
¿ES EQUITATIVO EL GASTO SOCIAL EN SALUD?

Gustavo Vargas Yara*

Resumen

Vargas Yara, Gustavo, "¿Es equitativo el gasto social en salud?", *Cuadernos de Economía*, v. xxiii, n. 41, Bogotá, 2004, páginas 171-193

En este artículo se hace un análisis de la equidad en el gasto público en salud a partir de la información de la Encuesta Nacional de Hogares de marzo de 2000. Se encontró que luego de siete años de promulgada la Ley 100 de 1993, existen avances importantes en materia de aseguramiento en salud y distribución de subsidios en el régimen subsidiado. No obstante, se presentan algunas iniquidades relacionadas con la focalización y la demanda de servicios. También se mide el impacto de los subsidios a la salud sobre el ingreso de los hogares mediante el efecto redistributivo, cálculo que muestra un resultado importante pero limitado.

Palabras clave: salud, equidad, régimen subsidiado, asimetrías de información, efecto redistributivo. **JEL:** I18.

* Magíster en Economía de la Universidad Nacional de Colombia. Este artículo es una síntesis del trabajo de grado para optar por el título de Magíster. El autor agradece los comentarios de los profesores Álvaro Moreno y Mario García. Enviar los comentarios al correo: gustavovargasy@yahoo.com. Artículo recibido el 25 de agosto de 2003 y aprobado el 11 de junio de 2004.

Abstract

Vargas Yara, Gustavo, "Is social spending on health in Colombia fair?", Cuadernos de Economía, v. xxiii, n. 41, Bogotá, 2004, pages 171-193

This article analyses the fairness of public spending on health using information contained in the National Household Survey, March 2000. It was found that important advances had been made in terms of health insurance and the distribution of financial assistance within the subsidised regime during the seven years following the passing of Law 100/1993. Nevertheless, some concerns are presented regarding focalising services and the demand for them. The impact of health subsidies on household income is also measured by using the redistributive effect; such calculation shows an important though limited result.

Key words: health, equity, subsidised regime, asymmetry of information, redistributive effect. **JEL:** I18.

Résumé

Vargas Yara, Gustavo, "La dépense sociale de santé est-elle équitable ?", Cuadernos de Economía, v. xxiii, n. 41, Bogotá, 2004, pages 171-193

Cet article fait une analyse sur l'équité des dépenses publiques de santé à partir de l'information de l'Enquête Nationale des Foyers de mars 2000. Il est apparu que depuis sept ans que la Loi 100 de 1993 a été promulguée, il existe des avancées importantes en matière de couverture de santé et de distribution des allocations dans le régime allocataire. Cependant, plusieurs iniquités en relation avec la focalisation et la demande de services surgissent. L'impact des allocations de santé sur le revenu des foyers par l'intermédiaire de l'effet de redistribution est également mesuré, calcul qui montre un résultat important mais limité.

Mots clés: santé, équité, régime d'allocation, asymétries d'information, effet de redistribution. **JEL:** I18.

En la década de los noventa se llevó a cabo en el país un proceso de profundización de reformas sectoriales iniciadas en años anteriores, las cuales —entre otros objetivos— estaban encaminadas a reducir la intervención directa del Estado en la provisión de bienes y servicios, así como también a fortalecer los mecanismos de mercado que median en dichos procesos. En materia de salud, el nuevo papel del Estado se enmarcó en las funciones de regulador de mercados y de actor importante en la financiación de subsidios de la población más pobre.

Con la Ley 100 de 1993 se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), concebido como instrumento para lograr la cobertura universal de la población, bajo un aseguramiento que garantizara el acceso efectivo, la calidad y la eficiencia en la prestación de servicios de salud. Para tal fin, se crearon los regímenes contributivo y subsidiado, diseñados para asegurar, a los trabajadores y a la población más vulnerable, bajo un Plan Obligatorio de Salud (POS) integral para el afiliado y su familia¹.

En dicho proceso, la Ley 60 de 1993 ordenó que la asignación de subsidios a la salud se hiciera con criterios de focalización que garantizara la asignación del gasto social a los grupos más pobres y vulnerables. Por su parte, la Constitución Política de 1991 avanzó en la definición de criterios éticos referentes al mejoramiento del bienestar general, así como el de las personas en situaciones de desventaja. En este sentido, se dispuso que la distribución del gasto social prefiriera la población de menos recursos.

1 Uno de los objetivos del POS es evitar la selección adversa por parte de las entidades del sistema. Un ejemplo de ello, lo constituye la reforma al sistema de salud en Chile, la cual permitió que las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) vendieran múltiples planes de salud con diferentes coberturas de riesgo, evitando así la vinculación de las maternas, ancianos y enfermos crónicos o víctimas de enfermedades de alto costo.

Este artículo adopta la definición de gasto público social propuesta por la Contraloría General de la República [1994]. En ésta, el gasto público social es aquél que admite juicios de equidad. Para ello, debe cumplir con cuatro requisitos, que: (i) admita el principio de exclusión, (ii) el subsidio monetario de corto plazo sea cuantificable, (iii) permita identificar al usuario, y (iv) sea administrado por una entidad pública o privada que, con supervisión estatal, obtiene una parte significativa de sus recursos gracias a las disposiciones legales de tipo coercitivo.

Se destaca, entonces, que la Constitución Nacional y el marco legal adoptan la equidad como criterio para la focalización de subsidios a la salud.

Desde una perspectiva moderna, la equidad puede definirse como la igualdad de los individuos frente a las oportunidades de acceso y utilización de servicios de salud, así como a la calidad del mismo. No obstante, no se trata de eliminar todas las posibles diferencias en salud, sino de reducir aquellas que son consideradas como innecesarias, evitables e injustas.

El presente artículo busca responder a la pregunta: ¿es equitativo el gasto social en salud en Colombia? Este cuestionamiento es importante por los propósitos de la Ley 100, máxime cuando ya se cumplieron diez años de su promulgación.

Con este propósito, se tomó la información reportada en la Etapa 107 de la Encuesta Nacional de Hogares (ENH-107), aplicada en marzo de 2000, la cual incluye un módulo de salud que indaga por la afiliación de los hogares al SGSSS y por la utilización que hacen estos de los servicios de salud².

Los resultados están relacionados con el aseguramiento de la salud en Colombia, así como con una evaluación de la equidad en lo referente a la asignación de subsidios y a la demanda de servicios de salud, concretamente, la hospitalización médica. También se mide el impacto que ejercen los subsidios en salud (en términos de ingreso) sobre los hogares, así como el efecto de una reasignación de los mismos.

