

Ramón Abel Castaño y otros, *Evolución de la calidad en el sistema colombiano de salud*, serie Financiamiento del desarrollo, No 108 (LC/L.1526-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas.

INTRODUCCIÓN

Las reformas a los sistemas de salud en el mundo, están a la orden del día; los desafíos que enfrentan los formuladores de política en casi todos los países, son bastante similares: hacer un sistema de salud en el que tanto la financiación como la prestación de servicios de salud sean equitativos; buscar un mejoramiento en la eficiencia tanto en la financiación como en el gasto sectorial; mejorar la calidad de los servicios de salud; y lograr sistemas de salud que sean viables y sostenibles financiera y políticamente (Hsiao, 1998). El sistema de salud colombiano es uno de los que han iniciado el camino de la reforma, desde la sanción de la Ley 100 de 1993, mediante la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Durante los seis años de vida del nuevo sistema de salud, han surgido interrogantes sobre cómo enfrenta la reforma los desafíos comunes a todos los sistemas del mundo, pero pocas han sido las respuestas, al menos las soportadas en investigaciones realizadas técnicamente; esta escasez de respuestas se debe en parte a que el tiempo transcurrido no es lo suficientemente largo para detectar cambios relevantes, pero también se debe a una importante escasez de datos que permitan documentar solidamente un argumento a favor o en contra de los cambios esperados. En cuanto a los escasos análisis realizados a los datos existentes, éstos no han arrojado respuestas satisfactorias a los interrogantes planteados, lo que se explica en parte porque no existe un sistema de monitoreo que haya establecido una línea de base y que permita hacer seguimiento a los indicadores claves; adicionalmente, la escasa información existente está dispersa, y no estandarizada, lo que no permite hacer comparaciones más exactas.

Uno de los aspectos que más preguntas ha generado, es el de la equidad; en este sentido, aunque la cobertura de aseguramiento se incrementó sustancialmente, encontrándose las mayores ganancias en los quintiles de ingreso más bajos, aún no es claro si el acceso efectivo a los servicios de salud ha mejorado de la misma manera, como consecuencia de la mayor cobertura de aseguramiento. Tampoco está claro si la reforma ha tenido impacto positivo sobre el gasto de bolsillo de los hogares¹ o sobre la tenencia de seguros privados, las dos fuentes más inequitativas de financiamiento de un sistema de salud.

Por esta razón, se ha llevado a cabo este estudio en el cual se analizan los datos sobre gasto fiscal en salud y gasto de los hogares en servicios de salud, obtenidos a partir de encuestas de hogares, con el fin de detectar posibles cambios positivos o negativos en términos de:

- Equidad en la distribución geográfica de recursos para la atención en salud de los pobres
- Equidad en la cobertura de aseguramiento obligatorio
- Equidad en el acceso a los servicios de salud
- Comportamiento del gasto de bolsillo para pagos a proveedores de servicios de salud

¹ Se entiende como gasto de bolsillo los pagos directos que hacen los hogares a los proveedores de servicios de salud cuando demandan atención; en este rubro no se incluyen los aportes obligatorios al sistema de salud, como son los impuestos a la nómina, ni los pagos por pólizas privadas de seguros de salud.

- Comportamiento del gasto de los hogares para adquirir pólizas privadas de seguros de salud

Las respuestas a las preguntas planteadas en este estudio servirán para orientar la formulación de políticas sectoriales y para formular hipótesis para futuros estudios que permitan una visión más integral y de mas largo plazo sobre la evolución de la reforma a la salud en Colombia.

ANTECEDENTES

I. La reforma al sistema de salud colombiano frente a la equidad

El sistema de salud que operaba en Colombia en 1993 era calificado de inequitativo tanto en términos de aseguramiento, como en términos de acceso a los servicios, financiamiento y asignación de los recursos. En efecto, de acuerdo a datos de la encuesta nacional de hogares adelantada en septiembre de 1992, cerca del 45% de la población colombiana urbana y el 80% de la población rural no estaba protegida por ningún sistema de aseguramiento (Molina, Giedion, 1993) y dependía de los servicios prestados por las entidades públicas de salud o por el sistema “informal” y privado de salud. Así mismo, en 1992, el 12% de las hospitalizaciones y el 20% de las cirugías adelantadas en el sector público, que debían dirigirse principalmente a la población más pobre, fueron recibidas por pacientes pertenecientes al 20% más rico de la población.

En términos de financiamiento también existían grandes inequidades; por ejemplo, mientras que el gasto privado promedio en salud representaba, para el 20% más rico de la población 1.4% de sus ingresos, esta proporción era más de 5 veces superior entre el 20% más pobre de la población (7.5%). Ahora bien, la inequidad no sólo existía entre pobres y ricos sino también en términos geográficos. La inequidad en la distribución geográfica de los recursos de salud ha sido mencionada en estudios anteriores tanto para el período prerreforma (Molina, Giedion 1993 y Giedion, López, 1996) como después de la reforma (Giedion, López, 1996).

En consecuencia, uno de los principales argumentos en los que se sustentó la necesidad de reformar el sistema de salud, fue la necesidad de buscar un sistema más equitativo tanto en el financiamiento como en la prestación de los servicios de salud; en este sentido, se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud, mediante la Ley 100 de 1993. Hoy, seis años después, algunos sectores de la opinión nacional están cuestionando profundamente los beneficios obtenidos por la reforma y se habla de una crisis general del sector, lo que contrasta con la reciente calificación de la Organización Mundial de la Salud sobre el sistema colombiano, como el de mejores resultados en latinoamérica (WHO, 2000).²

Por lo tanto, es muy importante dentro de este contexto poder contar con información que muestre el impacto de la reforma en un aspecto tan fundamental como la equidad del nuevo sistema de salud. En un estudio reciente, Sánchez y cols. (1999) aportaron las primeras evidencias al respecto al mostrar que “los cambios institucionales que tuvieron lugar en el sector no sólo representaron un aumento importante del gasto del sector, sino también un gran esfuerzo de focalización, pues la totalidad del incremento del gasto neto fue apropiado por el 40% más pobre de la población.” Así mismo, mostraron que mientras que el 40% más rico de la población concentraba antes de la reforma el 58% del aseguramiento total en el país, en 1997 este porcentaje baja a 45% por efecto del incremento del aseguramiento entre los más pobres.

² Es pertinente aclarar que dentro de los tres componentes del indicador global de desempeño utilizado por la OMS, el sistema colombiano fue clasificado como el número uno en imparcialidad en el financiamiento (lo cual se midió fundamentalmente en función del gasto de los hogares en salud); en los otros dos componentes, Colombia se ubicó en la posición 74 (logro en salud) y 82 (sensibilidad a las expectativas de las personas); esto implica que el componente de financiamiento tuvo un peso importante sobre el resultado global del indicador. Para una crítica al Informe Mundial de la Salud 2000, véase Navarro (2.000)

Ahora bien, los datos de Sánchez y cols. son tan solo evidencias preliminares que no permiten llegar a conclusiones acerca del impacto de la reforma sobre la equidad, puesto que aún no se han evaluado aspectos tan importantes como el impacto sobre el acceso a los servicios, o sobre el gasto privado de salud o la distribución geográfica de los recursos públicos de salud, vacíos que este estudio pretende llenar.

II. Descripción general de la reforma de salud en Colombia³

En 1993 Colombia introdujo una reforma radical al existente sistema de seguridad social en salud⁴. Las metas principales de esta reforma son la cobertura universal y la eficiencia en la prestación de los servicios de salud. Con el fin de lograr estos objetivos se diseñaron las siguientes tres estrategias:

- A. Introducir la competencia entre aseguradores para mejorar la calidad de los servicios ofrecidos.

En el sector de la seguridad social, existía un gran asegurador para los trabajadores del sector privado (el Instituto de Seguros Sociales, ISS), uno para el sector público (Caja Nacional de Previsión, CAJANAL) y una serie de pequeños aseguradores para entidades públicas de niveles inferiores al nacional; estos aseguradores se caracterizaban por tener poblaciones cautivas, pues los empleados no tenían opción de escoger entre diferentes aseguradores.

