

# Capítulo dieciseis

La emergencia sanitaria por  
COVID-19: ¿qué pasó con la  
afiliación en salud y los ingresos  
de las familias?





## Capítulo dieciseis

# La emergencia sanitaria por COVID-19: ¿qué pasó con la afiliación en salud y los ingresos de las familias?

*Rodrigo Atehortúa Santamaría\**

*Karolina Baquero Puerta\*\**

*María Fernanda Bolaños Galindo\*\*\**

### Introducción

La reforma constitucional de 1991 trajo consigo importantes cambios en el escenario jurídico colombiano, uno de ellos se encuentra en el artículo 1 en el que se introdujo el concepto de Estado social de derecho. Al respecto, la Corte Constitucional (Sentencia T-149, 2002) ha señalado que otorgarle un carácter social al Estado de derecho en Colombia implica poner en cabeza de las autoridades deberes específicos a favor de determinados grupos y personas que se encuentran en condiciones de debilidad manifiesta. Además, establecer fines sociales del Estado que buscan lograr una serie de objetivos que, a su vez, permiten la realización de los derechos constitucionales y los deberes sociales de todos los colombianos.

En este sentido, a la finalidad social atribuida al Estado colombiano en la Constitución Política de 1991, el mismo texto ha establecido que le son inherentes los servicios públicos, siendo entonces un deber de este, la prestación eficiente a todos los habitantes en el territorio nacional. Si bien puede hacerlo directamente, la Constitución también

---

\* Profesor de la Escuela de Administración y Competitividad del Politécnico Grancolombiano. Correo electrónico: ratehortua@poligran.edu.co

\*\* Abogada de la Universidad Libre. Especialista en Derecho Constitucional de la Pontificia Universidad Javeriana. Magíster en Derecho de la Universidad de los Andes. Correo electrónico: karolinabaqueropuerta@gmail.com

\*\*\* Estudiante de octavo semestre del programa de Administración Pública del Politécnico Grancolombiano. Correo electrónico: mabolanos4@poligran.edu.co



permite que comunidades organizadas o particulares presten estos servicios sin que las funciones de vigilancia, control y regulación dejen de estar a cargo del Estado. Se entiende entonces que el constituyente creó un vínculo esencial entre el Estado social de derecho y la prestación de los servicios públicos (Corte Constitucional, Sentencia T-149, 2002). Bajo la lógica anterior, y en el marco de la descentralización administrativa, las entidades territoriales, principalmente los municipios, son los responsables de garantizar la prestación de los servicios públicos a sus habitantes.

Con la Ley 100 de 1993 se regula el derecho y servicio público de la seguridad social integral y se crea el denominado Sistema de Seguridad Social Integral. Como parte de este, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) trae consigo la creación de dos regímenes de aseguramiento, el subsidiado y el contributivo. Dado que el acceso a cualquiera de estos dos se basa en la capacidad económica de los usuarios, las cifras de afiliación constituyen un importante indicador de la situación económica y laboral de los habitantes en el territorio nacional.

Desde su creación el SGSSS ha estado en constante escrutinio, las distintas problemáticas en términos de acceso a ciertos servicios y las dificultades que enfrentan los usuarios del sistema ha sido objeto de constantes revisiones. La Corte Constitucional ha proferido fallos en los que no solo se ha decidido sobre el amparo de los derechos a la salud y la seguridad social, sino en los que se han dado órdenes a determinadas entidades sobre aspectos de regulación y ajustes al sistema<sup>1</sup>.

Más allá de hacer una revisión sobre estos cambios o analizar la pertinencia del sistema a lo largo de su vigencia luego de la expedición de la Constitución Política de 1991, el presente trabajo toma como insumo el comportamiento de las afiliaciones en salud en los regímenes subsidiado y contributivo durante la emergencia sanitaria ocasionada por la COVID-19, para obtener una lectura en el acceso al SGSSS.

Ahora bien, con las medidas tomadas por el Gobierno nacional, tales como la emergencia sanitaria y el aislamiento preventivo obligatorio con ocasión de la pandemia, diversos sectores de la economía se vieron afectados, dentro de ellos el mercado laboral, lo que generó cambios en el aseguramiento a los regímenes en salud. Por lo tanto, conocer cómo fue el comportamiento de las afiliaciones a dichos regímenes es un factor importante para comprender el efecto que ha tenido la contingencia en los ingresos económicos de las personas. A su vez, contar con información acerca de los niveles de contagio, las recuperaciones y fallecimientos a causa del virus, permitirá entender qué zonas del país han sido más vulnerables a los efectos de la pandemia.

---

1. Entre las múltiples decisiones de la Corte Constitucional se destaca la Sentencia T-760 de 2008, M.P.: Manuel José Cepeda, que recoge una serie de casos en los que se presentan ciertas deficiencias estructurales del sistema y se establecen órdenes puntuales para la intervención de ciertas entidades.



En este orden de ideas, a través de este trabajo se realiza un análisis de los datos ofrecidos por la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en 13 ciudades principales de Colombia durante el periodo de enero a marzo de 2020, sobre situación laboral y afiliación a los regímenes del SGSSS. Así mismo, se estudian los niveles de contagiados, recuperados y fallecidos por la COVID-19 en las 13 ciudades mencionadas, por el periodo del 6 de marzo al 31 de julio de 2020, según la base de datos de Casos Positivos de COVID-19 en Colombia del Instituto Nacional de Salud (INS).

La revisión de los datos se hace mediante un modelo de efectos fijos de ciudad y mes para un panel de sección cruzada repetida. De esta manera, se puede describir lo sucedido a partir de las cifras obtenidas y el establecimiento de una correlación positiva entre afiliación al SGSSS y el número de contagiados, recuperados y fallecidos; y una correlación negativa entre la recepción de ingresos por algún concepto diferente a trabajo remunerado y la afectación de la COVID-19 en los indicadores mencionados.

Para tal efecto, en la primera parte del documento se hace el ejercicio de contextualizar tanto el SGSSS en Colombia como las medidas de contención del virus tomadas por el Gobierno nacional. En la siguiente sección se describen los datos estudiados con base en la información suministrada por la GEIH en materia laboral y de afiliaciones a los regímenes de salud, y las cifras de contagio, recuperación y fallecimientos por COVID-19 reportadas por el INS. En la tercera parte se presenta la metodología usada para la organización y análisis de la información. Finalmente, se exponen unas conclusiones.

## **El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia y la declaración de emergencia sanitaria por COVID-19**

### **Breve contexto**

El artículo 48 de la Constitución Política de 1991 le asigna a la seguridad social una doble connotación. Por una parte, señala que es un servicio público obligatorio cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y, además, establece su garantía como derecho irrenunciable. En desarrollo de esta norma constitucional la Ley 100 de 1993 creó el Sistema de Seguridad Social Integral, conformado por los regímenes para pensiones, salud y riesgos laborales<sup>2</sup>.

---

2. Antes denominados “riesgos profesionales”, término que fue cambiado por la Ley 1562 de 2012, “por la cual se modifica el sistema de riesgos laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional”.



El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado por la citada ley, se basa en un modelo de competencia regulada en el que coexisten actores públicos y privados. Opera mediante un sistema de aseguramiento que cuenta con dos regímenes, el contributivo y el subsidiado<sup>3</sup>, cuyo acceso se basa en la capacidad económica de los usuarios. Al régimen contributivo pueden acceder las personas que cuentan con ingresos para realizar aportes al SGSSS. Por su parte, el régimen subsidiado está previsto para quienes no cuentan con recursos económicos para cotizar al sistema o pertenecen a comunidades o grupos cuya atención se entiende prioritaria<sup>4</sup> y, por tanto, su afiliación y el acceso a los servicios está a cargo del Estado<sup>5</sup>. La afiliación al sistema permite acceder a un paquete de servicios denominado Plan Obligatorio de Salud (POS)<sup>6</sup>. De esta manera, puede entenderse que la vinculación laboral, los ingresos que perciba o la ausencia de cualquiera de estas situaciones, van a ser determinantes para que una persona pueda acceder a cualquiera de los regímenes mencionados.

La gestión en cuanto a la administración y aseguramiento para la prestación de los servicios de salud está a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y la prestación de los servicios médicos es realizada por Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) que en ambos casos pueden ser públicas o privadas. Adicionalmente, al sistema concurren diversos actores que cumplen funciones que involucran la regulación, el control y vigilancia de la prestación del servicio<sup>7</sup>. Así mismo, de conformidad con el artículo 175 de la Ley 100 de 1993, la dirección y organización de los servicios de salud con el fin de garantizar la salud pública y la oferta de dichos servicios por instituciones públicas, está a cargo de los departamentos, distritos y municipios.

3. Adicional a estos dos regímenes que hacen parte del Sistema de Seguridad Social Integral creado por la Ley 100, existe cierta población que pertenece a los exceptuados o especiales como es el caso de las Fuerzas Militares y de Policía, profesores del magisterio, afiliados al sistema de salud de las universidades y servidores públicos de Ecopetrol. Si bien, salvo el régimen aplicable a la fuerza pública y al presidente de la república, el Acto Legislativo 01 de 2005 puso fin a tales regímenes, algunos todavía existen.
4. Tal es el caso de las víctimas de desplazamiento forzado, comunidades indígenas, desmovilizados del conflicto armado, niños en situación de abandono a cargo del Instituto de Bienestar Familiar (ICBF), personas mayores en centros de protección, población ROM, entre otras (MinSalud, 2017).
5. La afiliación a este régimen se da mediante la realización de la encuesta del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBÉN), que genera unos puntajes a partir de los cuales se determina la afiliación.
6. Uno de los principales factores que ha causado una marcada judicialización del derecho a la salud en Colombia ha sido la frecuente interposición de acciones de tutela en las que se solicitan medicamentos, procedimientos y servicios que están por fuera del POS, y los cuales los usuarios solicitan que les sean suministrados. En estos casos, la Corte Constitucional ha desarrollado en su jurisprudencia unos requisitos para que proceda la entrega y prestación de tales servicios con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) (ver Sentencia T-001 de 2018. M. P.: Cristina Pardo).
7. Entre estas, se encuentran el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia de Salud, las entidades territoriales y sus Secretarías de Salud.



