



# OBSERVATORIO

---

## DE FAMILIA

## Boletín No 2



# Presentación

---

El Boletín del Observatorio de Familia registra diversa información relacionada con los temas que afectan a las familias Colombianas, los cuales constituyen los componentes y objetivos del Observatorio de Familia. En el presente Boletín del Observatorio se presenta la siguiente información: i) el discurso que el Doctor Mauricio Perfetti Del Corral, Subdirector Técnico del Departamento Nacional de Planeación –DNP- realizó en el evento conmemorativo el día de la familia, en el cual se destacan aspectos relevantes del Plan Nacional de Desarrollo concernientes a la familia. ii) una descripción del Programa Ampliado de Inmunización -PAI-, resaltando la importancia que éste tiene dentro de las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en nuestro país, así como las cifras de cobertura de vacunación. iii) Una descripción del sistema general de seguridad social en salud en el cual se hace referencia a la estructura que lo constituye, y se presentan cifras de cobertura de dicho sistema de salud. iv) Finalmente, se registran y describen cifras estadísticas sobre demografía y pobreza, utilizando para ello la tipología de hogares.

# Celebración del Día de la Familia.

---

El Departamento Nacional de Planeación –DNP-, junto con el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, la Procuraduría General de la Nación y el Ministerio de Cultura, realizaron el pasado 15 de mayo el Foro “Celebración del Día Nacional de la Familia”, conmemorando de esta forma una fecha establecida por la Ley 1361 de 2009 para reconocer la importancia de la familia dentro de nuestra sociedad.

En dicho evento, el Subdirector Técnico del DNP Dr. Mauricio Perfetti Del Corral resalto la importancia que tiene la familia dentro de las políticas del Gobierno Nacional, recordando que:

*“El propósito principal del Plan Nacional de Desarrollo 2010 - 2014 es la prosperidad de las familias colombianas. Esto significa lograr que todas las familias vivan en una sociedad justa, moderna y segura.*

*La sociedad que queremos es una sociedad con igualdad de oportunidades, equidad y movilidad social, en la que nacer en familias en condiciones desventajosas no signifique perpetuar dichas condiciones a lo largo de la vida. Una sociedad en la que el Estado acude eficazmente para contribuir a que cada colombiano tenga acceso a las herramientas fundamentales que le permitan construir el proyecto de vida que valora, independientemente de su género, etnia, posición social, orientación sexual, lugar de origen o si tiene alguna discapacidad.”.*

Así mismo, como parámetro del mejoramiento en las condiciones de vida de las familias colombianas, el Doctor Perfetti resaltó los avances que el país ha tenido en materia de la reducción de la pobreza, destacando que: *“A pesar de que falte camino por recorrer, en los últimos años hemos avanzado en esta dirección. Como el Presidente Santos lo*



*anunció recientemente somos el segundo país de América Latina que más redujo la pobreza en los últimos dos años. Durante este gobierno la pobreza por ingresos cayó de 37,2 a 32,7%, por lo que cerca de 1,7 millones de personas salieron de esa condición. De igual forma, cerca de 700 mil personas lograron salir de la pobreza extrema.*

*También hemos mejorado en términos del acceso a los bienes y servicios básicos de la sociedad moderna. El índice de pobreza multidimensional que mide estos aspectos evidencia que la pobreza pasó de 30,4 en 2010 a 27% en 2012. En dos años hay 1,3 millones de personas que de alguna forma han tenido mayores ingresos laborales, menor desempleo, mayor acceso en la educación y la salud.*



*Estos resultados demuestran que las políticas públicas están cumpliendo su fin, y, lo más importante, están extendiendo la prosperidad a las familias más vulnerables. Colombia se encuentra entre los países que más redujeron la desigualdad en los dos años últimos años. La desigualdad del ingreso disminuyó (el coeficiente de Gini se redujo en 2,1 puntos) y el crecimiento del ingreso de los más pobres fue 6 veces superior al de los más ricos (13,2 vs. 2,3%).*

También, mencionó los desafíos que enfrenta el país para mejorar las condiciones de las familias. En este sentido resaltó que: “Son varios los retos que nos impone el actual contexto económico y social en el diseño y la implementación de las políticas públicas para las familias colombianas: 1) Las transformaciones demográficas derivadas del aumento en la esperanza de vida y la disminución en la tasa de fecundidad, que terminó incidiendo en la reducción del tamaño promedio de las familias, e incrementado el número de hogares unipersonales, de hogares con adultos mayores y de hogares sin hijos. 2) Los cambios en los procesos económicos y sociales derivados de la mayor internacionalización de la economía colombiana. 3) Los cambios culturales observados por la mayor participación femenina en el mercado laboral y en el acceso a bienes y servicios básicos. 4) Los cambios derivados de la mayor expansión de oportunidades a los distintos grupos y minorías étnicas y sociales.”.