El artículo está organizado en cinco partes, incluyendo esta introducción. En la segunda sección se presentan algunos aspectos relacionados con la

2 Debido a que en la Encuesta que realiza el DANE no todas las personas reportan el ingreso, para el cálculo de los deciles y quintiles de ingreso se utilizaron los datos imputados en los casos de información faltante, ejercicio que realiza el Departamento Nacional de Planeación (DNP) con las encuestas de hogares.

reforma a los sistemas de salud. En la tercera, el marco conceptual del presente estudio. A continuación, los resultados del trabajo, y posteriormente las conclusiones.

REFORMA A LOS SISTEMAS DE SALUD

Entre los desarrollos teóricos que han incidido en la reforma a los sistemas de salud sobresalen los planteamientos de A. Enthoven [1978], sobre un modelo de salud en el cual el consumidor (paciente) elige un plan de salud en un contexto de competencia entre proveedores privados bajo un esquema de regulación. Adicionalmente, en dicho modelo los proveedores dan un mayor énfasis al control de las decisiones clínicas, es decir, aparte de las razones puramente médicas, se da gran importancia al carácter de costo-efectividad de los procesos.

Londoño y Frenk [1997], en la búsqueda de lograr mayor integración entre la población y las instituciones en los sistemas de salud de América Latina, proponen un modelo denominado pluralismo estructurado, que busca eliminar los excesos entre el monopolio del sector público y el modelo de mercado privado, acorde con las circunstancias de cada país. En este esquema debe existir un conjunto de reglas que tenga en cuenta la elección del consumidor, y que genere incentivos adecuados a los distintos actores. Para tal fin, debe haber una orientación hacia los subsidios a la demanda, competencia entre proveedores y una política de regulación clara.

Es importante señalar que la introducción de este tipo de reformas se debe hacer con cautela pues, como explica Arrow [1963], existe un gran distanciamiento entre la industria de servicios médicos y los resultados obtenidos en un mercado competitivo ideal. La salud no puede ser vista como una mercancía cualquiera, en razón de que posee características que hacen de ésta un bien especial. El sistema de precios no opera de una forma adecuada cuando hay presencia de incertidumbre (la enfermedad es, en alto grado, impredecible, lo cual, a su vez, genera una serie de problemas económicos como son las asimetrías de información entre pacientes, médicos y entidades aseguradoras y prestadoras).

Otro aspecto importante en la reforma a la salud ha sido el papel de entidades multilaterales como el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Interamericano de Desarrollo, en relación con la implementación de modelos basados en el esquema de competencia regulada. En este sentido, el Banco Mundial [1993] postula como estrategias para reducir la pobreza, la

reorientación exclusiva de los fondos públicos hacia la atención de servicios clínicos esenciales, eficientes y en función de los costos, así como la introducción de mecanismos de mercado en el aseguramiento de la salud.

Desde el punto de vista de la industria de seguros privados, existen fuertes incentivos para el desarrollo de mecanismos de mercado en el sector de la salud, como se observa en el caso norteamericano, país pionero en este tipo de reformas. Durante las décadas de los años setenta y ochenta, en Estados Unidos la política de reforma a la salud tuvo gran acogida por parte de empresarios y gobierno, como herramienta para la reducción de los costos de la cobertura.

Posteriormente, algunos países europeos hicieron reformas dirigidas a adoptar esquemas de atención en salud similares a los norteamericanos. Sin embargo, en ciertos aspectos se presentaron divergencia entre los resultados esperados y los obtenidos, por lo cual tuvieron que reversar algunos aspectos de las reformas implantadas. A la vez, durante el gobierno del presidente B. Clinton se promovió la creación de un seguro sanitario nacional de carácter general que, finalmente, no fue aprobado. Este desenlace estuvo motivado por factores políticos y de viabilidad económica, pero también fue influenciado por la estructura del mercado, es decir, la posición dominante de la empresa privada con alto poder de incidencia sobre la política sectorial [González y Pérez 1998].

Respecto a América Latina, Stocker *et al.* [1999] argumentan que, ante la saturación del mercado de la salud norteamericano y la caída en la tasa de beneficio, las corporaciones que operan allí han buscado nuevos escenarios en esta región, destacándose la participación de los grupos Aetna, Cigna, Principal Financial Group, American International Group y Exxel Group.

HACIA UN CONCEPTO DE EQUIDAD

A partir de la manera como los individuos forman sus juicios sobre el bienestar, la sociedad podría, o no, considerar que bienes como la salud o la educación, requieren de políticas especiales de acceso, debido a su papel de medio para incrementar las posibilidades de las personas y el desarrollo de capacidades que permitan su desempeño en actividades económicas, políticas y sociales, entre otras. La literatura sobre el tema muestra que el bienestar colectivo se ha estudiado, principalmente, desde dos perspectivas: la eficiencia y la equidad.

La visión con mayor tradición y aceptación, denominada economía del bienestar, prefiere el primer enfoque. Por su parte, los trabajos alternativos pre-

sentan una visión en la cual el grado de equidad juega un papel importante en las decisiones sobre el bienestar.

La primera agenda pertenece a la línea ortodoxa planteada desde sus inicios por A. Bergson [1938] y P. Samuelson [1947], en la cual la solución a problemas relacionados con el bienestar gira entorno al óptimo y necesita la especificación de una función de bienestar social. Desde este punto de vista, la economía del bienestar privilegia la eficiencia propia del óptimo, sin importar su grado de equidad o iniquidad.

En contraste, las contribuciones de Arrow [1951] ocupan un lugar importante en lo que hoy se conoce como la teoría de la elección social, lo que a su vez configuró el espacio propicio para el desarrollo del contractualismo. Arrow demostró formalmente que existe una ruptura entre la elección social representada mediante una función de bienestar social y la elección individual realizada a partir de ordenamientos de preferencias de los agentes. Es decir, a partir de las decisiones individuales, aun bajo los supuestos más favorables, el proceso de elección social no es óptimo. Por tanto, no hay una forma adecuada en que la sociedad exprese las preferencias de los individuos. Estos resultados propiciaron el surgimiento de diversidad de líneas de investigación dirigidas a su crítica, extensión y desarrollo.