Un avance destacable en materia de salud ha sido en temas de cobertura. Así pues, según cifras del Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud, 2020), para septiembre de 2020, Colombia tenía una cobertura de aseguramiento en salud de 96,99 %. De los 50 776 533 habitantes del territorio nacional que registra el DANE, 22 847 651, esto es, 44,99 % hacen parte del régimen contributivo y 24 207 977, es decir, 47,67 % están afiliados al régimen subsidiado en salud, por su parte 2 194 295, lo que equivale a 4,32 % están en regímenes especiales o de excepción.

Las cifras antes señaladas demuestran una distribución de la mayoría de los afiliados, principalmente entre el régimen contributivo y el subsidiado que hacen parte del SGSSS creado por la Ley 100 de 1993. Ahora bien, en el caso de los afiliados al régimen subsidiado se evidencia que este es el porcentaje más alto en aseguramiento. Tal situación refleja que un alto número de personas en el país no cuentan con capacidad económica para acceder al régimen contributivo, lo que puede asociarse a falta de ingresos o a un vínculo laboral formal que le permitan hacer parte de dicho régimen.

### **Las declaratorias de emergencia sanitaria y de estado de emergencia económica, social y ecológica en Colombia debido a la COVID-19**

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) calificó como pandemia un brote de enfermedad por coronavirus, COVID-19<sup>8</sup>. La declaración de tal situación por parte de la Organización Internacional implicó la toma de medidas para contener la propagación del virus a escala mundial. En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, mediante la Resolución 380 del 10 de marzo de 2020 ordenó medidas de aislamiento y cuarentena para las personas que ingresaran al país provenientes de la República Popular China, Italia, Francia y España. Así mismo, asignó competencias al Instituto Nacional de Salud (INS) respecto de la práctica de pruebas del virus; a las Direcciones Territoriales de Salud o Secretarías de Salud departamentales y distritales en varias materias, y especialmente en el seguimiento epidemiológico de las personas provenientes de los países antes citados; y controles en asuntos migratorios a Migración Colombia.

Solo dos días después, la mencionada entidad ministerial en virtud de lo dispuesto en el artículo 69 de la Ley 1753 de 2015 declaró mediante la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020<sup>9</sup> el estado de emergencia sanitaria en el país por causa del coronavirus COVID-19 hasta el 30 de mayo de 2020. A través de este acto administrativo,

8. El Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española (2020) define el término pandemia como: “Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región”.

9. Esta resolución fue modificada por las Resoluciones 407 y 450 del 13 y 17 de marzo de 2020 respectivamente.



el ministerio ordenó ciertas medidas sanitarias tendientes a impedir la propagación de la COVID-19 y la mitigación de sus efectos, lo que implicaba entre otras cosas evitar las aglomeraciones, establecer prácticas de higiene, restricciones en el transporte marítimo y medidas para la afiliación oficiosa al SGSSS.

Aunado a la emergencia sanitaria, el 17 de marzo de 2020 con el Decreto 417, el presidente de la república con la firma de todos sus ministros declaró por el término de 30 días calendario el estado de emergencia económica, social y ecológica en todo el territorio nacional, el cual constituye un estado de excepción de acuerdo con el artículo 215 de la Constitución Política. En virtud de dicha declaratoria el Gobierno nacional expidió más de 70 decretos legislativos, esto es, decretos con fuerza material de ley sobre asuntos laborales, tributarios, civiles y comerciales para afrontar la crisis generada con ocasión de la propagación de la COVID-19. Al término de la vigencia del Decreto 417 el presidente de la república decidió no prorrogar el estado de emergencia económica, social y ecológica<sup>10</sup> y, por tanto, este se mantuvo hasta el 16 de abril de 2020. Sin embargo, mediante el Decreto 637 del 6 de mayo de 2020 declaró nuevamente el estado de excepción por un periodo de 30 días calendario.

Por su parte, dada la necesidad de dar continuidad a las medidas para evitar la propagación del virus, el Ministerio de Salud y Protección Social decidió prorrogar hasta el 31 de agosto de 2020 la emergencia sanitaria, a través de la Resolución 844 del 26 de mayo del mismo año<sup>11</sup>. Tal emergencia fue extendida por la Resolución 1462 del 25 de agosto, hasta el 30 de noviembre de 2020, por lo que, a la fecha se encuentra vigente.

Una de las medidas que se pueden destacar en aras de contener la propagación del virus fue el aislamiento preventivo obligatorio, el cual estuvo vigente en Colombia desde el 25 de marzo hasta el 1 de septiembre de 2020 y limitó totalmente la libertad de circulación de las personas en todo el territorio nacional, salvo una serie de excepciones para actividades específicas que se fueron ampliando gradualmente<sup>12</sup>. Posteriormente, inició el denominado aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable.

La marcada restricción a la movilidad y el número limitado de actividades que de manera excepcional estaban permitidas generó el cese en las labores de muchos sectores económicos y por tanto un efecto en la situación económica de un gran número de

10. Téngase en cuenta que, de acuerdo con el artículo 215 de la Constitución Política, el presidente puede declarar el estado emergencia económica, social y ecológica por periodos de 30 días que no podrán exceder los 90 días en el año calendario.

11. Esta resolución además modifica la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020 modificada a su vez por la Resolución 407 y la 450 del 13 y 17 de marzo de 2020 respectivamente.

12. Las excepciones se referían a actividades puntuales importantes y necesarias para la garantía en el acceso y satisfacción de derechos y ciertos servicios. En principio, el Decreto 457 del 22 de marzo con el que inició el aislamiento preventivo obligatorio establecía entre otras medidas 34 excepciones. Sin embargo, estas fueron aumentando a medida que se fue extendiendo dicho aislamiento, hasta llegar a 44 establecidas en el Decreto 1076 del 28 de julio de 2020, último en ordenar la medida hasta el 1 de septiembre de 2020.



personas. Tal situación puede evidenciarse desde el inicio del aislamiento preventivo obligatorio, así, por ejemplo, la GEIH indicó que durante la primera semana del aislamiento preventivo obligatorio decretado por el gobierno se generó un aumento de 12,6 % en la tasa de desempleo (Lamprea-Barragán et al., 2020).

### La situación de acceso salud y trabajo en la emergencia sanitaria causada por la COVID-19

Para el desarrollo del capítulo se tuvo como base los datos suministrados por la GEIH realizada por el DANE. Mediante dicha encuesta el DANE realiza una investigación continua aplicada en todo el territorio nacional, en la que brinda información básica sobre el tamaño de la fuerza laboral del país (empleo, desempleo e inactividad); caracteriza a las personas de acuerdo con su sexo, edad, parentesco con el jefe del hogar, nivel educativo, la afiliación al sistema de seguridad social en salud, entre otros; y estima los principales indicadores del mercado laboral colombiano (DANE, 2020).

Así mismo, se utilizó la Codificación de la División Político-Administrativa de Colombia (Divipola) diseñada por el DANE. Esta es una nomenclatura estandarizada que identifica entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios), así como áreas no municipalizadas y centros poblados, a través de un código numérico único asignado a cada una de estas unidades territoriales (DANE, 2020).

El tercer instrumento que se tomó para la realización del estudio es la base de datos de Casos Positivos de COVID-19 en Colombia del INS, la cual suministra información sobre los contagios, recuperados y fallecidos por COVID-19 en las ciudades de Colombia.

### Descripción del contexto

El análisis se realizó tomando los datos obtenidos por el DANE a través de la GEIH durante el periodo de enero a julio de 2020 en 13 ciudades capitales de departamento en Colombia<sup>13</sup>. La encuesta ofrece información muy amplia en términos de variables, lo que aumenta el nivel de confiabilidad en los resultados obtenidos, tanto a nivel descriptivo como inferencial. A continuación, se resume el número de observaciones de la muestra por ciudad de la base de datos:

Barranquilla	Bogotá D. C.	Bucaramanga	Cali	Cartagena	Cúcuta	
21 664	19 348	14 331	15 769	16 335	15 191	
Ibagué	Manizales	Medellín	Montería	Pasto	Pereira	Villavicencio
13 101	15 208	22 253	14 228	12 660	12 218	14 412

13. Estas ciudades son: Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali, Cartagena, Cúcuta, Ibagué, Manizales, Medellín, Montería, Pasto, Pereira y Villavicencio.





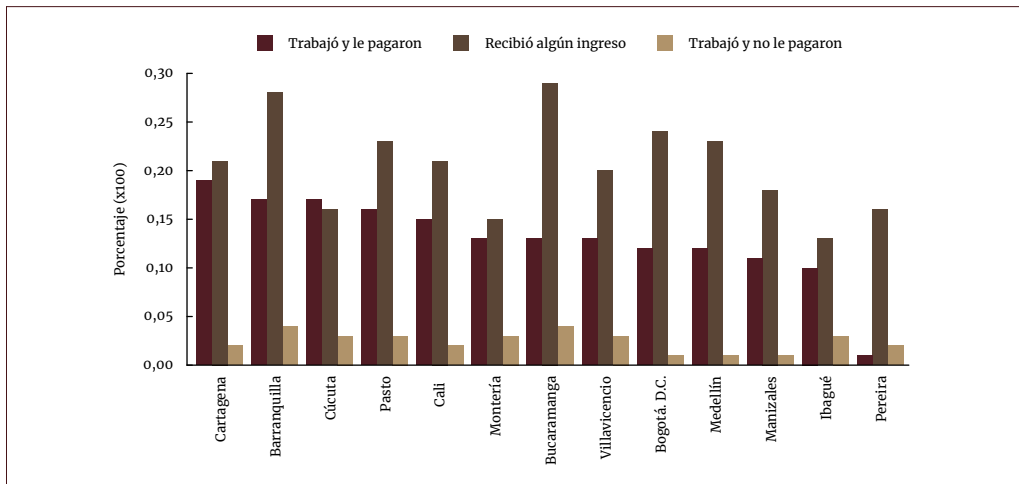
A su vez, las cifras de contagiados, recuperados y fallecidos por COVID-19 que se tomaron de la base de datos de Casos Positivos de COVID-19 en Colombia del INS, corresponden al periodo comprendido entre el 6 de marzo y el 31 de julio 2020 y se seleccionaron las 13 ciudades analizadas en la GEIH.