# Programa Ampliado de Inmunización

La Ley 100 de 1993 establece que la inmunización es una de las actividades de obligatorio cumplimiento del Plan Obligatorio de Salud -POS- de los regímenes contributivo y subsidiado. Complementariamente, en la Resolución 4288 de 1996, el Plan de Atención Básica - PAB -, desarrolla las actividades de vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación, promoción de la vacunación y vacunación por concentración (Jornadas Nacionales y Locales de Vacunación) para garantizar la inmunización en la población que por barreras geográficas, culturales o institucionales no ha tenido acceso a dichos servicios de salud.

Por su parte, la Ley 715 de 2001, con el propósito de fortalecer la operación del programa, reafirmó la responsabilidad de la Nación de garantizar el suministro oportuno de vacunas e insumos críticos y fijó el logro de coberturas útiles de vacunación como criterio de eficiencia administrativa para la distribución de los recursos de Salud Pública del Sistema General de Participaciones. El Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014, continuó considerando como meta prioritaria en salud pública la consecución y mantenimiento de las coberturas de vacunación superiores al 95% en menores de 5 años en todas las vacunas del PAI.

En lo que hace referencia al esquema de vacunación, actualmente nuestro país cuenta con 16 vacunas, las cuales permiten el control de 19 enfermedades (tuberculosis, hepatitis B, poliomielitis, difteria, tos ferina, tétano, meningitis, neumonía, otitis y otras infecciones bacterianas causadas por neumococo; enfermedad diarreica aguda, influenza, hepatitis A, fiebre amarilla, sarampión, rubéola, parotiditis y cáncer de cuello uterino causado por el virus del papiloma humano)<sup>1</sup>.

Por ser universal, equitativo, el más costo efectivo, por su alcance en el propósito de proteger a la población contra enfermedades prevenibles por vacunación (erradicándolas, controlándolas o eliminándolas), por sus avances en la disminución de la morbilidad y la mortalidad, el Programa Ampliado de Inmunizaciones se constituye en la intervención de salud pública más



<sup>1</sup>Ministerio de Salud y Protección Social.

importante en la actualidad.

Con el propósito de hacer seguimiento sobre el cumplimiento del esquema de vacunación en todos los menores de cinco años, el Ministerio de Salud y Protección a través de la Resolución 1535 del 20 de noviembre de 2002, estableció el uso del carné de salud infantil como un documento único, distribuido a padres y cuidadores de niños y niñas, y que permite orientar sobre la evolución de la salud de niños y niñas menores de cinco años. Así mismo sirve para realizarles el seguimiento al crecimiento y desarrollo y el control del esquema de vacunación del PAI.

Este carné de salud es distribuido a los padres de todo recién nacido, por parte de las EPS, a través de la red de servicios de éstas para la población afiliada, y a través de las Secretarías Departamentales, Distritales o Municipales de Salud para la población pobre no asegurada. El siguiente cuadro presenta las coberturas de vacunación de 2009 a 2012:

Año	Polio	DPT	BCG	Hepatitis B	H.i.B	T.V.	Fiebre amarilla	Rota virus	Neumo 1er. Año	Neumo (12-23 meses)	Neumo (24-35 meses)
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
2.009	92,14	92,23	90,16	92,16	92,16	95,17	95,45	82,44	16,27	2,90	1,42
2.010	87,98	87,95	83,54	87,91	87,95	88,49	78,55	74,09	21,66	1,42	1,10
2.011	85,08	85,44	81,23	85,68	85,34	87,67	86,45	76,89	44,94	2,66	2,72
2.012	91,00	91,40	88,80	84,40	91,20	93,50	91,60	87,90	93,50	3,89	1,99

Fuente: MSPS- PAI

Al respecto, en el “Informe Anual Avances y Resultados al Congreso de la República 2012” el Ministerio de Salud y Protección Social informa que la ejecución del Programa Ampliado de Inmunización fue del 99% de los recursos asignados a través del presupuesto general de la nación.

