcanzaron la cobertura universal para la primera infancia. Si se consideran solamente aquellos para los cuales la cobertura de afiliación en niños y niñas menores de 6 años es inferior a 90%, el número de municipios es todavía alto, 121. Finalmente, si se repasa cuáles entre los 202 municipios referidos presentan una tasa de afiliación en salud para la primera infancia inferior a la media nacional (72,5%), se tiene un total de 21 municipios que equivalen al 10% de los 202. Esta situación estaría indicando que para plantear que el problema radica en deficiencias en las proyecciones de población por grupo etáreo, como determinantes de las bajas coberturas de afiliación para la primera infancia, se requiere argumentar también que existen fallas en la ubicación de la población en los municipios. Esto, en cuanto se parte de que el dato de cobertura de la afiliación a nivel total en 2012 es correcto (91,52%)²⁵. Las variaciones en la afiliación en la población infantil que detallamos a continuación, podrían constituir un argumento adicional para empezar a girar la balanza en torno a una conclusión que apunte a que el problema radica más bien en el registro y no en la proyección censal.

Al tomar los 202 municipios referidos y centrarse en aquellos en los cuales entre 2012 y 2013 la afiliación de la primera infancia crece por debajo de 1%, se tiene un grupo de 79 municipios y otros 92 con una tasa de crecimiento de dicha afiliación superior a 1%²⁶. Aquellos con una reducción en la afiliación entre Julio de 2012 y el mismo mes de 2013 de 1% o más se organizan en el anexo 5 en cinco grupos a partir del monto de su variación²⁷. Los que se clasifican en el quintil más bajo registran reducciones en la afiliación entre -7,7% y -18,6%, variaciones que no tendrían explicación alguna más que una suspensión en el registro. En el segundo grupo se encuentran municipios con reducción en la afiliación que gira entre -4,6% y -7,3% todavía altas (anexo 5).

De otro lado, al tomar entre los 202 municipios en los cuales nos hemos centrado, los 92 con variación en la afiliación a la primera infancia superior a 1% y organizarlos también en quintiles, se aprecia que el quintil más alto (5) corresponde a municipios en los cuales la afiliación aumenta entre 8,3% y 35,4% (anexo 6). Un aumento de tal magnitud en la afiliación tampoco tendría explicación diferente a que en 2012 se presentó un sub-registro. El cambio en la población en edad en primera infancia como se ha indicado no estaría superando el 1%. Los municipios en el cuarto grupo (quintil) presentan aumentos en la afiliación de la primera infancia que oscilan entre 5,5% y 8,1%, también relativamente altos. Por tanto, al utilizar para el cálculo de la cobertura en afiliación, un valor en el denominador que prácticamente se mantiene constante, no habría ocasión para obtener aumentos en la afiliación como los referidos.

Más aún, al considerar los municipios con aumentos en la afiliación de la primera infancia relativamente alta, independiente de que pertenezcan al grupo para los cuales se ha alcanzado la afiliación universal o más, se tienen 66 municipios para los cuales se registra un incremento en la

²⁵ Cálculo nuestro utilizando la información en el RUAF a Julio de 2012, el cual es generado a partir del sistema de Cubo de información.

²⁶ Tomamos 1% como punto de corte en la medida en que conforme a las proyecciones de población, los niños y niñas menores de 5 años crecen entre 2012 y 2013 a una tasa de 0,18%.

²⁷ Se construyen quintiles a partir del valor de la variación.

afiliación superior al 10%. En Norosí (Bolívar) la afiliación de los niños y niñas menores de 5 años más que se duplica (103,5%), en el Charco (Nariño) aumenta en un 65,7%, en San Calixto (Norte de Santander) el aumento alcanza un 47,4%, y otro 70,4% en Cumaribo (Vichada).

Así mismo, al considerar aquellos con reducciones en la afiliación para la primera infancia, independientemente del logro de cobertura universal, se tienen otros 68 municipios. Entre ellos se encuentran 3 municipios de Amazonas en donde desde el número de afiliados indicaría problemas en el registro y con ese, la variación entre los dos años (2012 y 2013): La Chorrera, La Victoria y Tarapaca. En primer lugar, en ninguno de ellos la tasa de afiliación alcanza para los dos años el 1%. En segundo lugar, en el primero la caída en la afiliación de 2012 a 2013 es de 75%, en el segundo del 100% y en el tercero de 50%. Pero la pregunta principal es, ¿hasta qué punto una EAPB estaría dispuesta a mantener un número total de afiliados que oscila entre 4 y 37 en un municipio, con los costos que ello pueda implicar? Aparte de esos municipios llama la atención, la variación en Almeida (-21,9%) y Macanal (-19,3%) en Boyacá, Bituima en Cundinamarca (-20,2%), San Cayetano en Norte de Santander (-20,2%), California (-35,0%) y Vetas (-25,2%) en Santander, y Sácama (-22,3%) en Casanare (anexo 7). Tanto aumentos como caídas en las magnitudes descritas llevan a pensar que lo que se tiene es un problema en interrupciones en el proceso de registro de afiliados al sistema, situación que se podría comprobar revisando la afiliación por EAPB.

1.2.8 Comportamiento entre 2012 y 2013 de la afiliación a la primera infancia considerando la EAPB

A partir del Registro Único de Afiliados se obtiene información sobre afiliación para población en edad de primera infancia distribuida en 78 Empresas Administradoras de Servicios de Salud (EAPB) tanto del régimen contributivo como del subsidiado y especial²⁸. En 2012, las quince EAPB en el cuadro 12, concentraron el 62% de la afiliación de niños y niñas entre 0 y 5 años de edad. Es decir, que cualquier interrupción en su reporte de afiliación tendría consecuencias importantes en la cobertura calculada para un determinado año.

²⁸ Incluye EAPB, Servicios especiales de magisterio y universidades, Ecopetrol y cajas de compensación familiar.

Cuadro 12. Comportamiento de la afiliación entre 2012 y 2013 para las 15 EAPB con mayor participación en el total de afiliados

Código	Nombre EAPB	Niños afiliados según rango de edad - 2012			Niños afiliados según rango de edad - 2013			Variación 2012-2013 según rango de edad			Peso EAPB en afiliación niños 0 a 5 años %)	
		Menos de 1 año	1 a 5 años	0 a 5 años	Menos de 1 año	1 a 5 años	0 a 5 años	Menos de 1 año	1 a 5 años	0 a 5 años	2012	2013
EAPB013	E.P.S. SALUDCOOP	51.538	317.516	369.054	50.736	306.962	357.698	-1,6	-3,3	-3,1	9,9	9,6
EAPB020	CAPRECOM EAPB	28.201	269.630	297.831	30.824	281.125	311.949	9,3	4,3	4,7	8,0	8,4
EAPB016	Coomeva E.P.S. S.A.	39.065	231.311	270.376	35.926	215.822	251.748	-8,0	-6,7	-6,9	7,2	6,8
EAPB002	Salud Total S.A. E.P.S.	24.848	156.194	181.042	25.696	156.282	181.978	3,4	0,1	0,5	4,9	4,9
ESS062	Asociación Mutual la Esperanza ASMET Salud	18.398	129.666	148.064	21.363	145.433	166.796	16,1	12,2	12,7	4,0	4,5
EAPB017	E.P.S. FAMISANAR LTDA.	19.074	122.452	141.526	19.453	120.618	140.071	2,0	-1,5	-1,0	3,8	3,8
ESS133	Cooperativa de Salud Comunitaria-Comparta	13.389	125.594	138.983	14.464	127.999	142.463	8,0	1,9	2,5	3,7	3,8
ESS024	Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda. COOSALUD E.S.S.	13.780	116.266	130.046	17.531	130.207	147.738	27,2	12,0	13,6	3,5	4,0
CCF002	Caja de Compensación Familiar de Antioquia Comfama	12.419	112.812	125.231	14.825	127.796	142.621	19,4	13,3	13,9	3,4	3,8
EAPB010	EAPB y Medicina Prepagada Suramericana S.A	16.657	104.310	120.967	18.467	108.700	127.167	10,9	4,2	5,1	3,2	3,4
ESS118	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	13.234	96.526	109.760	16.679	113.573	130.252	26,0	17,7	18,7	2,9	3,5
ESS207	Asociación Mutual Ser Empresa Solidaria de Salud ESS	10.445	91.854	102.299	14.012	101.749	115.761	34,2	10,8	13,2	2,7	3,1
EAPBS26	SOLSALUD E.P.S. S.A	8.532	88.040	96.572	5.687	54.008	59.695	-33,3	-38,7	-38,2	2,6	1,6
EAPBS03	CAFESALUD E.P.S. S.A.	8.695	72.370	81.065	9.784	73.543	83.327	12,5	1,6	2,8	2,2	2,2
ESS002	Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de la Salud E.S.S. EMDISALUD ESS	6.512	71.769	78.281	3.785	37.418	41.203	-41,9	-47,9	-47,4	2,1	1,1
	Total 15 EAPB	278.275	2.034.541	2.312.816	295.447	2.063.817	2.359.264	6,2	1,4	2,0	62,0	63,6
	Total General	437.521	3.294.697	3.732.218	458.659	3.253.441	3.712.100	4,8	-1,3	-0,5	100,0	100,0

Fuente: Cálculos CNC a partir Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAF. Cubo de afiliados a salud - BDUJ. Consulta Octubre 21 de 2013.

Entre las EAPB que concentran la afiliación se encuentran varias para las cuales esa cae o aumenta de manera importante entre los dos años. EMDISALUD ESS, por ejemplo, la última EAPB descrita en el cuadro 12 registra una caída en su afiliación cercana a la mitad de sus afiliados en 2012 (47,4%), cuya explicación podría apuntar en parte al no reporte de la información, o al traslado de los afiliados obedeciendo a la resolución 001862 de la Superintendencia de Salud del 4 de julio de 2012 que ordena la toma de posesión inmediata de los bienes, haberes y negocios y la intervención para liquidar a la entidad.

Los niños en primera infancia afiliados a SOLSALUD E.P.S., en liquidación, también se habrían reducido en un 38,2%, mientras que los de Coomeva lo harían en un 6,9% (cuadro 12). Excepto por Coomeva EAPB, para aquellas entidades en las cuales la afiliación a la primera infancia se reduce entre los dos años, el efecto es menor para los niños que tienen menos de un año si se les compara con los correspondientes a los niños con edades entre 1 y 5 años.

Aumentos en la afiliación de la primera infancia entre 2012 y 2013 por fuera de lo esperado, también son propios de las EAPB que más aportan a la afiliación total de esa población. En el cuadro 12 se aprecian incrementos en la afiliación de los niños y niñas menores de 5 años, superiores al 5%, es decir, por encima de su tasa de crecimiento poblacional. Más aún, para el grupo de niñas y niños menores de 1 año, llaman la atención aumentos de 9,3% (CAPRECOM EAPB), 16,1% (Asociación Mutua la Esperanza ASMET Salud), 27,2% (COOSALUD E.S.S.), 19,4% (Caja de Compensación Familiar de Antioquia Comfama), 10,9% (EAPB y Medicina Prepagada Suramericana S.A), 26,0% (EMSSANAR E.S.S.), 34,2% (Asociación Mutua Ser Empresa Solidaria de Salud ESS) y 12,5% (CAFESALUD E.P.S. S.A.), que remiten el problema a fallas en el reporte de la información.

Al considerar el total de EAPB que reportaron información de afiliación (78), se aprecia que en 35 de ellas la afiliación a la primera infancia se reduce en un 5% o más entre 2012 y 2013²⁹. Por su parte, para 24 EAPB la afiliación de los niños y niñas entre 0 y 5 años presenta aumentos iguales o por encima del 5% de 2012 a 2013³⁰.

La información en el cuadro 12 da cuenta del comportamiento promedio de las EAPB. Esto es, esa información es una media del registro en los diferentes municipios en los cuales opera la EAPB. En ese sentido, podríamos realizar una nueva lectura de esa información indicando los departamentos en los cuales una determinada EAPB presenta mayores problemas en el reporte de la misma³¹. Esa tarea se resume en el anexo 8. Una reducción en la afiliación en el 100% que se

²⁹ Si los niños en primera infancia afiliados al sistema de salud en 2012 y 2013 se dividen entre los que tienen menos de 1 año y los que están entre 1 y 5 años se tienen 36 EAPB con reducción entre los dos años en la afiliación, igual o superior al 5% para el segundo grupo y 25 EAPB para el primero. Tomados en conjunto (primera infancia) se alcanzan las 35 EAPB referidas en el texto.

³⁰ Para 33 EAPB la afiliación de los menores de un año crece por encima del 5%, mientras que el número de EAPB correspondiente a igual aumento en la afiliación de los niños y niñas entre 1 y 5 años entre 2012 y 2013 es de 22.

³¹ A pesar de que se intentó realizar el análisis a nivel de municipio, el Cubo de Afiliaciones Salud_BDUA no responde, quizá porque el proceso es muy pesado.

repite sesenta y seis veces en el anexo 8 es un indicio de que durante ese mes, la EAPB no reportó la información. Podrían incluso obviarse las EAPB en las cuales el número de afiliados en edad de primera infancia para 2012 es insignificante, pero el problema de no reporte sigue en pie.

Así, entre los 29 departamentos en los cuales se encuentran EAPB con un no reporte total de su afiliación para 2013 sobresalen: Atlántico con 6 EAPB; Antioquia, Bogotá y Valle, cada uno con 5 EAPB; Cauca con 4 EAPB; y, Quindío y Boyacá, cada uno con 3 EAPB (anexo 8). Aunque Amazonas y Casanare con 3 EAPB en cada uno no reportaron afiliados en edad de primera infancia en 2013, en estos más que eso preocupa el número total de ellos que vienen reportando. Al considerar el no reporte de la información, las EAPB que más se repiten son: Salud COLPATRIA en 12 ocasiones, Cóndor con 7, FAMISANAR y ECOOPSOS en 5 ocasiones cada una, y, Humana Vivir, Salud Vida y Solsalud (en liquidación), en 4 ocasiones cada una.

Por regímenes, el grupo de EAPB del régimen contributivo reporta una reducción en la afiliación de la primera infancia entre 2012 y 2013 de -2,4% (anexo 9), con una contribución importante a esa caída de Salud COLPATRIA E.P.S. (-99,97%), Golden Group S.A. EAPB (-25,3%), Humana Vivir (-52,8%), y SOLSALUD E.P.S. S.A (-41,91%). Pese a que en promedio, la afiliación al régimen subsidiado entre los dos años considerados aumenta en menos del 1%, a ese contribuyen desde entidades que dejaron de reportar el total de sus afiliados como Caja de Compensación Familiar FENALCO de Tolima COMFENALCO, E.P.S. Cóndor S.A., hasta otras con aumentos relativamente altos —Capital Salud a la cual se traslada parte de los afiliados de Colsubsidio en Bogotá que anunció su retiro a finales de 2012 (75,6%), Caja de Compensación Familiar de Córdoba COMFACOR (39,3%), Caja de Compensación Familiar de Nariño "COMFAMILIAR NARIÑO" (25,4%), y SALUDVIDA S.A. E.P.S (32,7%). El reporte del total de afiliados en el régimen de excepción por su parte pasa de 16.529 personas en 2012 a 30.151 en 2013, lo que equivale a un aumento de 82,4%(anexo 9).

A este punto, podríamos concluir por tanto, que el problema se asocia más a fallas en el proceso de registro de la afiliación de los niños en edad de primera infancia. Es decir, al no reporte de la misma, y a inconvenientes asociados tanto al registro de nacidos vivos luego de la incorporación de las Estadística Vitales en el RUAF que está asociada a un sub-reporte en el número de nacimientos. Las fallas parecen referirse también a la aplicación de la afiliación automática de los recién nacidos, pues el número de afiliados es inferior al total de nacidos vivos de madres afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado, pese a la caída en el reporte en esa última. Finalmente, tal como se inició este documento, podrían existir fallas en el registro de la edad de los afiliados. Ante ello, para terminar el análisis del componente cuantitativo consideramos de gran ayuda, chequear los inconvenientes mencionados tomando como referente el caso de Bogotá.

1.2.9 Aproximando el problema de la afiliación al sistema de salud para el caso de Bogotá

Para tener una idea del comportamiento de la afiliación al interior de un municipio, considerando los diferentes elementos utilizados en el análisis previamente —variación en la afiliación, cobertura de la misma, comportamiento del registro de nacidos vivos— se desarrolla esta sección en la cual se revisa el caso de Bogotá. El Distrito Capital figura entre las regiones o municipios en

los que la reducción en la afiliación de los niños y niñas menores de 5 años es más notoria (-3,1% entre julio de 2012 y el mismo mes de 2013 como se aprecia en el anexo 2). La situación de Bogotá merece particular atención no solo por constituir el Distrito Capital, hecho que se asocia a niveles más altos en cuanto aseguramiento en salud y a un manejo más eficiente de la información, sino también por el retiro de dos EAPB del régimen subsidiado en 2012.

Además de la información que se consigna en el registro administrativo concerniente a la afiliación al sistema de salud, Bogotá cuenta con una encuesta con características similares a la de Calidad de Vida. Se trata de la Encuesta Multipropósito aplicada en 2011 que permite establecer la tasa de afiliación al sistema de salud.