En el enfoque contractualista, la sociedad es vista como un sistema de cooperación entre individuos para el logro de fines comunes. El discurso descansa sobre el acuerdo o contrato en la estructura básica de la comunidad, alrededor de ciertos principios y libertades de los individuos, que permitan que toda persona desarrolle el plan de vida razonable que desee. De esta manera, se aparta del enfoque utilitarista en la medida en que los niveles de felicidad o la satisfacción de los deseos dejan de ser el objetivo primordial.

En esta corriente de pensamiento, se destaca el trabajo de J. Rawls [1971] cuyo objetivo es presentar una teoría de la justicia, en la que los miembros de la sociedad establecen un acuerdo respecto a los términos básicos de su asociación. La equidad se refiere a la igualdad en cuanto a bienes sociales primarios, sujeta al principio de la diferencia³.

Desde una perspectiva moderna, la concepción de bienestar presente en los trabajos de A. Sen, comparte los postulados planteados por J. Rawls respec-

3 Las desigualdades económicas y sociales deben tener una configuración tal que sean ventajosas para todos (igualdad de oportunidades) y que beneficien al individuo en peor situación.

to al conjunto de bienes primarios, pero presenta una propuesta más amplia para la evaluación de la equidad. Así, teniendo en cuenta que todos los individuos poseen distintos potenciales de acción y disfrute, plantea la equidad en términos de libertad. La libertad no sólo en el sentido de las restricciones que se le imponen a un individuo para la realización de una acción, sino como garantía de posibilidades reales de actuar.

Bajo esta perspectiva, la pobreza no es solamente la carencia de ingresos sino que, de una manera más amplia, se puede concebir como la privación de las capacidades básicas. En este sentido, dicha privación puede convertirse en una baja esperanza de vida, en mayor grado de desnutrición, en elevadas tasas de analfabetismo y mortalidad, etc. El planteamiento hace notar la importancia de la provisión pública de servicios médicos, de programas educacionales, entre otros, como componentes de una estrategia de desarrollo.

En el presente artículo se adopta la posición de que los juicios de equidad que admite un bien como la salud, se refieren a la igualdad de los individuos frente a las oportunidades de acceso y utilización de los servicios. No obstante, no se trata de eliminar todas las posibles diferencias en salud, sino de reducir aquéllas que son consideradas como innecesarias, evitables e injustas⁴.

LA EQUIDAD EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD

El aseguramiento en salud

Según la ENH-107, a marzo de 2000, en Colombia de un total de 40,8 millones de personas, el 72% habitaba en la zona cabecera y el 28%, en la zona resto. Los resultados muestran que para el período de referencia se encontraban afiliadas al SGSSS 21,4 millones de personas, lo cual representa una cobertura del 52,4%. Por regímenes, el 35,7% de la población total está afiliado al régimen contributivo y 16,7%, al régimen subsidiado. En contraste, la cifra de personas vinculadas al sistema era de 19,4 millones, de las cuales, el 27,1% pertenece al grupo de condiciones económicas más bajas⁵, es decir, son individuos con los cuales el sistema tiene una deuda social en tanto pertenecen al grupo potencial a recibir subsidio. Por zonas, se observa que el porcentaje de personas afiliadas al SGSSS es de 57% en cabecera, mientras que para el área resto la cobertura es de 40,7%.

4 Esta definición de equidad fue propuesta por M. Whitehead en un trabajo para la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en Europa citado en Dachs [2001].

Antes de la reforma al sistema de salud, la cobertura era, aproximadamente, de 28% en 1992. Sin embargo, es importante notar que dicho dato incluye sólo a la población asegurada en entidades adscritas al Seguro Social, cajas de previsión y subsistema privado; la población no asegurada es la que acudía al sistema público de salud. Con el cambio hacia el SGSSS, el afiliado tiene la posibilidad de asegurar a las personas de su grupo familiar como beneficiarios, con lo cual el indicador de cobertura se incrementó sustancialmente después de la puesta en marcha de la norma. Desde entonces la cobertura se ha incrementado lentamente, lo cual hace prever que habrá dificultades para el logro de las metas iniciales de la Ley.

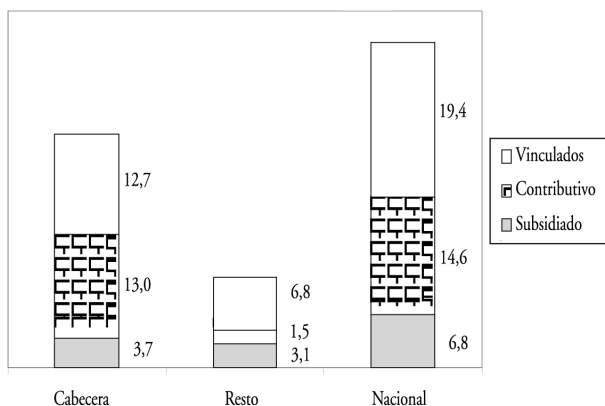
De acuerdo con el tipo de afiliación, en el nivel nacional el 68,1% de los asegurados al SGSSS pertenece al régimen contributivo (14,6 millones). De este número, hay una mayor concentración en cabecera (89,4%) que en la zona resto (10,6%). Igualmente, se presenta una mayor participación por parte de las personas pertenecientes a los deciles 5 al 10 en las dos zonas.

En la cabecera se observa que del total de afiliados al SGSSS, 22,3% pertenece al régimen subsidiado, mientras que en el área resto, el porcentaje de asegurados es 66,6%. Por tanto, la afiliación al régimen subsidiado de salud predomina en la zona resto, mientras que la del régimen contributivo sobrepasa en la cabecera.

Es de mencionar que en el nivel nacional el 18,2% de la población perteneciente al régimen subsidiado se ubica en los dos últimos quintiles de ingreso. Esta situación se acentúa para la zona resto con 30,5%, frente a 17,4% en la cabecera (ver Anexo 1). Este resultado refleja cierto grado de ineficiencia en la asignación de subsidios, toda vez que del total de afiliados al régimen subsidiado un porcentaje importante de población pertenece a los más altos quintiles de ingreso⁶.