Bajo el nuevo sistema, toda la población tiene derecho a un paquete único de beneficios y puede escoger libremente entre las aseguradoras para afiliarse. Las personas empleadas, los pensionados y los trabajadores independientes con capacidad de pago se deben afiliar al Régimen Contributivo, a cualquiera de las llamadas “Entidades Promotoras de Salud,” (EPS) mediante el pago mensual de una contribución del 12% calculada sobre sus salarios o ingresos. La población pobre se afilia al Régimen Subsidiado, a cualquiera de las “Administradoras del Régimen Subsidiado,” (ARS) y el Estado se encarga de girar a éstas los montos correspondientes al valor del Plan Estandarizado de Beneficios para las personas afiliadas. Cada ARS/EPS recibe, bajo el nuevo esquema, un monto fijo por afiliado (la Unidad de Pago por Capitación, UPC) lo que excluye la competencia por precio pero se considera estimulará la competencia por calidad en la prestación de los servicios ofrecidos; la competencia por diferenciación de producto también se evita, mediante el establecimiento de un Plan de Beneficios estándar, llamado Plan Obligatorio de Salud (POS).

- B. Introducir la competencia entre prestadores de los servicios.

Antes de la reforma, los hospitales públicos financiaban su funcionamiento mediante presupuestos históricos (subsidios de oferta) sin que éstos estuvieran relacionados en forma alguna con el volumen de los servicios prestados; Por efecto de la reforma, los hospitales de la red pública no recibirían más subsidios a la oferta, para lo cual era necesario transformar los recursos para estos subsidios en recursos para afiliar personas pobres al Régimen Subsidiado; una vez que toda la población estuviera afiliada a una EPS o ARS, los hospitales públicos ya no recibirían subsidios de oferta para financiar sus

³ La mayor parte de este numeral fue tomada de Bitrán y cols. (1997).

⁴ Ley 100 de 1993.

servicios sino que las aseguradoras comprarían directamente los servicios para sus afiliados a los prestadores públicos y privados y estos estarían obligados a competir por calidad y precio por este mecanismo. De este modo queda planteado en la Ley 100 de 1993, la transformación de subsidios de oferta en subsidios de demanda.

C. Regular la competencia

Colombia introdujo un sistema que utiliza la competencia como herramienta fundamental para mejorar la eficiencia y la calidad en los servicios prestados. Sin embargo existen serias fallas de operación del mercado que introducen la necesidad de una regulación clara por parte del Estado. Así por ejemplo, la libre selección entre aseguradoras por parte de los usuarios, promovida por la reforma, depende fuertemente de la disponibilidad de información sobre la calidad de los servicios prestados por parte de las EPS y servicios de salud contratados por ellos. Así mismo es necesario controlar la selección de riesgos y la formación de carteles y monopolios.

En un esfuerzo por tratar de corregir las fallas que se presentan en el mercado de los servicios de salud, el gobierno ha expedido una serie de normas de tipo coercitivo, así como incentivos que eviten distorsiones en contra de los actores del mercado, en especial de los usuarios que podrían ser los más débiles; en este sentido se han expedido normas que tratan de evitar la selección de riesgos y la segmentación de los mercados. De otro lado los prestadores de servicios deberán cumplir una serie de normas sanitarias y de condiciones mínimas para operar, que garanticen la calidad y su mejoramiento continuo de la misma. Los usuarios de los servicios, para que puedan actuar de manera libre e informada, tendrán el derecho a la libre elección de aseguradores y prestadores y a moverse cada determinado período de tiempo. Por último, en el campo de los productos que se ofrecen, se reguló claramente el paquete básico de servicios a que se tiene derecho, sus exclusiones y limitaciones, así como también su carácter de obligatoriedad al no permitírsele a ningún asegurador el ofrecer planes o paquetes complementarios a quien no esté cubierto en principio con el paquete obligatorio.

III. Marco teórico de la equidad

Aunque no existe unidad de criterio sobre el concepto de equidad, se asume para el propósito de este trabajo que hay una clara división entre tres enfoques separados de este concepto: la equidad en el financiamiento de los servicios de salud, la equidad en la prestación de estos servicios, y la equidad en el estatus de salud (Whitehead, 1992). El informe de la OMS sobre la salud en el mundo en el año 2000 (WHO 2000) crea un nuevo marco analítico para los sistemas de salud, que en el fondo es similar al que se utilizará en este estudio; dicho informe toma como aspectos clave los resultados en materia de salud, respuesta a las expectativas de las personas, e imparcialidad en el financiamiento; para cada uno de estos tres aspectos, se analiza no solamente el resultado sino su distribución, haciendo énfasis en que esta segunda debe beneficiar a todas las personas sin exclusiones de grupos o sin diferencias asociadas a los riesgos en salud (en el tercer aspecto –financiamiento- no se habla de resultado, sino de distribución, específicamente de la responsabilidad de financiar el sistema, en cuanto a que ésta esté distribuida de manera progresiva sin importar los riesgos en salud). De otra parte, Daniels et al. (2000) han propuesto una serie de parámetros para la evaluación de la imparcialidad en las

reformas a la salud, con el fin de tener en cuenta en un mismo marco de evaluación, todos los aspectos que contribuyen a que un sistema sea más imparcial; en este marco se incluyen aspectos relacionados no solo con la equidad, sino también con la eficiencia, la rendición de cuentas, y la autonomía de los proveedores.

El informe de esta investigación se centra en los dos primeros enfoques de Whitehead, es decir, en la equidad en el financiamiento y en la prestación de servicios de salud.

A. Equidad en el financiamiento

Un sistema de salud se considera equitativo en el financiamiento en cuanto los individuos (o mejor, los hogares) contribuyen a financiarlo de acuerdo a su capacidad de pago, y sin importar su estatus de salud o sus riesgos no elegidos libremente; esta faceta de la equidad se refiere pues a la forma como se recolectan los fondos necesarios para sufragar el gasto en salud de un país.

La equidad en el financiamiento se puede evaluar en términos de la regresividad-progresividad de los diferentes esquemas de recolección de recursos, los cuales se pueden resumir en cuatro fuentes genéricas de financiación: los impuestos generales, los impuestos a la nómina, los seguros privados y el gasto de bolsillo.⁵ En la medida en que los impuestos generales que financian un sistema de salud estén basados en esquemas progresivos, o al menos proporcionales, como en el caso de una mayor participación de los impuestos directos, se dice que esta fuente de financiación es progresiva. Los impuestos a la nómina pueden tener un impacto regresivo si son basados en proporciones constantes del ingreso, porque la utilidad marginal del mismo es decreciente; de otra parte, la porción del impuesto que recae sobre el empleador, termina transfiriéndose al trabajador en forma de menores salarios o más desempleo, o al consumidor en forma de precios más altos; en este sentido, los impuestos a la nómina terminarían siendo regresivos. Los seguros privados son altamente regresivos, pues el valor de la prima está ajustado al riesgo del individuo, lo cual hace que los individuos más enfermos, que en general perciben menos ingresos, enfrenten primas más costosas; de otra parte, los hogares de bajos recursos no podrían adquirir pólizas con coberturas integrales pues les resultarían muy onerosas. Por último, el gasto de bolsillo es la más regresiva de todas las fuentes, pues solo recae sobre aquellas personas que consultan o se enferman, afectando de manera especial el ingreso de los hogares más pobres (WHO, 2000).

B. Equidad en la prestación de servicios de salud

Un sistema de salud se considera equitativo en la prestación de servicios, cuando los individuos reciben atención en salud de acuerdo a su necesidad, sin importar su capacidad de pago. Esta definición obliga a buscar una mayor precisión en el concepto de necesidad, pues de lo contrario no sería posible saber cuándo un sistema es o no equitativo en la prestación de servicios.⁶ Otra definición de equidad en la prestación de servicios es la de igualdad en el acceso, es decir, que dado que un individuo tenga una necesidad en materia de salud, tenga la oportunidad de ser atendido por un proveedor calificado; se esperaría que no hubiera diferencias en el acceso debidas al ingreso, o a la ubicación geográfica, sino estrictamente a la necesidad sentida de buscar atención en

⁵ Para una versión más detallada de este marco, véase Wagstaff A, Van Doorslaer E (1992).