A finales del 2012, las EAPB'S, ECOOPSOS y Colsubsidio, anunciaron su retiro como aseguradoras del régimen subsidiado a partir del mes de octubre de ese mismo año la primera y de noviembre la segunda. Esto significó proceder al traslado de EPS para unos 238.699 afiliados de los cuales, 192.699 pertenecían a Colsubsidio y otros 46.000 a ECOOPSOS. Su traslado debía realizarse a otras dos EPS: Capital Salud y Unicajas puesto que Humana Vivir, Salud Cóndor y Solsalud se encontraban intervenidas, al tiempo en que Caprecom estaba sometida a un proceso de vigilancia especial. Por decisión de la Superintendencia Nacional de Salud no era factible realizar el traslado a ninguna de ellas. Para llevar a cabo el traslado de EPS, los afiliados debían presentar la cédula de ciudadanía y el documento de identidad de cada uno de los integrantes del grupo familiar³².

A. Registro de nacidos vivos en Bogotá y su relación con el total de menores de un año

Entre 2008 y 2012, la reducción en el registro de nacidos vivos para Bogotá supera la media nacional. Así, mientras que en el Distrito, se observa una reducción de 9,0% entre esos dos años, la del promedio nacional era de 7,4%³³. Pese a la mayor reducción en el número de nacidos vivos para Bogotá, el total de nacimientos se mantiene más cerca de la proyección de población menor de 1 año al ser comparada con lo que ocurre a nivel nacional. El cuadro 13 describe el comportamiento del registro de nacimientos en relación a la proyección censal de la población menor de un año para Bogotá, frente al promedio nacional.

³² Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Salud, "238.000 afiliados de Colsubsidio y ECOOPSOS deberán Traslarse de EAPB-S en el Distrito". Página Web, consulta, Noviembre 11 de 2012. <http://www.saludcapital.gov.co/Lists/Anuncion%20principales/DispForm.aspx?ID=589>

³³ Puesto que la información para 2012 es preliminar, si la variación en los nacimientos se calcula para el período 2008-2011 se obtiene una reducción para el país de 7,0% y otra de 8,5% para Bogotá. Es decir, la magnitud de la variación no se afecta por la provisionalidad de la información al año 2012.

Cuadro 13: Nacimientos en relación de la proyección de población menor de 1 año, Bogotá y Colombia, 2008-2012

Año	Bogotá			País		
	Nacimientos por sitio de residencia de la madre	Proyección menores de 1 año	Nacimientos/ Población < 1 año (%)	Nacimientos por sitio de residencia de la madre	Proyección menores de 1 año	Nacimientos/ Población < 1 año (%)
2008	117.590	117.597	100,0	715.453	851.231	84,1
2009	115.799	118.598	97,6	699.775	854.430	81,9
2010	110.947	119.679	92,7	654.627	858.618	76,2
2011	107.007	120.568	88,8	665.499	862.281	77,2
2012p	105.514	121.192	87,1	674.881	865.188	76,6

Nota: Información 2012 corresponde a dato preliminar.

Fuente: Cálculos CNC a partir de Estadísticas Vitales del Dane, consulta Octubre 10 de 2013, y Proyecciones censales del Dane a Junio 30.

Tanto a nivel del país como del Distrito, la proyección censal de la población menor de 1 año a lo largo de los años considerados en el cuadro 13 ha superado el registro de nacimientos. Como resultado de la reducción en el registro de nacimientos, el número de nacidos vivos y la proyección de los menores de 1 año tienden a separarse. Alrededor de 10 puntos porcentuales separan a Bogotá del total nacional al considerar la diferencia entre las dos fuentes que permitirían estimar la población menor de un año de edad. Para efectos del análisis, cabe tener en cuenta que la incorporación del registro de nacidos vivos que hace parte de las Estadísticas Vitales en el RUIAF lleva cinco años en operación. La norma que aprueba dicha operación es la Circular Externa No. 064 del 2008 emanada del Ministerio de la Protección Social³⁴.

Para el Distrito, una comparación del comportamiento del número de menores de un año, afiliados al sistema de salud, con el reporte de nacidos vivos considerando el régimen de afiliación de la madre indica que ni siquiera los nacidos de madres afiliadas, que en principio se deben incorporar desde el momento del nacimiento al sistema, lo estarían haciendo. La situación más difícil es para los hijos de madres en el régimen subsidiado en el cual entre dos años 2010 a 2012, la situación antes que mejorar se ha empeorado (cuadro 14). Pese a que entre 2010 y 2012, la relación para los niños de madres en el régimen contributivo con el total de menores de 1 año afiliados al mismo es relativamente estable, uno de cada cinco niños se estaría quedando sin aseguramiento (cuadro 14).

³⁴ Esa Circular asigna las responsabilidades en el proceso de implementación de la automatización de los certificados de Nacido Vivo y Defunción.

Cuadro 14. Afiliación menores de 1 año en relación al registro de nacidos vivos según régimen de afiliación de la madre

Régimen de afiliación	Año	Niños menores de 1 año afiliado	Nacidos vivos según régimen de afiliación de la madre	Relación afiliados 0 a 5 años y nacidos vivos según régimen de la madre
Contributivo (1)	2007	-	-	-
	2010	61.610	78.036	78,95
	2012	61.133	78.366	78,01
Subsidiado (2)	2007	-	-	-
	2010	15.964	26.152	61,04
	2012	11.474	25.240	45,46
(1) La afiliación para 2010 corresponde al mes de junio, la de 2012 a diciembre.				
(2) La afiliación de 2007 es para el mes de Julio, la de 2010 para agosto, la de 2012 para diciembre.				
Fuente: Cálculos CNC a partir de Estadísticas Vitales del DANE y Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. "Estadísticas Población Régimen Subsidiado", varios años.				

La situación descrita previamente, constituye un indicio de la presencia de bajas tasas de cobertura en la afiliación de los menores de un año en Bogotá. Así, cuando se estima la tasa de afiliación derivada del registro administrativo para los menores de 1 año, se obtienen valores por el orden del 60% para 2012 y 2013³⁵, muy por debajo de la media para el total de población de la ciudad que para los dos años es 89,1 y 87,6 por ciento, respectivamente. Estos resultados para Bogotá, estarían también soportando el argumento de la existencia de problemas en el registro de afiliados a salud.

B. La afiliación para el grupo poblacional de cero a cinco años de edad en Bogotá

Previamente se hizo referencia a las diferencias para el país como un todo, entre la población con edades iguales o inferiores a los cinco años que arroja la Encuesta de Calidad de Vida y la proyección censal para el mismo grupo de edad. No ocurre lo mismo para el caso de Bogotá cuando se estima dicha población a partir de la Encuesta Multipropósito de 2011, 690.700 niños y niñas en el rango de edad referido, muy cerca de una proyección en base a censo para el mismo año (714.281).

Lo anterior facilita la comparación de tasas de afiliación estimadas a partir de la Encuesta Multipropósito con la que genera el uso del registro administrativo y la proyección censal, en la medida en que el problema no ha de buscarse en el denominador. Sin embargo, mientras que el número de afiliados conforme a la Encuesta Multipropósito se aproxima a los 639.000 niños con una tasa de aseguramiento resultante de 92,5%, el uso del registro administrativo correspondiente a los meses de julio de 2012 y 2013 indica un número de afiliados de poco más de 561.000 en el primer año, el cual cae a cerca de 544.000 en el segundo (anexo 2). Al cruzar esa afiliación con las correspondientes proyecciones de población censal se generan tasas de aseguramiento de 78,3%

³⁵ A Julio de cada año.

en el primer año y 75,6% en el segundo, unas tasas que superan el porcentaje descrito a nivel país³⁶.

Ahora bien, cuando se toma el grupo de población entre 1 y 5 años de edad se obtienen tasas de afiliación para Julio de 2012 y 2013 del orden de 81,9% y 78,8%³⁷. Es decir, al igual que en el caso de la media nacional se concluye que si bien, el problema, tiende a concentrarse en los menores de 1 año, el grupo poblacional que cuenta con edades que van de un año a los cinco años también registra problemas asociados a la afiliación, aunque menos acentuados que los más pequeños. Las tasas de afiliación cuando se toman los niños y niñas de cero a diez años de edad, son 81,2% y 78,9% para 2012 y 2013, respectivamente.

En vista de lo anterior, la revisión de la información de afiliación para el caso de Bogotá permite, al igual que la descrita para el nivel nacional concluir que el problema de la menor cobertura para el grupo entre cero y cinco años de edad, no parece encontrarse en las fallas de la proyección censal o “del denominador” como suele referirse. Es muy factible que existan otras en el registro de afiliación. Esto, en cuanto al tomar los dos años para los cuales la información de la afiliación que discrimina según el grupo de edad está disponible, se observa una reducción en el número de niños entre 0 y 5 años que están afiliados. También, debido al número de nacimientos por debajo del nivel esperado de acuerdo a las tasas específicas de fecundidad. Esa reducción conlleva a la casi equiparación de la proyección censal con el número de nacimientos, pero aun así no logra igualar la cobertura en afiliación para los niños y niñas menores de 1 año con la correspondiente a la media de la ciudad. Por el contrario, se genera la tasa más baja entre las descritas para los grupos poblacionales considerados.

La menor tasa de afiliación para los menores de 1 año plantearía así mismo la necesidad de considerar el efecto de la Circular 24 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social que concede el derecho de acceso a los servicios de salud sin requerimiento previo del aseguramiento para los niños y niñas menores de un año.

1.2.10 Principales conclusiones del análisis de información cuantitativa

Las conclusiones derivadas de la revisión de la información cuantitativa se pueden resumir en cinco puntos que sustentarán el desarrollo del trabajo de campo tanto en lo que refiere al tipo de preguntas que se realizará, como a los municipios o Entidades Prestadoras de Salud que serán visitados o entrevistados. En ese orden de ideas, el análisis de la información permite sustentar un amplio espectro geográfico, abarcando municipios en donde la brecha de la afiliación de los niños y niñas en primera infancia es grande o donde esa no existe, e igualmente municipios en donde el número de afiliados no varía entre 2012 y 2013 de forma significativa o lo hace drásticamente tanto hacia arriba como hacia abajo. Será entonces, el trabajo adelantado en campo el que logrará

³⁶ 72,6 para Julio de 2012 y 72,1% para el mismo mes de 2013.

³⁷ A mayo de 2010, el total de afiliados menores de 5 años en el Distrito era de 565.000 niños, que frente a una población total de 711.890 en el mismo rango de edad arroja una tasa de cobertura de 79,5%.

constatar las conclusiones detalladas a continuación, asociadas a la revisión de información cuantitativa.

En primer lugar, cabe anotar que se debe descartar el argumento bajo el cual se señala que la brecha en la afiliación de los niños y niñas menores de 5 años tiene que ver exclusivamente con fallas en las proyecciones de población del Dane. Lo que soporta la evidencia es la presencia de fallas en el proceso de reporte de la información sobre afiliación al RUAF. Esas fallas tienen que ver con la suspensión parcial en el reporte de parte de las EAPB ya sea del régimen, contributivo, subsidiado o excepción que dejan entrever variaciones hacia arriba o hacia abajo en la afiliación con niveles iguales o cercanos a un 100%.

En segundo lugar, se observan inconsistencias en la información como ocurre con la variable edad entre los mayores de 80 años, inconsistencias que llevan a pensar en la posibilidad de que algunos de los afiliados en ese rango de edad realmente correspondan a otros grupos etáreos.

En tercer lugar, las fallas en la afiliación se vislumbran a través del comportamiento del registro de nacidos vivos en dos vías, ambas asociadas a la aplicación de la normativa de afiliación inmediata al régimen al cual pertenece la madre del nacido vivo. La primera vía se relaciona con la posibilidad de incorporar un menor número de niños al sistema en cuanto se viene presentando el sub-reporte mismo. La segunda forma en que el registro de nacidos vivos, a pesar del sub-registro permite concluir problemas en la afiliación, resulta de la comparación entre el número de nacidos vivos según régimen de afiliación de la madre con el total de afiliados menores de un año en cada régimen. El último es considerablemente más bajo que el primero, indicando que al parecer no se está aplicando a cabalidad la afiliación automática o que los padres no se acercan a legalizar la misma durante el primer mes de haber nacido su hijo. En cuarto lugar y en relación a la anotación anterior, es de resaltar que la desventaja en la afiliación para la población en primera infancia varía en función de la edad. Es decir, los más afectados tienden a ser los más pequeños, los menores de 1 año.

Por último, cabe indicar que hasta cierto punto, la población viene haciendo uso del derecho a la atención de los niños menores de 1 año sin afiliación al sistema en la forma en que lo establece la Circular 24 de 2012. De ésta se emana la obligatoriedad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a prestar el servicio a los niños menores de 1 año, y de las EAPB y Entidades Territoriales a realizar el pago correspondiente.

2. Condiciones asociadas al aseguramiento al SGSSS de los niños y niñas de cero a cinco años: investigación cualitativa

La investigación busca identificar los factores relacionados con la brecha en la afiliación al sistema de salud de los niños y niñas de la primera infancia (0-5 años) frente a la media nacional, los asociados al descenso en la cobertura de afiliación de los primeros, y las consecuencias de uno u otro problema en el acceso a los servicios de salud. Es así, como partiendo de los resultados y los análisis de la investigación cuantitativa, esta fase cualitativa intentará detallar, con base en

algunos casos, los factores relacionados con los problemas planteados, para identificar posibles soluciones.

Para desarrollar la fase cualitativa se utilizaron dos métodos de investigación. Por un lado, se efectuaron entrevistas semiestructuradas a miembros de Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB)³⁸, Institución Prestadora de Servicio de Salud (IPS) y Secretarías de Salud, a nivel local; y a nivel nacional, al Ministerio de Salud y la Protección Social. Pese a que estaba contemplado entrevistar al Operador de la Base de Datos, la entrevista no se llevó a cabo en la medida en que el funcionario entrevistado del Ministerio hace parte de un comité en el que toman asiento representantes del operador de la base. El objetivo de ese comité es la revisión de los inconvenientes que se generan en torno a la misma, en ese sentido la persona entrevistada del Ministerio manifestó que las respuestas que daría el operador serían las mismas.

En total se desarrollaron 19 entrevistas semiestructuradas. Se llevaron a cabo 16 grupos focales, en los municipios escogidos con participación de padres de familia con hijos e hijas menores de seis años, teniendo como criterio que algunos estuvieran afiliados al sistema de salud y otros no. El trabajo de campo se desarrolló durante un mes.

El objetivo de esta parte del documento es exponer de forma detallada los resultados del análisis de las entrevistas semiestructuradas y los grupos focales, es decir del componente cualitativo. Es importante resaltar que al ser una investigación cualitativa el objetivo no es generalizar ni tener representatividad estadística, sino por el contrario profundizar en aspectos de interés desde las opiniones y los puntos de vista de los entrevistados. Esto, con el fin de entender la problemática abordada y obtener tendencias que permitan visibilizar respuestas basadas en la experiencia de los participantes de la investigación.

Este capítulo sigue una estructura similar a la adoptada al abordar los resultados del componente cuantitativo. Es decir, luego de presentar la selección de los municipios para el trabajo de campo, se describe el proceso de afiliación de la primera infancia al sistema de salud, esta vez desde la perspectiva de los entrevistados y por último cómo éstos ven o conciben la atención o acceso a los servicios de salud cuando los niños y niñas menores de 6 años no están afiliados al sistema de salud.

2.1. Municipios en los cuales se llevó a cabo el trabajo cualitativo

Como se evidenció en el trabajo cuantitativo, se lograron identificar los municipios donde esta problemática está más presente. Con base en lo anterior, para la fase cualitativa se tomarán deliberadamente ocho municipios distribuidos a lo largo del país. Para seleccionarlos se consideraron los siguientes criterios:

- Municipios en donde el descenso de la afiliación de la primera infancia entre 2012 y 2013 es más marcado, o entre los cuales por el contrario, la reducción es mínima.

³⁸ Incluye: ARS, y Entidades Territoriales, aunque para nuestro caso se abarcan solamente las primeras y las últimas.

- Al Interior de los municipios se seleccionó a su vez una entre las EAPB con variaciones más marcadas en su afiliación. Esto sin considerar el régimen de afiliación al cual pertenece, aunque se intentó cubrir los dos regímenes.
- A cada EAPB seleccionada se le solicita la posibilidad de contactar algunos de sus usuarios con los cuales se lleva a cabo el grupo focal, pues el Ministerio de Salud y la Protección Social no cuenta con información relacionada con la ubicación de los afiliados al sistema.
- Se tomó una IPS con la cual, la EAPB seleccionada en cada municipio tiene convenio de prestación de servicios, independientemente de que esa sea pública o privada.

Los ocho municipios donde se realizó el trabajo de campo son: Soracá (Boyacá), Pueblo Rico (Risaralda), Maicao (La Guajira), La Jagua de Ibérico y Curumaní (Cesar), San Luis e Itagüí (Antioquía), y Puerto Gaitán (Meta).

La tabla 1 da cuenta de las entrevistas en profundidad realizadas con empleados y funcionarios de EPS, IPS y Secretarías de Salud municipales.