-
- 5 Infortunadamente, a partir de las encuestas de hogares no es posible obtener datos que permitan clasificar a la población de acuerdo con un criterio idóneo como es el SISBEN. Por esta razón, ante la necesidad de tener un referente de focalización, en este documento se utilizaron como criterios, la estratificación muestral (obedece a características geográficas y urbanísticas de las viviendas) y los deciles de ingresos. Es decir, la población objetivo para la focalización de los subsidios de salud es aquella que pertenece a los estratos 1 y 2, y que además se encuentran en los primeros cinco deciles de ingreso.
 - 6 Debido a restricciones de información de la base de datos no fue posible calcular indicadores de eficiencia en la asignación de subsidios confiables. Sarmiento *et al.* [1999] aplican indicadores de eficiencia horizontal y eficiencia vertical en la afiliación al régimen subsidiado, a partir de la encuesta realizada para el Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN).

GRÁFICA 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN POR ZONA, SEGÚN TIPO
DE AFILIACIÓN AL SGSSS (MILLONES DE PERSONAS)



Fuente: DANE [2000], DNP, cálculos del autor.

Por otra parte, en el aseguramiento también es importante analizar la distribución etaria de la población debido a que, de acuerdo con la edad y el sexo, existen grupos que son más vulnerables a ciertas enfermedades o determinados tratamientos médicos. Es por ello, que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) fija cada año un valor para la UPC del régimen contributivo, que varía de acuerdo con la edad y el sexo de las personas. A pesar de que la UPC para el régimen subsidiado es de único valor, la distribución etaria refleja el riesgo en términos de costo por edades.

A partir de los rangos establecidos por el CNSSS, las cifras muestran que casi la mitad de la población se encuentra entre los 15 y 44 años, intervalo que coincide con el grupo más productivo y de mayores ingresos, y el de menor costo de aseguramiento en el caso de los hombres.

Los grupos etarios que potencialmente presentan un mayor grado de vulnerabilidad, y desde un punto de vista económico mayor costo para el sistema, son los niños menores de cinco años, las mujeres entre 15 y 44 años, y las personas mayores de 60 años. Teniendo en cuenta esta consideración, es de notar que una mayor proporción de niños menores de cinco años figura como vinculada en las dos zonas. En efecto, en cabecera, menores de un año en esta condición ascendieron al 50,1% y entre 1 y 5 años a 49%; en el área resto, menores de un año vinculados fueron el 82,6% y entre 1 y 5 años el 65,4% (ver Anexo 2).

El resultado anterior es de notable importancia en términos de equidad, toda vez que la evidencia empírica señala que los mayores niveles de mortalidad infantil se registran en los primeros meses de vida. Adicionalmente, los factores que más inciden en la mortalidad infantil son el saneamiento del hogar, las características de la madre, el uso de servicios de salud y el cuidado del niño⁷.

Por otra parte, se aprecia que en la cabecera municipal el régimen contributivo agrupa una mayor proporción de personas mayores de 60 años, frente a la zona resto (55,5% y 15,0%, respectivamente), mientras que el régimen subsidiado asegura un porcentaje más alto de ancianos en el área resto (34,4%).

De la presente sección se puede colegir que, a pesar de que la reforma al sistema de salud estuvo acompañada de un incremento en la cobertura, subsisten iniquidades consideradas innecesarias, evitables e injustas. Este resultado coincide con la línea de análisis desarrollada por Wagstaff [2001], quien encuentra evidencia internacional para argumentar que el difícil acceso al servicio de salud para la población de menos recursos, no sólo es reflejo de la pobreza, sino también de la desigualdad, la injusticia y la iniquidad social.

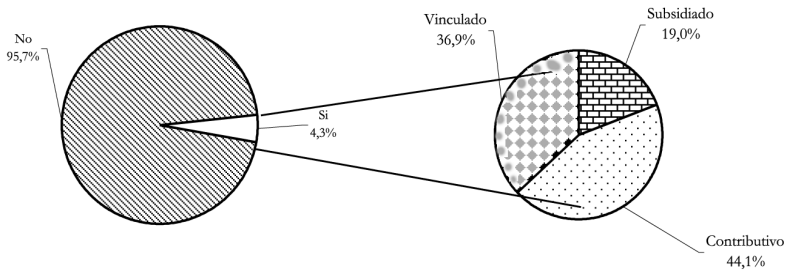
La demanda de servicios

Con el fin de evaluar aspectos relacionados con el acceso a la salud, se tuvo en cuenta la información reportada por los hogares con relación a la demanda de servicios de hospitalización en los últimos 12 meses hasta el momento de la Encuesta.

En el nivel nacional, el 4,4% de la población (1,8 millones de personas), fue hospitalizado en el período de referencia. Del total mencionado, el 44,1% de las personas, pertenece al régimen contributivo, 19% al régimen subsidiado y el 36,9% está vinculado al sistema. Se aprecia entonces, la menor demanda de este servicio por parte de las personas aseguradas en el régimen subsidiado. Ver Gráfica 2.

7 Díaz [2003] argumenta que a pesar de que en los últimos cincuenta años la mortalidad infantil en Colombia ha presentado reducciones importantes, aún se presenta un alto grado de desigualdad por las condiciones económicas de la población.

GRÁFICA 2
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN QUE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES FUE O NO HOSPITALIZADA. TOTAL NACIONAL



Fuente: DANE [2000], DNP, cálculos del autor.

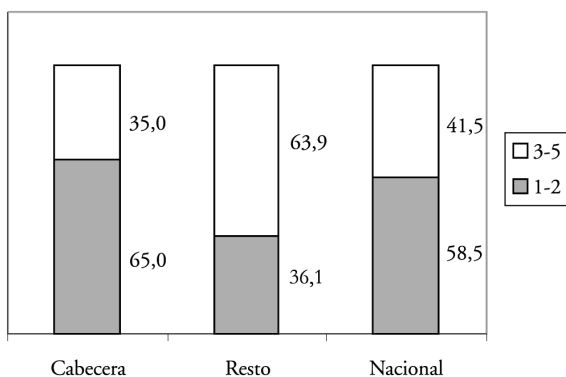
No obstante, si se analiza la distribución de las personas como porcentaje de la población de cada régimen, se aprecia que la menor demanda de servicios de hospitalización se presenta en las personas vinculadas al sistema, seguida de las afiliadas al régimen subsidiado⁸.

Por zonas, se obtiene que del total de hospitalizaciones, 74,8% ocurrió en la cabecera municipal y 25,2%, en el resto. Tanto en cabecera como en el área resto, una mayor participación en la demanda de este servicio en el régimen contributivo, frente al subsidiado y los vinculados (ver Anexo 3).