⁶ Para una discusión amplia de la definición de necesidad, véase Culyer A, Wagstaff A (1993), y Van Doorslaer E, Wagstaff A (1992).

salud. Una tercera definición de equidad en la prestación de servicios de salud es la de igual gasto per-cápita, la cual es una sobresimplificación del concepto de equidad, pues es evidente que existen diferencias geográficas en la morbilidad y en las preferencias de los individuos, las cuales implicarían inevitablemente una distribución inequitativa. Mathew, citado por Maynard (2000), plantea tres facetas diferentes en la atención en salud: la necesidad, la demanda y la utilización; la primera se da cuando el individuo siente que necesita atención en salud, porque está enfermo o cree estarlo; la segunda ocurre cuando este mismo individuo busca atención, y la tercera cuando la recibe; es evidente que las tres no necesariamente ocurren al tiempo, pues en muchas ocasiones un individuo puede necesitar atención pero no la busca porque no tiene dinero para acceder al servicio de salud, o pudiendo acceder no obtiene la atención por dificultades en el transporte hacia el centro de atención; del mismo modo, un individuo puede demandar y utilizar servicios de salud sin que exista una necesidad real.

Un punto intermedio entre la equidad en el financiamiento y la equidad en la prestación, se refiere a la forma como se distribuyen los recursos para la atención en salud de las personas pobres en un país. Este concepto se asemeja al de igual gasto per-cápita como *proxy* de equidad en la prestación de servicios, aunque el hecho de distribuir asignaciones presupuestales a las diferentes subdivisiones geográficas de un país no necesariamente implica que esos recursos se conviertan automáticamente en servicios de salud; si se acepta que la asignación de presupuestos por subdivisiones geográficas se correlaciona de manera burda con la equidad en la prestación de servicios de salud, se puede analizar este indicador como un referente mientras no existan indicadores más válidos para evaluar la equidad en la prestación de servicios de salud.

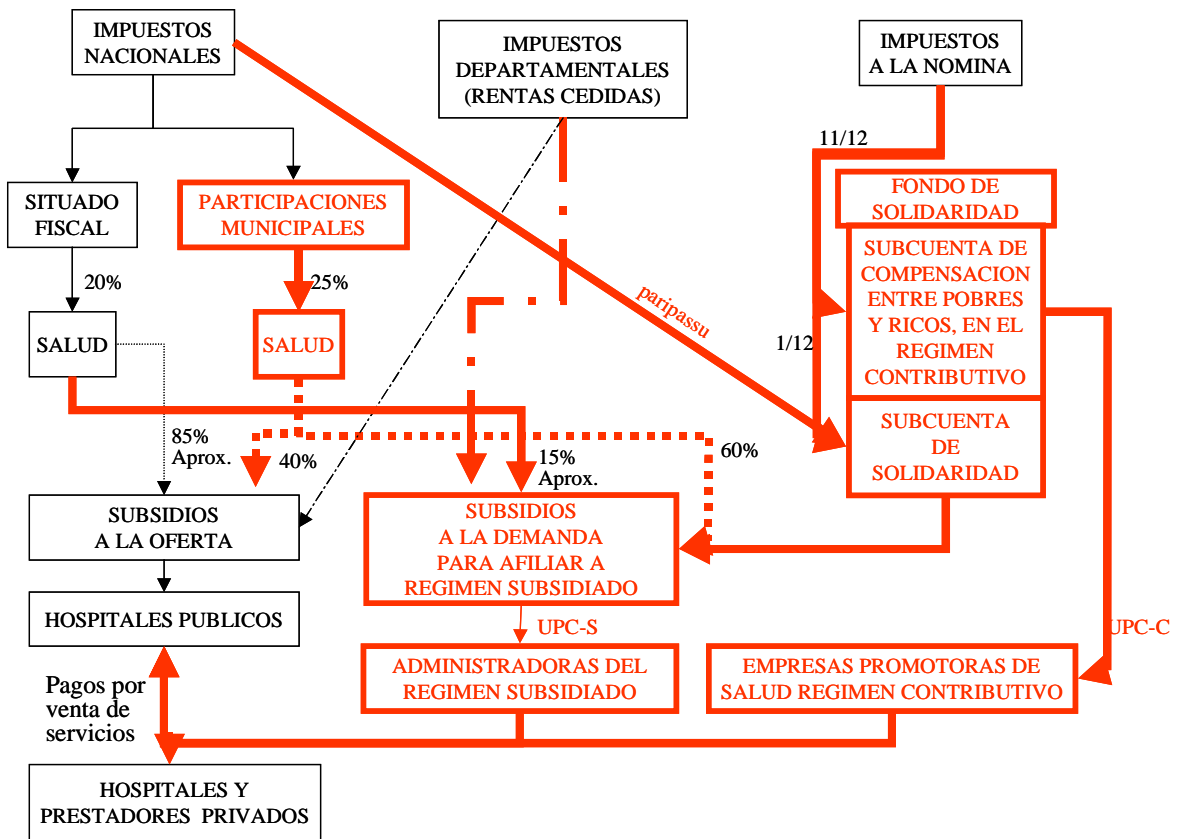
Es importante anotar en este contexto que no hay consenso acerca de si es preferible optar por un sistema redistributivo donde las regiones ricas transfieren recursos hacia las regiones más rezagadas, y con el cual se busca lograr niveles comparables de recursos disponibles para todas las regiones; la otra opción sería dejar que el efecto de convergencia⁷ generara un mayor desarrollo de las regiones pobres que están ubicadas cerca de las regiones ricas; si se acepta que el efecto de convergencia tiene un impacto positivo sobre las regiones pobres, más fuerte que el impacto producido por las transferencias de recursos, entonces un sistema que redistribuye recursos desde regiones avanzadas hacia regiones rezagadas puede no sólo ser altamente ineficiente y costoso en términos de crecimiento sino además poco efectivo para reducir las brechas regionales de ingresos.⁸ El presente informe se limita a la *evaluación estática* de la equidad geográfica, pero es preciso subrayar que las consideraciones hechas por estos autores no deben descuidarse a la hora de formular recomendaciones acerca de la distribución geográfica de los recursos públicos de salud.

IV. Innovaciones en el esquema de financiamiento y efectos esperados en la equidad

Para poder implementar el esquema de la reforma descrito en este informe, fue necesario introducir una serie de innovaciones en el ámbito financiero que se describen a continuación (ver gráfico 1).

⁷ Efecto según el cual las regiones pobres se benefician del desarrollo de las regiones ricas aledañas, acelerando su proceso de desarrollo.

⁸ Véase Acosta, y cols. (1999) para un resumen de la literatura denominada “Geografía Económica,” liderada por Krugman y cols.



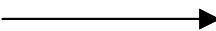
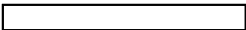


-  Flujos existentes antes de la reforma
-  Instituciones existentes antes de la reforma
-  Flujos creados por la reforma
-  Instituciones creadas por la reforma

Gráfico 1. Instituciones, flujos e innovaciones introducidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; las líneas se ilustran en diferentes formatos (puntos, raya continua, etc), para mostrar que son flujos diferentes.

En este gráfico se muestran brevemente las principales innovaciones de la reforma colombiana en términos del financiamiento como resultado de la adopción de la ley de la reforma (ley 100 de 1993) y de la ley de descentralización (ley 60 de 1993). De allí se puede desprender que como resultado de estas reformas no sólo se crearon nuevas fuentes de recursos sino que también y posiblemente más importante aún, se dio un cambio en el flujo de los mismos.⁹

En cuanto a los recursos nuevos del sector deben mencionarse 1) las transferencias municipales, recursos que se giran directamente desde el presupuesto nacional a los municipios; 2) el punto de solidaridad que equivale a una doceava parte de los impuestos a la nómina que paga la población empleada y/o con capacidad de pago (es decir, los afiliados al Régimen Contributivo) y que nutre la subcuenta de solidaridad; y 3) el aporte llamado “paripassu”¹⁰ que debe hacer el Gobierno Nacional a la misma subcuenta de solidaridad y con el mismo fin.¹¹ En la financiación del Régimen Subsidiado, la evolución de la participación porcentual de las fuentes de recursos se ilustra en el gráfico 2.