### Estadísticas descriptivas

El análisis se realiza empleando gráficos por ciudades en los que se toman como base tres grupos de datos asociados con: a) información laboral y otras fuentes de ingresos; b) información sobre acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud; y c) indicadores sobre contagiados, recuperados y fallecidos por COVID-19. De esta manera, se obtienen tres grandes ejes de análisis a partir de los cuales se puede: (i) constatar el origen de los ingresos de la población consultada en las 13 ciudades seleccionadas; (ii) observar cómo fue el comportamiento de las afiliaciones a los dos regímenes del SGSSS durante el periodo comprendido entre los meses de enero a julio de 2020; y, (iii) lograr una mejor comprensión sobre la relación entre el origen de ingresos, la situación de aseguramiento en salud y los niveles de contagio, recuperaciones y fallecimientos a causa del virus.

#### Información laboral y otras fuentes de ingresos.

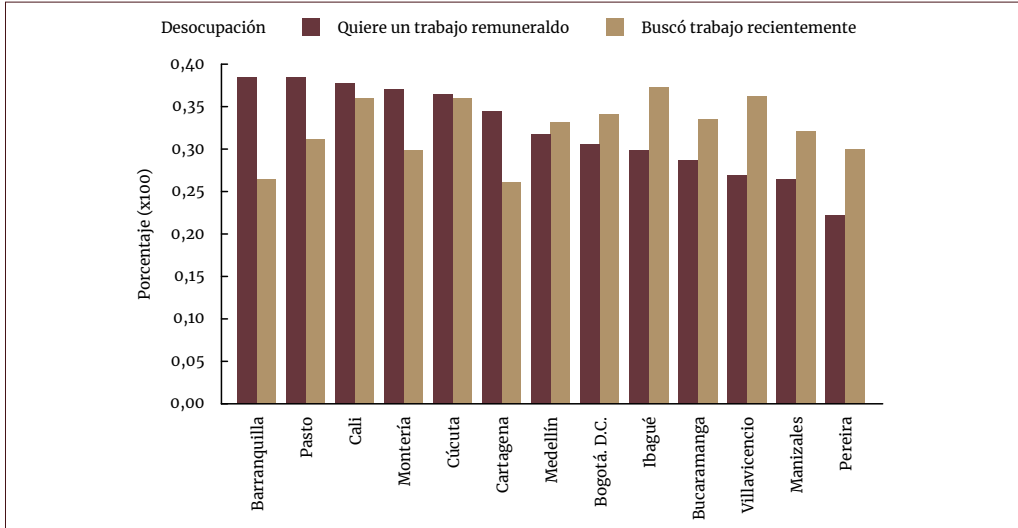
Figura 1. Porcentaje de personas entre 18 y 62 años que manifestaron haber percibido un ingreso una semana antes de la encuesta



Fuente: elaboración propia con información de la GEIH. El gráfico presenta el porcentaje de la población de las 13 ciudades que realizaron alguna actividad o percibieron algún ingreso una semana antes a la realización de la encuesta. Las tres alternativas son porcentajes de personas que: 1. Trabajaron y les pagaron, es decir, realizaron la semana inmediatamente anterior a la encuesta alguna actividad paga por una hora o más. 2. Recibieron algún ingreso, es decir, pese a que no trabajaron en la semana inmediatamente anterior a la encuesta, por una hora o más en forma remunerada, obtuvieron ingresos durante esa semana por algún negocio o fuente similar. 3. Trabajaron y no les pagaron, es decir, trabajaron la semana anterior a la realización de la encuesta por una hora o más y no recibieron remuneración. El periodo examinado abarca del 1 de enero al 31 de julio de 2020.



Figura 2. Porcentaje de personas entre 18 y 62 años que buscaron trabajo o que desean encontrar uno



Fuente: elaboración propia con información de la GEIH. El gráfico presenta porcentaje de personas que manifestaron haber realizado alguna acción para conseguir trabajo 4 semanas antes del desarrollo de la encuesta y aquellas que, en todo caso, manifestaron que quieren conseguir un trabajo o crear un negocio. El periodo examinado abarca del 1 de enero al 31 de julio de 2020.

La figura 1 permite observar la situación de las 13 ciudades en términos de ingresos percibidos y relación laboral. En el caso de actividades pagas realizadas por los encuestados en la semana anterior al sondeo, se encuentra que los porcentajes son bajos, lo que puede indicar que los niveles de formalidad laboral en general, en las ciudades consultadas son débiles. Se destacan ciudades como Barranquilla y Bucaramanga donde los encuestados manifestaron que solo el 13 % y 9 % respectivamente realizaron un trabajo pago la semana antes del desarrollo de la encuesta. Esta observación conlleva la inquietud sobre la informalidad laboral de la población, lo que concuerda con estudios recientes sobre la debilidad del mercado laboral (Zambrano y Arboleda, 2020).

Adicionalmente, tanto en Barranquilla como en Bucaramanga 20 % de la población encuestada manifestó percibir un ingreso originado en un negocio u otro concepto diferente a actividad paga. También, sobre las dos ciudades en mención, se observa que el porcentaje de población que manifiesta haber realizado un trabajo una semana antes de la encuesta y no haber recibido pago por tal concepto es considerable. En ambos casos, el 3 % afirma haber sufrido esa situación y tienen los porcentajes más altos comparados con otras ciudades. Por su parte, en Montería, que es la ciudad más pequeña de la muestra, se observan indicadores similares en la actividad laboral: 11 % manifestó haber recibido algún ingreso por actividad diferente al trabajo remunerado, 10 % por trabajo remunerado y 2 % en trabajo realizado y no pagado. Todo lo anterior, una semana antes de la realización de la encuesta como se señaló antes.



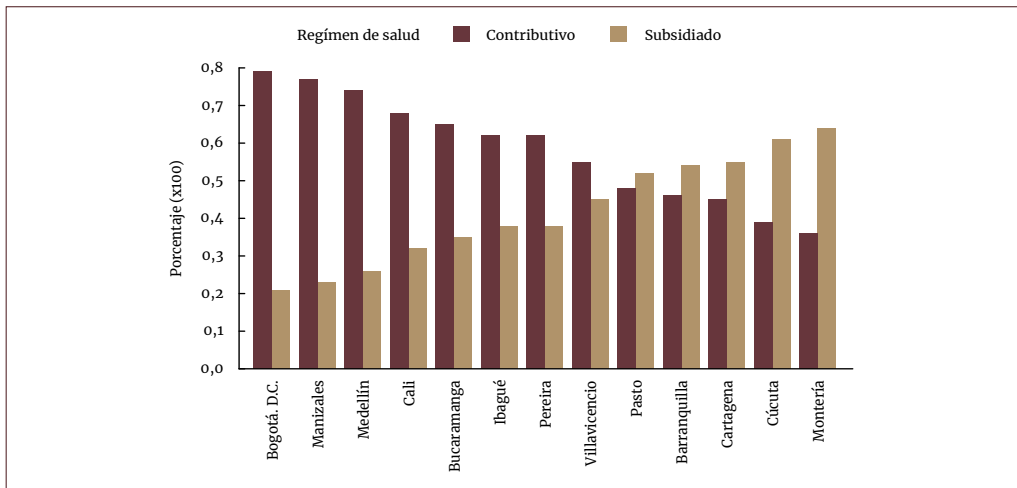
En Bogotá, la ciudad más grande de la muestra, seguida por Medellín, se evidencia que 17 % y 15 % de la población señaló recibir ingresos por algún negocio diferente al trabajo remunerado por un empleador, respectivamente. En Bogotá 9 % manifestó recibir ingresos por un trabajo remunerado y solamente 1 % respondió haber trabajado y no recibir pago. Medellín se comporta de forma muy similar al reportar que 8 % recibió ingresos por trabajo remunerado y 1 % afirmaron haber trabajado y no haber recibido ninguna remuneración (figura 1). Dadas las características demográficas de estas ciudades, estas cifras serán relevantes para tener una mejor comprensión del comportamiento del aseguramiento en salud durante la emergencia sanitaria en el periodo analizado.

Los resultados de la figura 2 contribuyen a observar la situación de empleo de las 13 ciudades. El hecho de que una persona se encuentre buscando trabajo sugiere que no cuenta con un vínculo laboral actualmente, quiere cambiar el que tiene o busca ingresos adicionales. Cuantas más personas manifiesten querer un trabajo o instalar un negocio se espera que más personas se encuentran desempleadas o con ingresos insuficientes.

Ahora bien, en la figura 3 el porcentaje más alto de personas (38,5 %) que manifiestan haber buscado trabajo 4 semanas antes de la realización de la encuesta se encuentra en Barranquilla, y 26,4 % afirman querer trabajar o crear un negocio. Los resultados para Montería son similares, 37 % buscando trabajo y 29,8 % que quisieran trabajar o crear un negocio. Finalmente, en Bogotá, 30,6 % señalaron estar buscando trabajo y 34,2 % quisieran trabajar o crear un negocio.