La Gráfica 3 presenta los resultados de la demanda de hospitalizaciones para el caso de las personas aseguradas en el régimen subsidiado, por quintiles de ingreso. En el nivel nacional se observa que una alta proporción de personas con capacidad de pago demandó este servicio (41% perteneciente a los quintiles 3 al 5). Por zonas, hay una mayor concentración de hospitalizaciones en los primeros dos quintiles de ingreso en la cabecera, mientras que en la zona resto, éste se presenta en los quintiles medios.

8 A partir de una revisión de estados financieros de las EPS privadas que aseguran en el régimen subsidiado, Olaya [2002] encontró que durante los primeros años de operación del SGSSS (1996-1998) los recursos destinados por dichas entidades al cubrimiento del POS, como porcentaje de ingresos operacionales, fue considerablemente inferior al del régimen contributivo. Posteriormente hubo una mayor regulación y el porcentaje se incrementó a niveles cercanos al 80%.

GRÁFICA 3
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN QUE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES FUE HOSPITALIZADA POR ZONA, SEGÚN QUINTILES DE INGRESO



Fuente: DANE [2000], DNP, cálculos del autor.

Además de las posibles barreras geográficas y socio-económicas, estos resultados sugieren la existencia de asimetrías de información en el sentido expresado por Arrow [1963], las cuales se ven reflejadas en una menor demanda de servicios por parte de los afiliados al régimen subsidiado. Hay desconocimiento de los usuarios por sus derechos, y por otra parte, las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) no se ven motivadas a informar sobre los mismos, ya que verían reducidas sus ganancias.

Efecto redistributivo

Escoger una medida que permita ilustrar las desigualdades asociadas a la distribución del ingreso o en un contexto de focalización de subsidios a la salud, las desigualdades en la asignación de los mismos, no es una tarea sencilla⁹. Sin embargo, se optó por el coeficiente de Gini, el cual, a pesar de

9 Atkinson [1970] destaca la importancia que tiene la forma de la función de bienestar social implícita en cualquier medida de desigualdad. Propone un indicador que puede ser calibrado para un nivel deseado de sensibilidad a aversión a la desigualdad. Por su parte, Maddock [1986] argumenta que el coeficiente de Gini no es igualitario (entre otras características no deseables) y considera que el coeficiente propuesto por Atkinson es más adecuado porque penaliza más las redistribuciones en contra de los más pobres.

que no es una medida perfecta, es el más utilizado en estudios sobre distribución del ingreso y ello permite hacer comparaciones. Además, (i) presenta insensibilidad ante cambios proporcionales en el ingreso, y (ii) la ponderación que realiza dicho indicador cumple con el principio de Dalton, el cual establece que si hay una transferencia de ingreso de una persona a otra de más bajo ingreso, se reduce la desigualdad¹⁰.

Dicha medida permite cuantificar el efecto redistributivo de los subsidios. Esto es, el efecto que tiene el gasto público social en salud sobre la distribución del ingreso comparando la desigualdad de la distribución del ingreso original con la de la distribución del ingreso más subsidios¹¹.

A marzo de 2000, se observó que el ingreso de la población colombiana presentaba una concentración alta. En efecto, mientras el 40% de la población más pobre poseía el 9% del ingreso total, el 40% más rico percibía el 80%. Respecto a los subsidios¹², en el nivel nacional la distribución de los mismos se encuentra concentrada en los tres primeros quintiles (81,8%). Esto revela que hay un porcentaje considerable de subsidios (18,2%) que se está dirigiendo a personas con mayor capacidad de pago (ver Anexo 4).

La asignación de los subsidios es diferente si se mira por zonas. En efecto, mientras en la cabecera municipal la distribución es muy parecida al total nacional, en la zona resto, una mayor proporción de población con capacidad de pago está recibiendo subsidio, es decir, la distribución es menos progresiva que la de la cabecera.

10 Esta proposición también está relacionada con el principio de diferencia de J. Rawls: las desigualdades sociales y económicas deben procurar el máximo beneficio de los miembros menos aventajados de la sociedad [Rawls 1971, 88]. En otras palabras, la distribución del ingreso mejora si el ingreso de la persona más pobre aumenta.

11 Sen [1995] reconoce que la medición del impacto de la provisión pública de bienes a través de efectos redistributivos sobre el ingreso, es apropiada, dado que el ingreso es una medida convencional que presenta facilidades. No obstante, no debe centrarse toda la atención en los efectos distributivos, pues es importante estudiar el efecto sobre las potencialidades y capacidades. Al respecto, se pueden citar trabajos como el de Van de Walle [1995], que en un estudio para Indonesia analiza el efecto distributivo de los subsidios en salud, el uso por parte de los hogares y la evolución de éstos durante el periodo 1978-1987.

12 El subsidio corresponde al valor de la UPC del régimen subsidiado, que para 2000 tuvo un valor anual de \$141.383. Es importante mencionar que por restricciones metodológicas no se restaron de la UPC el valor de los copagos, cuotas moderadoras y otros gastos que deben realizar los usuarios. Tampoco se tuvo en cuenta el efecto neto de descontar el pago de impuestos.

Otra diferencia importante se refiere a los subsidios como porcentaje del ingreso, los cuales tienen un peso importante en las personas más pobres. En efecto, para el total nacional, en los primeros dos quintiles el subsidio representó 16,9% y 5,6% del ingreso, respectivamente. De igual manera, sobresale el hecho de que dicha proporción es mayor para la zona resto, se aprecia que para los dos primeros quintiles el subsidio de salud representa 54,6% y 12,6% del ingreso, respectivamente¹³.

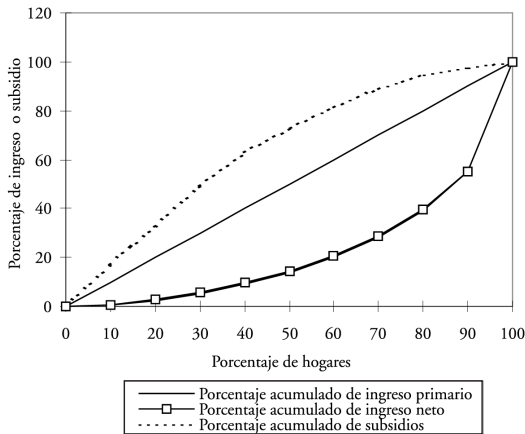
Con relación al efecto redistributivo, se debe anotar que depende de la distribución del ingreso, la magnitud de los subsidios, y de la focalización de los mismos. Inicialmente, se calculó el coeficiente de Gini para tomar el ingreso primario de la población (0,5538), el cual indica que a marzo de 2000 se presenta una concentración alta del ingreso. Por su parte, el coeficiente de concentración (-0,2968) muestra que los subsidios presentan una distribución progresiva (la población de menor ingreso tiene una mayor participación en el subsidio). Finalmente, al calcular nuevamente el coeficiente de Gini para el ingreso neto de subsidios, se obtuvo una reducción en dicho indicador de 1,76%.