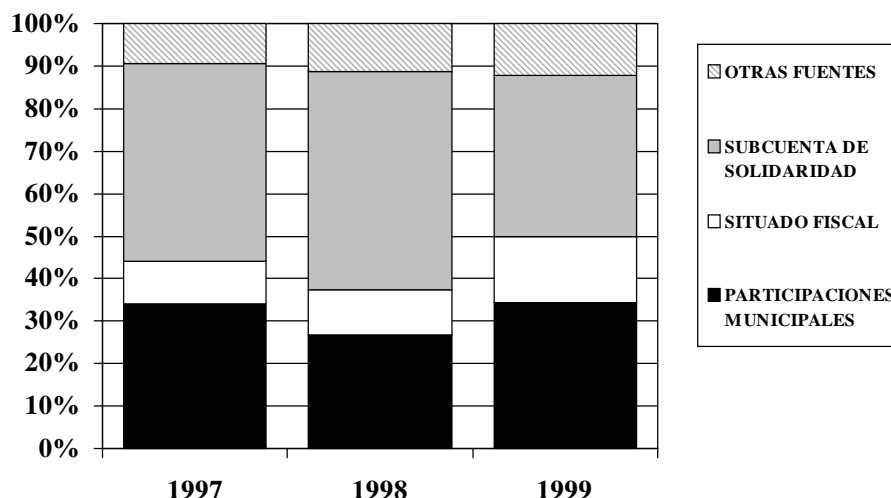


Gráfico 2. Evolución de la participación de las fuentes de financiamiento del Régimen Subsidiado entre 1997 y 1999; en el rubro de otras fuentes se incluyen las Rentas Cedidas, el esfuerzo propio de los Municipios y Departamentos y los recursos de las Cajas de Compensación Familiar. (Fuente: Ministerio de Salud, Dirección Financiera, 2000)

⁹ La reforma constitucional de 1991 creó las Participaciones Municipales y ordenó su crecimiento progresivo hasta el año 2002; también fortaleció el Situado Fiscal, ordenando su crecimiento hasta llegar a un nivel que “permita atender adecuadamente los servicios para los cuales está destinado” (Constitución Política, art. 356)

¹⁰ Por cada peso que aporte el Régimen Contributivo a la subcuenta de solidaridad, el Gobierno Nacional debía aportar otro peso durante los años 1994, 95 y 96.

¹¹ Existen recursos nuevos adicionales pero de poca importancia en el financiamiento total del sector.

La creación de estas tres nuevas fuentes explica el extraordinario crecimiento de los recursos públicos de salud en Colombia que se mostrará más adelante.¹² De estas fuentes nuevas de recursos se han materializado las correspondientes a las transferencias o participaciones municipales, las cuales fueron definidas por la reforma Constitucional en 1991. En cuanto a las otras dos fuentes (punto de solidaridad y pari-passu), que se agrupan en el gráfico 2 como subcuenta de solidaridad, la primera de ellas sí se ha materializado y representa recursos totalmente nuevos para el sistema, mientras que la correspondiente al pari-passu no se ha cumplido; aunque la ley 100 de 1993 obligaba al Gobierno Nacional a aportar el pari-passu durante 1994, 1995 y 1996, también establecía que a partir de 1997 la suma podría ser equivalente, lo que el Gobierno interpretó como si también pudiera ser cero; posteriormente, se estableció que el aporte no sería inferior al 25% ni superior al 50% de lo que aportara el Régimen Contributivo pero se han hecho varias modificaciones legales tendientes a reducir las obligaciones del Gobierno al respecto; así mismo es de anotar que éste no ha cumplido cabalmente con su obligación de hacer sus aportes de pari-passu a la subcuenta de solidaridad.

La disponibilidad adicional de recursos para el sector, abrió la posibilidad de equilibrar las inequidades en las asignaciones de recursos para la atención en salud de la población pobre, pues la gran inercia del gasto histórico hacía que las asignaciones existentes antes de la reforma para subsidios a la oferta,¹³ fueran altamente inequitativas. Dado que resultaba muy difícil cambiar radicalmente y sin transición alguna la asignación de los tradicionales recursos de oferta, era más factible buscar fórmulas de asignación más equitativas para los nuevos recursos del sistema sobre los cuales no existían compromisos de gasto, y que podrían equilibrar las inequidades previas a la reforma.

Aunque la creación de nuevas fuentes de financiamiento fue un logro muy relevante de la reforma, también es importante subrayar el cambio en el flujo de los recursos. Para analizar estos cambios, es preciso separar el financiamiento de la atención a la población pobre sin capacidad de pago (población pobre afiliada al Régimen Subsidiado y población sin cobertura de aseguramiento) del financiamiento de la atención a la población con capacidad de pago. En cuanto a los segundos, persiste un sistema de contribuciones de pago sobre la nómina que es proporcional al ingreso (12%) y donde se le asigna a cada persona cotizante y a cada miembro de su grupo familiar, el Plan Obligatorio de Salud; este plan es igual para todos los afiliados, independientemente del monto cotizado. Con ello se persigue poner en práctica el principio que “cada cual aporta al sistema según su capacidad pero recibe servicios de salud según su necesidad” siendo este esquema más equitativo que otras opciones como un pago desvinculado del nivel de ingreso.

A pesar de que antes de la reforma existía el mismo sistema de aportes proporcionales a los ingresos, y que implicaba una redistribución de la carga financiera entre enfermos y sanos y entre ricos y pobres, el nuevo sistema busca incrementar el efecto redistributivo mediante la creación del punto de solidaridad. En efecto, una doceava parte del aporte de los empleados para la seguridad social en salud se canaliza vía fondo de solidaridad, (subcuenta de solidaridad) hacia el financiamiento de la población sin capacidad de pago, lo que se constituye en la innovación más importante del nuevo esquema de seguridad social en salud.

¹² Véase también Morales, 1997.

¹³ Los principales recursos para subsidios de oferta son: 1) el situado fiscal, que equivale a una parte de los impuestos nacionales, y 2) las rentas cedidas, que corresponden a una parte de los impuestos departamentales.

En efecto, se espera que la población sin capacidad de pago y sin empleo se afiliará en su totalidad al Régimen Subsidiado y dejará de depender de la “asistencia pública” para volverse beneficiaria de un paquete preestablecido de servicios. De acuerdo a este esquema, los nuevos recursos (punto de solidaridad, paripassu y parte de las transferencias municipales) están fluyendo directamente a las Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS); adicionalmente, los antiguos recursos para subsidios a la oferta (situado fiscal y rentas cedidas) deben cambiar gradualmente su destinación hacia subsidios a la demanda y como tales, fluyen a las ARS. En teoría, se espera que mediante estos cambios en los flujos de los recursos, y mediante una mejor focalización de los mismos hacia la población más pobre, se generaría un mayor impacto sobre la equidad en el sistema de salud, tanto en el aseguramiento como en la prestación de servicios.

No obstante lo anterior, el financiamiento del nuevo sistema de salud no está garantizado, y no es posible asegurar que en el año 2001, tal como lo prevé la ley 100 de 1993, la totalidad de la población esté en alguno de los dos sistemas de aseguramiento, bien sea en el Régimen Contributivo en el caso de los trabajadores formales, pensionados e independientes con capacidad de pago y sus respectivos grupos familiares, o bien en el Régimen Subsidiado en el caso de los trabajadores informales, independientes sin capacidad de pago o desempleados y sus respectivos grupos familiares. Ni aún transformando la totalidad de subsidios de oferta en subsidios de demanda se lograría obtener los recursos necesarios para la cobertura universal, pues por una parte se tendrían que dejar los hospitales públicos sin ningún tipo de subsidio de oferta, y por otra parte aún queda una proporción importante de población que no califica para el Régimen Subsidiado pero tampoco tiene ingresos suficientes para acceder al Régimen Contributivo o prefiere comportarse como *free-rider* (ver abajo); esta población por lo tanto no tendría acceso a los hospitales públicos pues éstos se financiarían totalmente con base en venta de servicios, pero tampoco podrían ser rechazados por los hospitales públicos por el hecho de carecer de cobertura de aseguramiento.