Tabla 1. Listado de entrevistas en profundidad

Municipio/Departamento	Institución	Cargo
Soracá, Boyacá	EPS Comfaboy	-Gerente -Encargado de sistemas -Encargada de afiliación
	IPS Centro de Salud Fe y Esperanza	Directora
	Municipio	Comisaria de Familia
Curumaní, Cesar	EPS Cosalud	Encargado afiliación
	Secretaría de Salud	Encargado afiliación
La Jagua de Ibérico, Cesar	EPS Cosalud	Encargado afiliación
	Secretaría de Salud	Encargado afiliación
San Luis, Antioquia	Comfama	Encargado afiliación
	Secretaría de Salud	Secretario de Salud
Itagüí, Antioquia	EPS Caprecom	Encargado Aseguramiento
	Secretaría de Salud	Sub Secretario de Salud
Pueblo Rico, Risaralda	EPS Pijaos Salud	Encargado afiliación
	IPS	Sub gerente Hospital San Rafael
	Secretaría de Salud	Director Local de Salud
Maicao, La Guajira	EPS Salud Vida	Encargado Afiliación
	IPS WAYUU TALASI	-Trabajadora Social -Encargado de sistemas
Puerto Gaitán, Meta	EPS Caja Copi	-Directora -Encargado base de datos
	IPS Indígena UNUMA	Representante legal

Cabe advertir finalmente, que los padres de familia que participaron en los grupos focales fueron en su mayoría mujeres pertenecientes al régimen subsidiado de salud. Así mismo, es de resaltar que los municipios visitados se caracterizaron por tener la mayor parte de su población en zona rural y en algunos casos, está población estaba integrada por desplazados (caso de San Luis) e indígenas (Pueblo Rico).

2.2. Principales resultados del componente cualitativo

El objetivo de la fase cualitativa es entender, desde las opiniones de las instituciones y los padres de familia, las tendencias e ideas alrededor de la afiliación en salud de los niños y niñas en primera infancia. En ese sentido, el análisis se estructura en torno a la forma en que se lleva a cabo el proceso de afiliación de la primera infancia, con un énfasis particular en aspectos como el proceso, la estructura del sistema de información sobre afiliación y la relación entre la atención de los niños y niñas en el rango de edad objeto de evaluación y la condición de afiliación al sistema de salud.

2.2.1. La afiliación en primera infancia

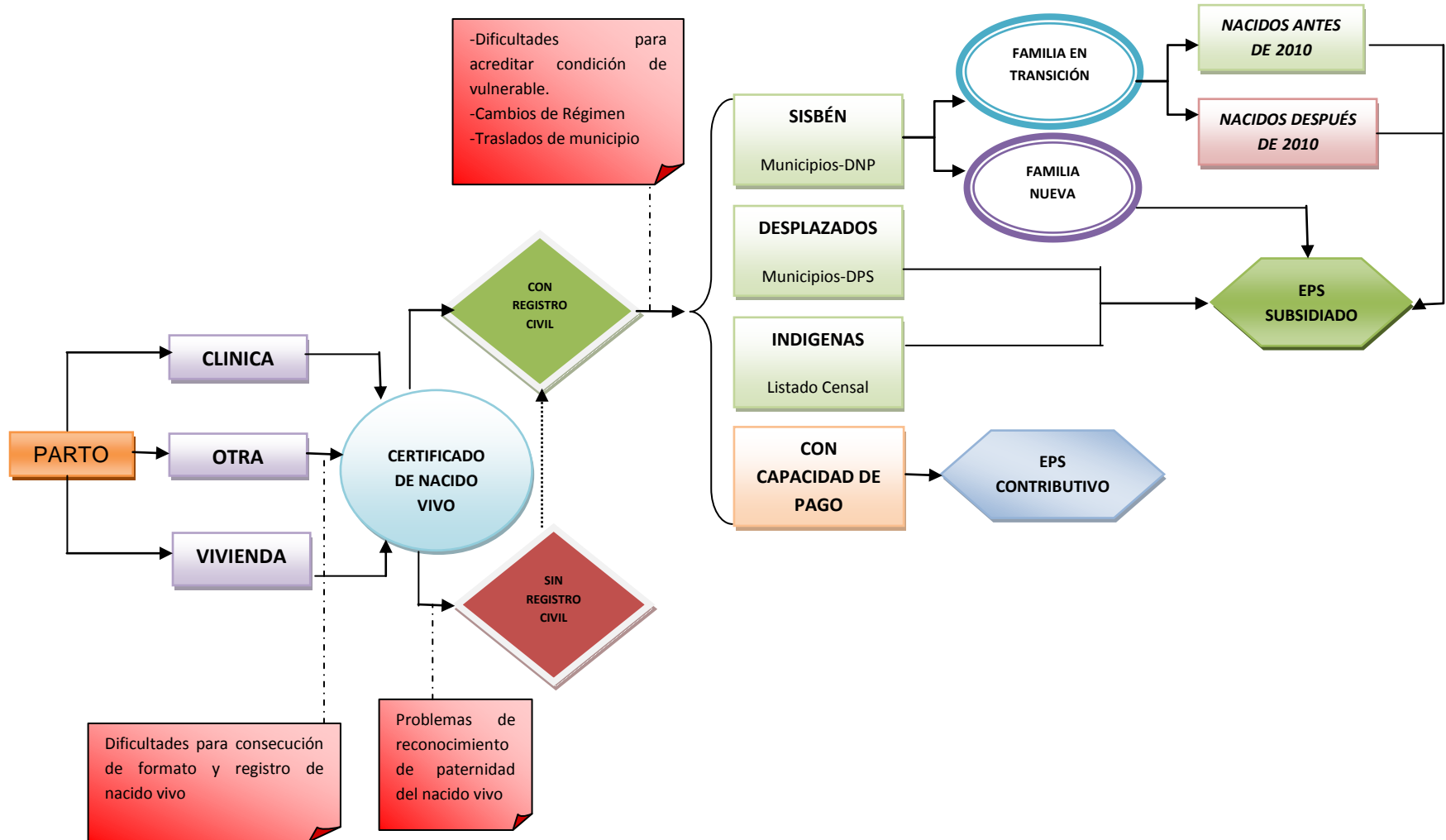
La revisión de la afiliación al sistema de salud en la primera infancia desde la perspectiva de los actores del sistema entrevistados se lleva a cabo considerando de un lado el proceso de afiliación, sus requisitos, la cobertura del aseguramiento y, el seguimiento y las estrategias adoptadas para promover la afiliación. De otro lado, se consideran las rupturas en el núcleo familiar demarcadas por la afiliación, las características de la población que logra incorporarse al sistema, y las razones que motivan la afiliación.

A. Procesos y requisitos

Dentro de las conversaciones que se generaron en la investigación, se identificó un proceso para realizar la afiliación a los niños y niñas de la primera infancia, expuesto de la misma manera por los padres de familia como por los miembros de las instituciones. Éste consiste en entregar a la EPS el registro civil del niño o niña, fotocopia de la cédula de los padres o quién lo vaya a afiliar y el certificado del Sisbén para quienes van a ingresar al régimen subsidiado y no son población especial. A los desplazados e indígenas se les exige el certificado en el que consta su condición de desplazamiento o su inclusión en listado censal, en uno u otro caso. Por último, al momento de entregar los papeles a la EPS, los padres de familia deben diligenciar el formulario con la información de los nuevos usuarios, para que luego estos datos puedan ser subidos al FOSYGA. El gráfico 3 describe el flujo de la afiliación.

En el proceso de afiliación se vislumbraron distintos impedimentos. Tanto para los miembros de las instituciones como para los padres de familia se identificó que en algunos casos es difícil obtener el registro civil, ya que hay problemas en el reconocimiento del padre del niño o la niña. Para este tipo de casos se recomienda a la madre registrar al menor con sus apellidos, sin embargo muchas mujeres prefieren no realizarlo por miedo a que su pareja no responda económicamente por el hijo o hija. Por otro lado, La distancia entre las veredas y la cabecera municipal como un factor que dificulta el registro del niño o niña, impide también la afiliación al sistema de salud.

Gráfico 3. Proceso de afiliación



Una tercera dificultad, manifestada por varios padres de familia, es el tiempo que toma la visita mediante la cual se aplica la encuesta Sisbén, el certificado y la reclasificación cuando hay error en el puntaje. Lo anterior se ve reflejado en el siguiente fragmento de un grupo focal en Itagüí en el que se hace referencia a la clasificación en dos versiones del Sisbén—II y III—:

- Madre: “Con la segunda (hija) tuve problemas porque le dieron puntaje de Sisbén III y yo soy II, entonces me volvieron a hacer la visita y le subieron mucho más el puntaje”.
- Moderadora: “¿no se supone que el puntaje del Sisbén es el mismo para todo el núcleo familiar?”.
- Madre: “sí, pero la niña fue la única que quedó con puntaje III”.

Lo anterior refleja que la clasificación del Sisbén termina siendo un impedimento para afiliar a los niños y niñas de la primera infancia, pues el tiempo que toma la visita, el certificado y la reclasificación para los casos que son necesarios, es muy largo, generando que el derecho a la salud de los menores de seis años no sea cumplido desde temprana edad.

En el caso de la población desplazada, el tiempo que toma la declaración de desplazamiento y la entrega del respectivo certificado frena la afiliación al sistema de salud. Lo anterior fue tomado de los grupos focales de San Luis, municipio que en su mayoría es población desplazada. Un número no reducido de personas afectadas por el desplazamiento estaban afiliadas en su lugar de origen y para realizar el traslado se les exige volver al lugar de origen para hacer la desafiliación y poder afiliarse en el nuevo lugar, aunque persiste el miedo al conflicto armado y la limitación económica.

B. Percepciones sobre la cobertura en salud en la primera infancia

Cuando se preguntaba a los participantes sobre la cobertura a nivel de salud, las diferencias en las respuestas no eran muy marcadas entre las instituciones y los padres de familia. Sin embargo, las instituciones aseguran que la afiliación al sistema de salud de su población se acerca al 100 por ciento, mientras que en los grupos focales sí se encontraron niños y niñas menores de seis años sin afiliación, sin ser éste un patrón constante en todos los municipios visitados.

En la mayoría de los grupos focales salieron a relucir ideas bajo las cuales el proceso de afiliación es fácil y no tiene muchos impedimentos. A pesar de esto, los padres de familia que aún no tienen afiliados a sus hijos e hijas afirmaron que la afiliación sí es difícil por algunos motivos como la distancia entre su lugar de residencia y la zona urbana, el certificado del Sisbén y los procedimientos que toma el traslado de EPS. Es así como lo expresa un padre de familia de un grupo focal en Maicao: “Yo estuve en el Sisbén aquí en Maicao por un tiempo y por situaciones me tuve que ir a Medellín y allá me inscribí en el Sisbén, y por nuevas situaciones volví aquí a Maicao. Entonces me lleva a que metí los hijos nuevamente al Sisbén pero para que me den el carnet tiene que pasar un lapso de tiempo, y lo que me hablan es de meses, durante ese tiempo me atienden a mis hijos por urgencias pero no para controles”.

C. Seguimiento y estrategias de promoción

Las estrategias para promocionar la afiliación de los niños y niñas en la primera infancia varían bastante entre los municipios que se visitaron. Municipios como Soracá y Curumaní tienen estrategias para promocionar la afiliación a través de campañas de afiliación que son comunicadas por la emisora. En el caso de la EPS de Curumaní, Cosalud, se tiene el programa de gestantes. En éste, además de realizar los controles a las madres, se les explica cómo es el proceso de afiliación para su hija o hijo. En otros municipios las EPS afirmaron que no realizan ningún tipo de promoción para afiliar a los niños y niñas de la primera infancia, sino que por el contrario, son las IPS las encargadas de mandar a los padres de familia a sus EPS para solicitar la afiliación.

A nivel de seguimiento se encontró, en la mayoría de las instituciones, que el proceso de afiliación de los menores sólo llega hasta la promoción pero no se realiza un seguimiento. Por un lado, las IPS y Secretarías de Salud les explican a los padres de familia la importancia de afiliar a sus hijas e hijos. Por otro lado, las EPS realizan el proceso de afiliación verificando los documentos exigidos y el formulario de quienes llegan a solicitarlo, aunque no revisan si después de un tiempo efectivamente el niño o niña quedó afiliado. Otro ejemplo de lo anterior se vio reflejado en la EPS de Soracá cuando uno de los entrevistados afirmó que por lo general las EPS no realizan un cruce de información entre las madres que dieron a luz y los nuevos usuarios. Con base en lo anterior, es pertinente afirmar que el seguimiento es limitado y sólo se llega hasta el punto de promocionar la afiliación, sin comprobar si en el sistema de información efectivamente el niño o niña quedó afiliado y por tanto sus datos han sido cargados en el sistema. Lo anterior se ve en la afirmación que realiza la EPS de Curumaní: “Se hace seguimiento por los controles de la mamá pero no se hace seguimiento si quedó afiliado al mes o dos meses”.

D. Núcleo familiar y afiliación

Al indagar sobre la afiliación del núcleo familiar es común encontrar que sus integrantes no estén afiliados en una sola EPS, aunque para las instituciones de salud es claro que se debe promover la afiliación de la familia en la misma EPS. Por el contrario, en los grupos focales se constató que para los padres y madres de familia, tener a los miembros divididos puede resultar benéfico. Lo anterior se explica porque en la mayoría de los municipios escogidos la población realiza trabajos temporales, con una duración de tiempo alrededor de 6 meses.

Con base a lo expuesto, se refleja una problemática, puesto que al trabajador se le exige estar en el régimen contributivo, dejando a los integrantes de su familia como beneficiarios. Sin embargo, las personas prefieren no ingresar a su pareja e hijos al régimen contributivo porque al corto tiempo, cuando se le acaba el contrato, deben hacer el traslado al régimen subsidiado. Este proceso es valorado por los padres de familia como un proceso difícil y complicado de realizar, el cual genera que los individuos permanezcan durante mucho tiempo sin afiliación al sistema de salud. Así mismo, en algunas EPS, también se vio reflejada la dificultad que existe al momento de hacer un traslado de una EPS a otra, y más aún cuando hay un cambio de régimen contributivo a subsidiado. Es así como afirma uno de los entrevistados en Soracá:

“el cuello de botella está en la transición entre el subsidiado con el contributivo, o contributivo subsidiado, resulta que el afiliado ingresó al contributivo y duró cuatro, cinco o seis meses o un año y se retiró del contributivo, porque ya no estaba trabajando o porque ya no tiene capacidad, entonces, el afiliado como mientras trabajó no se enfermó, pero resulta que dejó de trabajar y como al mes o mes y medio se enfermó, pero no informó, y todavía está retirado, con la ley 1438 y con la ley del primer empleo dice que deben conservar por dos años su afiliación al régimen subsidiado, se le guarda el cupo, pero resulta que también es proceso de traslado de régimen, y para ese proceso de traslado pues debe formalizarse con una afiliación” (EPS Comfaboy).

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, se hace notorio que las características de la población, como el trabajo temporal, hace que el núcleo familiar no esté unificado en la misma EPS. Lo anterior termina generando al Estado un gasto más, ya que termina subsidiando a individuos que por periodos de tiempo sí tienen la capacidad de estar en el régimen contributivo como beneficiarios de su pareja o padre. Por otro lado, la desarticulación del núcleo familiar se da porque las madres están quedando en embarazo a muy temprana edad y no formalizan su relación sentimental con la pareja. Lo anterior genera que la madre permanezca en el núcleo de su familia de nacimiento y esté afiliada con su madre o padre, en vez de unir en la misma EPS a su pareja e hijo. Con base en lo anterior, es pertinente afirmar que la desarticulación del núcleo familiar es un patrón en los municipios escogidos, y a su vez, es un impedimento para que las instituciones que manejan el tema de salud tengan mayor control y orden en lo referente a conocer quién está afiliado y quién no.

E. Características de la población

Durante la investigación se evidenciaron ciertas características de la población de los municipios visitados que generan impedimentos para afiliar a sus hijos e hijas menores de seis años. La primera de ellas es la distancia y el difícil acceso que existe para ir de las zonas rurales al centro del municipio. En el estudio fue una constante que las personas afirmaran que ir a la parte urbana requería bastante tiempo y dinero, y por lo tanto se prefería postergar la afiliación al sistema de salud. Ante esta problemática, en varias EPS se encontró que realizan brigadas a las veredas y dentro de éstas se hace el proceso de afiliación a la salud. Sin embargo, estas campañas presentan ciertas problemáticas; por ejemplo que los padres de familia no tengan todos los papeles para afiliar a su hijo(a), como el registro civil. En Pueblo Rico se encontró que la EPS Pijaos Salud Indígena trabaja en compañía de los líderes y es a través de ellos que se le comunica a la comunidad el día en que la EPS acudirá a la zona rural para que los padres de familia consigan con cierta antelación, los documentos que se requieren para afiliar al niño o niña. En otros municipios se identificó que también realizan visitas a la zona rural, pero sólo a una vereda a la que convocan a todas las personas para el proceso de afiliación. Aunque lo anterior es una estrategia útil para cierta población, a algunos individuos se les sigue dificultando el desplazamiento al área urbana, y por lo tanto no tienen la oportunidad de afiliar a su hijo o hija.

Una segunda característica de la población que dificulta la afiliación, es su condición flotante, los individuos se desplazan frecuentemente por diversos motivos como el conflicto armado o la búsqueda de oportunidades laborales. Tanto en las entrevistas como en los grupos focales se encontró que las personas se mueven a distintos municipios y no realizan la desafiliación en el lugar de origen, requisito para poder afiliarse en el nuevo municipio donde van a vivir. Lo anterior se da porque o no se tiene conocimiento de cómo es el proceso o no se le da la importancia al tema de salud. Es así como en la EPS Comfaboy se afirmó: “digamos que no existe la cultura de las personas del régimen subsidiado, en este caso, de avisar que se va a cambiar de municipio residente, que sea dentro de sus prioridades la salud, solamente lo ven prioridad cuando necesitan recibir la plata de Familias en Acción, no por la salud; entonces, nos toca ir al Sisbén para que nos dé las bases”. Dentro de esta característica están las personas desplazadas, que debido al conflicto armado, deben movilizarse y al llegar al nuevo lugar no pueden afiliarse porque aún aparecen en el sistema con la afiliación en la zona de origen. Como se explicó anteriormente, para este tipo de población especial es bastante difícil lograr la nueva afiliación ya que se les exige retornar al lugar de donde vinieron para desafiliarse.