Frente al comportamiento de la cobertura de vacunación, tal como se observa en el cuadro anterior, se resalta el incremento registrado en la vacunación DPT (difteria, tos ferina y tétanos), la cual pasa de 85.4% en el año 2011 a 91.4 en el 2012, con un incremento de 6 puntos porcentuales.

Igualmente, la vacunación triple viral (sarampión, rubéola y parotiditis) en menores de 1 año, en el año 2012 tuvo un mejoramiento de 5.8 puntos porcentuales en su cobertura, frente al registrado en el año anterior (de 87.7% en 2011 a 93.5% en 2012).

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Protección Social incluyó, dentro del esquema vacunación, el biológico tetravalente contra el Virus de Papiloma Humano (VPH), que es el principal riesgo asociado al cáncer de cuello uterino. Dicho Ministerio implementó durante 2012 la primera fase del programa de vacunación contra el VPH, teniendo como objetivo a las niñas de cuarto de primaria con 9 años cumplidos de todos los colegios y escuelas del país. Se informa que en primeras dosis se logro vacuna a 363.514 niñas contra el Virus del Papiloma Humano VPH, logrando una cobertura del 97%

# Sistema General de Seguridad Social en Salud

---

Mediante la Ley 100 de 1993 se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud en reemplazo del antiguo Sistema Nacional de Salud caracterizado por la provisión pública de los servicios de salud y la existencia de un seguro para la población perteneciente al sector laboral formal. Este Sistema tiene como fundamento el modelo conocido posteriormente con el nombre de Pluralismo Estructurado (Londoño Juan Luis, 1997). Modelo que incorpora 4 funciones básicas en los Sistemas de salud, la modulación, el financiamiento, la articulación y la prestación de servicios, en un esquema de operación y financiamiento mixto con la participación del Estado y los privados.

Uno de los principales objetivos del Sistema era superar las dificultades propias de un modelo privado de salud (financiado principalmente con gasto de bolsillo, y modelos como el público unificado y el de contrato público), en los cuales el Estado financia y suministra servicios directamente a través de un sistema único integrado verticalmente. Es así como la Ley 100 de 1993<sup>2</sup>, introduce la competencia entre proveedores de servicios de salud, denominados Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y Aseguradoras, denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS), al tiempo que libre elección por parte de los usuarios, circunstancia que afectaría positivamente la calidad de los servicios, la eficiencia y una disminución en la tendencia creciente del gasto de bolsillo, dicha competencia se encuentra regulada por el Estado en ejercicio de su función de modulación.

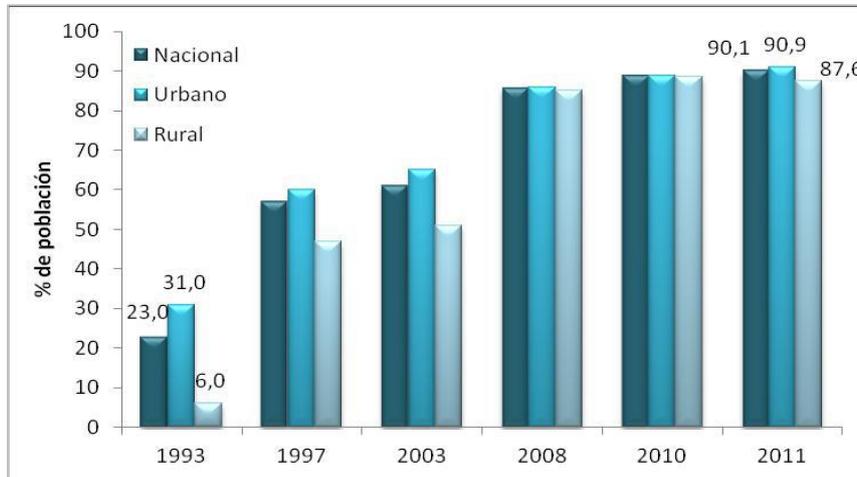
La afiliación al Sistema se realiza a través de dos regímenes según su capacidad de pago, al régimen contributivo para las personas vinculadas laboralmente mediante contratos de trabajo, independientes y rentistas de capital y al régimen subsidiado para la población pobre y vulnerable identificada en los niveles I y II de la encuesta SISBEN, así como poblaciones especiales definidas por el legislador (población indígena, desplazados, menores en protección del ICBF, desmovilizados entre otros).