La dificultad para lograr la cobertura universal en el aseguramiento, radica por un lado en la ineficiencia del gasto público en salud, en especial el que se dirige a los hospitales públicos como subsidio de oferta; por otro lado, en la dificultad para contar con los recursos necesarios para afiliar a toda la población elegible para el Régimen Subsidiado, debido a la evasión en la afiliación y en los aportes en el Régimen Contributivo (es decir, que no toda la población elegible para el Régimen Contributivo se afilia a éste, y entre los que se afilian, muchos pagan menos de lo que les corresponde); en la medida en que ocurra esta evasión, los recursos aportados para la afiliación de los pobres, por concepto de solidaridad, serán menores; además, el gobierno nacional no ha cumplido con el compromiso del paripassu, debido al déficit fiscal que enfrenta y que se ha venido incrementando recientemente a pesar de las medidas tendientes a controlarlo; estas medidas, dicho sea de paso, han resultado aún más difíciles de implementar en medio de la gran recesión económica que golpeó al país en 1998 y 1999.

V. Obstáculos para lograr mayor equidad en el financiamiento y prestación de servicios

Además de lo descrito en el párrafo anterior con relación a si el sistema está financiado o no, estos mismos problemas y otros adicionales, atentan contra el logro de la equidad en el financiamiento y en la prestación de los servicios de salud; a continuación se revisarán estos problemas en más detalle.

A. La evasión en la afiliación al Régimen Contributivo y en el pago de aportes al mismo; este problema se origina en dos fenómenos diferentes:

1. En el sector formal no es infrecuente que para reducir los costos de la mano de obra los patronos no afilian a sus empleados al Régimen Contributivo, incurriendo en una clara violación a la ley, y obligando a estos empleados a ser *free-riders*; algunos empleados, por su parte, que son contratados por figuras contractuales tendientes a eludir las responsabilidades del empleador, deciden no pagar sus contribuciones a la seguridad social, también incurriendo en violación a la ley y en comportamiento de *free-rider*. Entre los que efectivamente se afilian, o son afiliados por sus empleadores, también ocurre que en muchos casos se subdeclaran los ingresos y se paga menos de lo que corresponde.
2. En el sector informal de la economía, que representan mas de la mitad del empleo en Colombia (DNP, 2000), los trabajadores que tienen alguna capacidad de pago también evaden la afiliación o pagan menos de lo que les corresponde; esto se debe a tres razones fundamentales, que operan como incentivos hacia el *free-riding*: a) por no tener patrono les corresponde pagar la totalidad del aporte (el 12% de los ingresos, que no pueden ser inferiores a dos salarios mínimos), lo que les resulta sumamente oneroso; b) la imposibilidad del Estado para ejercer acciones disuasivas o coercitivas para obligarlos a pagar, no solo por carecer de infraestructura para la fiscalización, sino por los altos costos que representarían las acciones fiscalizadoras en una población tan dispersa; esto pone en evidencia que una de las premisas de la reforma (la capacidad del Estado de controlar y vigilar), es bastante cuestionable; c) los frecuentes fallos de la Corte Constitucional que obligan a los aseguradores del Régimen Contributivo a cubrir la atención en salud sin el cumplimiento de los períodos mínimos de cotización, o la afiliación de personas al Régimen Subsidiado por razones de enfermedad; este es, en esencia, el más poderoso incentivo hacia el comportamiento de *free-riding*.

En términos generales, la evasión al sistema de salud puede representar un monto similar al que se recauda actualmente,¹⁴ lo que genera un mecanismo de subsidios cruzados pero a la inversa, pues estos trabajadores deberían estar afiliados al Régimen Contributivo; como no lo están, acuden a los hospitales públicos y además de que desplazan a los pobres en la demanda de servicios, con mucha frecuencia no pagan por éstos, con lo que terminan utilizando los recursos para la atención en salud de los más pobres, recursos que en su mayoría provienen de asignaciones del presupuesto nacional. En estas condiciones, es fundamental que las instituciones prestadoras de servicios de salud puedan determinar el estatus de aseguramiento de sus usuarios, pero ante la debilidad del sistema de información existente en la actualidad, no es posible esperar mejorías sobre este aspecto en el corto plazo, menos aún con la escasa capacidad del mercado laboral para absorber la población desempleada o formalizar el empleo, de modo que se incremente la afiliación al Régimen Contributivo.

¹⁴ Según Plaza et al. (1999), si se evitara esta evasión sería posible en 1996 recolectar el doble de lo que se recolectaba para Régimen Subsidiado, por concepto de punto de solidaridad del Régimen Contributivo.

En la medida en que la evasión en la afiliación y en los aportes es mayor, menor será la posibilidad de generar recursos vía punto de solidaridad para la afiliación de personas pobres al Régimen Subsidiado; en consecuencia, mientras menos personas pobres sean aseguradas con subsidios a la demanda, mayor será la posibilidad de que las barreras financieras impidan su acceso a los servicios de salud cuando los necesiten. Peor aún, los *free-riders* desplazan a las personas pobres cuando acuden a los hospitales públicos, pues tienen mayores posibilidades de acceder a estas instituciones.

B. La variabilidad, inestabilidad o incertidumbre con relación a las fuentes fiscales.

Los montos y las condiciones de las transferencias del presupuesto nacional al sector salud han venido siendo modificadas o incumplidas por diferentes razones, a saber:

- La crisis fiscal por la que atraviesa el país desde hace ya varios años y la urgente necesidad de controlar y reducir el déficit; este problema se ha visto agravado por la recesión económica que tuvo lugar en 1998 y 1999.
- Las conveniencias políticas que responden a la presión de grupos como los sindicatos y los médicos; estos grupos de presión han logrado que una porción importante de los recursos que se tenían para afiliar pobres al Régimen Subsidiado, se haya destinado al pago de incrementos salariales.¹⁵
- El incumplimiento y falta de voluntad política del gobierno nacional para aportar los recursos del paripassu. Además de haber aportado menos de lo que le correspondía durante los años 94, 95 y 96, en la vigencia fiscal de 1997 su aporte por este concepto fue nulo.

C. La incompleta transformación de subsidios de oferta hacia la demanda.

Con el fin de aumentar las coberturas de afiliación al Régimen Subsidiado, los recursos destinados a subsidios de oferta se irían liberando gradualmente a medida que los prestadores públicos fueran ajustando sus costos a las tarifas de referencia que se utilizan en el sector; de este modo, los hospitales generarían suficientes ingresos por venta de servicios a las Administradoras del Régimen Subsidiado y los subsidios de oferta podrían transformarse totalmente en subsidios de demanda; esto, sin embargo, no ha sido posible por presiones de tipo político y sindical, y por la persistencia de una alta proporción de personas que debiendo estar afiliadas al Régimen Contributivo no lo están, lo que se explica en buena parte por la informalidad del empleo; adicionalmente, persiste la carencia de recursos para adelantar los procesos de reestructuración institucional que no solo tienen un alto costo económico debido al pago de indemnizaciones originadas en el despido de un gran número de funcionarios estatales, sino un alto costo político al proponer además de despidos, el desmonte de prebendas sindicales que van más allá de lo exigido por la legislación laboral del sector público.