Para la cabecera municipal se observó que en el período de referencia la distribución de los subsidios es progresiva (coeficiente de concentración -0,3160), y su efecto logra reducir el coeficiente de Gini de 0,5330 a 0,5269, resultado cercano al obtenido para el total nacional.

Por su parte, en la zona resto el coeficiente de concentración es de -0,1143, lo que muestra una menor concentración del subsidio en los primeros deciles. Sin embargo, esta asignación de subsidios logra reducir el coeficiente de Gini de 0,5023 a 0,4783, es decir, es menor en 4,8%. Estos resultados muestran que a pesar de que en la zona resto los subsidios presentan una distribución menos progresiva que la cabecera, el efecto redistributivo es mayor.

13 Una de las limitaciones que presentan las encuestas de hogares, es que no miden los ingresos en especie; estos representan un rubro importante, especialmente en el área rural, donde sólo se indaga por su existencia. De igual forma, el cálculo del ingreso de hogares no tiene en cuenta el autoconsumo. Ver Moreno [2001, 8-11].

GRÁFICA 4
DISTRIBUCIÓN DE INGRESO Y SUBSIDIOS. TOTAL NACIONAL



Fuente: DANE, DNP, cálculos del autor.

En la interpretación de los resultados se tuvo en cuenta el estudio sobre gasto social realizado por Vélez [1995]. No obstante, vale aclarar que este tipo de comparaciones presentan dificultades debido a las diferencias en el grado de confiabilidad, representatividad de la muestra, así como la definición de variables y su medición¹⁴. En 1992, cuando se aplicó la encuesta que permitió la elaboración de dicho trabajo, el monto de subsidios destinados a la salud (\$1.472 mil millones a precios de 2000) se tradujo en una reducción de 2,5% en el coeficiente de Gini; este resultado, sumado al efecto de los demás rubros del gasto social, fue considerado significativo. En este contexto, en 2000, el gasto público dirigido a los beneficiarios del régimen subsidiado (\$963,7 mil millones, manteniendo constante el número de afiliados) generó un efecto redistributivo importante pero limitado (1,7%), hecho que no es sorprendente si se tiene en cuenta el empeoramiento de la distribución del ingreso en los últimos años¹⁵. Sin embargo, al analizar el

14 En el trabajo de Vélez [1995], el sector salud incluye los servicios del Subsistema de Atención Pública, el Instituto de Seguros Sociales y la atención para el cuidado del menor en los Hogares Comunitarios de Bienestar. También hace una comparación intertemporal con el trabajo de Selowsky [1979], para el caso de los sectores salud y educación. Ver también CGR [1994 y 1995].

15 Otra forma de analizar la reducción del Gini, es compararla con su equivalente en puntos porcentuales de crecimiento económico, método sobre el cual no hay consenso [Vélez 1995,

resultado por zonas, se obtuvo que en el área resto el efecto de los subsidios sobre el ingreso de los habitantes es significativo.

Ejercicio de equidad

De acuerdo con los resultados presentados en la sección anterior, existen deficiencias en la focalización de los subsidios en razón de que hay personas con capacidad de pago que se encuentran afiliadas al régimen subsidiado de salud y, de otro lado, parte de la población que por sus condiciones merece pertenecer al régimen, no se encuentra asegurada.

Por tanto, se realiza un ejercicio de refocalización de subsidios con criterios de equidad bajo dos escenarios. No obstante, dado que de la ENH-107 no se puede obtener información que permita utilizar un instrumento de focalización idóneo como es el SISBEN¹⁶, se tomó como población potencial a recibir subsidio las personas pertenecientes a los deciles 1 a 5 y que a su vez pertenecen a los estratos 1 y 2.

En el primer escenario, se reasignaron los 6,8 millones de subsidios, dato que arroja la ENH-107. Para ello, se tomó la población potencial y se eliminaron las personas que están afiliadas al régimen contributivo y las que pertenecen al régimen subsidiado, con lo cual se obtuvo la población potencial que falta por recibir subsidio. Por otra parte, a las personas que no pertenecen a los estratos 1 y 2, ni a los deciles de ingreso 1 al 5, y que están afiliadas al régimen subsidiado, se les quitó el subsidio para imputarlo a las personas que pertenecen a la población potencial faltante por recibir subsidio. Posteriormente, los subsidios que sobraron se imputaron a las personas que pertenecen al estrato 3, comenzando por el primer decil de ingreso.

Finalmente, se calculó el efecto redistributivo a través del cambio en el coeficiente de Gini. Con la refocalización de subsidios hacia la población

58-61]. Para aspectos relacionados con el efecto de la desigualdad, sobre el crecimiento ver también Persson y Tabellini [1994].

16 La ley 60 de 1993 plantea que el otorgamiento de subsidios a la demanda se debe hacer con criterios de focalización que garanticen que el gasto social se asigne a los grupos más pobres y vulnerables. Esta disposición fue reglamentada por la Misión Social del DNP, a través del diseño el SISBEN, el cual tiene como objetivos la elaboración de diagnósticos económicos sobre la población beneficiaria de programas sociales, mejoramiento de los sistemas locales de información social, así como la identificación y selección de postulantes a beneficiarios del gasto social.

más vulnerable, efectivamente el coeficiente de concentración para todas las zonas se sitúa entre -0,63 y -0,65. Sin embargo, debido a la distribución del ingreso poco progresiva que presenta la zona resto, es en este sector donde hay un mayor efecto redistributivo. En efecto, la reducción del coeficiente de Gini es de 9,3%, mientras para la cabecera municipal fue de 1,6%, para un total nacional de 2,5%.

Para el segundo escenario, se deben tener en cuenta varias consideraciones. Según la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), para el período de referencia el número de afiliados al régimen subsidiado de salud era de 8,8 millones, mientras que para la ENH-107 era de 6,8 millones. Por una parte, al aplicar la encuesta es posible que algunas de las personas entrevistadas respondieran incorrectamente cuando se indagó por el tipo de régimen. En efecto, el dato de total afiliados al SGSSS, que da la ENH-107, es de 21,4 millones, cercano al dato de la Supersalud (21,8 millones).