### Información sobre el acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

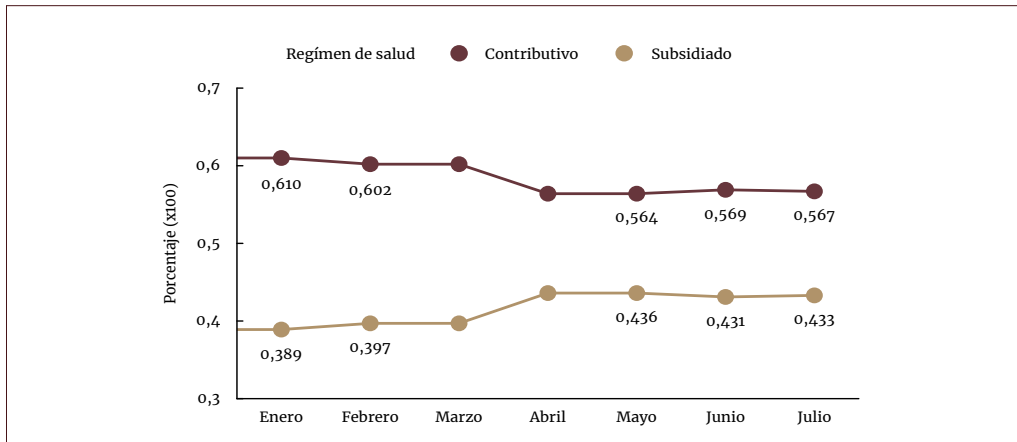
Figura 3. Porcentaje de personas en régimen contributivo y subsidiado de salud por ciudad



Fuente: elaboración propia con información de la GEIH. El gráfico presenta el estado de afiliación a los regímenes contributivo y subsidiado en porcentaje de personas para cada una de las 13 ciudades. El periodo examinado abarca del 1 de enero al 31 de julio de 2020.



Figura 4. Tendencia mensual del porcentaje de personas en régimen contributivo y subsidiado



Fuente: elaboración propia con información de la GEIH. El gráfico presenta la evolución mensual del porcentaje de personas afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado para las 13 ciudades analizadas. Los meses se encuentran en el eje de las abscisas representados numéricamente (1: enero, 2: marzo y de esa manera hasta 7: julio). El periodo examinado abarca del 1 de enero al 31 de julio de 2020.

Si bien la cobertura del aseguramiento en salud ha tenido importantes progresos<sup>14</sup>, las diferencias entre los porcentajes de usuarios afiliados a uno u otro régimen pueden ser un importante indicador en términos de empleabilidad, generación de ingresos y, por tanto, capacidad económica o falta de esta, para aportar al SGSSS. Así mismo, es necesario partir del hecho de que, según MinSalud (2020) para septiembre de 2020 el mayor número de afiliados en el orden nacional lo tenía el régimen subsidiado con 24 207 977, esto es, 47,67 %, lo que permite tener una comprensión inicial de los niveles de aseguramiento en salud del país.

La situación antes planteada puede explicarse con mayor detalle en las 13 ciudades encuestadas, a partir de la figura 4. En este se refleja el comportamiento de las afiliaciones en los regímenes subsidiado y contributivo de salud por meses en el periodo de enero a julio de 2020 en las 13 ciudades que hacen parte de la GEIH, siendo notorio el aumento en el régimen subsidiado y el correlativo descenso en el contributivo hacia mediados del mes de marzo, lo que guarda estrecha relación con la declaratoria de emergencia sanitaria y el posterior confinamiento obligatorio descrito al inicio del presente documento.

14. Como se indicó al inicio del texto, de acuerdo con la información del Ministerio de Salud y Protección Social, con corte a septiembre de 2020 el porcentaje de cobertura en aseguramiento en salud en el país es de 96,99 % (MinSalud, 2020).



Sin embargo, en los meses de enero y febrero previos al aislamiento, ya se observaba un deterioro de la afiliación al régimen contributivo, que puede estar relacionado con la tendencia al incremento del desempleo (Becerra et al., 2020). Tal tendencia se mantiene alrededor del 56 % de afiliación desde mediados de marzo y, al menos, hasta el 31 de julio de 2020, lo que representa una caída de casi 5 puntos porcentuales (pp.) en afiliación al compararlo con enero del mismo año. Por otra parte, la afiliación en el régimen subsidiado aumentó en cerca de 4 pp. ascendiendo de 38,9 % en enero hasta 43,6 % en mayo y, a partir de allí, se mantiene en esa proporción hasta el final del periodo de estudio.

Así mismo, de acuerdo con la citada gráfica, pese a la señalada disminución de las afiliaciones en el régimen contributivo en las 13 ciudades, este mantuvo durante todo el periodo analizado un mayor número de afiliados en relación con el subsidiado. Al respecto, la figura 3 también da cuenta de esta situación, pues muestra que, en 8 ciudades<sup>15</sup> de las 13 consultadas los porcentajes de afiliación al régimen contributivo están por encima de 50 %. Esto puede indicar que en estas ciudades principales se concentra un importante grupo de afiliados en el régimen contributivo en comparación con otras zonas del país.

Ahora, en el análisis por ciudad dentro del periodo y grupo estudiado, se observa que algunas de las ciudades más pequeñas y de las que puede esperarse una economía más reducida en comparación con Bogotá, Medellín y Barranquilla, tienen un bajo grado de personas afiliadas al régimen contributivo en salud y uno muy alto en el subsidiado. Tal es el caso de Montería (figura 3) en donde se encuentra que 64 % de la población está en régimen subsidiado y 36 % en contributivo.

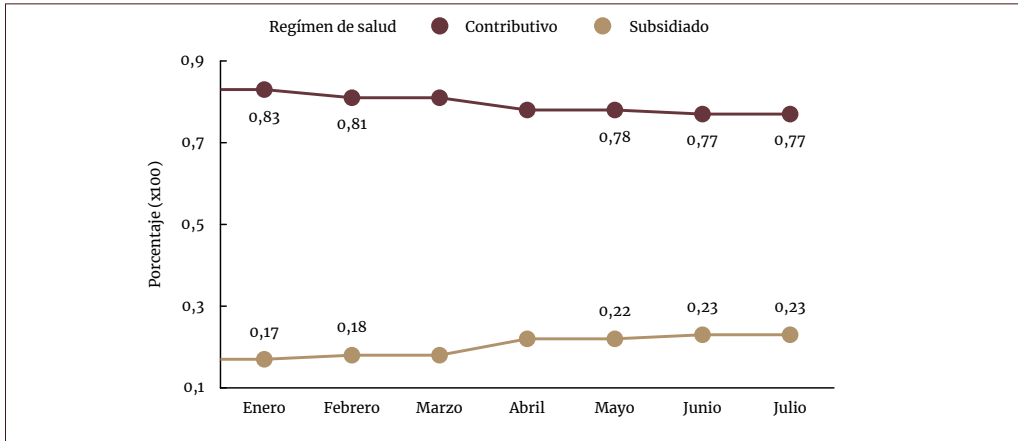
Por su parte, en ciudades con mayor población y economía más robusta se esperaría que los porcentajes de afiliación al régimen contributivo fueran mayores, lo cual en efecto ocurre por ejemplo en Bogotá, Medellín y Cali. No obstante, en el caso de Barranquilla, que es una ciudad principal con un importante número de habitantes, se encuentra que 54 % de personas están afiliadas al régimen subsidiado y 46 % en contributivo, cifras que pueden estar relacionadas con falta de empleo o ingresos que impiden acceder al aseguramiento en salud en este último régimen. A continuación, se presenta la población de las ciudades de la muestra para 2020:

Barranquilla	Bogotá D. C.	Bucaramanga	Cali	Cartagena	Cúcuta	
1 239 804	8 380 801	528 572	2 496 346	1 057 767	680 765	
Ibagué	Manizales	Medellín	Montería	Pasto	Pereira	Villavicencio
579 803	402 646	2 569 007	471 867	465 148	481 129	538 527

15. Bogotá, Manizales, Medellín, Cali, Bucaramanga, Ibagué, Pereira y Villavicencio.

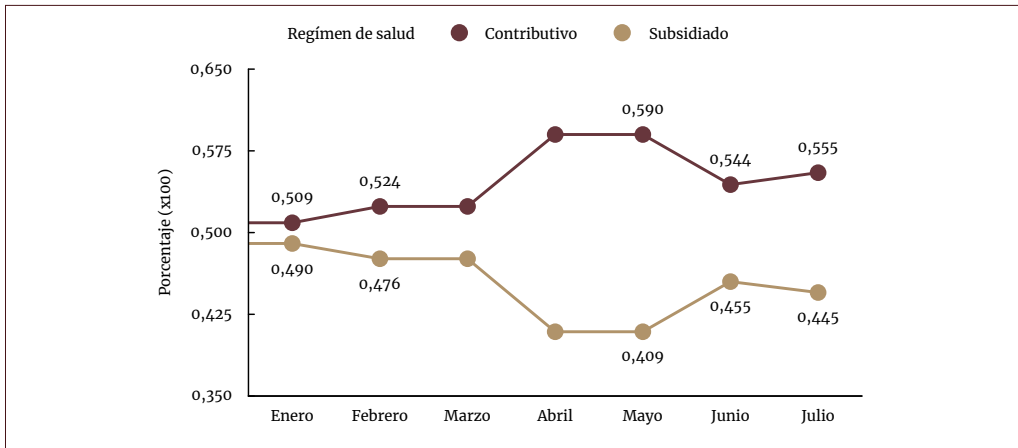


**Figura 5. Evolución mensual de la proporción de personas en régimen contributivo y subsidiado en Bogotá**



Fuente: elaboración propia con información de la GEIH. El gráfico presenta el porcentaje de afiliación mensual a los regímenes contributivo y subsidiado en Bogotá. El periodo examinado abarca del 1 de enero al 31 de julio de 2020.