Se hace evidente que el intento de cambiar el mecanismo de financiación de los prestadores públicos de uno que pagaba por la oferta de servicios independientemente de cuanto se produjera, a otro que respondía a la demanda de servicios, no ha sido incentivo suficiente para lograr una reducción de gastos y un aumento de la productividad. En un análisis de la producción de los hospitales de II y III nivel de la red pública del país, se

¹⁵ Los hospitales públicos del país incrementaron los costos de la mano de obra en un 66% real entre 1994 y 1998; gran parte de este incremento se debe al compromiso adquirido por el gobierno nacional en 1994, de mejorar los salarios de los trabajadores. (Véase Ministerio de Salud, 1998b).

mostró que entre 1996 y 1998 los gastos operativos crecieron un 24% en términos reales, mientras que la producción (valorada a tarifas oficiales) solo creció un 4% (Ministerio de Salud, 1998a).

Es necesario considerar algunas posibles explicaciones a esta situación paradójica, según la cual, no solo no se mejora la eficiencia de los hospitales públicos, sino que se empeora; una razón podría ser el hecho de que las normas actuales obligan a los hospitales públicos a vender sus servicios a tarifas establecidas por el gobierno, mientras que los proveedores privados pueden entrar libremente en competencia por precios; adicionalmente, los proveedores privados tienen la posibilidad de “descremar” el mercado, pues arman su portafolio de servicios con aquellos que son más rentables, dejando los menos rentables o los que generan pérdidas, a los hospitales públicos. Otra explicación podría ser que los hospitales públicos no contaban con la infraestructura administrativa necesaria para llevar a cabo los procesos de facturación y relaciones con los compradores, pues en el sistema anterior no era necesario realizar dichos procesos; sin embargo, esta última razón no explica en su totalidad el exagerado incremento en los gastos administrativos como proporción del presupuesto. Una tercera explicación es la que se mencionó anteriormente con relación al incremento de los salarios de los trabajadores de los hospitales públicos. No obstante, estas explicaciones (a excepción de la última) no han sido comprobadas empíricamente.

No obstante, es pertinente plantear como hipótesis si sería factible una transformación total de subsidios de oferta a demanda, teniendo en cuenta las fallas de mercado propias del aseguramiento en salud, la necesidad de subsidios a la oferta en regiones donde no operen los mercados, el incentivo a que los proveedores privados descremen el portafolio de servicios de los públicos, y la imposibilidad de lograr la cobertura universal en aseguramiento, básicamente debido a la alta proporción de empleo informal y de evasión en la afiliación.

D. Problemas en la focalización de subsidios.

Para la identificación y selección de beneficiarios de programas sociales se diseñó un instrumento conocido con el nombre de SISBEN, el cual, mediante una encuesta que se aplica en una visita domiciliaria, caracteriza las condiciones de vida y las variables socio-demográficas de las familias, y con base en ello asigna unos puntajes; para el caso específico de salud, el gobierno establece el puntaje por debajo del cual la familia es elegible para recibir un subsidio que equivale a la prima del seguro, con el cual la familia se afilia a alguna Administradora del Régimen Subsidiado; la aplicación del instrumento SISBEN es requisito para la afiliación al Régimen Subsidiado.

No obstante lo anterior, se han presentado inconvenientes; desde el inicio de su aplicación, la desigual capacidad de gestión entre los departamentos y municipios del país para aplicar el SISBEN dio lugar a que los departamentos y municipios más desarrollados y con mejor capacidad de gestión, aplicaran primero el instrumento y accedieran en mayor proporción a los recursos disponibles. Un caso concreto es el de Bogotá donde hoy se tienen identificados y afiliados al Régimen Subsidiado el 90% de las personas que potencialmente serían elegibles para ser afiliados, pues allí se aplicó rápidamente la encuesta SISBEN a las personas pobres; mientras tanto, en departamentos como Córdoba o Nariño, que están entre los más pobres del país, la afiliación no supera el 40% de los elegibles potenciales, entre otras razones, porque la encuesta no se ha podido aplicar a una parte importante de la población pobre.

De otra parte, se presentaron problemas con la calidad de la información en el proceso de aplicación del SISBEN, que dieron lugar que muchas familias no pobres fueran clasificadas como pobres (falsos positivos), y a la inversa, que muchas familias que eran realmente pobres no fueran clasificadas como tales (falsos negativos); en un estudio de González (2000), el 29,79% de las personas que deberían estar clasificadas como pobres, no quedaban clasificadas como tales (falsos negativos), mientras que el 30,79% de las personas clasificadas como pobres, en realidad no lo eran (falsos positivos).¹⁶

La manipulación en la aplicación de la herramienta con fines políticos también ha influido en los malos resultados. En este sentido, un informe de la Contraloría General de la República (1999) llama la atención sobre las irregularidades en el proceso de identificación y clasificación de los pobres, lo que ha permitido que personas no elegibles obtengan subsidios en salud.

En tercer lugar se han detectado fallas en la calidad del instrumento SISBEN, como la incapacidad para ajustar las variables a las condiciones heterogéneas de pobreza que se observan en las regiones del país; por ejemplo, en Bogotá los puntajes obtenidos son mas altos que el promedio nacional, lo cual se explica en parte porque la mayoría de las viviendas cuenta con paredes de ladrillo, piso y techo de material, y conexiones a servicios públicos domiciliarios; esto hace que una cantidad importante de pobres sean clasificados en niveles en los que no serían elegibles para subsidios en salud. De otra parte, en una zona rural en la costa pacífica colombiana el material predominante de las viviendas es la madera, y no existe conexión a servicios públicos domiciliarios, por lo cual la gran mayoría de familias serían elegibles para subsidios; sin embargo, no es posible para esta región otorgar subsidios a todos los elegibles, pues los recursos son insuficientes.

E. Distribución de recursos para subsidios a la oferta.

Finalmente, en el proceso de asignación de los recursos para subsidios a la oferta, que de acuerdo a la ley 60 de 1993 debe obedecer a un criterio técnico de cantidad de pobres y gasto histórico, hay una clara influencia política que no permite que se cumplan estos criterios técnicos; esto se demuestra cuando se comparan los recursos recibidos por los distintos departamentos del país con el número de representantes en los organismos políticos, senado y cámara, por las mismas regiones.

El gasto histórico, el otro criterio para la asignación de recursos para subsidio a la oferta, responde mas a la inercia histórica en el gasto público que en la mayoría de los casos nada tiene que ver con la eficiencia con que estos han venido siendo utilizados, y menos aun con la capacidad de respuesta desde el punto de vista de la complejidad de los servicios que se ofrecen. Es así como Bogotá, donde se concentra alrededor del 40% de

¹⁶ La estimación se logró mediante la encuesta de calidad de vida de 1997, la cual tenía las mismas preguntas con las que se llevó a cabo la clasificación SISBEN; si se asume que a) la aplicación del SISBEN fue objeto de sesgo tanto del encuestado como de quien manipulaba las bases de datos con el fin de acceder al subsidio, y b) la aplicación de la Encuesta de Calidad de Vida no tenía por objeto ninguna asignación de subsidios, por lo cual no era objeto de tales sesgos, se puede concluir que las observaciones de González y cols. detectaron una importante proporción de falsos positivos. Es importante insistir en que este estudio no utilizó la información real del SISBEN, sino que la extrajo de la Encuesta de Calidad de Vida, lo que permite reducir el sesgo del encuestado y del encuestador en la aplicación del SISBEN.

los recursos tecnológicos de alta complejidad en el país, recibe por cama disponible menos recursos que departamentos como Antioquia y Valle.

OBJETIVO

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la evolución de la equidad en el sistema de salud en Colombia entre los años 1993 y 1997, (antes y después de la implementación de la reforma en el sector de la salud) en los siguientes aspectos:

1. Equidad en la distribución geográfica de los recursos públicos para la atención en salud de la población pobre.
2. Equidad en la cobertura de aseguramiento por nivel de ingreso y región geográfica
3. Equidad en la utilización de los servicios de salud por nivel de ingreso y región geográfica, medida como la probabilidad de acceder a los servicios de salud entre aquellos que reportaron enfermedad en los treinta días previos a la encuesta de hogares.
4. Comportamiento del gasto de bolsillo de los hogares, tanto en términos de pagos directos a proveedores, como en tenencia de pólizas de seguros de salud privadas.