---

<sup>2</sup> La cual ha sido modificada para el caso de salud, en dos oportunidades, mediante la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011.

El porcentaje de afiliación afiliada al Sistema para el año 1993 se encontraba alrededor del 23% y para el año 2011 llegó al 90.1%.

Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en salud



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

El aumento de cobertura mejoró especialmente en el área rural en donde la cobertura era casi inexistente en 1993.

La población colombiana tiene derecho a un conjunto de prestaciones definidas en el Plan Obligatorio de Salud POS, el cual contiene los servicios, procedimientos, medicamentos e insumos necesarios para cubrir la mayor parte de las condiciones de salud que padece la población según su perfil epidemiológico.

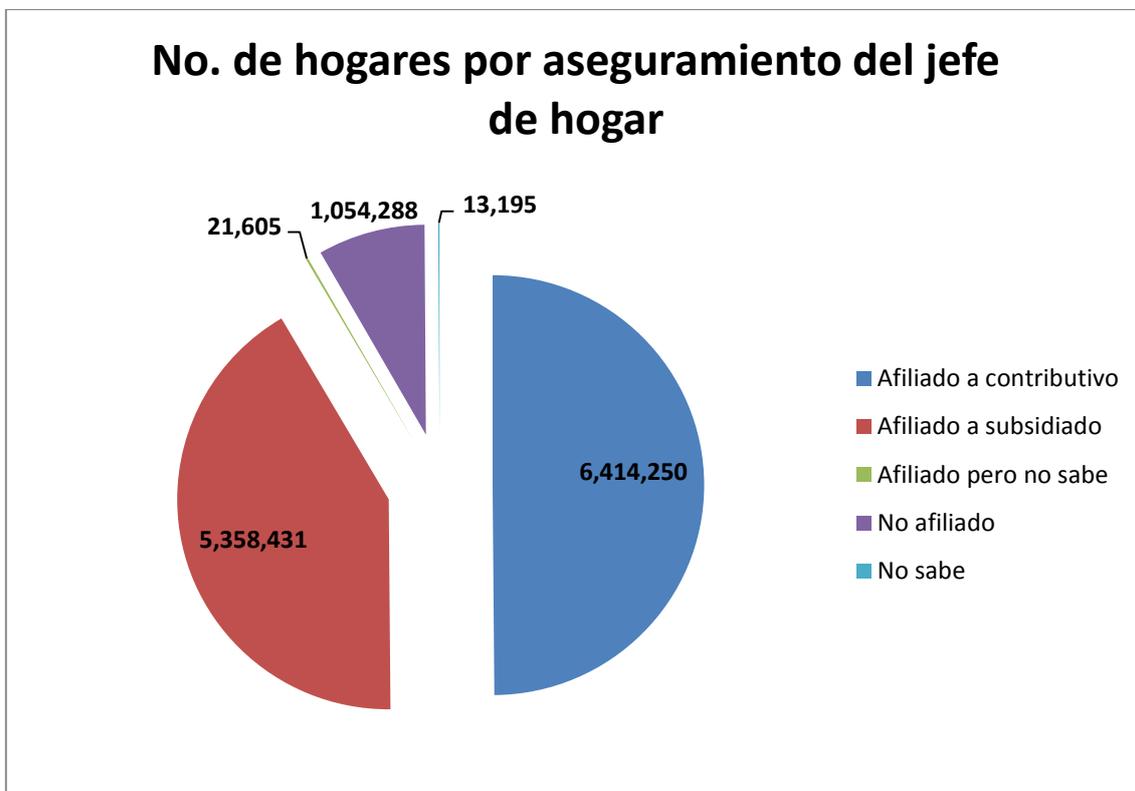
Mediante el Acuerdo 032 expedido por la Comisión de Regulación en Salud CRES (hoy en liquidación) se unificó el POS de los regímenes contributivo y subsidiado, propiciando mayores condiciones de equidad en el Sistema.