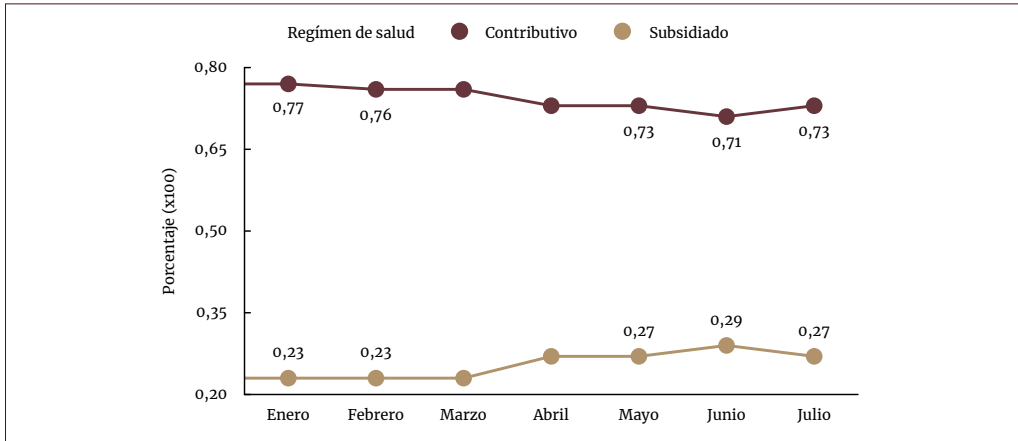
**Figura 6. Evolución mensual de la proporción de personas en régimen contributivo y subsidiado en Barranquilla**



Fuente: elaboración propia con información de la GEIH. El gráfico presenta el porcentaje de afiliación mensual a los regímenes contributivo y subsidiado en Barranquilla. El periodo examinado abarca del 1 de enero al 31 de julio de 2020.

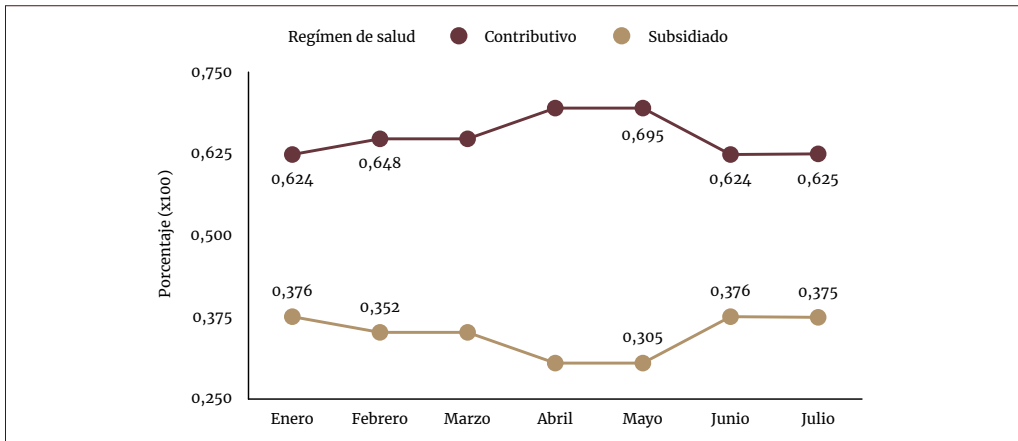


**Figura 7. Evolución mensual de la proporción de personas en régimen contributivo y subsidiado en Medellín**



Fuente: elaboración propia con información de la GEIH. El gráfico presenta el porcentaje de afiliación mensual a los regímenes contributivo y subsidiado en Medellín. El periodo examinado abarca del 1 de enero al 31 de julio de 2020.

**Figura 8. Evolución mensual de la proporción de personas en régimen contributivo y subsidiado en Montería**



Fuente: elaboración propia con información de la GEIH. El gráfico presenta el porcentaje de afiliación mensual a los regímenes contributivo y subsidiado en Montería. El periodo examinado abarca del 1 de enero al 31 de julio de 2020.



Las figuras 5, 6, 7 y 8 muestran de forma pormenorizada el comportamiento de las afiliaciones a los dos regímenes del SGSSS en Bogotá, Barranquilla, Medellín y Montería respectivamente. Un análisis inicial de las tres primeras ciudades, esto es, Bogotá, Barranquilla y Medellín que son ciudades principales en el país y con un número considerable de habitantes, evidencia que Barranquilla tiene unos cambios relevantes en las afiliaciones, que se destacan respecto de las otras dos. En cuanto a las afiliaciones al régimen contributivo en salud, mientras Bogotá (figura 6) pasó del 81 % de afiliados en el régimen contributivo al 78 % en marzo, lo que coincide con la emergencia y aislamiento preventivo obligatorio, en Barranquilla (figura 5) las afiliaciones a este régimen para ese mismo mes pasaron de 47,6 a 40,9 %. Por su parte, en Medellín (figura 7) el descenso en el mismo periodo (marzo) fue similar al de Bogotá, esto es, de 3 %, ya que las cifras para la capital de Antioquia fueron de 76 % a 73 %. Es importante señalar que estas variaciones conllevan un correlativo incremento en las afiliaciones al régimen subsidiado.

A partir de lo anterior se evidencia que las afiliaciones a los dos regímenes de SGSSS tuvieron variaciones que coinciden con la declaratoria de emergencia sanitaria y la orden de aislamiento preventivo obligatorio. Adicionalmente, de las tres ciudades comparadas se encuentra que Bogotá y Medellín tienen unos porcentajes de afiliación al régimen contributivo por encima de 70 % (que se mantienen en el periodo de enero a julio) respecto del régimen subsidiado. Pero en el caso de Barranquilla es destacable que en enero los porcentajes de afiliación al régimen contributivo, aunque muy cercanos, eran superiores a los del régimen subsidiado (50,9 % y 49,0 % respectivamente), situación que da un giro en febrero, mes en el cual las afiliaciones al régimen contributivo descienden y aumentan las del subsidiado (47,6 % y 52,4 % respectivamente), circunstancia que se acentúa notablemente en marzo, como ya se explicó. En julio, último mes del estudio, las afiliaciones al régimen contributivo en Barranquilla seguían siendo inferiores, 44,5 %, respecto del subsidiado que tenía 55,5 %.

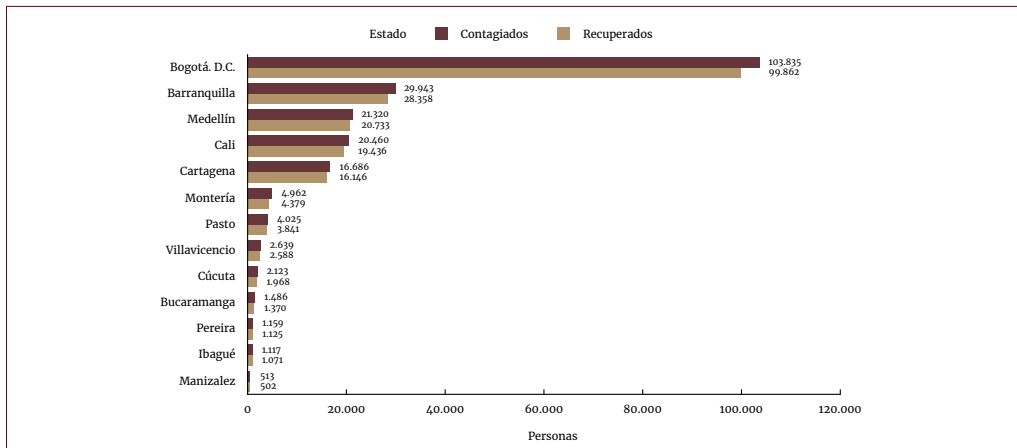
En el caso de Montería, la ciudad más pequeña en comparación con las tres antes analizadas, las cifras de afiliados al régimen subsidiado son marcadamente superiores a las del contributivo en el mes de enero (62,4 % y 37,6 % respectivamente). No obstante, la diferencia en los porcentajes se amplía en febrero (64,8 % subsidiado y 35,2 % contributivo) y en marzo (69,5 % subsidiado y 30,5 % contributivo). Se resalta una mejoría en el número de afiliados al régimen contributivo en el mes de mayo que se mantiene en julio, cuyos porcentajes de afiliación para el régimen contributivo son 37,5 % y subsidiado 62,5 %.





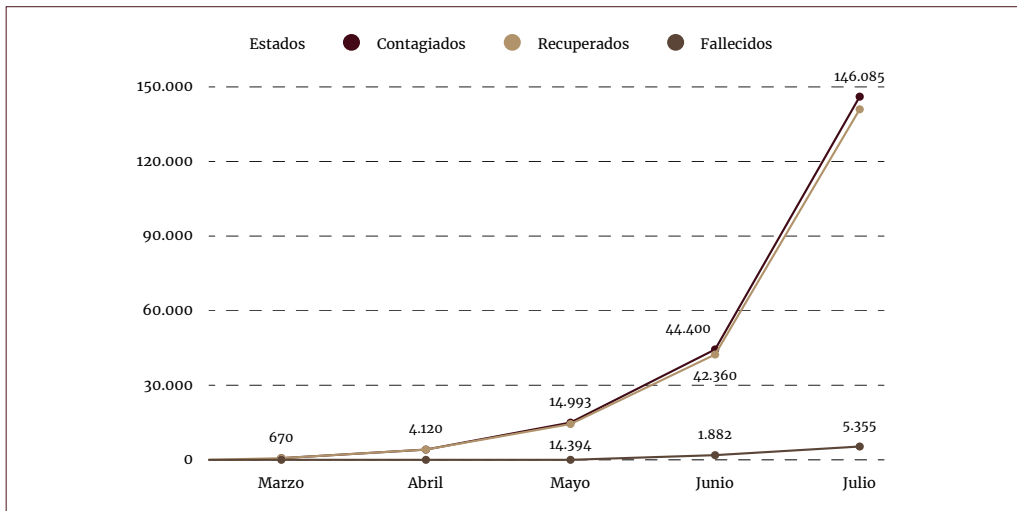
Indicadores sobre contagiados, recuperados y fallecidos por COVID-19. Gráficos de total de contagiados entre el 6 de marzo y el 31 de julio de 2020 por ciudad.

**Figura 9. Cantidad de contagios y recuperaciones por COVID-19 por ciudad para las 13 ciudades**



Fuente: elaboración propia con información de la base de datos de Casos Positivos de COVID-19 del INS. El gráfico presenta el número de personas contagiadas y recuperadas de las 13 ciudades. El periodo examinado abarca del 6 de marzo al 31 de julio de 2020.