Por otra parte, ni la Supersalud ni el Ministerio de la Protección Social cuentan con un sistema de información seguro y confiable que permita acceder a los datos exactos. En efecto, en los informes se hace la salvedad de que no se han eliminado los posibles duplicados. Sin embargo, dado que la información que publica la Supersalud se construye a partir de los datos que reportan las EPS y ARS, las cifras oficiales implican que las entidades aseguradoras del sistema han operado con los recursos correspondientes por cada afiliado reportado. Por tanto, bajo el segundo escenario se reasignaron los 8,8 millones de subsidios, que es el dato oficial reportado por las aseguradoras. Para este caso, el ejercicio de refocalización cubrió a las personas que pertenecen a los deciles 1 al 5 y a su vez a los estratos 1 y 2, y algunos del 3 para la cabecera, y estratos 1, 2 y 3 y algunos del 4 para la zona resto.

Los resultados, muestran para el total nacional una reducción del coeficiente de Gini de 3,3%. Al igual que en el anterior escenario, el mayor efecto se da en la zona resto donde la reducción del coeficiente de Gini es de 12,1%.

A partir de los resultados del ejercicio, se puede colegir que la redistribución de subsidios a la salud, que responda a criterios de equidad en la focalización, muestra que el efecto redistributivo medido a través del coeficiente de Gini es significativo, principalmente en el área resto.

CONCLUSIONES

La reforma al sistema de salud colombiano, enfocada hacia un esquema de competencia regulada, estuvo acompañada de un importante incremento en la cobertura de la población asegurada, al pasar de 28% en 1992 a 52,4% en 2000. Sin embargo, con información a marzo de 2000, se prevén dificultades para el logro de la cobertura propuesta por la Ley 100.

Respecto a la focalización en la asignación de subsidios a la demanda, en general, estos se concentran en la población de menores recursos; no obstante, se presentan iniquidades consideradas innecesarias, evitables e injustas, dado que hay personas con capacidad de pago en el régimen subsidiado, así como también población que debería estar asegurada y no lo está. Se destaca el hecho de que del total de personas vinculadas al sistema, el 10,5% en cabecera y el 13,2% en el área resto, son menores de cinco años.

La situación se ve agravada por fallas relacionadas con los sistemas de información del SGSSS que no permiten establecer de manera exacta quiénes registran dobles afiliaciones en los regímenes, y así poder ejercer un mejor control.

Respecto a los servicios de hospitalización, se aprecia una menor demanda de los mismos por parte de los afiliados al régimen subsidiado, lo que sugiere la existencia de asimetrías de información entre usuarios e instituciones prestadoras y aseguradoras de salud. Adicionalmente, varios estudios señalan problemas de funcionamiento del sistema, relacionados con el flujo de recursos, que afectan el aseguramiento y la prestación de servicios de salud¹⁷. Esta situación exige acciones en materia de regulación, así como también participación por parte de usuarios en la veeduría.

El análisis del efecto que ejerce el gasto en salud sobre el ingreso de las personas, muestra que a nivel nacional la asignación de subsidios es progresiva. Sin embargo, el efecto redistributivo es limitado. Por zonas, en el área resto, los subsidios presentan una distribución menos progresiva que la cabecera, y sin embargo, el efecto redistributivo es mayor.

Los ejercicios de refocalización de subsidios de acuerdo con los resultados de la ENH-107 y con la información de la Supersalud, muestran que el efecto redistributivo medido a través del coeficiente de Gini es considerablemente más significativo, principalmente en la zona resto.

17 Ver por ejemplo, Olaya [2002].

Finalmente, vale la pena recordar que el presente trabajo estudia algunos aspectos de la incidencia del gasto social en salud a través del régimen subsidiado. Por tanto, es importante incorporar en el análisis los demás componentes del gasto social y el efecto de los impuestos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arrow, K. (1951). *Social Choice and Individual Values*. 2a ed. New York: John Wiley & Sons Inc.

Arrow, K. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*. 53: 941-973.

Atkinson, A. (1970). On the Measurement of Inequality. *Journal of Economic Theory*. 2: 244-263.

Banco Mundial. (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial: Invertir en salud*. Washington D.C.

Bergson, A. (1938). A Reformulation of Certain Aspects of Welfare Economics. *Quarterly Journal of Economics*. 52: 310-334.

Contraloría General de la República. (1994). *Política Fiscal y Equidad en Colombia*. Bogotá: CRG, TM Editores.

Contraloría General de la República. (1995). La Gestión pública y su impacto sobre la equidad. *La Situación de las finanzas del Estado 1994*.

Dachs, N. (2001). Inequidades en salud: Cómo estudiarlas. En H. Restrepo y H. Málaga, *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable* (cap. 6, pp. 84-104). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2000). *Encuesta Nacional de Hogares Etapa 107 (ENH-107)*. Bogotá.

Díaz, Y. (2003). Es necesario sacrificar equidad para alcanzar desarrollo?: El caso de las inequidades en mortalidad infantil en Colombia. *Documento CEDE 2003-11*, edición electrónica, Bogotá: Universidad de los Andes.

Enthoven, A. (1978). Consumer Choice Health Plan. *New England Journal of Medicine*. 298(12): 650-658 y 298(13): 709-720.

González, J. y F. Pérez. (1998). Salud para los pobres en Colombia: de la planeación centralizada a la competencia estructurada. *Coyuntura Social*. 18: 149-173.

Jaramillo, I. (1994). *El futuro de la salud en Colombia*. 4a edición. Bogotá: Fescol.

Londoño, J. y J. Frenk. (1997). *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Documento de trabajo. Banco Interamericano de Desarrollo. 353.

Maddock, R. (1986). ¿Debemos tener confianza en los coeficientes de Gini?. *Lecturas de economía*. 20: 139-152.

Moreno, H. (2001). *La línea de pobreza: una medida artificial*. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Bogotá. Manuscrito no publicado.

Olaya, C. (2002). *Aspectos financieros que inciden en la calidad de prestación de los servicios de salud*. Academia Nacional de Medicina. Bogotá. Manuscrito no publicado.

Persson, T. y Tabellini, G. (1994). Is Inequality Harmful for Growth. *The American Economic Review*. 84(3): 600-621.

Rawls, J. (1971/1997). *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de Cultura Económica.