METODOLOGÍA

Para efectos de este estudio se tomaron las siguientes definiciones de equidad:

- En cuanto a equidad en el financiamiento: se utilizarán las variables “gasto de bolsillo” y “gasto en seguros privados” por parte de los hogares, pues son indicadores de las dos fuentes de financiamiento más regresivas.
- En cuanto a la equidad en la prestación de servicios de salud, se dividirá el concepto en tres: 1) equidad en la asignación per-cápita de recursos para la prestación de servicios de salud a la población pobre, medido a partir de datos de recursos fiscales; 2) equidad en el aseguramiento, para el cual se utilizará la variable “afiliación al sistema de seguridad social” y 3) equidad en el acceso a servicios de salud, para el cual se utilizará la variable “probabilidad de utilización de servicios de salud en caso de enfermedad.” Aunque los dos primeros conceptos no son estrictamente indicadores de equidad en la prestación de servicios de salud, están orientados a reducir las barreras financieras de acceso a dichos servicios, por lo cual para efectos de este estudio se clasifican en este aparte.

El análisis es de tipo descriptivo y compara cifras de períodos pre-reforma con períodos post-reforma.

Para evaluar la equidad en la distribución geográfica de los recursos públicos de salud así como su evolución en el tiempo, se construyó una base de datos que contiene información sobre los montos transferidos para salud desde el presupuesto nacional y departamental hacia los departamentos y municipios durante los años 1984 a 1999. La información para los años 1984 a 1994 fue tomada de un trabajo adelantado por el Ministerio de Salud¹⁷ mientras que la información de 1995 a 1999 fue recolectada directamente por los investigadores en los diferentes entes nacionales (Ministerio de Salud, Departamento Administrativo Nacional de Estadística y Departamento Nacional de Planeación). En este análisis se excluyeron los ingresos por venta de servicios que recibieron los hospitales directamente de los usuarios o de terceros pagadores, pues en el primer caso no corresponden a recursos fiscales y en el segundo caso conllevarían a un doble conteo pues parte de los recursos destinados a aseguramiento terminan en los hospitales cuando éstos venden servicios a los aseguradores.

Hubiera sido interesante extender el análisis al gasto directo de bolsillo y también a los aportes de los hogares a la seguridad social para todos los años entre 1986 y 1999. Sin embargo, no fue posible obtener información desagregada a nivel territorial de las principales aseguradoras del país (ISS y Cajanal), y el gasto de bolsillo solo se puede extraer de encuestas de hogares, las cuales se realizaron en 1993 (encuesta CASEN), 1995 (encuesta de ingresos y gastos) y 1997 (encuesta de calidad de vida).

El análisis geográfico se limita por lo tanto a una evaluación de la equidad en la distribución per-cápita pobre y por entidad territorial de los recursos públicos destinados a la atención en salud de la población sin capacidad de pago.¹⁸ La evolución de la equidad

¹⁷ Ministerio de Salud, base de datos COECI.

¹⁸ En este estudio se utilizará el concepto de “per-cápita pobre” para referirse a la razón entre los recursos y la población clasificada como pobre; por población pobre se entiende la comprendida por los hogares que cumplen al menos una de las cinco características siguientes: 1) Hogares que habitan en viviendas

en este punto se complementó con la construcción del coeficiente Gini para el período bajo consideración; este coeficiente se calculó a partir del valor de recursos per-cápita pobre.

Para evaluar la utilización de servicios y la cobertura de aseguramiento, así como el aporte de los hogares a la financiación del sistema de salud en cuanto gasto de bolsillo y seguros privados, se tomaron dos encuestas de hogares a nivel nacional, llevadas a cabo en 1993 y en 1997; ambas encuestas contienen en sus módulos de salud, preguntas sobre utilización de servicios, cobertura de aseguramiento, pagos a aseguradores privados, y gasto de bolsillo.

Para evaluar la utilización de servicios se estimó la probabilidad de uso de servicios a nivel individual, tanto hospitalarios como ambulatorios, entre aquellos encuestados que dijeron haber tenido algún problema de salud o accidente en los treinta días previos a la encuesta.

Para evaluar la cobertura de aseguramiento se estimaron por separado la probabilidad de estar cubierto como afiliado cotizante o beneficiario en alguno de los regímenes de seguridad social, y la probabilidad de tener un seguro privado. Con respecto a la cobertura de seguridad social, en 1993 solamente existían los seguros para los trabajadores del sector formal, algunos de ellos con cobertura al grupo familiar; en 1997 se adicionó a este grupo los cubiertos por el Régimen Subsidiado, quienes no pertenecen al sector formal de la economía, y el cubrimiento a los miembros del grupo familiar del afiliado al Régimen Contributivo.

Para evaluar el gasto de bolsillo se calculó la sumatoria de gastos en el último mes a nivel individual por concepto de consulta ambulatoria, exámenes de laboratorio y rayos X, y medicamentos; a esto se le sumó la doceava parte del gasto por concepto de hospitalización, el cual es reportado para un período de un año. Los montos pagados por concepto de seguros privados también se consideraron como gasto de bolsillo, pero se evaluaron aparte de los pagos directos a proveedores. Los valores obtenidos para cada uno de estos items en 1993, se llevaron a pesos de 1997 ajustando por el Índice de Precios al Consumidor, que entre estos dos años registró un acumulado de 209,614.

Se llevó a cabo un análisis bivariado de estos tres aspectos, a saber, cobertura de aseguramiento, utilización de servicios, y gasto de bolsillo. Las variables con las que se cruzaron, fueron: quintiles de ingreso, región (ocho regiones)¹⁹ y urbano-rural, teniendo como unidad de análisis el individuo.

inadecuadas; en este punto se analizan las carencias habitacionales referentes a las condiciones físicas de las viviendas donde residen los hogares; 2) Hogares que habitan en viviendas sin servicios básicos: en este punto se analizan las carencias de servicios de agua potable y eliminación de excretas; 3) Hogares con hacinamiento crítico: se incluyen los hogares con mas de tres personas por cuarto (incluyendo sala, comedor y dormitorios y excluyendo cocina, baño y garaje); 4) Hogares con inasistencia escolar: incluye los hogares con al menos un niño de 7 a 11 años, pariente del jefe del hogar, que no asista a la escuela; y 5) Hogares con alta dependencia económica: hogares donde hay mas de tres personas por ocupado y en los cuales el jefe ha aprobado, como máximo, dos años de educación primaria. La población de los hogares que cumplen al menos una de estas características, se denomina población con Necesidades Básicas Insatisfechas, o población NBI. Véase: Muñoz (1999)

¹⁹ Las regiones no equivalen a entes territoriales o departamentos, sino que agrupan varios de ellos en una misma.

Para la estimación de proporciones (probabilidades) y promedios y sus respectivos errores estándar, se utilizó la herramienta de análisis de encuestas contenida en el paquete STATA versión 6.0, la cual tiene en cuenta para el análisis, el diseño muestral de cada encuesta. Para la comparación de proporciones y promedios entre 1993 y 1997, se estimó el error estándar conjunto (esc) de las dos muestras para cada una de las proporciones o promedios;²⁰ para la prueba de hipótesis se calculó la diferencia entre las proporciones o promedios, según el caso, entre 1993 y 1997, luego se comparó con el valor equivalente a dos veces el error estándar conjunto (2(esc)), y se rechazó la hipótesis nula $P(93)=P(97)$, cuando $2(esc) < |P(93) - P(97)|$.

²⁰ $esc = \sqrt{[(esP1)^2 + (esP2)^2]}$

RESULTADOS

I. Distribución geográfica de los recursos públicos de salud

En esta parte se evalúa la equidad entendida como la igualación del gasto público en salud per-cápita pobre entre entidades territoriales. Dado que los recursos para la prestación de servicios de salud a la población pobre provienen mayoritariamente de dineros públicos recaudados a nivel nacional, el análisis tendrá en cuenta las transferencias de orden nacional a los departamentos y municipios, y los recursos departamentales provenientes de rentas cedidas.