Por último, en las zonas con bastante presencia indígena o con población de zona rural con acceso restringido a la parte urbana, el interés por afiliarse al sistema de salud puede, según la visión de las instituciones, ser bajo. Aunque en las entrevistas se reflejó que el porcentaje de personas del campo afiliadas ha ido aumentando, hoy en día todavía está presente la medicina tradicional y cultural, restringiendo la necesidad de ingresar al sistema de salud.

F. Las razones de la afiliación

Las personas explican de varias maneras por qué hay que afiliar a los hijos y las hijas al sistema de salud. Estas razones se pueden ordenar en tres grupos: i) aquellas basadas en la noción de deber; ii) aquellas basadas en la legalidad y la ciudadanía de los niños; y iii) aquellas basadas en nociones sobre la enfermedad y la infancia. Por supuesto, estas razones no son excluyentes y se usan juntas o separadas en diversos grados. Lo importante es que estas razones explican, desde el punto de vista de las personas, los imaginarios que rodean al hecho de afiliar o no a los niños al sistema de salud.

Las nociones basadas en el deber, son aquellas razones que justifican la afiliación temprana de los niños y las niñas como algo que hay que hacer, como una cuestión de responsabilidad para con los hijos. Desde esta perspectiva, la no afiliación es vista como un descuido, una irresponsabilidad: “yo pienso que es responsabilidad de uno mismo como adulto”; y cuando los niños se quedan sin afiliar, decía otra participante, “Es descuido de los papás, porque primero está la salud”.

Ahora bien, ligado con lo anterior se encuentran aquellas percepciones que explican que afiliar a los hijos y las hijas al sistema de salud es algo que hay que hacer porque es lo legal, porque hay que tener todo en regla y porque los niños y las niñas son “personitas” y en tanto que tales deben tener sus documentos y sus papeles al día: “uno tiene que ser consciente y poner de su parte, tener sus papeles en regla” (Madre de familia, Soracá). Otra madre decía lo siguiente, refiriéndose a la importancia de la afiliación: “él ya entra a ser una persona, ya entra a ser un miembro de

Colombia, no tiene por qué estar negativo, porque ya es una personita, un ser humano igual que uno”. Esta concepción de tener todo en orden, está apuntalada con el hecho de que tener a los hijos afiliados al sistema de salud es un requisito para vacunarlos, realizarles los controles de crecimiento, inscribirlos en un jardín, en el colegio y acceder a programas como el de Familias en Acción.

En cuanto a las razones basadas en nociones sobre la enfermedad y la infancia, se encontró que los padres y las madres piensan que los niños y las niñas son especialmente delicados en materia de salud: “los niños pequeñitos se enferman mucho, los bebecitos se enferman mucho, y uno no los puede medicar en la casa, uno no les da sino acetaminofén, lo normal, y si no les bajó la fiebre corra con ellos para el hospital” (Madre de Familia, Itagüí). Esta condición es más acentuada, para casi todos aquellos que participaron en los grupos focales, cuando son menores de uno o dos años. Una de las razones es la falta de lenguaje o de gestos que comuniquen qué es lo que tienen, dónde les duele, etc. Como dijo una de las madres de familia: “uno como joven dice me duele, un bebé uno cómo va a saber qué tiene, él solo llora, uno para saber que está enfermito es como llora o como actúa”; otra madre de familia decía en el mismo sentido refiriéndose a la edad en que los bebés son más delicados: “Hasta los dos años, porque ellos ya comienzan a hablar y dicen que les duele tal cosa...”.

2.2.2. El sistema de información y la afiliación

Los resultados del análisis cuantitativo dejaron ver problemas en la forma en que se estructura el registro de información asociado al BDUA. En ese sentido es de particular interés trasladar esos problemas a los entrevistados, tratando de entender desde su punto de vista, en dónde se agudizan los problemas y qué soluciones consideran se deberían adoptar al respecto. Por ello, las entrevistas incluyeron preguntas relacionadas con el proceso de cargue de la información y las principales inconsistencias, y la incorporación de novedades, cuyas principales conclusiones se describen a continuación.

A. Ingreso de información y problemas de consistencias

Las personas entrevistadas de las EPS y las IPS coinciden en que el ingreso o “cargue” de los datos al sistema y el uso del aplicativo no presentan mayores dificultades en cuanto a tecnología. Sin embargo, fueron mencionados los siguientes inconvenientes:

- Algunos entrevistados consideran que las bases de datos no están lo suficientemente “limpias” y se siguen presentando problemas con los homónimos, números de registros y cédulas mal digitados, entre otros.
- Otros más, aseguran que el tema de las “glosas” o “engloses” es un problema que perjudica a los usuarios. Esto se refiere al hecho de que ciertas situaciones hacen que el sistema bloquee, por decirlo así, a los afiliados. Como explicaba un funcionario de una EPS, la situación ocurre “porque no subió ese niño porque también lo tenían afiliado a otra EPS, o porque estaba en el régimen especial o porque estaba en el contributivo, entonces, dice que no lo subió porque está glosado, entonces, qué hace el ingeniero, pues consultarle a

la otra EPS, qué pasó, muchas veces por traslado, la EPS que solicita el cargue, pero la otra no autoriza, tiene que autorizar el retiro de allá, no se hace y se englosa, queda el afiliado con problemas.

- Por último, también se mencionan las inconsistencias entre las bases de datos. Por ejemplo, varios testimonios apuntan a diferencias entre los datos que maneja la oficina del Sisbén del municipio y el DNP. Según algunos, el problema es que a veces las personas se demoran en ser validadas por el DNP y esto dificulta que aparezcan en la “pantalla” del Sisbén y, por lo tanto, puede obstaculizar el proceso de afiliación.

B. El problema de las novedades

Como se ha mostrado en varios apartados, los testimonios recogidos indican que el traslado de personas de un sitio a otro, el cambio de régimen de salud y en general, el reporte de novedades, puede incidir en la afiliación al sistema de salud de las familias, y por ende de los niños y las niñas.

El caso del paso de un régimen a otro fue mencionado reiteradamente en los grupos focales y en las entrevistas. Según los funcionarios y empleados entrevistados, este problema es especialmente agudo cuando se da el fenómeno de trabajos intermitentes: uno de los cónyuges consigue un trabajo temporal –generalmente el hombre– y como requisito tiene que afiliarse al sistema contributivo. El problema es que cuando se acaba el trabajo, no siempre reportan la novedad, “se les olvida esa partecita que tienen que nuevamente ingresar al régimen subsidiado”. Una de las entrevistadas decía lo siguiente al respecto: “allá es un problema para desafiliarse uno después, para afiliarse es como fácil, pero para desactivarse no, yo duré con mis hijos un año sin seguro (...)”. Piden “fotocopia del carné... una carta (...) y no lo atienden ni en el Sisbén, ni lo atienden allá”. Esto también ocurre, de manera muy similar, cuando las personas se trasladan de un sitio a otro: no reportan la novedad o se demora en que el sistema los “cargue” y aparezcan en el sitio a donde se desplazaron.

Como se ve, el problema radica en que si la gente no reporta la novedad y hace los trámites respectivos, corre el riesgo de quedar desafiliada temporalmente del sistema de salud hasta que dichos trámites surtan efecto. Sin embargo, también ocurre que la gente reporta la novedad pero, se demoran en aparecer en el sistema, por ejemplo, en el FOSYGA y nuevamente en el régimen subsidiado. “Yo vengo de Bogotá”, decía una de las participantes, “y le toca a uno desafiliarse primero en Bogotá y traer la constancia para afiliarse uno acá, y eso fue lo que yo hice, me desafilié en Bogotá, vine acá y como a los dos meses me afiliaron”.

Ante este panorama, una de las estrategias que siguen las familias es que el cónyuge que consigue el trabajo es el que se pasa al régimen contributivo y el resto del núcleo familiar se queda en el subsidiado para evitar precisamente los trámites y las demoras que implican los cambios de régimen. “Es que el problema es que uno se desafilia acá, y ya es un problema para volverlos a afiliar (...). Ya se sale del trabajo y entonces que toca desafiliarse y otra vez afiliarse, eso ya es un problema: allá toca pagar para que lo desafilien, y pagar otra vez; entonces, yo dije que las niñas quedaran en Caprecom, ya es él solo”.

Una de las cosas que fue mencionada por los trabajadores de las EPS y las IPS como algo positivo es la nueva normatividad relacionada con la portabilidad. Según uno de los entrevistados funcionario de una EPS, “con la misma normatividad tenemos lo de la portabilidad que salió hace poco, tú como colombiana, y es tanto para el contributivo como para el subsidiado, tú te vas para la Guajira, tú llegas allá y vas a estar un tiempo allá, tú le notificas a tu EPS, yo voy a estar acá tanto tiempo, necesito que ustedes me confirmen a qué IPS tengo acceso acá en la Guajira, para que no se le vaya a negar el servicio”.

2.2.3. La atención en salud y su relación con la afiliación en primera infancia

Un último tópico en el cual ha girado el análisis en el proyecto hace referencia a la atención de los niños y niñas en edad de primera infancia que no se encuentran afiliados al sistema de salud. Ante ello, a los entrevistados y a las madres y padres de familia que participaron de los grupos focales se les preguntó sobre la frecuencia en que se demanda la atención de los niños y niñas no afiliados en el rango de edad de interés. Se trató de conocer cuáles son las estrategias que se abordan tanto desde el punto de vista institucional como desde los padres y madres de familia para lograr la atención. Los resultados del análisis se describen a continuación.

A. Atención sin afiliación

La atención sin afiliación de los niños y niñas en primera infancia presenta varias características. Desde el punto de vista de los operadores del sistema, la atención de los niños y niñas, estén o no afiliados al sistema de salud es un derecho de obligatorio cumplimiento: “la misma normatividad exige que todos los niños deben ser atendidos, independientemente de que tengan o no tengan afiliación, entonces, se hace la atención” (ESE Soracá); otros entrevistados mencionan en ese sentido la Ley de Infancia y Adolescencia. Algunos padres de familia comparten esta noción. Sin embargo, desde el punto de vista de estos últimos, la atención sin afiliación presenta inconvenientes que van desde negligencia y sobre costos hasta falta de atención. La negligencia se refiere al hecho de que, no obstante atienden a los niños y niñas sin estar afiliados, los hospitales ponen inconvenientes y pueden demorar el proceso de atención.

Otros padres aseguraron que debido a la falta de afiliación de su niño o de su niña, la atención les fue negada. Una madre contaba así su experiencia con su niña enferma: “(...) la menor tiene un año y dos meses, y ella en diciembre, todo diciembre mantuvo con fiebre alta, a veces le daba estreñimiento o a veces le daba soltura, y fue un complique (...) tocaba era con pañitos de agua, no la atendían, que porque no tenía carné ni estaba en el Sisbén (...)”.

Otros más, en vista de las demoras por no tener afiliación o de que se las negaron, les he tocado pagar de forma particular, dada la emergencia: “si usted paga tiene el servicio; (...) ahí sí le ponen el suero”.

B. Acciones y estrategias de la afiliación sin atención

Cuando un niño o una niña reciben atención sin estar afiliados pueden ocurrir varias cosas. Una de ellas es una especie de conminación informal de la IPS o del hospital para que los padres afilien

al niño o a la niña: “se le dice, hoy le vamos a atender, pague usted el medicamento, nosotros le damos la consulta, se le explica cuáles son los pasos (...)”.

Se recogieron también testimonios de IPS o centros de salud que tenían como política iniciar los trámites para que el menor que fue atendido sin estar afiliado lo haga. Por ejemplo, se dan casos donde los entrevistados aseguraron que ellos mismos llaman a la EPS para que éstas inicien el trámite. Otras, aseguraron que el tema de la afiliación hace parte de las actividades de promoción y prevención que realizan. Por ejemplo, como ya se indicó, en los controles que se hace la madre gestante, “a ellas se les inculca mucho que durante el primer mes sus niños, lo primero, tienen que estar registrados; y segundo, afiliarlos al sistema de salud, pasar la novedad a la afiliación que ellas tengan”. Cabe advertir, sin embargo, que estas acciones dependen de la iniciativa de las organizaciones particulares y muchas veces de las políticas que adopten sus directivos.

2.2.4. Conclusiones del análisis cualitativo

1. El proceso de afiliación de los niños y niñas en primera infancia tiene diferentes requisitos que son reconocidos tanto por los padres como por los funcionarios entrevistados. Sin embargo, se encontraron las siguientes dificultades: *i)* el registro civil, sobre todo cuando hay problemas en el reconocimiento por parte del padre del niño o la niña; *ii)* cuando las personas viven lejos de la cabecera o del sitio donde opera la Registraduría; y *iii)* cuando hay problemas con el Sisbén, como las clasificaciones que son impugnadas por los usuarios que toman un tiempo en hacerse efectivas, generando demoras en la afiliación. Para otras poblaciones como la desplazada, se encontró que los trámites para obtener el certificado son vistos como engorrosos y demorados.
2. Las percepciones sobre la cobertura de afiliación son muy parejas entre los miembros de las instituciones, en el sentido de que la mayoría tiende a ver que los niños que no están afiliados en sus localidades son una minoría y que la cobertura en salud se acerca al 100%. En cuanto a los padres, aunque reconocen que el proceso de afiliación es sencillo, las distancias y las limitaciones materiales siguen pesando a la hora de afiliar a los niños.

Las EPS, las IPS y los funcionarios de las Secretarías de Salud afirman que la afiliación se promueve en los programas de prevención o en la atención de las madres gestantes. Sin embargo, no se encontró evidencia suficiente de que las instituciones hagan algún tipo de seguimiento al proceso de afiliación una vez las madres dan a luz.

3. Según consta en el material recogido, hay segmentos poblacionales que tienen mayores dificultades en afiliar a sus hijos al sistema de salud, como los desplazados o las poblaciones móviles. Igualmente, para las instituciones, la población rural dispersa y los indígenas, también presentan dificultades dados sus valores culturales y muchas veces las distancias existentes y los costos que esta situación genera para los padres de familia.

4. Los imaginarios alrededor de la afiliación de los niños y las niñas al sistema de salud, indican que está muy internalizado en las personas el hecho de que sea un deber afiliar a los hijos. Esto hace parte también de nociones que ven el no afiliar a los hijos como un acto de descuido y de irresponsabilidad. De la misma forma, la mayoría de los padres reconoce que tener afiliados a los hijos es un requisito para acceder a servicios como la educación o a subsidios como los de Familias en Acción.
5. Sobre el tema de las novedades, se encontró que el cambio de un régimen a otro, o de lugar de residencia, generan dificultades en la afiliación de las personas y por lo tanto de sus hijos, pues mientras las novedades se hacen efectivas las personas pueden quedar desafiadas. Sobre el particular, es interesante constatar que una de las estrategias que siguen las familias para evitar los costos asociados a estos problemas es quedar con el núcleo familiar dividido.
6. Por último, aunque existe conciencia tanto entre los padres de familia como entre los funcionarios de que la atención de la primera infancia es un derecho, estén o no afiliados al sistema de salud, se encontró que la no afiliación genere demoras e inconvenientes en la atención e, incluso, varios padres de familia aseguraron que se ha llegado a la negación del servicio. Algunos padres optan, en casos de urgencia, por pagar el servicio de salud particular para que su hijo o su hija sea atendido.

Aquí, al igual que en el caso de las estrategias de promoción, no hay una respuesta estándar por parte de las instituciones cuando se presentan los casos de atención sin afiliación. Algunas EPS aseguraron que no hacen los cruces debidos, es decir, que no ocurre mayor cosa; otras, que trabajan de la mano de las IPS para que cuando esa situación se presente, se garantice la afiliación de los menores de edad. Sin embargo, como se mencionó, este tipo de respuestas depende de la iniciativa particular de las organizaciones o de sus líderes.

2.2.5. Sugerencias de los entrevistados y participantes en los grupos focales

Las siguientes son las sugerencias organizadas por temas que hicieron los funcionarios entrevistados y los padres de familia en cuanto a la afiliación en salud de los niños y niñas en primera infancia.

Educación y campañas entre la población. Para algunos de los entrevistados, el Estado, en particular el Ministerio de Salud, debe hacer campañas educativas que aborden concretamente el tema de la importancia de la afiliación de los niños y niñas en primera infancia. Como lo expresó uno de los entrevistados, “es como concientizar a este tipo de personas de que ellos también tienen unos deberes que cumplir como usuarios”.

Simplificar los trámites de la afiliación. Otra de las sugerencias mencionadas es la simplificación de los trámites de la afiliación para los niños y las niñas. Por ejemplo, que al momento de nacer, en el hospital o la ESE que atendieron a la madre, queden con registro civil y afiliación a una EPS de manera automática.

Mejoras en el sistema de reporte de las novedades. Otro de los puntos mencionados repetidamente fue el del manejo de las novedades, bien sea por cambio de régimen o traslado de los afiliados. Este grupo de sugerencias apuntaba a eliminar, por ejemplo, la necesidad de que el afiliado tenga que llevar una carta reportando la novedad del retiro del régimen contributivo porque dejó de trabajar. Otro tipo de sugerencias en este mismo sentido, refieren a que el sistema genere una alerta automática y que, en el momento de retiro, aparezca de nuevo en el régimen subsidiado.

Sistema de alertas en las EPS. Para algunos de los entrevistados debería institucionalizarse un sistema de alertas en la información y bases de datos que manejan las EPS para que cuando una madre tenga a su hijo, el sistema indique que el niño o la niña todavía no está afiliado, y en consecuencia las EPS puedan hacer un seguimiento al proceso de afiliación.