En la financiación del Sistema concurren recursos fiscales y parafiscales compuestos por los recursos del SGP, las rentas cedidas y recursos territoriales, aportes del Presupuesto General de la Nación y los aportes de solidaridad- FOSYGA, conformados por el 1.5% de las cotizaciones que realizan los aportantes del régimen contributivo. Recientemente con la aprobación de la reforma tributaria Ley 1607 de 2013 se reemplaza la cotización de los empleadores para quienes devengan menos de 10 SMLV por un impuesto a las utilidades denominado CREE, a partir del año

2014. El costo actual del aseguramiento se estima en \$40 billones de pesos que representa el 6.5% del PIB.

Los recursos del Sistema destinados al aseguramiento, de casi 43 millones de personas, son asignados y reconocidos a las EPS mediante una prima denominada unidad de pago por capitación-UPC, con la cual deben cubrir los servicios incluidos en el POS mediante contratación con la red de prestadores de servicios de salud públicos y privados.

Para el año 2012, de acuerdo con la gran encuesta integrada de hogares –GEIH-, 6.4 millones de hogares contaban con el jefe de hogar afiliado al régimen contributivo de salud y 5.3 millones de hogares tenían afiliado al jefe de hogar en el régimen subsidiado de salud, lo que significa que más del 91% de los hogares cuentan con afiliación del jefe de hogar a dichos regímenes de salud. Por otro lado, 1.054.288 de hogares reportan no estar afiliados al sistema, los cuales son atendidos a través de la red pública de servicios de salud. El siguiente gráfico presenta dichas cifras:

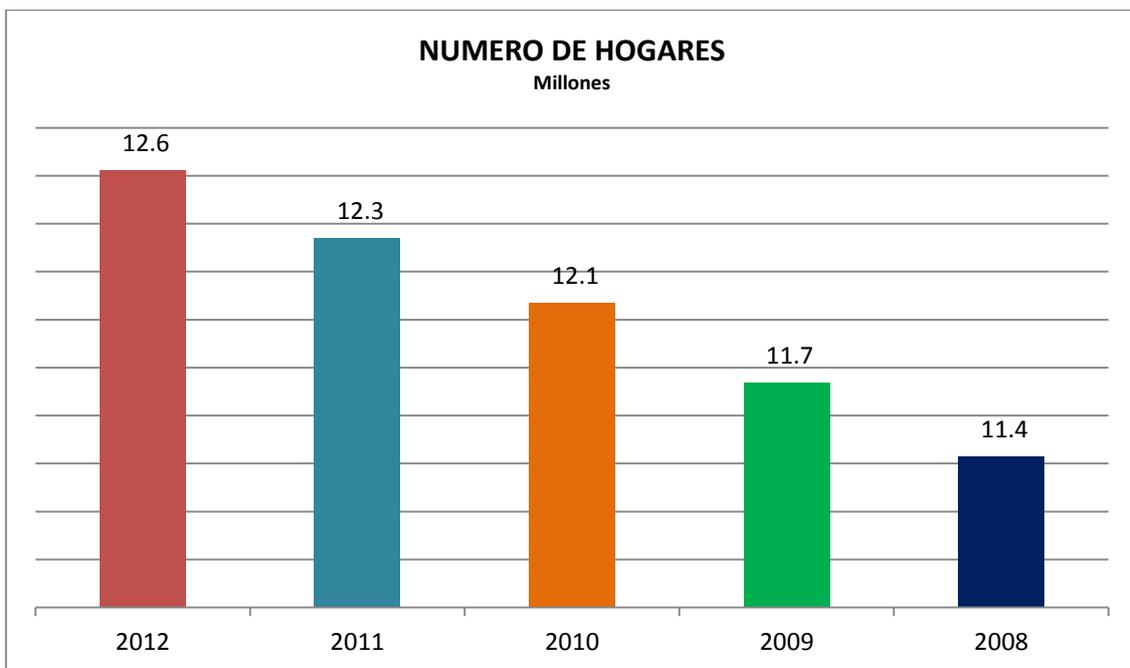


Fuente: ECV  
Cálculos: SPSCV - DDS - DNP

# Estadísticas demográficas

## Número de hogares

De acuerdo con la gran encuesta integrada de hogares –GEIH–, en el año 2012 Colombia contaba con 12.622.031. Realizando el comparativo entre los años 2008 y 2012, se observa que el país ha tenido un incremento de 1.191.079 de hogares entre estos años, al pasar de 11.430.952 en 2008 a 12.622.031 en 2012, tal como se observa en la siguiente grafica:

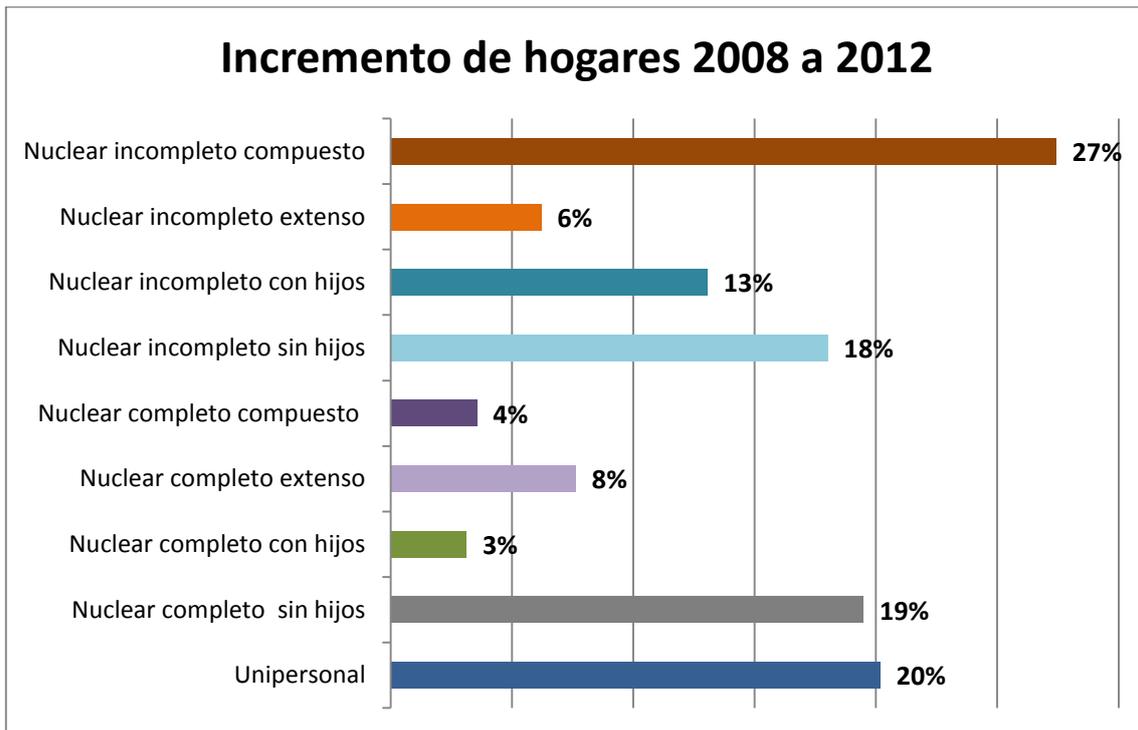


Fuente: GEIH  
Cálculos: SPSCV - DDS - DNP

De los años 2008 a 2012 todos los tipos de hogares presentaron crecimiento siendo el hogar “nuclear incompleto compuesto” el de mayor cambio al incrementarse en 27%, pasando de 99.417 a 137.001 hogares. Este es el tipo de hogar que cuenta con el jefe de hogar y sin cónyuge; que puede tener o no tener hijos; y lo integran otros miembros que no son parientes.

Por su parte el hogar “nuclear completo con hijos”, con un 3%, es el hogar que presenta menor crecimiento, pasando de 4.482.462 a 4.627.369 hogares. Este tipo de hogar es el que cuenta con el jefe de hogar y cónyuge, y tienen hijos.

El siguiente gráfico presenta los cambios registrados entre dichos años por tipo de hogar:



Fuente: GEIH  
Cálculos: SPSCV - DDS - DNP

# Pobreza

---

El documento “Metas de pobreza por ingresos, pobreza extrema por ingresos y desigualdad de ingresos para el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014” define que un hogar en pobreza extrema es aquel que no tiene un ingreso suficiente para adquirir una canasta de alimentos que le garantice los requerimientos calóricos diarios, según recomendaciones y estándares internacionales (FAO 2005 - ICBF).