**Figura 10. Evolución mensual de personas contagiadas, recuperadas y fallecidas en las 13 ciudades**

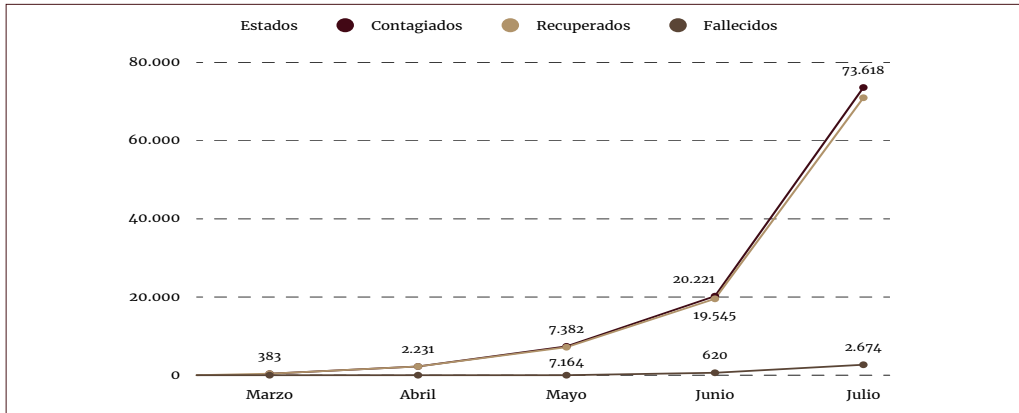


Fuente: elaboración propia con información de la base de datos de Casos Positivos de COVID-19 del INS. El gráfico presenta la evolución mensual de personas contagiadas, recuperadas y fallecidas de las 13 ciudades. El periodo examinado abarca del 6 de marzo al 31 de julio de 2020.



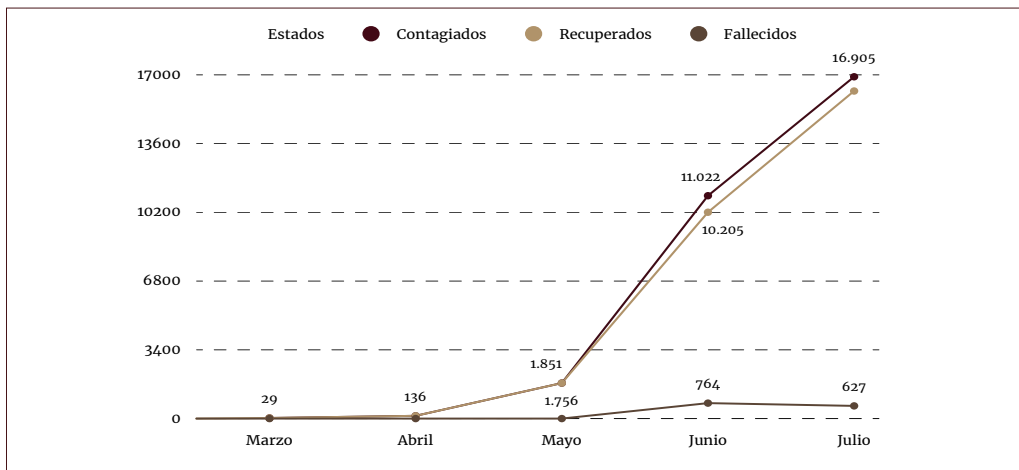
La figura 9 ofrece un panorama general del número de contagiados y recuperados por COVID-19 en las 13 ciudades en que se practicó la encuesta durante el periodo del 6 de marzo al 31 de julio de 2020. En este se observa que la ciudad con mayor número de contagios es Bogotá, cuya cifra es superior al resto de las ciudades, de hecho, triplica a Barranquilla que es la segunda en cantidad de contagios. En cuanto a Barranquilla, su lugar en la figura evidencia que hubo un impacto significativo en los contagios en la ciudad, en comparación con ciudades como Medellín y Cali.

Figura 11. Evolución mensual de personas contagiadas, recuperadas y fallecidas en Bogotá



Fuente: elaboración propia con información de la base de datos de Casos Positivos de COVID-19 del INS. El gráfico presenta la evolución mensual de personas contagiadas, recuperadas y fallecidas de Bogotá. El periodo examinado abarca del 6 de marzo al 31 de julio de 2020.

Figura 12. Evolución mensual de personas contagiadas, recuperadas y fallecidas en Barranquilla



Fuente: elaboración propia con información de la base de datos de Casos Positivos de COVID-19 del INS. El gráfico presenta la evolución mensual de personas contagiadas, recuperadas y fallecidas de Barranquilla. El periodo examinado abarca del 6 de marzo al 31 de julio de 2020.

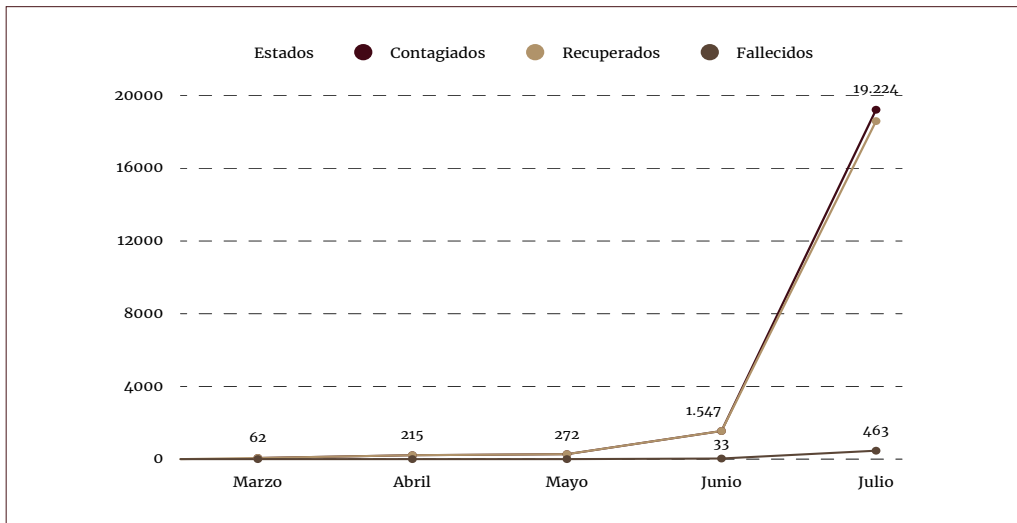


La figura 11 indica que en Bogotá entre junio y julio el nivel de contagiados y recuperados tiene un ascenso notorio, y las cifras de fallecidos se elevan en julio. Al observar la evolución de contagiados y recuperados en Barranquilla (figura 12), se encuentran que los niveles aumentan considerablemente entre junio y julio, y en el caso de los fallecidos, la mayor cantidad se registra en junio (764) y disminuye un poco en julio (627).

Si se compara la situación de Barranquilla (figura 12) con la de Medellín (figura 13), se encuentra que la capital de Antioquia mantuvo unos niveles de contagio inferiores a los de Barranquilla entre mayo y junio. Sin embargo, entre junio y julio hay un aumento notable. Puede señalarse que el incremento de estos casos se da más temprano y de manera más exponencial en Barranquilla (mayo) que en Medellín (junio). Sucede algo similar con la cantidad de fallecidos, pues el número de decesos en junio y julio en Barranquilla (764 y 627 personas respectivamente) es notoriamente superior que en Medellín (33 y 463 fallecidos respectivamente).

La relación de datos explicada sugiere un particular impacto en cantidad de contagios y fallecimientos en Barranquilla. Así mismo, como se explicó en la sección anterior, se encuentra un efecto bastante notorio en las afiliaciones a los regímenes en salud, lo cual puede ser un indicador de los cambios generados a partir de la emergencia sanitaria declarada y el aislamiento preventivo obligatorio (marzo) en la situación laboral y recepción de ingresos en distintos sectores de la población de esa ciudad.

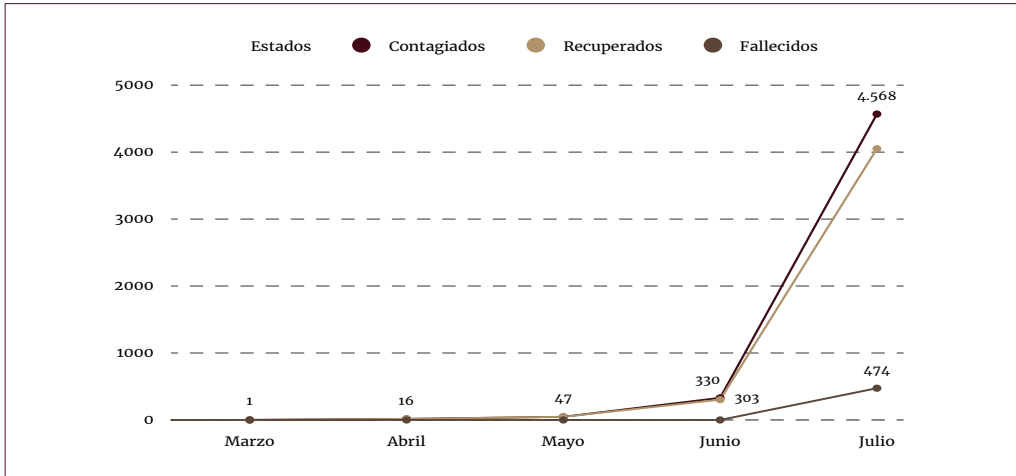
**Figura 13. Evolución mensual de personas contagiadas, recuperadas y fallecidas en Medellín**



Fuente: elaboración propia con información de la base de datos de Casos Positivos de COVID-19 del INS. El gráfico presenta la evolución mensual de personas contagiadas, recuperadas y fallecidas de Medellín El periodo examinado abarca del 6 de marzo al 31 de julio de 2020.



Figura 14. Evolución mensual de personas contagiadas, recuperadas y fallecidas en Montería



Fuente: elaboración propia con información de la base de datos de Casos Positivos de COVID-19 del INS. El gráfico presenta la evolución mensual de personas contagiadas, recuperadas y fallecidas de Montería. El periodo examinado abarca del 6 de marzo al 31 de julio de 2020.