3. Una síntesis de las principales conclusiones y recomendaciones del estudio

La presencia no solo de una menor tasa de afiliación de los niños y niñas en edad de primera infancia comparada con la estimada para el promedio del país, sino también de una tendencia decreciente de 2012 a 2013, en dicha tasa, permite derivar como principales conclusiones del estudio las que se detallan a continuación. Esas conclusiones apuntan hacia aspectos asociados a problemas de identificación, características particulares de la población, a errores al conformar las bases de afiliación o el manejo del mecanismo de novedades que incorpora la misma base de datos. A cada una de esas problemáticas corresponde un conjunto de recomendaciones que arroja el mismo análisis. Las consecuencias de la no afiliación limitan la atención de los niños y niñas que no se encuentran afiliados al sistema, pese a que se reconoce que la salud es un derecho fundamental y a la promulgación de la Circular 24 de 2012 que ordena la atención durante el primer año de edad.

1. Los problemas de identificación de los niños menores de seis años

La carencia del registro civil como documento de identificación aparece como un factor mencionado de manera recurrente entre los determinantes de la no la afiliación. Las EPS atienden el niño hasta el año, pero en cuanto lo cumple lo declaran como inactivo, pues desde el Ministerio de Salud y la Protección Social no es factible pagar un niño sin registro, lo que implicaría una pérdida monetaria para el ente asegurador.

Se manifiestan serias dificultades para obtener el registro civil de nacimiento, a lo cual contribuye a su vez, la caída en el registro de nacidos vivos. Se revela que el proceso actual de la Registraduría Nacional es bastante “tortuoso”, a lo que se debe anexas la carencia de una sistematización de los registros civiles por parte de la Registraduría Nacional del Estado Civil y la inexistencia de un nexo entre los distintos documentos de identificación.

Las recomendaciones apuntan a:

- Simplificar el proceso de registro civil e interrelacionarlo con los otros documentos de identidad.

- Generar una política tendiente a establecer el Registro civil como responsabilidad de la institución en la cual nace el niño y no de los padres.
- Adoptar una política de registro de niños en el sitio de nacimiento.

2. Características particulares de la población

Existen ciertas características de algunos grupos de población que le hacen más propensa a que sus niños en edad de primera infancia no se afilien al sistema de salud. Entre esas figuran su movilidad y acceso a trabajos temporales, la residencia en zonas rurales y las más apartadas de los centros urbanos, su condición de ingreso al sistema en función del puntaje Sisbén o de desplazado por el conflicto armado, y la pertenencia a un grupo indígena.

En lo que refiere al Sisbén, se muestra crítica la introducción de la tercera versión del indicador con un período de transición que beneficia a los padres a quienes deja con puntajes asociados a la segunda versión. Mientras tanto, los niños en primera infancia quedan con puntajes más altos que corresponden al Sisbén en su tercera versión. Esta situación ha generado toda una problemática a los padres, avocados a reclamaciones que toman tiempo antes de lograr la afiliación del niño o la niña. Otras restricciones que produce el Sisbén al momento de la afiliación tienen que ver con el traslado del sitio de residencia, un problema que también afecta a la población víctima del desplazamiento forzado.

Existe una situación que aunque debido al tamaño de la muestra de municipios del estudio, podría no ser concluyente, pero que vale la pena entrar a detallar un poco más. Esto es, la baja cultura de afiliación que se manifiesta entre los grupos indígenas.

La alta movilidad de la población a lo largo del territorio nacional, que en algunos casos se manifiesta a través de la necesidad de partición del núcleo familiar en los dos regímenes, representa otra de las restricciones más notorias a la afiliación. En este sentido, será de gran ayuda el Decreto de movilidad que se espera entre en operación en junio del presente año.

Las acciones que realizan las IPS para que los padres afilien a los niños y niñas, aparecen como casos aislados.

Las recomendaciones apuntan a:

- Simplificar los trámites de afiliación.
- Aunar esfuerzos para impulsar desde las EAPB e incluso las IPS, el desarrollo de acciones tendientes a motivar la afiliación de la primera infancia, utilizando las citas de control prenatal u otros espacios considerados relevantes.
- Propiciar que la promoción en cabeza de las EAPB esté acompañada de un proceso de seguimiento encaminado a verificar que la afiliación efectivamente se lleva a cabo.
- Aunar esfuerzos para hacer coincidir la base del Sisbén que maneja el municipio con el consolidado que se opera desde el Departamento Nacional de Planeación, para facilitar el proceso de afiliación.

3. Errores en la conformación de las bases de datos y el problema de novedades

Se identifican inconsistencias en la información, como ocurre con la variable edad, se encuentran homónimos y errores de digitación en el número del registro o del documento de identidad. Así mismo, la introducción de glosas tal como lo exige el proceso del registro implica que en determinadas circunstancias, se llegue al bloqueo de los afiliados.

Las Novedades y en particular las que se relacionan con el cambio de régimen, dejan a la población sin afiliación al sistema por un tiempo. Esta situación se agrava porque además del reporte de la novedad, su cargue en el sistema no es inmediato. Se espera que el Decreto de portabilidad que ha entrado en operación, permita que la persona lleve su afiliación a donde quiera que vaya.

Al respecto las recomendaciones apuntan a:

- Realizar una evaluación del sistema de reporte de novedades e introducir los ajustes requeridos.
- Introducir un mecanismo de seguimiento a los resultados obtenidos a través de la adopción del decreto de portabilidad.

4. La atención de la primera infancia no afiliada al sistema de salud

Se observa que la normatividad de afiliación automática no se aplica siempre o los padres no se acercan a legalizarla durante el primer mes de nacimiento. Es ahí donde empiezan las restricciones para el acceso a los servicios de salud. Adicional a lo que se vislumbra a través del análisis cuantitativo, entre los municipios visitados se ha constatado un uso limitado de los beneficios en la Circular 24 de 2012 que se orienta a propiciar la atención de niños y niñas menores de un año sin afiliación.

En últimas se observa, que la atención sin gozar de la afiliación es bastante restringida. Así lo manifiestan los padres y madres que participaron de los grupos focales. Cuando la atención se lleva a cabo, los padres se ven obligados a incurrir en mayores costos. La solución a esta situación remite a las recomendaciones descritas previamente.

Para cerrar, las recomendaciones se pueden resumir en cinco grandes aspectos:

1. Los relacionados con el *manejo de la información*. La calidad de las bases de datos propias del sector salud es bastante deficiente y no es concebible que la introducción de ajustes a las fuentes de información conduzcan a una menor cobertura, tal como ha ocurrido con el manejo del certificado de nacido vivo.
No es fácil obtener información relacionada con cobertura del registro civil entre la población menor de un año, un grupo que representa a su vez el más afectado en términos de acceso a la afiliación. En ese sentido, una posibilidad sería ampliar la muestra de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) para lograr la representatividad de la cobertura de registro civil para ese grupo de edad.

2. El proceso que conlleva a la obtención del *registro civil de nacimiento* debe ser revisado de modo tal que se gane en simplicidad, logrando además que logre cubrir a todo recién nacido vivo. En ese proceso se deben maximizar esfuerzos que permitan la mejor coordinación posible entre la Registraduría Nacional del Estado Civil, las entidades del sector salud y demás organismos del caso, con el objeto de garantizar el derecho a la identidad desde el momento mismo del nacimiento.
3. Realizar una *campaña permanente* mediante la cual se promueva el registro civil del recién nacido.
4. Reducir la magnitud de las inconsistencias que conllevan a *glosas, novedades* o cualquier otro tipo de medida requerida, cuyo resultado constituya un limitante al ingreso de los niños en edad de primera infancia en calidad de afiliados al sistema de salud.
5. Generar mecanismos que permitan que los niños menores de seis años, hijos de padres afiliados al régimen subsidiado de salud, dada su clasificación en niveles 1 y 2 del Sisbén versión II y que por tanto se encuentran en transición, se incorporen al sistema de salud, en las mismas condiciones que sus padres. Esto es, sin la aplicación de una encuesta que da lugar a un puntaje correspondiente al Sisbén en su tercera versión, situación que está ocasionando una ruptura en la afiliación del núcleo familiar, en cuanto existe la posibilidad de que el niño no logre ingresar al régimen subsidiado.

4. Anexos

Anexo 1. Distribución de la afiliación por edades simples. 2012, 2013

Edad	Afiliados 2012			Afiliados 2013		
	No. Personas	Participación en total afiliados (%)	Acumulado (%)	No. Personas	Participación en total afiliados (%)	Acumulado (%)
0	437.521	1,03	1,03	458.659	1,07	1,07
1	567.987	1,33	2,36	590.190	1,38	2,45
2	619.449	1,45	3,81	604.851	1,41	3,86
3	675.987	1,59	5,40	644.515	1,51	5,37
4	709.169	1,66	7,06	693.089	1,62	6,99
5	722.105	1,69	8,75	720.796	1,68	8,68
6	725.873	1,70	10,46	729.943	1,71	10,38
7	755.361	1,77	12,23	728.743	1,70	12,08
8	790.425	1,85	14,08	756.577	1,77	13,85
9	817.485	1,92	16,00	785.407	1,84	15,69
10	833.860	1,96	17,96	806.232	1,88	17,57
11	865.542	2,03	19,99	822.338	1,92	19,49
12	882.109	2,07	22,06	853.821	2,00	21,49
13	864.253	2,03	24,08	872.341	2,04	23,53
14	857.277	2,01	26,09	855.914	2,00	25,53
15	876.065	2,05	28,15	850.034	1,99	27,52
16	898.820	2,11	30,26	869.074	2,03	29,55
17	899.013	2,11	32,37	889.277	2,08	31,63
18	862.063	2,02	34,39	841.671	1,97	33,59
19	816.483	1,92	36,30	799.544	1,87	35,46
20	787.462	1,85	38,15	763.636	1,78	37,25
21	782.890	1,84	39,99	755.155	1,76	39,01
22	768.822	1,80	41,79	758.959	1,77	40,78
23	748.702	1,76	43,55	748.168	1,75	42,53
24	706.564	1,66	45,20	734.752	1,72	44,25
25	678.304	1,59	46,79	686.070	1,60	45,85
26	667.962	1,57	48,36	672.700	1,57	47,43
27	680.583	1,60	49,96	669.199	1,56	48,99
28	648.419	1,52	51,48	681.586	1,59	50,58
29	650.462	1,53	53,00	650.988	1,52	52,10
30	657.318	1,54	54,55	652.725	1,53	53,63
31	643.276	1,51	56,05	659.036	1,54	55,17
32	649.287	1,52	57,58	644.658	1,51	56,68
33	615.586	1,44	59,02	650.922	1,52	58,20
34	579.272	1,36	60,38	617.408	1,44	59,64
35	565.448	1,33	61,71	581.347	1,36	61,00
36	552.587	1,30	63,00	566.511	1,32	62,32
37	545.272	1,28	64,28	553.349	1,29	63,62
38	528.242	1,24	65,52	545.759	1,28	64,89
39	526.882	1,24	66,76	529.404	1,24	66,13
40	534.594	1,25	68,01	527.732	1,23	67,36
41	540.531	1,27	69,28	535.235	1,25	68,61
42	547.994	1,29	70,56	541.214	1,26	69,88
43	536.771	1,26	71,82	548.487	1,28	71,16
44	532.173	1,25	73,07	536.584	1,25	72,41
45	519.143	1,22	74,29	532.006	1,24	73,66
46	526.249	1,23	75,52	519.571	1,21	74,87
47	521.963	1,22	76,75	526.028	1,23	76,10
48	512.205	1,20	77,95	521.533	1,22	77,32
49	506.509	1,19	79,14	511.960	1,20	78,52
50	480.684	1,13	80,26	506.928	1,18	79,70
51	464.532	1,09	81,35	481.012	1,12	80,83
52	458.287	1,07	82,43	464.402	1,09	81,91
53	429.769	1,01	83,44	457.474	1,07	82,98
54	405.343	0,95	84,39	429.053	1,00	83,98
55	395.557	0,93	85,32	404.844	0,95	84,93
56	379.006	0,89	86,20	395.001	0,92	85,85
57	362.141	0,85	87,05	378.479	0,88	86,74
58	341.845	0,80	87,86	360.739	0,84	87,58
59	330.540	0,78	88,63	340.114	0,79	88,37
60	313.357	0,74	89,37	329.288	0,77	89,14
61	297.068	0,70	90,06	312.072	0,73	89,87
62	294.415	0,69	90,75	295.074	0,69	90,56
63	270.483	0,63	91,39	291.808	0,68	91,24
64	261.306	0,61	92,00	267.875	0,63	91,87
65	243.300	0,57	92,57	257.945	0,60	92,47
66	227.009	0,53	93,10	240.177	0,56	93,04
67	214.373	0,50	93,61	223.436	0,52	93,56
68	200.348	0,47	94,08	210.627	0,49	94,05
69	190.144	0,45	94,52	196.472	0,46	94,51
70	185.540	0,44	94,96	185.896	0,43	94,94
71	186.427	0,44	95,40	180.788	0,42	95,37

72	188.096	0,44	95,84	180.659	0,42	95,79
----	---------	------	-------	---------	------	-------

Anexo 1. Distribución de la afiliación por edades simples. 2012, 2013 (continuación)

Edad	Afiliados 2012			Afiliados 2013		
	No. Personas	Participación en total afiliados (%)	Acumulado (%)	No. Personas	Participación en total afiliados (%)	Acumulado (%)
73	165.786	0,39	96,23	182.077	0,43	96,21
74	158.135	0,37	96,60	159.654	0,37	96,59
75	141.539	0,33	96,93	151.594	0,35	96,94
76	138.204	0,32	97,25	135.121	0,32	97,26
77	133.116	0,31	97,56	131.114	0,31	97,56
78	118.043	0,28	97,84	125.611	0,29	97,86
79	110.388	0,26	98,10	110.761	0,26	98,12
80	95.591	0,22	98,32	102.826	0,24	98,36
81	96.578	0,23	98,55	88.378	0,21	98,56
82	93.431	0,22	98,77	88.661	0,21	98,77
83	78.584	0,18	98,95	84.852	0,20	98,97
84	70.895	0,17	99,12	70.663	0,17	99,13
85	58.393	0,14	99,26	63.051	0,15	99,28
86	53.100	0,12	99,38	51.308	0,12	99,40
87	45.350	0,11	99,49	46.132	0,11	99,51
88	37.868	0,09	99,58	38.850	0,09	99,60
89	32.435	0,08	99,65	31.749	0,07	99,67
90	27.257	0,06	99,72	26.801	0,06	99,74
91	24.863	0,06	99,78	22.101	0,05	99,79
92	20.854	0,05	99,83	19.992	0,05	99,83
93	15.257	0,04	99,86	16.315	0,04	99,87
94	12.137	0,03	99,89	11.703	0,03	99,90
95	10.090	0,02	99,91	9.056	0,02	99,92
96	7.813	0,02	99,93	7.391	0,02	99,94
97	5.740	0,01	99,94	5.733	0,01	99,95
98	4.548	0,01	99,96	4.025	0,01	99,96
99	3.253	0,01	99,96	3.097	0,01	99,97
100	2.428	0,01	99,97	2.209	0,01	99,97
101	2.031	0,00	99,97	1.632	0,00	99,98
102	1.402	0,00	99,98	1.375	0,00	99,98
103	841	0,00	99,98	826	0,00	99,98
104	613	0,00	99,98	448	0,00	99,98
105	492	0,00	99,98	340	0,00	99,98
106	422	0,00	99,98	276	0,00	99,98
107	384	0,00	99,98	215	0,00	99,99
108	396	0,00	99,98	233	0,00	99,99
109	312	0,00	99,98	271	0,00	99,99
110	319	0,00	99,99	195	0,00	99,99
111	578	0,00	99,99	209	0,00	99,99
112	5.048	0,01	100,00	419	0,00	99,99
113	450	0,00	100,00	4.786	0,01	100,00
114	4	0,00	100,00	225	0,00	100,00
115	7	0,00	100,00	2	0,00	100,00
116	1	0,00	100,00	7	0,00	100,00
117	3	0,00	100,00	1	0,00	100,00
118	2	0,00	100,00	4	0,00	100,00
119	4	0,00	100,00	3	0,00	100,00
120		0,00	100,00	2	0,00	100,00
121	2	0,00	100,00		0,00	100,00
122	2	0,00	100,00	1	0,00	100,00
123	2	0,00	100,00	1	0,00	100,00
124		0,00	100,00	2	0,00	100,00
126	1	0,00	100,00	1	0,00	100,00
Total afiliado	42.632.881	100,00		42.788.160	100,00	

Fuente: Cálculos CNC a partir de RUAF. Cubo de afiliados a salud - BDU. Consulta 04/11/2013.