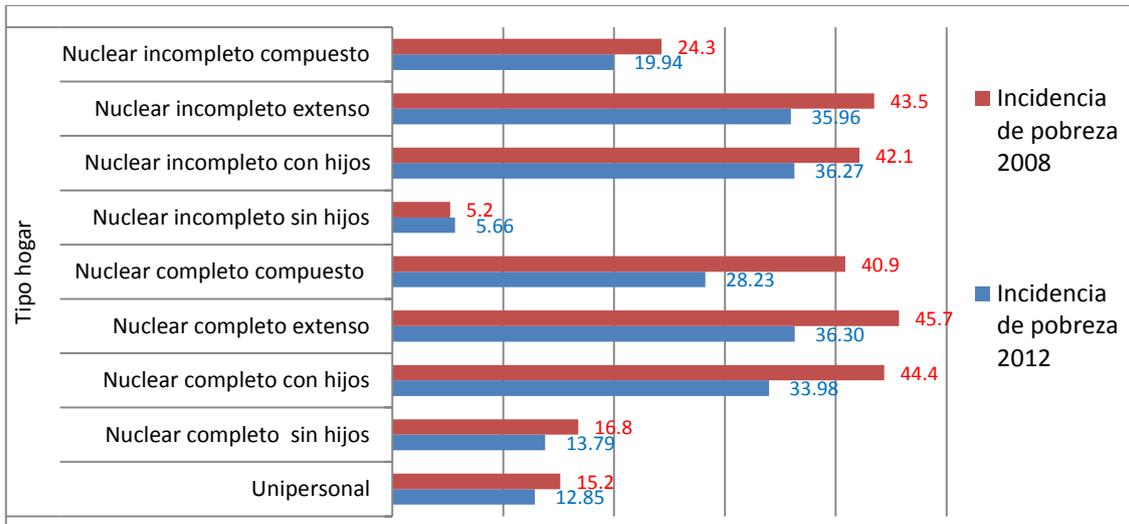
Así mismo, este documento anuncia que un hogar en pobreza es aquel que no tiene un ingreso suficiente para cubrir la canasta de alimentos y otras necesidades básicas (gastos en salud, educación, vestuario, etc.).

En este sentido, dentro del informe del DNP, “Pobreza monetaria y desigualdad del ingreso. Análisis de los resultados recientes 2010-2012”, se expone cómo las cifras más recientes de pobreza y pobreza extrema monetaria registraron un comportamiento favorable, y en 2012 ambos indicadores mantuvieron la tendencia decreciente que se venía registrando en años anteriores.

Anuncia que entre 2011 y 2012 la pobreza monetaria nacional se redujo 1.34 puntos porcentuales, al pasar de 34.1% en 2011 a 32.7% en 2012. En términos absolutos, 428 mil personas dejaron de ser pobres por ingresos en el último año.

Por su parte, los resultados que se observan, al realizar el cálculo de la incidencia de pobreza a partir de la gran encuesta integrada de hogares –GEIH-, muestran que entre 2008 a 2012 se registra, igualmente, un comportamiento favorable dentro de la tipología de hogares.

En la siguiente gráfica se presentan las incidencias de pobreza monetaria por cada tipo de hogar, entre los años 2008 y 2012.



Fuente: GEIH  
Cálculos: SPSCV - DDS - DNP

Se observa cómo el tipo de hogar “nuclear completo compuesto” presenta el mayor descenso con 12.6 puntos porcentuales menos entre estos años. Este tipo de hogar es el que cuenta con el jefe de hogar y cónyuge; que puede tener o no tener hijos; y lo integran otros miembros que no son parientes.

Le siguen en descenso el tipo de hogar “nuclear completo con hijos” con una disminución en la incidencia de pobreza monetaria de 10.4 puntos porcentuales entre los años 2008 y 2012 y el tipo de hogar “nuclear compuesto extenso” que descendió 9.4 puntos porcentuales entre estos mismos años.

El tipo de hogar “nuclear incompleto sin hijos” no presenta descenso como los demás tipos de hogar, registrando un incremento de menos de medio punto porcentual.