Finalmente, en la ciudad de Montería (figura 14) el panorama es un poco diferente en cuanto a contagios y recuperados, pues sus niveles son bajos en comparación con las tres ciudades antes observadas. El pico de contagios se da entre junio y julio. No obstante, respecto a los fallecimientos, se encuentra que, entre junio y julio los decesos en Montería (303 y 474 respectivamente) superan los de Medellín (33 y 463 respectivamente). Llama la atención que, pese a que Medellín tiene unas cifras de contagio y población superiores a las de Montería, esta última supera a la capital de Antioquia en fallecimientos en el lapso señalado.

### Metodología del análisis

Para definir si existe relación entre los contagios y fallecidos con las variables de ingresos y afiliación en salud se emplea una aproximación cuantitativa de mínimos cuadrados agrupados con los datos de sección cruzada repetida construidos a partir de la información del INS, la GEIH y la Divipola (Álvarez et al., 2013). Adicionalmente, las variables explicativas son, en su mayoría, binarias, lo que permite que su interpretación se realice en cambios marginales en puntos porcentuales.

A continuación, se presentan dos modelos que se realizan para el conjunto de las 13 ciudades de la muestra y específicamente para Bogotá, Barranquilla, Medellín y Montería. En cada uno de estos modelos se modifica la variable dependiente y se conservan las variables independientes.



El modelo de mínimos cuadrados agrupados (MCA) es el siguiente:

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 P_{it} + \beta_2 Q_{it} + \beta_3 R_{it} + \delta X_{it} + \theta_{it} + \gamma_{it} + \varphi_i + \varepsilon_{it}$$

Donde,  $Y_{it}$  es la tasa de mortalidad cruda (TMC) por COVID-19 en el área  $i$  en el mes  $t$ . Esta consiste en el número de fallecidos por dicha condición por cada 100 000 habitantes en un área y tiempo específico (OMS, 2020);  $P_{it}$  es una *dummy* que toma valor de 1 si el encuestado es de sexo masculino en el área  $i$  en el mes  $t$  y 0 de lo contrario;  $Q_{it}$  es la edad en años del encuestado en el área  $i$  en el mes  $t$ ;  $R_{it}$  es una *dummy* que toma el valor de 1 cuando la persona indica que recibió algún ingreso por negocio o trabajo diferente al remunerado una semana antes de la realización de la encuesta en el área  $i$  en el mes  $t$  y 0 de lo contrario;  $X_{it}$  es una *dummy* que toma el valor de 1 cuando la persona indica que cotiza pensión en el área  $i$  en el mes  $t$  y 0 de lo contrario;  $\theta_{it}$  es una *dummy* de control sobre información educativa que toma el valor de 1 si el encuestado se encuentra estudiando (en niveles primaria, secundaria o superior) en el área  $i$  en el mes  $t$  y 0 de lo contrario;  $\gamma_{it}$  son los años de educación aprobados por el encuestado en la área  $i$  en el mes  $t$ ;  $\varphi_i$  es la población total correspondiente al área  $i$ ; y  $\varepsilon_{it}$  es el termino de error del modelo.

Para el modelo (2) la variable dependiente se cambia por la tasa de incidencia de COVID-19 por cada 100 000 habitantes. Esta se interpreta como la probabilidad de pasar de no estar contagiado a estarlo por cada 100 000 habitantes en un área y momento específico.

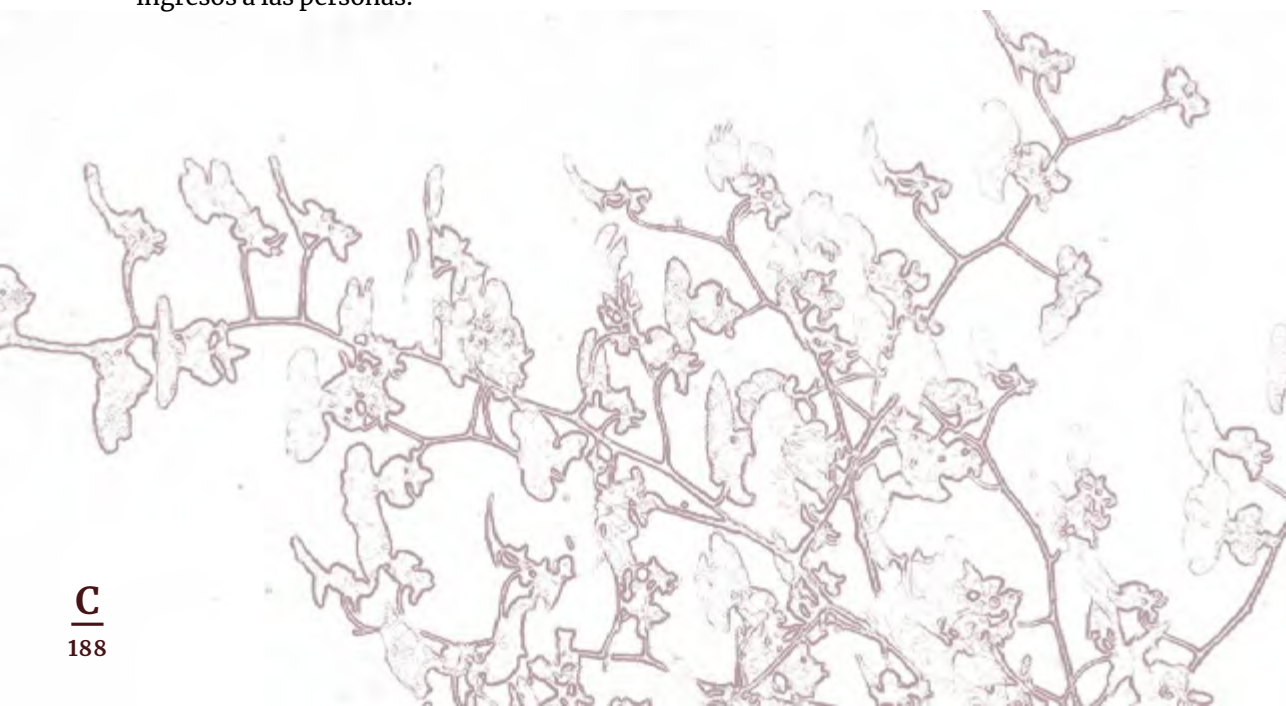
**Tabla 1. Efecto de los ingresos recibidos en la semana anterior a la encuesta sobre la TMC**

Variable dependiente: tasa de mortalidad cruda por cada 100 000 habitantes					
	13 ciudades (1)	Bogotá (2)	Barranquilla (3)	Medellín (4)	Montería (5)
Masculino	0,013** (0,006)	-0,000 (0,000)	-0,000 (0,000)	0,012 (0,018)	-0,047 (0,031)
Edad	0,0004* (0,0002)	0,000 (0,000)	0,000 (0,000)	0,0001 (0,001)	0,0004 (0,001)
Recibió ingresos la semana pasada	-0,048*** (0,010)	-0,000 (0,000)	-0,000 (0,000)	-0,204*** (0,029)	-0,267*** (0,054)
Cotizante de pensión	-0,002 (0,007)	-0,000 (0,000)	0,000 (0,000)	-0,001 (0,021)	0,072* (0,038)
Está estudiando	0,004 (0,010)	0,000 (0,000)	0,000 (0,000)	-0,023 (0,030)	0,033 (0,049)
Años de estudio	-0,0001 (0,001)	-0,000 (0,000)	-0,000 (0,000)	0,001 (0,002)	0,002 (0,004)
Población total	0,00000*** (0,000)				
Observaciones	22,479	2,696	1,701	2,982	934
R <sup>2</sup>	0,103			0,020	0,032
Ajustado R <sup>2</sup>	0,103			0,018	0,025
F Estadístico	368.625*** (df = 7; 22471)	1.550 (df = 6; 2689)	0.652 (df = 6; 1694)	9.874*** (df = 6; 2975)	5.068*** (df = 6; 927)
Regresión de mínimos cuadrados agrupados con datos panel de sección cruzada repetida. Significancia: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.					



Los resultados en la tabla 1 sugieren que, para las 13 ciudades, a mayor cantidad de hombres en la población examinada se genera un incremento de la TCM. Esto tiene consistencia con recientes publicaciones que indican que pertenecer al sexo masculino es un factor de riesgo en términos de mortalidad por COVID-19 (Griffith et al., 2020). El resultado más sobresaliente del análisis para las 13 ciudades de la muestra se observa al evaluar el efecto de la recepción de ingresos por trabajo, negocios y motivo diferente a trabajo remunerado, pues el incremento de la cantidad de personas que perciben algún ingreso disminuye la TMC por COVID-19 y es significativo al 1%, conservando todo lo demás constante.

Al tratar de observar el origen de esta correlación entre el aumento de la cantidad de personas que reciben algún ingreso (por negocio, trabajo o motivo diferente a trabajo remunerado) y descenso de fallecimientos por la COVID-19 en las 4 ciudades que se han analizado a lo largo de este estudio, se encuentra que este efecto no se presenta en Bogotá y Barranquilla (y el signo se conserva negativo), pero sí, claramente en Medellín y Montería. Específicamente en Medellín el incremento en 5 pp. de personas que perciben algún ingreso (por motivo diferente a trabajo remunerado) disminuye los fallecimientos en 1 persona por cada 100 000 habitantes por cuenta de la COVID-19. En Montería es aún más fuerte el efecto de las variaciones de ese tipo de ingresos sobre la TMC, pues con solo incrementar en 3,7 pp. la cantidad de las personas que reciben algún ingreso fuera del correspondiente al trabajo remunerado, se genera un fallecimiento menos por cada 100 000 habitantes. Esta información resulta de gran importancia a la hora de adoptar medidas de política pública para contrarrestar la mortalidad por el nuevo coronavirus, teniendo en cuenta que tales acciones pueden enfocarse en propiciar la generación de ingresos a las personas.