Anexo 2. Afiliación población de 0 a 5 años de edad, 2012 y 2013

Departamento	Julio de 2012			Julio de 2013			Variación 0 a 5 2012-2013 (%)
	Menor de 1 año	1-5 años	Total 0 a 5 años	Menor de 1 año	1-5 años	Total 0 a 5 años	
Amazonas	841	7.481	8.322	792	7.468	8.260	-0,75
Antioquia	49.481	391.847	441.328	52.022	376.695	428.717	-2,86
Arauca	2.701	21.462	24.163	2.870	21.797	24.667	2,09
Atlántico	22.545	186.901	209.446	23.245	184.238	207.483	-0,94
Bogotá D.C.	73.232	488.011	561.243	73.198	470.838	544.036	-3,07
Bolívar	21.596	170.618	192.214	24.373	178.393	202.766	5,49
Boyacá	12.363	88.008	100.371	12.517	84.876	97.393	-2,97
Caldas	7.843	54.792	62.635	7.921	52.932	60.853	-2,85
Caquetá	5.227	37.427	42.654	5.549	37.591	43.140	1,14
Casanare	4.660	32.011	36.671	5.230	31.645	36.875	0,56
Cauca	14.984	103.375	118.359	15.887	103.454	119.341	0,83
Cesar	13.309	106.521	119.830	15.152	108.803	123.955	3,44
Chocó	4.585	46.061	50.646	4.481	47.058	51.539	1,76
Córdoba	15.894	143.166	159.060	17.332	142.164	159.496	0,27
Cundinamarca	22.267	155.599	177.866	22.682	153.833	176.515	-0,76
Guainía	440	3.690	4.130	438	3.978	4.416	6,92
Guaviare	827	6.947	7.774	808	6.601	7.409	-4,70
Huila	14.993	92.928	107.921	15.641	92.960	108.601	0,63
La Guajira	9.643	79.221	88.864	10.534	85.345	95.879	7,89
Magdalena	12.902	115.796	128.698	14.005	114.372	128.377	-0,25
Meta	8.393	66.710	75.103	9.287	66.565	75.852	1,00
Nariño	13.980	103.855	117.835	14.501	103.989	118.490	0,56
Norte de Santander	10.683	97.346	108.029	11.788	93.437	105.225	-2,60
Putumayo	3.573	27.031	30.604	3.646	26.045	29.691	-2,98
Quindío	3.748	28.528	32.276	3.915	27.619	31.534	-2,30
Risaralda	8.002	56.354	64.356	8.121	55.430	63.551	-1,25
San Andrés	561	4.035	4.596	605	4.146	4.751	3,37
Santander	21.368	144.057	165.425	21.544	137.713	159.257	-3,73
Sucre	8.694	76.359	85.053	10.415	78.702	89.117	4,78
Tolima	11.715	92.237	103.952	12.031	89.725	101.756	-2,11
Valle del Cauca	35.565	258.628	294.193	37.142	256.124	293.266	-0,32
Vaupés	406	3.515	3.921	362	3.568	3.930	0,23
Vichada	496	4.160	4.656	619	5.323	5.942	27,62
Total *	437.517	3.294.677	3.732.194	458.653	3.253.427	3.712.080	-0,54

* El Total además de los departamentos incluye INPEC y "No definido", los cuales suman 24 para 2012 y 44 para 2013.

Fuentes: Dane, "Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 Nacional, departamental y municipal por sexo y edades simples de 0 a 26 años. A Junio 30 de cada año".

Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAF. Cuba de afiliados a salud - BDUA. Consulta Octubre 09 de 2013.

Anexo 3. Afiliación población de 0 a 10 años de edad, 2012 y 2013

Departamento	Julio de 2012				Julio de 2013				Variación 2013-2012 (%)
	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Total	Contributivo	Subsidiado	Excepción	Total	
Amazonas	2.446	14.697	322	17.465	2.388	14.556	290	17.234	-1,32
Antioquia	448.173	469.474	5.479	923.126	437.160	458.810	4.971	900.941	-2,40
Arauca	5.626	43.455	379	49.460	5.787	43.699	349	49.835	0,76
Atlántico	184.400	251.446	1.247	437.093	177.890	243.846	1.140	422.876	-3,25
Bogotá D.C.	840.224	225.038	2.411	1.067.673	828.637	207.070	2.384	1.038.091	-2,77
Bolívar	105.345	284.361	1.400	391.106	103.242	299.079	1.370	403.691	3,22
Boyacá	69.124	133.426	1.813	204.363	68.091	127.278	1.656	197.025	-3,59
Caldas	49.205	80.993	878	131.076	48.324	77.417	811	126.552	-3,45
Caquetá	11.645	72.097	795	84.537	10.845	73.402	757	85.004	0,55
Casanare	23.543	47.612	427	71.582	24.998	46.033	388	71.419	-0,23
Cauca	35.367	204.091	1.199	240.657	34.685	202.221	1.109	238.015	-1,10
Cesar	59.694	190.826	772	251.292	57.111	189.690	705	247.506	-1,51
Choco	8.188	97.595	578	106.361	7.988	98.327	542	106.857	0,47
Córdoba	54.076	283.201	1.541	338.818	50.291	284.871	1.421	336.583	-0,66
Cundinamarca	176.885	169.101	1.520	347.506	180.433	164.162	1.421	346.016	-0,43
Guainía	539	8.436	130	9.105	565	8.464	117	9.146	0,45
Guaviare	2.192	13.647	215	16.054	2.218	13.058	198	15.474	-3,61
Huila	46.723	166.475	1.577	214.775	45.967	165.014	1.408	212.389	-1,11
La Guajira	32.582	22	284	32.888	29.844	24	260	30.128	-8,39
Magdalena	73.648	160.937	665	235.250	69.426	170.025	633	240.084	2,05
Meta	67.253	211.904	1.080	280.237	67.191	200.049	1.009	268.249	-4,28
Nariño	31.454	86.504	1.641	119.599	29.321	83.877	1.469	114.667	-4,12
No Definido	4	221.351		221.355		220.462		220.462	-0,40
Norte de Santander	66.652	157.532	990	225.174	64.970	154.174	939	220.083	-2,26
Putumayo	6.375	59.054	571	66.000	6.038	56.690	534	63.262	-4,15
Quindío	26.844	41.893	458	69.195	25.922	39.801	412	66.135	-4,42
Risaralda	62.189	67.185	993	130.367	59.491	67.333	891	127.715	-2,03
San Andrés	4.675	4.433	22	9.130	5.858	3.536	18	9.412	3,09
Santander	155.542	167.899	3.014	326.455	154.414	153.691	2.821	310.926	-4,76
Sucre	26.967	157.028	860	184.855	25.979	160.567	778	187.324	1,34
Tolima	65.981	146.582	1.542	214.105	65.470	141.332	1.395	208.197	-2,76
Valle del Cauca	317.565	300.620	1.715	619.900	304.613	299.632	1.546	605.791	-2,28
Vaupés	437	7.017	305	7.759	420	7.180	287	7.887	1,65
Vichada	783	10.018	103	10.904	829	13.106	91	14.026	28,63
Total general	3.062.346	4.555.950	36.926	7.655.222	2.996.406	4.488.476	34.120	7.519.002	-1,78

Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUA. Cuba de afiliados a salud - BDU. Consulta Octubre 10 de 2013.

Anexo 4. Variación en el número de nacidos vivos por departamento entre 2008 y 2012

Código	Departamento	Total Nacimientos			Nacimientos Régimen contributivo			Nacimientos Régimen subsidiado		
		2008	2012	Variación (%)	2008	2012	Variación (%)	2008	2012	Variación (%)
5	Antioquia	91.137	75.803	-16,83	37.436	33.237	-11,22	41.218	35.349	-14,24
8	Atlántico	42.210	39.918	-5,43	17.800	16.427	-7,71	19.262	21.306	10,61
11	Bogotá	129.047	117.399	-9,03	80.715	78.366	-2,91	25.408	25.240	-0,66
13	Bolívar	29.819	35.376	18,64	7.266	9.435	29,85	18.029	22.855	26,77
15	Boyacá	19.118	17.127	-10,41	5.801	5.772	-0,50	12.258	10.427	-14,94
17	Caldas	12.754	10.356	-18,80	3.944	3.881	-1,60	7.661	5.892	-23,09
18	Caquetá	7.268	7.633	5,02	1.337	1.065	-20,34	4.405	5.931	34,64
19	Cauca	15.597	15.762	1,06	1.986	2.144	7,96	10.052	12.808	27,42
20	Cesar	21.307	19.542	-8,28	5.071	5.214	2,82	13.234	13.256	0,17
23	Córdoba	26.729	28.540	6,78	5.080	4.656	-8,35	14.546	22.010	51,31
25	Cundinamarca	26.946	23.088	-14,32	8.856	8.978	1,38	12.508	12.970	3,69
27	Chocó	5.113	3.011	-41,11	542	359	-33,76	3.749	2.474	-34,01
41	Huila	20.960	21.095	0,64	4.628	5.034	8,77	13.104	14.993	14,42
44	La Guajira	12.639	11.793	-6,69	2.186	2.583	18,16	8.267	7.959	-3,73
47	Magdalena	22.424	23.054	2,81	6.260	6.343	1,33	13.145	14.796	12,56
50	Meta	16.131	16.323	1,19	6.393	6.948	8,68	5.785	7.337	26,83
52	Nariño	21.045	17.678	-16,00	3.201	2.737	-14,50	14.183	13.652	-3,74
54	Norte de Santander	21.686	20.021	-7,68	7.145	6.603	-7,59	10.325	10.890	5,47
63	Quindío	6.853	6.203	-9,48	2.447	2.348	-4,05	3.549	3.236	-8,82
66	Risaralda	13.077	12.010	-8,16	5.720	5.235	-8,48	5.536	5.314	-4,01
68	Santander	33.349	31.210	-6,41	14.710	15.913	8,18	14.598	13.150	-9,92
70	Sucre	16.217	15.228	-6,10	2.820	2.623	-6,99	10.453	11.737	12,28
73	Tolima	20.770	18.161	-12,56	5.691	5.728	0,65	9.317	11.021	18,29
76	Valle del Cauca	61.883	56.391	-8,87	28.308	26.486	-6,44	19.314	22.916	18,65
81	Arauca	4.867	4.377	-10,07	499	577	15,63	3.421	3.312	-3,19
85	Casanare	6.198	6.598	6,45	1.368	2.134	55,99	3.993	4.184	4,78
86	Putumayo	4.429	3.963	-10,52	536	423	-21,08	3.434	3.305	-3,76
88	San Andrés	812	804	-0,99	350	444	26,86	362	306	-15,47
91	Amazonas	1.475	1.426	-3,32	200	226	13,00	851	1.025	20,45
94	Guainía	559	388	-30,59	62	39	-37,10	459	336	-26,80
95	Guaviare	1.610	1.160	-27,95	165	154	-6,67	1.123	934	-16,83
97	Vaupés	678	563	-16,96	46	38	-17,39	582	491	-15,64
99	Vichada	746	553	-25,87	63	48	-23,81	419	469	11,93

Nota: Régimen de afiliación de la madre. No se están considerando los regímenes "Especial" o de "Excepción".

Fuente: Cálculos CNC sobre la base del registro de nacimientos de las Estadísticas Vitales del Dane. Consulta septiembre 10 de 2013.

4 Anexo 5. Municipios con reducción en afiliación para la primera infancia igual o inferior a -1% entre 2012 y 2013

Quintil	Departamento	Código	Municipio	Variación afiliación	Quintil	Departamento	Código	Municipio	Variación afiliación	
1	Casanare	85250	Paz de Ariporo	-18,6	4	Boyacá	15550	Pisba	-2,9	
	Magdalena	47189	Ciénaga	-12,3		Nariño	52317	Guachucal	-2,8	
	Chocó	27006	Acandí	-12,2		Antioquia	5628	Sabanalarga	-2,8	
	Córdoba	23574	Puerto Escondido	-10,3		Tolima	73168	Chaparral	-2,8	
	Caquetá	18479	Morelia	-10,3		Boyacá	15759	Sogamoso	-2,8	
	Norte de Sder	54206	Convención	-9,9		Norte de Sder	54001	Cúcuta	-2,8	
	Nariño	52258	El Tablón de Gómez	-9,8		Cundinamarca	25001	Agua de Dios	-2,7	
	Santander	68001	Bucaramanga	-9,5		Sucre	70124	Caimito	-2,6	
	Cauca	19743	Silvia	-9,3		Chocó	27361	Istmina	-2,6	
	Nariño	52260	El Tambo	-8,9		Nariño	52215	Córdoba	-2,5	
	Nariño	52207	Consacá	-8,5		Antioquia	5615	Rionegro	-2,5	
	Chocó	27150	Carmen del Darién	-8,5		Cesar	20710	San Alberto	-2,4	
	Antioquia	5059	Armenia	-8,5		Valle del Cauca	76275	Florida	-2,4	
	Córdoba	23466	MonteLíbano	-7,8		Magdalena	47001	Santa Marta	-2,2	
	Meta	50226	Cumaral	-7,7						
	Magdalena	47258	El Piñón	-7,7						
	Atlántico	8770	Suan	-7,7						
2	Chocó	27075	Bahía Solano (Mutis)	-7,3	5	Boyacá	15238	Duitama	-2,1	
	Córdoba	23675	San Bernardo del Viento	-7,2		Córdoba	23168	Chimá	-2,1	
	Boyacá	15764	Soracá	-7,1		Tolima	73443	Mariquita	-2,1	
	Nariño	52224	Cuaspué	-6,8		Cauca	19821	Toribio	-2,0	
	Nariño	52022	Aldana	-6,5		Boyacá	15522	Panqueba	-1,8	
	Cundinamarca	25317	Guachetá	-6,1		Córdoba	23464	Momil	-1,8	
	Santander	68162	Cerrito	-5,7		Santander	68432	Málaga	-1,7	
	Cesar	20060	Bosconia	-5,5		Boyacá	15753	Soatá	-1,5	
	Antioquia	5360	Itaguí	-5,4		Santander	68370	Jordán	-1,5	
	Valle	76616	Riofrío	-5,2		Boyacá	15322	Guateque	-1,4	
	Valle	76622	Roldanillo	-5,2		Cundinamarca	25899	Zipaquirá	-1,4	
	Antioquia	5361	Ituango	-5,2		Cundinamarca	25307	Girardot	-1,4	
	Caldas	17050	Aranzazu	-5,1		Córdoba	23001	Montería	-1,2	
	Norte de Sder	54125	Cácota	-4,7		Atlántico	8001	Barranquilla	-1,1	
Caldas	17616	Risaralda	-4,6	Bolívar	13212	Córdoba	-1,0			
3	Chocó	27787	Tadó	-4,5						
	Caldas	17380	La Dorada	-4,4						
	Boyacá	15646	Samacá	-4,4						
	Putumayo	86749	Sibundoy	-4,1						
	Caldas	17174	Chinchiná	-4,1						
	Antioquia	5376	La Ceja	-4,1						
	Antioquia	5665	San Pedro de Urabá	-3,8						
	Antioquia	5042	Santafé de Antioquia	-3,8						
	Boyacá	15839	Tutazá	-3,6						
	Norte de Sder	54109	Bucarasica	-3,6						
	Cundinamarca	25843	Ubaté	-3,5						
	Magdalena	47288	Fundación	-3,4						
	Antioquia	5425	Maceo	-3,4						
	Antioquia	5390	La Pintada	-3,3						
	Cundinamarca	25875	Villeta	-3,1						
	Antioquia	5736	Segovia	-3,0						
	Cundinamarca	25386	La Mesa	-3,0						
Boyacá	15757	Socha	-3,0							

Fuente: Cálculos CNC a partir Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAF. Cubo de afiliados a salud - BDUA. Consulta Octubre 18 de 2013.

Anexo 6. Municipios con aumento en afiliación para la primera infancia igual o inferior a 1% entre 2012 y 2013

Quintil	Departamento	Código	Municipio	Variación afiliación	Quintil	Departamento	Código	Municipio	Variación afiliación
1	Huila	41551	Pitalito	1,2	4	Magdalena	47555	Plato	5,6
	Magdalena	47161	Cerro San Antonio	1,3		La Guajira	44650	San Juan del Cesar	5,6
	Valle	76863	Versalles	1,3		Vichada	99001	Puerto Carreño	5,7
	Sucre	70670	Sampués	1,3		Cesar	20045	Becerril	5,7
	Sucre	70708	San Marcos	1,4		Cesar	20750	San Diego	5,7
	Risaralda	66400	La Virginia	1,4		Cesar	20238	El Copey	5,7
	Magdalena	47692	San Sebastián de Buenavista	1,4		Córdoba	23555	Planeta Rica	5,9
	Tolima	73624	Rovira	1,5		Atlántico	8137	Campo de La Cruz	6,2
	Putumayo	86573	Puerto Leguizamó	1,5		Bolívar	13006	Achí	6,3
	Bolívar	13780	Talagüa Nuevo	1,6		Cesar	20517	Pailitas	6,4
	Cauca	19392	La Sierra	1,7		Sucre	70717	San Pedro	6,6
	Cesar	20001	Valledupar	1,8		Antioquia	5250	El Bagre	6,8
	Cauca	19142	Caloto	1,8		La Guajira	44001	Riohacha	6,9
	Atlántico	8141	Candelaria	1,8		Cesar	20787	Tamalameque	7,3
	Arauca	81736	Saravena	1,9		Cesar	20250	El Paso	7,8
	Sucre	70215	Corozal	2,0		Sucre	70508	Ovejas	8,1
	Casanare	85001	Yopal	2,1		La Guajira	44430	Maicao	8,1
2	Casanare	85230	Orocúe	2,2	5	Bolívar	13442	María la Baja	8,3
	Cesar	20178	Chiriguaná	2,2		Antioquia	5660	San Luis	8,8
	Santander	68679	San Gil	2,3		Guainía	94001	Puerto Inírida	9,0
	Nariño	52036	Ancuyá	2,4		Magdalena	47460	Nueva Granada	9,6
	Córdoba	23162	Cereté	2,4		Cesar	20228	Curumaní	9,9
	Santander	68296	Galán	2,6		Cesar	20175	Chimichagua	10,1
	Huila	41001	Neiva	2,6		Boyacá	15518	Pajarito	10,8
	Sucre	70713	San Onofre	2,7		Meta	50568	Puerto Gaitán	11,4
	Cauca	19698	Santander de Quilichao	2,7		Sucre	70204	Colosó	11,5
	Santander	68077	Barbosa	2,8		Cesar	20400	La Jagua de Ibirico	11,7
	Magdalena	47675	Salamina	2,9		Magdalena	47541	Pedraza	12,0
	Bolívar	13873	Villanueva	2,9		Antioquia	5873	Vigía del Fuerte	13,4
	Norte de Sder	54498	Ocaña	2,9		Sucre	70771	Sucre	13,9
	Chocó	27372	Juradó	2,9		Sucre	70429	Majagual	17,6
	Cesar	20770	San Martín	3,0		Vaupés	97666	Taraira	18,9
	Santander	68255	El Playón	3,0		Risaralda	66572	Pueblo Rico	19,2
	Meta	50006	Acacías	3,0		Cauca	19809	Timbiquí	30,2
	Bolívar	13244	El Carmen de Bolívar	3,4		Chocó	27073	Bagadó	35,4
	Magdalena	47170	Chivolo	3,4					
Magdalena	47245	El Banco	3,4						
3	Casanare	85139	Maní	3,5					
	Sucre	70001	Sincelejo	3,8					
	Antioquia	5284	Frontino	3,9					
	Boyacá	15299	Garagoa	3,9					
	Bolívar	13430	Magangué	4,0					
	Casanare	85440	Villanueva	4,3					
	La Guajira	44279	Fonseca	4,4					
	Cesar	20011	Aguachica	4,5					
	Sucre	70418	Los Palmitos	4,6					
	Sucre	70400	La Unión	4,6					
	Meta	50251	El Castillo	4,7					
	Casanare	85263	Pore	4,8					
	Cesar	20621	Robles (La Paz)	4,8					
	Cesar	20032	Astrea	4,9					
	Cesar	20383	La Gloria	5,1					
	Sucre	70230	Chalán	5,2					
	Cesar	20550	Pelaya	5,3					
	Cesar	20013	Agustín Codazzi	5,4					
Chocó	27001	Quibdó	5,4						
Amazonas	91001	Leticia	5,4						

Fuente: Cálculos CNC a partir Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAF. Cubo de afiliados a salud - BDU. Consulta Octubre 18 de 2013.