Samuelson, P. (1947). *Fundamentos del análisis económico*. El Ateneo Editorial.

Sarmiento, A., González, J. y Rodríguez, L. (1999). Eficiencia horizontal y eficiencia vertical del Sistema de Selección de Beneficiarios (Sisben). *Coyuntura Social*, 21: 107-125. Bogotá.

Selowsky, M. (1979). *Who Benefits From Government Expenditure? A Case Study of Colombia*. New York: Oxford University Press and World Bank.

Sen, A. (1995). The Political Economy of Targeting. En Van De Wale y Nead (1995, 11-24).

Sen, A. (1999/2000). *Libertad y desarrollo*. Bogotá: Editorial Planeta.

Stocker, K., H. Waitzkin, C. Iriart. (1999). The Exportation of Managed Care to Latin America. *The New England Journal of Medicine*. 340(14): 1131-1136.

Van De Wale, Dominique y Kimberly Nead (Eds.) (1995). *Spending and the Poor: Theory and Evidence*. World Bank.

Van De Walle, D. (1995). "The Distribution of Subsidies Through Public Health Services in Indonesia". En Van De Wale y Nead (1995, 226-258).

Vargas, G. (2001). *Gasto social en salud y su impacto sobre la equidad*. Tesis de Maestría en Economía, Universidad Nacional de Colombia. Semestre II.

Vélez, C. (1995). *Gasto Social y Desigualdad. Logros y Extravíos*. Departamento Nacional de Planeación. Misión Social. Bogotá.

Wagstaff, A. (2001). Poverty and Health. *Commission on Macroeconomics and Health Working Papers Series*. WG1: 5.

ANEXOS

A.1

DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN AFILIADA AL RÉGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD, POR QUINTILES DE INGRESO, SEGÚN ZONA Y ESTRATOS

Estratos	Quintiles de ingreso					Total	Población	
	1	2	3	4	5			
Cabecera	1	52,30	22,32	13,34	9,93	2,10	100	550.034
	2	26,54	28,73	18,92	15,48	10,33	100	835.619
	3	40,34	27,09	19,93	9,89	2,74	100	983.965
	4	34,40	28,75	24,40	8,34	4,11	100	880.163
	5	31,61	24,02	16,70	19,44	8,24	100	478.979
	Total	36,49	26,75	19,37	12,01	5,38	100	3.728.760
Resto	1	30,53	25,58	19,28	14,01	10,61	100	598.361
	2	42,24	19,09	11,81	13,31	13,55	100	474.339
	3	19,97	20,22	23,92	21,58	14,31	100	990.447
	4	19,38	21,22	28,95	19,32	11,14	100	1.024.318
	Total	25,24	21,41	22,83	18,09	12,42	100	3.087.465
Nacional	1	44,28	29,19	14,01	10,44	2,08	100	1.148.395
	2	26,79	30,69	18,45	16,74	7,32	100	1.309.958
	3	32,65	32,70	19,93	9,91	4,82	100	1.974.412
	4	31,64	31,95	19,05	13,62	3,73	100	1.904.481
	5	21,69	23,24	20,95	21,51	12,61	100	478.979
	Total	32,43	30,85	18,47	13,16	5,08	100	6.816.225

Fuente: DANE [2000], DNP, cálculos del autor.

A.2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN, POR EDADES, SEGÚN TIPO DE AFILIACIÓN POR ZONA

Tipo de afiliación por zona	Distribución etárea de la población							
	Menores		(Mujeres)			(Hombres)		Mayores de 60
	de 1	1-4	5-16	15-44	15-44	45-59		
Cabecera	Contributivo	37,8	37,2	39,4	44,3	41,4	54,5	55,5
	Subsidiado	12,1	13,8	16,9	11,9	10,9	11,3	11,4
	Vinculado	50,1	49,0	43,7	43,9	47,7	34,2	33,1
	Total	100	100	100	100	100	100	100
Resto	Contributivo	8,5	10,1	11,5	16,3	12,5	17,9	15,0
	Subsidiado	8,9	24,5	28,8	27,3	24,3	29,9	34,4
	Vinculado	82,6	65,4	59,7	56,5	63,2	52,2	50,6
	Total	100	100	100	100	100	100	100
Nacional	Contributivo	26,6	29,0	30,4	37,7	33,2	44,4	45,2
	Subsidiado	10,9	17,0	20,7	15,5	14,7	16,4	17,3
	Vinculado	62,6	53,9	48,8	46,8	52,1	39,2	37,5
	Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: DANE [2000], DNP, cálculos del autor.

A.3
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN QUE
EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES FUE O NO HOSPITALIZADA POR TIPO
DE RÉGIMEN, SEGÚN ZONA

Zonas	Régimen						Total	%	
	Subsidiado	%	Contributivo	%	Vinculado	%			
Cabecera	Si	198.160	5,31	711.209	5,46	418.299	3,30	1.327.668	4,51
	No	3.530.600	94,69	12.309.758	94,54	12.238.789	96,70	28.079.147	95,49
	Total	3.728.760	100	13.020.967	100	12.657.088	100	29.406.815	100
Resto	Si	139.525	4,52	71.094	4,59	236.253	3,49	446.872	3,92
	No	2.947.940	95,48	1.477.096	95,41	6.538.092	96,51	10.963.128	96,08
	Total	3.087.465	100	1.548.190	100	6.774.345	100	11.410.000	100
Nacional	Si	337.685	4,95	782.303	5,37	654.552	3,37	1.774.540	4,35
	No	6.478.540	95,05	13.786.854	94,63	18.776.881	96,63	39.042.275	95,65
	Total	6.816.225	100	14.569.157	100	19.431.433	100	40.816.815	100

Fuente: DANE [2000], DNP, cálculos del autor.

A.4
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE INGRESO Y SUBSIDIOS,
POR QUINTILES DE INGRESO, SEGÚN ZONA

Zonas	Quintiles de ingreso					Total	
	1	2	3	4	5		
Ingreso	Cabecera	3,12	7,09	11,36	18,76	59,66	100
	Resto	2,07	7,62	13,87	22,31	54,13	100
	Nacional	2,36	6,71	11,07	18,70	61,16	100
Subsidio	Cabecera	36,45	26,81	19,34	12,01	5,40	100
	Resto	25,34	21,50	22,73	18,02	12,41	100
	Nacional	32,52	30,80	18,47	13,10	5,10	100

Fuente: DANE [2000], DNP, cálculos del autor.