**Tabla 2. Efecto de los ingresos recibidos en la semana anterior a la encuesta sobre la TI**

Variable dependiente: tasa de incidencia por cada 100 000 habitantes					
	13 ciudades	Bogotá	Barranquilla	Medellín	Montería
Masculino	0,00002 (0,002)	-0,000 (0,000)	-0,000 (0,000)	0,012 (0,018)	-0,047 (0,031)
Edad	0,0001 (0,0001)	0,000 (0,000)	0,000 (0,000)	0,0001 (0,001)	0,0004 (0,001)
Recibió ingresos la semana pasada	-0,035*** (0,004)	-0,000 (0,000)	-0,000 (0,000)	-0,204*** (0,029)	-0,267*** (0,054)
Cotizante de pensión	0,002 (0,003)	-0,000 (0,000)	0,000 (0,000)	-0,001 (0,021)	0,072* (0,038)
Está estudiando	0,006 (0,004)	0,000 (0,000)	0,000 (0,000)	-0,023 (0,030)	0,033 (0,049)
Años de estudio	0,001** (0,0003)	-0,000 (0,000)	-0,000 (0,000)	0,001 (0,002)	0,002 (0,004)
Población total	0,000*** (0,000)				
Observaciones	22,479	2,696	1,701	2,982	934
R2	0,015			0,020	0,032
Ajustado R2	0,015			0,018	0,025
F Estadístico	49,675*** (df = 7; 22471)	1,550 (df = 6; 2689)	0,652 (df = 6; 1694)	9,874*** (df = 6; 2975)	5,068*** (df = 6; 927)
Regresión de mínimos cuadrados agrupados con datos panel de sección cruzada repetida. Significancia: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.					

Los resultados obtenidos en la tabla 2 para la tasa de incidencia por cada 100 000 habitantes (TI), muestran congruencia con las correlaciones obtenidas en la tabla 1 para la TMC. La TI se interpreta como el riesgo de pasar de estar sano a estar enfermo por el nuevo coronavirus. Las magnitudes y signos de los coeficientes obtenidos también conservan coherencia tanto para las 13 ciudades como para cada una de las 4 ciudades evaluadas específicamente respecto a la tabla 1. Esto nos permite comparar los dos modelos aplicados, en particular, en lo que se refiere a los ingresos recibidos por motivos diferentes a trabajo remunerado.

### **El deterioro generado por la pandemia en la capacidad económica y el aseguramiento en salud**

Como se mencionó en líneas anteriores, tras la expedición de la Constitución de 1991 y la creación de los regímenes subsidiado y contributivo en salud con la Ley 100 de 1993, se implantó en Colombia un sistema que toma en cuenta la capacidad económica



de los usuarios para su afiliación. Ahora, 30 años después de expedida la Constitución y 28 años desde la promulgación de la Ley 100, se evidencia un cierto desbalance que indica un mayor número de afiliaciones hacia el régimen subsidiado, situación que era preexistente a la emergencia sanitaria ocasionada por la COVID-19 y que se acentuó notablemente a partir de esta. Lo anterior brinda una lectura sobre el acceso a los regímenes del SGSSS 30 años después de expedido el texto constitucional.

Así pues, los resultados expuestos en el presente estudio permiten evidenciar el efecto que la emergencia sanitaria y el confinamiento preventivo obligatorio causó en las afiliaciones a los regímenes del SGSSS contributivo y subsidiado. Lo anterior, como se señaló en el documento es el reflejo de la situación laboral e ingresos de las personas que hacen parte de la muestra en las 13 ciudades de la GEIH. También es importante distinguir entre la situación de las personas a partir de la emergencia y antes de esta, dado que en términos generales ya se observaba un descenso en las afiliaciones al régimen contributivo hacia el mes de febrero, lo que se relacionó en su momento con un aumento del desempleo en algunas ciudades, que terminó por acelerarse con las medidas que las autoridades locales y nacionales adoptaron por la pandemia.

El análisis descriptivo desarrollado a través de las figuras muestra que, en ocasiones, el número de contagios y fallecimientos por la COVID-19 puede verse incrementado en ciudades con proporción mayor de personas afiliadas al régimen subsidiado, en comparación con ciudades que tienen un porcentaje superior de afiliados en el régimen contributivo y que, pese a tener mayor población y número de contagiados, sus cifras de fallecidos son menores. Tal es el caso de Montería y Medellín respectivamente.

Uno de los hallazgos más relevantes resulta de los análisis inferenciales en donde se sugiere que los ingresos salvan vidas. En otras palabras, se halló con un alto grado de significancia estadística que el hecho de que las personas manifestaran haber recibido ingresos (por negocio, trabajo o motivo diferente a trabajo remunerado) una semana antes del desarrollo de la encuesta, está correlacionado con una disminución de la TMC y la TI. Además, esta metodología permite evaluar en cuáles de las ciudades de la muestra se presenta esta situación y con qué intensidad. Esto contribuye a dar soporte a las autoridades locales para adoptar medidas que propicien el mantenimiento de un mínimo de ingresos a los hogares, especialmente en las ciudades donde se presenta mayor sensibilidad de la relación ingresos-contagiados-fallecimientos. Una de las estimaciones nos muestra que incrementar en Montería en 3,7 pp. la cantidad de las personas que reciben algún ingreso por motivo diferente al trabajo remunerado conllevaría a un fallecimiento menos por cada 100 000 habitantes.

Finalmente, también se debe anotar que la limitación del estudio reside en que se trata del establecimiento de correlaciones y no de una evaluación de impacto, dado que no se establecen grupos de tratamiento y control porque, para este caso, todos los elementos de la muestra son afectados por la pandemia.





## Referencias

- Álvarez, R., Calvo, J., Torrado, C. y Mondragón, J. (2013). *Fundamentos de econometría intermedia: teoría y aplicaciones*. Universidad de los Andes.
- Becerra O., Eslava M. e Isaacs, M. (2020). La afectación efectiva del empleo en la pandemia: ¿Qué más nos pasó? *Nota Macroeconómica*, (26). 1-5.
- Corte Constitucional. (2002, 1 de marzo). *Sentencia T-149 de 2002*. (M. P. Manuel José Cepeda Espinosa). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2002/t-149-02.htm>
- Corte Constitucional. (2008, 31 de julio). *Sentencia T-760 de 2008*. (M. P. Manuel José Cepeda). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>
- Corte Constitucional. (2018, 15 de enero). *Sentencia T-001 de 2018*. (M. P. Cristina Pardo). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/T-001-18.htm>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2020a). *Boletín Técnico. Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), agosto 2020*. [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/bol\\_empleo\\_ago\\_20.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/bol_empleo_ago_20.pdf)
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2020b). *Codificación de la División Político-Administrativa de Colombia – Divipola*. <https://www.dane.gov.co/index.php/sistema-estadistico-nacional-sen/normas-y-estandares/nomenclaturas-y-clasificaciones/nomenclaturas/codificacion-de-la-division-politica-administrativa-de-colombia-divipola>
- Griffith D., Sharma G., Holliday C., Enyia O., Valliere M., Semlow A., Stewart E. y Scott, R. (2020). *Men and COVID-19: a biopsychosocial approach to understanding sex differences in mortality and recommendations for practice and policy interventions*. Center for Disease Control and Prevention.
- Lamprea-Barragán, T., Ospina, V., Hernández, G. y Rivera, A. (2020). *Una medida de los efectos potenciales del COVID-19 en el empleo: el caso de la política de aislamiento preventivo obligatorio en Colombia*. Departamento Nacional de Planeación.
- Ley 100 de 1993. (1993, 23 de diciembre). *Ley Sistema de Seguridad Social Integral. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Congreso de la República. Diario oficial. N.º 41148.
- Ley 1562 de 2012. (2012, 11 de julio). *Ley que modifica el Sistema de Riesgos Laborales y se dictan otras disposiciones en materia de salud ocupacional*. Congreso de la República. Diario oficial. N.º 48488.
- Ley 1753 de 2015. (2015, 9 de junio). *Ley del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018*. Congreso de la República. Diario oficial. N.º 49538.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). (2017). *Boletín de aseguramiento en salud. Primer Trimestre 2017*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/boletin-aseguramiento-i-trimestre-2017.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). (2020, 10 de marzo). *Resolución 380*.



- [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20380%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20380%20de%202020.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). (2020, 12 de marzo). *Resolución 385*. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=119957#:~:text=Decl%C3%A1rase%20la%20emergencia%20sanitaria%20en,se%20incrementan%2C%20podr%C3%A1%20ser%20prorrogada>.
- Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). (2020, 13 de marzo). *Resolución 407*. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20407%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20407%20de%202020.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). (2020, 17 de marzo). *Resolución 450*. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%200450%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%200450%20de%202020.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). (2020, 26 de mayo). *Resolución 844*. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20844%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20844%20de%202020.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). (2020, 25 de agosto). *Resolución 1462*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1462-de-2020.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). (2020, 1 de noviembre). *Cifras del aseguramiento en salud con corte septiembre de 2020*. MinSalud.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Estimating mortality from COVID-19*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Las personas mayores de 60 años han sido las más afectadas por la COVID-19 en las Américas*. OPS.
- Presidencia de la República. (2020, 17 de marzo). *Decreto 417*. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20417%20DEL%2017%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf>
- Presidencia de la República. (2020, 22 de marzo). *Decreto 457*. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20457%20DEL%2022%20DE%20MARZO%20DE%202020.pdf>
- Presidencia de la República. (2020, 6 de mayo). *Decreto 637*. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%20637%20DEL%206%20DE%20MAYO%20DE%202020.pdf>
- Presidencia de la República. (2020, 28 de julio). *Decreto 1076*. <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201076%20DEL%2028%20DE%20JULIO%20DE%202020.pdf>
- Real Academia Española (RAE). (2020). *Pandemia*. RAE.
- Zambrano A. y Arboleda D. (2020, 28 de septiembre). Crecimiento, pobreza y remesas: enseñanzas y alertas para Colombia. *Razón Pública*. <https://razonpublica.com/pobreza-desigualdad-tiempos-pandemia/>