Anexo 7. Variación en afiliación a primera infancia entre 2012 y 2013, en los 68 municipios con reducciones más drásticas

Departamento	Código Municipio	Municipio	Afiliados 0 a 5 años		Variación en afiliación
			2012	2013	
Antioquia	5004	Abriaquí	141	125	-11,35
Antioquia	5030	Amagá	1.795	1.603	-10,70
Antioquia	5690	Santo Domingo	727	654	-10,04
Antioquia	5861	Venecia	831	732	-11,91
Atlántico	8634	Sabanagrande	1.876	1.599	-14,77
Boyacá	15022	Almeida	105	82	-21,90
Boyacá	15090	Berbeo	138	120	-13,04
Boyacá	15097	Boavita	319	281	-11,91
Boyacá	15189	Ciénega	384	344	-10,42
Boyacá	15276	Floresta	229	196	-14,41
Boyacá	15317	Guacamayas	77	69	-10,39
Boyacá	15425	Macanal	254	205	-19,29
Boyacá	15464	Mongua	451	387	-14,19
Boyacá	15480	Muzo	845	745	-11,83
Boyacá	15511	Pachavita	150	131	-12,67
Boyacá	15537	Paz del Río	332	297	-10,54
Boyacá	15660	San Eduardo	115	103	-10,43
Boyacá	15667	San Luis de Gaceno	465	406	-12,69
Boyacá	15676	San Miguel de Sema	223	187	-16,14
Boyacá	15681	San Pablo de Borbur	553	495	-10,49
Boyacá	15723	Sativasur	74	61	-17,57
Boyacá	15755	Socotá	807	713	-11,65
Boyacá	15798	Tenza	214	190	-11,21
Caldas	17446	Marulanda	188	160	-14,89
Caquetá	18479	Morelia	428	384	-10,28
Cauca	19693	San Sebastián	868	778	-10,37
Córdoba	23574	Puerto Escondido	2.334	2.094	-10,28
Cundinamarca	25095	Bituima	109	87	-20,18
Cundinamarca	25295	Gachancipá	890	777	-12,70
Cundinamarca	25299	Gama	243	215	-11,52
Cundinamarca	25483	Nariño	155	136	-12,26
Cundinamarca	25488	Nilo	366	324	-11,48
Cundinamarca	25491	Nocaima	344	305	-11,34
Cundinamarca	25518	Paime	293	237	-19,11
Cundinamarca	25592	Quebradanegra	233	192	-17,60
Cundinamarca	25769	Subachoque	966	868	-10,14
Cundinamarca	25797	Tena	411	338	-17,76
Cundinamarca	25807	Tibirita	151	129	-14,57
Chocó	27006	Acandí	1.527	1.341	-12,18
Chocó	27250	El Litoral del San Juan	1.300	1.163	-10,54
Magdalena	47189	Ciénaga	12.867	11.280	-12,33
Norte de Santander	54344	Hacarí	942	819	-13,06
Norte de Santander	54673	San Cayetano	322	257	-20,19
Santander	68051	Aratocha	663	578	-12,82
Santander	68132	California	177	115	-35,03
Santander	68250	El Peñón	344	285	-17,15
Santander	68266	Enciso	286	257	-10,14
Santander	68298	Gambita	300	267	-11,00
Santander	68468	Molagavita	324	285	-12,04
Santander	68572	Puente Nacional	712	630	-11,52
Santander	68669	San Andrés	681	612	-10,13
Santander	68705	Santa Bárbara	155	137	-11,61
Santander	68867	Vetas	123	92	-25,20
Tolima	73024	Alpujarra	315	274	-13,02
Tolima	73148	Carmen de Apicalá	519	446	-14,07
Tolima	73352	Icononzo	599	536	-10,52
Tolima	73547	Piedras	261	233	-10,73
Tolima	73585	Purificación	1.718	1.409	-17,99
Tolima	73622	Roncesvalles	559	501	-10,38
Valle del Cauca	76130	Candelaria	5.412	4.662	-13,86
Valle del Cauca	76563	Pradera	4.415	3.918	-11,26
Casanare	85136	La Salina	123	107	-13,01
Casanare	85250	Paz de Ariporo	3.431	2.792	-18,62
Casanare	85279	Recetor	118	97	-17,80
Casanare	85315	Sacama	157	122	-22,29
Amazonas	91405	La Chorrera (Cd.)	4	1	-75,00
Amazonas	91430	La Victoria (Cd.)	1	0	-100,00
Amazonas	91798	Tarapacá (Cd.)	2	1	-50,00

Fuente: Cálculos CNC a partir Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAF. Cubo de afiliados a salud - BDU. Consulta Octubre 18 de 2013.

Anexo 8. EAPB con reducción en la afiliación igual o superior a un -80%

Departamento	Código EAPB	Etiquetas de fila	2012	2013	Variación
Amazonas	CCF053	Caja de Compensación Familiar de Cundinamarca COMFACUNDI	1	0	-100,0
Amazonas	EAPB01	E.P.S. FAMISANAR LTDA.	4	0	-100,0
Amazonas	EAPBS1	HUMANA VIVIR S.A. E.P.S.	1.130	0	-100,0
Antioquia	CCF001	Caja de Compensación Familiar Comfamiliar CAMACOLCOMFAMILIAR CAMACOL	11	0	-100,0
Antioquia	EAPB01	SALUD COLPATRIA E.P.S.	149	0	-100,0
Antioquia	EAPB03	E.P.S. CONDOR S.A.	4.123	0	-100,0
Antioquia	EAPB03	SELVASALUD S.A. E.P.S	2.421	0	-100,0
Antioquia	ESS068	Asociación Solidaria de Salud de ASTREA	1	0	-100,0
Arauca	EAPB03	SALUDVIDA S.A. E.P.S	1	0	-100,0
Atlántico	CCF035	Caja de Compensación Familiar de Barrancabermeja CAFABA	8	0	-100,0
Atlántico	EAPB01	COMFENALCO Valle E.P.S.	1	0	-100,0
Atlántico	EAPB01	Salud COLPATRIA E.P.S.	7	0	-100,0
Atlántico	EAPBS1	HUMANA VIVIR S.A. E.P.S.	2.905	0	-100,0
Atlántico	EAPBS2	SOLSALUD E.P.S. S.A	7.274	0	-100,0
Atlántico	ESS002	Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de la Salud E.S.S. EMDISALUD ESS	4.504	0	-100,0
Bogotá D.C.	CCF101	COLSUBSIDIO	16.845	0	-100,0
Bogotá D.C.	EAPB03	E.P.S. CONDOR S.A.	3.678	0	-100,0
Bogotá D.C.	EAPBS2	SOLSALUD E.P.S. S.A	10.760	0	-100,0
Bogotá D.C.	EAPBS3	SALUDVIDA S.A. E.P.S	4	0	-100,0
Bogotá D.C.	ESS091	Entidad Cooperativa Sol. de Salud del Norte de Soacha ECOOPSOS	2.808	0	-100,0
Bolívar	EAPB01	SALUD COLPATRIA E.P.S.	13	0	-100,0
Boyacá	EAPB00	EAPB Programa COMFENALCO Antioquia	2	0	-100,0
Boyacá	EAPB01	SALUD COLPATRIA E.P.S.	1	0	-100,0
Boyacá	EAPB03	E.P.S. CONDOR S.A.	163	0	-100,0
Caldas	EAPB03	E.P.S. CONDOR S.A.	2.789	0	-100,0
Casanare	EAPB01	SALUD COLPATRIA E.P.S.	1	0	-100,0
Casanare	ESS002	Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de la Salud E.S.S. EMDISALUD ESS	990	0	-100,0
Casanare	ESS091	Entidad Cooperativa Sol. de Salud del Norte de Soacha ECOOPSOS	228	0	-100,0
Cauca	EAPB01	SALUD COLPATRIA E.P.S.	1	0	-100,0
Cauca	EAPB02	CALISALUD E.P.S	6	0	-100,0
Cauca	EAPB03	E.P.S. Cóndor S.A.	2.066	0	-100,0
Cauca	EAPBS0	CAFESALUD E.P.S. S.A.	44	0	-100,0
Cesar	EAPB01	SALUD COLPATRIA E.P.S.	1	0	-100,0
Chocó	EAPB01	EAPB y Medicina Prepagada Suramericana S.A	1	0	-100,0
Córdoba	EAPB01	E.P.S. FAMISANAR LTDA.	72	0	-100,0
Cundinamarca	EAPB01	SALUD COLPATRIA E.P.S.	74	0	-100,0

Primera infancia: Revisión afiliación al sistema de salud – CNC Informe 1 Nov 12 de 2013

Guainía	ESS091	Entidad Cooperativa Sol. de Salud del Norte de Soacha ECOOPSOS	767	0	-100,0
La Guajira	EAPB00	ALIANSA SALUD Entidad Promotora de Salud S.A.	1	0	-100,0
	1				
Magdalena	EAPB01	HUMANA VIVIR S.A. E.P.S.	3	0	-100,0
	4				
Meta	EAPB00	EAPB Programa COMFENALCO Antioquia	2	0	-100,0
	9				
Meta	ESS091	Entidad Cooperativa Sol. de Salud del Norte de Soacha ECOOPSOS	122	0	-100,0
Nariño	EAPB01	EAPB y Medicina Prepagada Suramericana S.A	1	0	-100,0
	0				
No Definido	EAPB03	La Nueva EAPB S.A.	2	0	-100,0
	7				
Norte de Sder	EAPB01	Salud COLPATRIA E.P.S.	2	0	-100,0
	5				
Norte de Sder	EAPB01	E.P.S. FAMISANAR LTDA.	145	0	-100,0
	7				
Putumayo	EAPB03	E.P.S. Cóndor S.A.	270	0	-100,0
	0				
Quindío	CCF028	Caja de Compensación Familiar de FENALCO "COMFENALCO Quindío"	17	0	-100,0
Quindío	EAPB01	COMFENALCO Valle E.P.S.	1	0	-100,0
	2				
Quindío	EAPB01	E.P.S. FAMISANAR LTDA.	31	0	-100,0
	7				
Risaralda	EAPBS3	SALUDVIDA S.A .E.P.S	1	0	-100,0
	3				
Santander	EAPB01	COMFENALCO Valle E.P.S.	1	0	-100,0
	2				
Santander	EAPB01	Salud COLPATRIA E.P.S.	874	0	-100,0
	5				
Sucre	EAPB01	EAPB Servicio Occidental de Salud S.A. - EAPB S.O.S. S.A.	1	0	-100,0
	8				
Sucre	EAPB02	SOLSALUD E.P.S. S.A	5	0	-100,0
	6				
Tolima	CCF037	Caja de Compensación Familiar de FENALCO de Tolima COMFENALCO	15.311	0	-100,0
Tolima	EAPB01	Salud COLPATRIA E.P.S.	1	0	-100,0
	5				
Valle	EAPB01	Salud COLPATRIA E.P.S.	190	0	-100,0
	5				
Valle	EAPB01	E.P.S. FAMISANAR LTDA.	141	0	-100,0
	7				
Valle	EAPB02	CALISALUD E.P.S	1	0	-100,0
	8				

6

Anexo 8 EAPB con reducción en la afiliación igual o superior a un -80% (Continuación)

Departamento	Código EAPB	Etiquetas de fila	2012	2013	Variación
Valle	EAPB030	E.P.S. Cóndor S.A.	6.787	0	-100,0
Valle	EAPB034	SALUDCOLOMBIA EAPB S.A.	3	0	-100,0
Vichada	ESS091	Entidad Cooperativa Sol. de Salud del Norte de Soacha ECOOPSOS	32	0	-100,0
Bogotá D.C.	EAPBS14	Humana Vivir S.A. E.P.S.	24.644	1	-100,0
Nariño	EAPB030	E.P.S. Cóndor S.A.	7.711	1	-100,0
Córdoba	EAPB031	SELVASALUD S.A. E.P.S	2.543	1	-100,0
Bogotá D.C.	EAPB015	SALUD COLPATRIA E.P.S.	2.349	1	-100,0
Guaviare	ESS091	Entidad Cooperativa Sol. de Salud del Norte de Soacha ECOOPSOS	1.844	1	-99,9
Magdalena	EAPBS14	Humana Vivir S.A. E.P.S	724	1	-99,9
Meta	EAPBS26	SOLSALUD E.P.S. S.A	3.078	5	-99,8
Bogotá D.C.	EAPB026	SOLSALUD E.P.S. S.A	256	4	-98,4
Atlántico	EAPB031	SELVASALUD S.A. E.P.S	3.676	118	-96,8
Atlántico	EAPB026	SOLSALUD E.P.S. S.A	151	5	-96,7
Sucre	ESS002	Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de la Salud E.S.S. EMDISALUD ESS	2.016	80	-96,0
Córdoba	EAPB026	SOLSALUD E.P.S. S.A	150	14	-90,7
Huila	EAPB026	SOLSALUD E.P.S. S.A	289	34	-88,2
Chocó	ESS002	Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de la Salud E.S.S. EMDISALUD ESS	588	79	-86,6
Bogotá D.C.	EAPB009	EAPB Programa COMFENALCO Antioquia	5	1	-80,0

Fuente: Cálculos CNC a partir Registro Único de Afiliados a la Protección Social – RUAF. Cubo de afiliados a salud - BDU. Consulta Octubre 21 de 2013.

Anexo 9. Unidad de Observación: EAPB. Técnica: Entrevista en Profundidad

Cabezote

Determinantes de la afiliación en Salud de la Primera Infancia	 <p><i>Centro Nacional de Consultoría S.A.</i> Calle 34 N° 5-27 Bogotá Teléfono: 339 4888</p>	EAPB
Centro de Costos: CC 9860-03	Fecha: 7/11/2013	Prueba Piloto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Elaborado por: Natalia Bateman	Revisado por: Francisco Quiroz/Carlos Castro	

Introducción:

El Centro Nacional de Consultoría está apoyando a la Fundación Saldarriaga Concha y al Ministerio de Salud y la Protección Social para conocer los motivos de la cobertura de afiliación del 72% al sistema de salud de los niños y niñas de la primera infancia; y así mismo entender por qué la población de la primera infancia tiene un menor porcentaje en la afiliación en comparación con el resto de las edades. Es por tal motivo que queremos conocer cómo funciona el sistema de salud, en particular el proceso de afiliación, desde distintas entidades que trabajan con el tema tratado, en este caso con la EAPB.

Por primera infancia se entienden los niños y las niñas con una edad inferior a 6 años.

Es importante aclarar que la información hablada y discutida en este espacio estará bajo confidencialidad y sólo será usada para el propósito de la investigación. Teniendo en cuenta esto, ¿tiene algún problema en que grabe la entrevista para efectos de agilidad en la toma de notas?

- ¿Cuál es su cargo en la entidad?

Afiliación:

- ¿Cómo es el proceso para afiliar a un niño o niña de la primera infancia en esta EAPB?
¿Sabe usted si existe alguna normatividad que dicte cómo llevar este proceso?
- ¿Qué dificultades se han encontrado en el proceso de afiliación de los niños y niñas de la primera infancia?
¿Cómo ha sido en el caso de los menores de un año?.
- ¿Se han experimentado cambios recientemente en el proceso para la afiliación de los niños y niñas de la primera infancia?
- ¿Tiene la EAPB alguna estrategia de seguimiento a la mujeres gestantes con el propósito a de asegurar que el RN se afilie a la momento de nacer?
- ¿Realiza seguimiento al estado de afiliación de las niñas y los niños en la primera infancia?

Manejo de los datos:

- ¿Cuál es el proceso administrativo para el ingreso de los datos al sistema de los niños y niñas de la primera infancia en esta EAPB?
- ¿Qué dificultades se han encontrado al momento de cargar la información al sistema?

Particularmente cómo ha sido en el: proceso de identificación, registro, cargue de novedades y seguimiento.

- ¿Ha encontrado problemas de consistencia entre la información que ha reportado la EAPB y los datos que reposan en el Sistema del Ministerio de Salud en temas como: número de afiliados, sexo, edad, municipio, entre otros?

¿Con qué frecuencia ha encontrado estos problemas?

Atención:

- ¿Qué sucede cuando un niño o niña de la primera infancia (0-5años) solicita un servicio de salud a una IPS sin estar afiliado?
¿Cuál es la proporción de los niños y niñas menores de un año que accede y es atendida por los servicios de salud, sin estos estar afiliados?
¿Es la misma proporción que los niños y niñas mayores de un año?
- ¿Se hace algún tipo de seguimiento a la población entre 0 y 5 años que ha sido atendida por el servicio de salud pero que aún no se ha afiliado?
- ¿Qué estrategias se utilizan para promover la afiliación de los niños y niñas de la primera infancia?
¿Qué acciones se toman cuando se identifican que niños y niñas de la primera infancia no están afiliados y hacen parte de su población objetivo?
- ¿Qué sugerencias tiene para mejorar el proceso de afiliación de los niños y niñas de la primera infancia (0-5 años)?
- ¿Estrategias que desarrolla para identificar y gestionar barreras de acceso para la afiliación?

AGRADECIMIENTOS Y SOLICITUD DE COLABORACIÓN POSTERIOR

Le agradecemos mucho sus opiniones. Quisiera preguntarle si estaría dispuesto en el futuro a volver a colaborar con nosotros.

Sí	1
----	---

No	2
----	---

Correo Electrónico: _____

Celular: _____

Anexo 10. Unidad de Observación: IPS. Técnica: Entrevista en Profundidad

Cabezote

Determinantes de la afiliación en Salud de la Primera Infancia	 <p>Centro Nacional de Consultoría S.A. Calle 34 N° 5-27 Bogotá Teléfono: 339 4888</p>	IPS
Centro de Costos: CC 9860-03	Fecha: 7/11/2013	Prueba Piloto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Elaborado por: Natalia Bateman	Revisado por: Francisco Quiroz/Carlos Castro	

Introducción:

El Centro Nacional de Consultoría está apoyando a la Fundación Saldarriaga Concha y al Ministerio de Salud y la Protección Social para conocer los motivos de la cobertura de afiliación del 72% al sistema de salud de los niños y niñas de la primera infancia; y así mismo entender por qué la población de la primera infancia tiene un menor porcentaje en la afiliación en comparación con el resto de las edades. Es por tal motivo que queremos conocer cómo funciona el sistema de salud, en particular el proceso de afiliación, desde distintas entidades que trabajan con el tema tratado, en este caso con la EAPB.

Por primera infancia se entienden los niños y las niñas con una edad inferior a 6 años.

Es importante aclarar que la información hablada y discutida en este espacio estará bajo confidencialidad y sólo será usada para el propósito de la investigación. Teniendo en cuenta esto, ¿tiene algún problema en que grabe la entrevista para efectos de agilidad en la toma de notas?

- ¿Cuál es su cargo en la entidad?

Datos:

- ¿A quién reporta la atención de los niños y niñas de la primera infancia (0-5 años) sin afiliación, y esa acción qué efecto surte?

Atención:

- ¿Qué sucede cuando un niño o niña de la primera infancia solicita un servicio de salud a esta IPS sin estar afiliado?
¿Es significativa la proporción de los niños y niñas menores de un año que acceden y son atendidos por esta IPS, sin estar afiliados?
¿Sucede lo mismo con los niños y niñas mayores de un año?
- ¿Se hace algún tipo de seguimiento para gestionar la afiliación de la población entre 0 y 5 años que ha sido atendida por esta IPS pero que aún no se ha afiliado?
- ¿Qué tan frecuente es que un niño o niña, de la primera infancia, no afiliado y que se le ha brindado atención, continúe solicitándola sin aún no estar afiliado? Precisar la pregunta porque lo que puede ocurrir es que el prestador haya resuelto el tema de pago a través de subsidios a la oferta.

- ¿Es posible que continúe sucediendo la misma situación así el niño o niña sea mayor de un año?
- ¿En niños o niñas con qué características sucede más esta situación? (Por ejemplo: Indígenas, niños o niñas menores de un año, niños o niñas que están en protección).
- ¿Qué estrategias se utilizan en esta IPS para promover la afiliación de los niños y niñas de la primera infancia?
¿Qué acciones se toman cuando se identifican que niños y niñas de la primera infancia no están afiliados y hacen parte de su población objetivo?
- ¿Qué utilidad identifica usted que está cumpliendo el registro de nacido vivo del DANE?
- ¿Qué sugerencias tiene para mejorar el proceso de afiliación de los niños y niñas de la primera infancia?
- ¿Estrategias que desarrolla para identificar y gestionar barreras de acceso para la afiliación?

AGRADECIMIENTOS Y SOLICITUD DE COLABORACIÓN POSTERIOR

Le agradecemos mucho sus opiniones. Quisiera preguntarle si estaría dispuesto en el futuro a volver a colaborar con nosotros.

Sí	1
----	---


No	2
----	---

Correo Electrónico: _____

Celular: _____

Anexo 11. Unidad de Observación: MINISTERIO DE SALUD. Técnica: Entrevista en Profundidad

Cabezote

Determinantes de la afiliación en Salud de la Primera Infancia	 <p>Centro Nacional de Consultoría S.A. Calle 34 N° 5-27 Bogotá Teléfono: 339 4888</p>	<p>Ministerio de Salud</p>
Centro de Costos: CC 9860-03	Fecha: 7/11/2013	Prueba Piloto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Elaborado por: Natalia Bateman	Revisado por: Francisco Quiroz/Carlos Castro	

Introducción:

El Centro Nacional de Consultoría está apoyando a la Fundación Saldarriaga Concha y al Ministerio de Salud y la Protección Social para conocer los motivos de la cobertura de afiliación del 72% al sistema de salud de los niños y niñas de la primera infancia; y así mismo entender por qué la población de la primera infancia tiene un menor porcentaje en la afiliación en comparación con el resto de las edades. Es por tal motivo que queremos conocer cómo funciona el sistema de salud, en particular el proceso de afiliación, desde distintas entidades que trabajan con el tema tratado, en este caso con la EAPB.

Por primera infancia se entienden los niños y las niñas con una edad inferior a 6 años.

Es importante aclarar que la información hablada y discutida en este espacio estará bajo confidencialidad y sólo será usada para el propósito de la investigación. Teniendo en cuenta esto, ¿tiene algún problema en que grabe la entrevista para efectos de agilidad en la toma de notas?

Afiliación:

- ¿Qué tipo de asesoría se le brinda a las EAPB y a las Secretarías de Salud para el proceso de afiliación al sistema de salud y para la sistematización de los datos?
- ¿Se han experimentado cambios recientemente en el proceso para la afiliación de los niños y niñas de la primera infancia?
- ¿Estrategias que se desarrollan para asegurar la cobertura universal de niñas y niños de la primera infancia?
- ¿Tipo de análisis de información que realiza des su área de la afiliación por curso de vida?
- ¿Usos de los resultados de estos análisis para ajustar la asistencia técnica?

Manejo de los datos:

- ¿Cómo se lleva a cabo el cargue y validación en la Base de Datos Única de Afiliación (BDUA) de los nuevos afiliados?
¿Cómo es el proceso del registro de novedades?
¿Cómo es el proceso para validar los datos?
- ¿Qué tipo de dificultades identifica usted en el proceso de afiliación en salud de la población en primera infancia (ej. Problemas con la identificación de beneficiarios potenciales, problemas con los requisitos exigidos, con el sistema de cargue de afiliados al sistema por parte de la EAPB, Etc).

- ¿Se realiza algún tipo de seguimiento a las IPS que presentan casos donde reiteradamente se presta el servicio de salud sin estar afiliada la población? En el ministerio es probable conocer esta situación.
- ¿Qué iniciativas se van a introducir para mejorar el proceso de afiliación?

AGRADECIMIENTOS Y SOLICITUD DE COLABORACIÓN POSTERIOR

Le agradecemos mucho sus opiniones. Quisiera preguntarle si estaría dispuesto en el futuro a volver a colaborar con nosotros.


Sí	1
----	---

No	2
----	---

Correo Electrónico: _____

Celular: _____

Anexo 12. Unidad de Observación: SECRETARIAS DE SALUD. Técnica: Entrevista en Profundidad

		Cabezote	
Determinantes de la afiliación en Salud de la Primera Infancia	 <p><i>Centro Nacional de Consultoría S.A.</i> Calle 34 N° 5-27 Bogotá Teléfono: 339 4888</p>	Secretaría de Salud	
Centro de Costos: CC 9860-03	Fecha: 7/11/2013	Prueba Piloto:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Elaborado por: Natalia Bateman	Revisado por: Francisco Quiroz/Carlos Castro		

Introducción:

- El Centro Nacional de Consultoría está apoyando a la Fundación Saldarriaga Concha y al Ministerio de Salud y la Protección Social para conocer los motivos de la cobertura de afiliación del 72% al sistema de salud de los niños y niñas de la primera infancia; y así mismo entender por qué la población de la primera infancia tiene un menor porcentaje en la afiliación en comparación con el resto de las edades. Es por tal motivo que queremos conocer cómo funciona el sistema de salud, en particular el proceso de afiliación, desde distintas entidades que trabajan con el tema tratado, en este caso con la EAPB.
- Por primera infancia se entienden los niños y las niñas con una edad inferior a 6 años.
-
- Es importante aclarar que la información hablada y discutida en este espacio estará bajo confidencialidad y sólo será usada para el propósito de la investigación. Teniendo en cuenta esto, ¿tiene algún problema en que grabe la entrevista para efectos de agilidad en la toma de notas?
- ¿Cuál es su cargo en la entidad?

Iniciativas:

- ¿Sabe usted si en el municipio hay población menor de cinco años sin afiliar al sistema de salud? Revisar competencias de las entidades territoriales en salud de acuerdo a la categoría de los municipios, para ajustar la pregunta, ¿Qué dificultades cree usted existen para lograr la cobertura universal de la afiliación de la población en primera infancia (0-5 años)?
- ¿Qué acciones se han desarrollado para mantener o aumentar la afiliación al sistema de salud de toda la población en su municipio, especialmente de los niños y niñas de 0 a 5 años?

Afiliación:

- ¿Cómo es el proceso para afiliar a un niño o niña de la primera infancia al sistema de salud?
- ¿Se han experimentado cambios recientemente en el proceso para la afiliación de los niños y niñas de la primera infancia?
- ¿Cómo garantiza el municipio la afiliación de las personas que estaban en una EAPB que cerró?

- ¿Qué tipo de seguimiento se realiza respecto al proceso de afiliación de los niños y niñas de la primera infancia de su municipio? Ampliar la pregunta a la población general y análisis por curso de vida.
- ¿Qué dificultades identifica que tienen las EAPB para el reporte de la información?
-

Atención:

- ¿Cuáles son las quejas más frecuentes de la atención en los servicios de salud de los niños y niñas de la primera infancia?
- ¿Qué tan frecuente es que las IPS les reporten atención de los niños y niñas de la primera infancia sin estar afiliados?

AGRADECIMIENTOS Y SOLICITUD DE COLABORACIÓN POSTERIOR
--

Le agradecemos mucho sus opiniones. Quisiera preguntarle si estaría dispuesto en el futuro a volver a colaborar con nosotros.


Sí	1
----	---

No	2
----	---

Correo Electrónico: _____ Celular: _____

Anexo 13. Unidad de Observación: OPERADOR BASE DE DATOS. Técnica: Entrevista en Profundidad

Cabezote

Determinantes de la afiliación en Salud de la Primera Infancia	 <p>Centro Nacional de Consultoría S.A. Calle 34 N° 5-27 Bogotá Teléfono: 339 4888</p>	Operador de la Base de Datos
Centro de Costos: CC 9860-03	Fecha: 7/11/2013	Prueba Piloto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Elaborado por: Natalia Bateman	Revisado por: Francisco Quiroz/Carlos Castro	

Introducción:

El Centro Nacional de Consultoría está apoyando a la Fundación Saldarriaga Concha y al Ministerio de Salud y la Protección Social para conocer los motivos de la cobertura de afiliación del 72% al sistema de salud de los niños y niñas de la primera infancia; y así mismo entender por qué la población de la primera infancia tiene un menor porcentaje en la afiliación en comparación con el resto de las edades. Es por tal motivo que queremos conocer cómo funciona el sistema de salud, en particular el proceso de afiliación, desde distintas entidades que trabajan con el tema tratado, en este caso con la EAPB.

Por primera infancia se entienden los niños y las niñas con una edad inferior a 6 años.

Es importante aclarar que la información hablada y discutida en este espacio estará bajo confidencialidad y sólo será usada para el propósito de la investigación. Teniendo en cuenta esto, ¿tiene algún problema en que grabe la entrevista para efectos de agilidad en la toma de notas?

- ¿Cuál es su cargo en la entidad?

Funcionamiento:

- Describa el proceso en la práctica del cargue de la información que realizan las EAPB.
- ¿Cuáles dificultades presenta?
- ¿En qué tipo de régimen se presentan más las dificultades?, ¿Es algo reiterativo?
- ¿Cómo es el proceso de validación de los datos de los niños y niñas de la primera infancia que se reportan como nuevos afiliados al sistema?
- ¿El sistema de cargue y validación de datos es diferente cuando el nuevo afiliado es una persona de 0-5 años que cuando es una persona de otra edad distinta a la primera infancia?
- ¿Qué iniciativas se tienen proyectadas para mejorar el cargue y la validación de los datos?
-

AGRADECIMIENTOS Y SOLICITUD DE COLABORACIÓN POSTERIOR

Le agradecemos mucho sus opiniones. Quisiera preguntarle si estaría dispuesto en el futuro a volver a colaborar con nosotros.

Sí 1

No 2

- Correo Electrónico: _____ Celular: _____

Anexo 14. Unidad de Observación: PADRES DE FAMILIA. Técnica: Grupo Focal

		Cabezote	
Determinantes de la afiliación en Salud de la Primera Infancia	 <p>Centro Nacional de Consultoría S.A. Calle 34 N° 5-27 Bogotá Teléfono: 339 4888</p>	Padres de Familia	
Centro de Costos: CC 9860-03	Fecha: 7/11/2013	Prueba Piloto:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Elaborado por: Natalia Bateman	Revisado por: Francisco Quiroz/Carlos Castro		

Introducción:

El Centro Nacional de Consultoría está apoyando a la Fundación Saldarriaga Concha y al Ministerio de Salud y la Protección Social para conocer los motivos de la cobertura de afiliación del 72% al sistema de salud de los niños y niñas de la primera infancia; y así mismo entender por qué la población de la primera infancia tiene un menor porcentaje en la afiliación en comparación con el resto de las edades. Es por tal motivo que queremos conocer cómo funciona el sistema de salud, en particular el proceso de afiliación, desde distintas entidades que trabajan con el tema tratado, en este caso con la EAPB.

Por primera infancia se entienden los niños y las niñas con una edad inferior a 6 años.

Es importante aclarar que la información hablada y discutida en este espacio estará bajo confidencialidad y sólo será usada para el propósito de la investigación. Teniendo en cuenta esto, ¿tiene algún problema en que grabe la entrevista para efectos de agilidad en la toma de notas?

- Presentación: ¿Cómo se llaman?, ¿Qué edad tienen?, ¿Con quién viven?, ¿Cuántos hijos tienen? Y ¿De qué edad son sus hijos?

Afiliación:

- ¿Para quienes no tengan afiliado a su hijo o hija menor de 5 años al sistema de salud, ¿por qué no lo ha afiliado?
¿Qué dificultades encuentran para afiliarlo?
- Para quienes tengan afiliado a su hijo o hija de la primera infancia al sistema de salud, ¿qué beneficios han encontrado?
- ¿Cómo fue el proceso para afiliar a su hijo o hija menor de cinco años al sistema de salud?
- ¿A qué edad lo(s) afiliaron?
- ¿Qué requisitos le pidieron para afiliar a su hijo o hija de la primera infancia al sistema de salud?
- *Afiliación del Núcleo Familiar:*
¿Los miembros de su núcleo familiar están afiliados a salud?

¿Hay diferencia en la afiliación al sistema de salud entre los miembros de su núcleo familiar?

Requerimiento de la Afiliación:

- ¿Cuándo le han exigido el carnet de afiliación de su hijo o hija de la primera infancia?

Atención:

- ¿Le han atendido a su hijo o hija menor de cinco años en algún centro de salud así en ese momento no haya estado afiliado(a)?
- Para lograr esta atención ¿Qué trámites tuvo que realizar para recibir la atención en salud?
- ¿Tuvo dificultades para acceder a la atención del servicio de salud de su hijo o hija de la primera infancia?

Imaginario de la Infancia:

- ¿Considera que hay mayor riesgo a nivel de salud en algunos de los momentos o edades de los niños y niñas, y por tanto es más importante la afiliación en salud en ciertas edades?