Como se desprende del Gráfico 3, como consecuencia de la reforma el país presenció un aumento significativo de los recursos públicos para salud, el cual parece haberse estabilizado desde 1997 (véase en el anexo 1 la desagregación de las fuentes de recursos). De algo menos que un billón de pesos (cerca de 500 millones de dólares) en 1984, se pasó a 2.78 billones de pesos colombianos (cerca de 1.4 billones de dólares) para financiar la atención en salud de la población pobre, lo que significa un crecimiento real del 178%; también se observa una clara caída de los recursos totales entre 1997 y 1999, la cual se explica fundamentalmente por la recesión económica que afectó al país en este período y que causó tanto una reducción en los ingresos tributarios de la Nación, como en los aportes por concepto de impuestos a la nómina. En términos per-cápita pobre (Tabla 1) se pasó de cerca de 100 mil pesos (50 dólares) en la década de los ochenta, a algo más que 187 mil pesos (90 dólares) a finales de la década de los noventa, lo que representa un incremento real del 87%. Esta evolución refleja el importante impacto financiero que ha tenido la reforma de salud en Colombia.

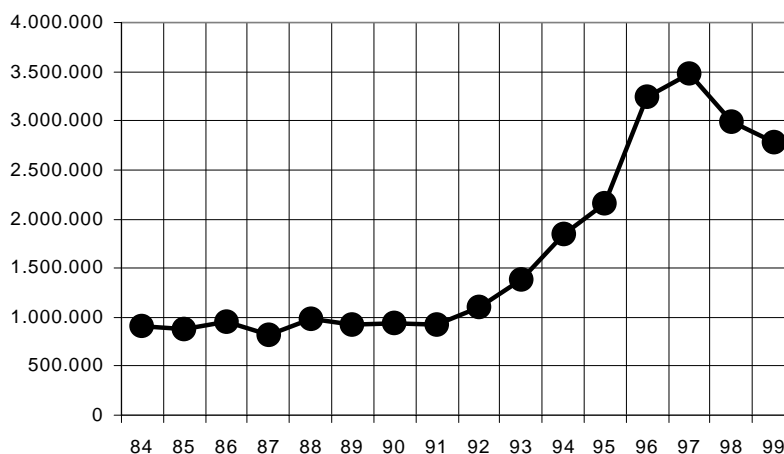
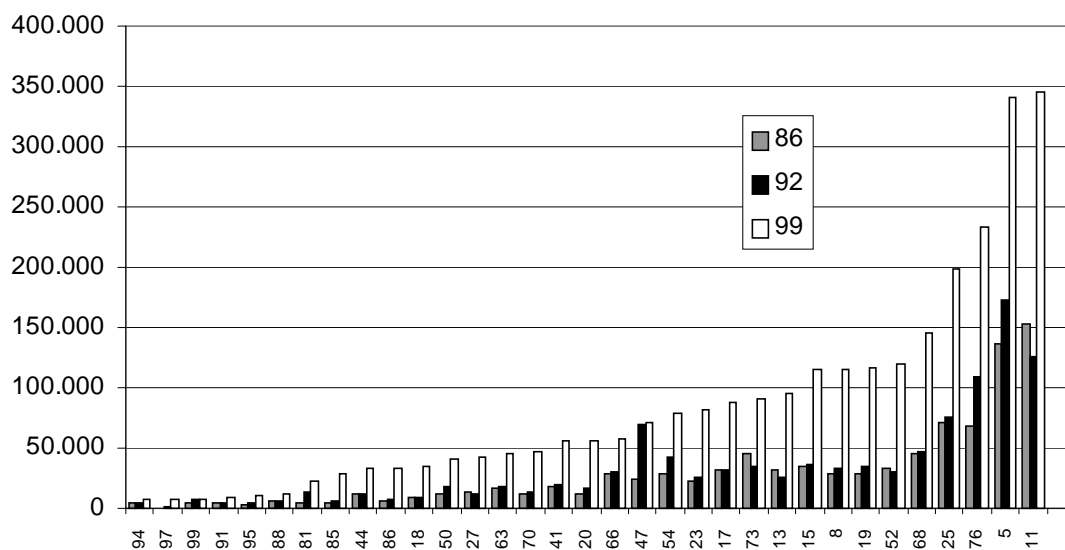


Gráfico 3. Total de recursos públicos para salud en Colombia, 1984-1999, en pesos constantes de 1999. (Fuente: cálculos de los autores con base en datos del Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Salud, y DANE).

AÑO	Promedio	Mediana	Desv. Estándar	Rango	Mínimo	Máximo	Máximo /Mínimo	Coefficiente de variación
1984	107.067	135.960	69.166	748.487	9.298	757.785	81,50	1,27
1985	97.107	102.907	67.746	467.230	8.208	475.438	57,92	1,06
1986	103.333	114.036	59.802	505.241	12.007	517.248	43,08	1,10
1987	92.874	101.778	58.770	392.390	12.706	405.096	31,88	1,10
1988	109.466	126.034	81.149	605.504	20.741	626.245	30,19	1,15
1989	94.646	104.752	54.463	486.936	19.822	506.758	25,57	1,11
1990	98.590	118.953	52.666	600.300	28.902	629.202	21,77	1,21
1991	98.191	111.194	55.437	526.147	19.716	545.863	27,69	1,13
1992	122.224	171.717	65.461	896.157	21.816	917.973	42,08	1,40
1993	117.670	81.363	92.587	347.004	33.906	380.910	11,23	0,69
1994	166.478	141.618	121.367	673.786	48.089	721.875	15,01	0,85
1995	190.467	146.911	146.960	587.405	57.742	645.147	11,17	0,77
1996	245.199	140.307	221.933	509.829	85.358	595.187	6,97	0,57
1997	261.522	128.771	239.610	575.445	91.078	666.523	7,32	0,49
1998	230.021	111.803	214.313	565.398	80.293	645.691	8,04	0,49
1999	187.147	86.516	178.195	403.473	89.636	493.109	5,50	0,46

Tabla 1. Evolución de los recursos públicos per-cápita para la atención en salud de la población pobre en Colombia, por departamentos, 1984-1999. (Fuente: cálculos de los autores con base en datos del Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Salud, y DANE).

Al comparar por departamentos los recursos públicos para atención en salud de la población pobre, (Gráfico 4) se observa que si bien han aumentado los recursos en los 33 departamentos, siguen existiendo grandes diferencias en las disponibilidades per-cápita pobre. Sin embargo, como se desprende de la tabla 1, estas diferencias parecen haber disminuido ya que mientras en 1984 las asignaciones varían entre 9 mil y 757 mil pesos per cápita, en 1999 varían entre 90 mil pesos y 493 mil pesos. Al calcular el coeficiente Gini para el mismo período se observa una reducción en la concentración de los recursos entre entidades geográficas ya que éste bajó de 0.24 en 1984 a 0.22 en 1999 (Gráfico 5); mas importante aún, la introducción de los recursos para subsidios a la demanda a partir de 1993, revierten una tendencia creciente del coeficiente de Gini, efecto que se acentúa particularmente a partir de 1996.



CODIGOS DEPARTAMENTOS

05 Antioquia	25 Cundinamarca	70 Sucre
08 Barranquilla	27 Chocó	73 Tolima
08 Atlántico	41 Huila	76 Valle
11 Bogotá D. C.	44 Guajira	81 Arauca
13 Bolivar	47 Magdalena	85 Casanare
15 Boyacá	50 Meta	86 Putumayo
17 Caldas	52 Nariño	88 San Andrés
18 Caquetá	54 N. Santander	91 Amazonas
19 Cauca	63 Quindio	95 Guaviare
20 Cesar	66 Risaralda	97 Vaupés
23 Córdoba	68 Santander	99 Vichada

Gráfico 4. Evolución por departamentos de los recursos públicos totales per-cápita pobre en Colombia, para salud, durante los años 1986, 1992 y 1999, a pesos constantes de 1999. (Fuente: cálculos de los autores con base en datos del Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Salud, y DANE).

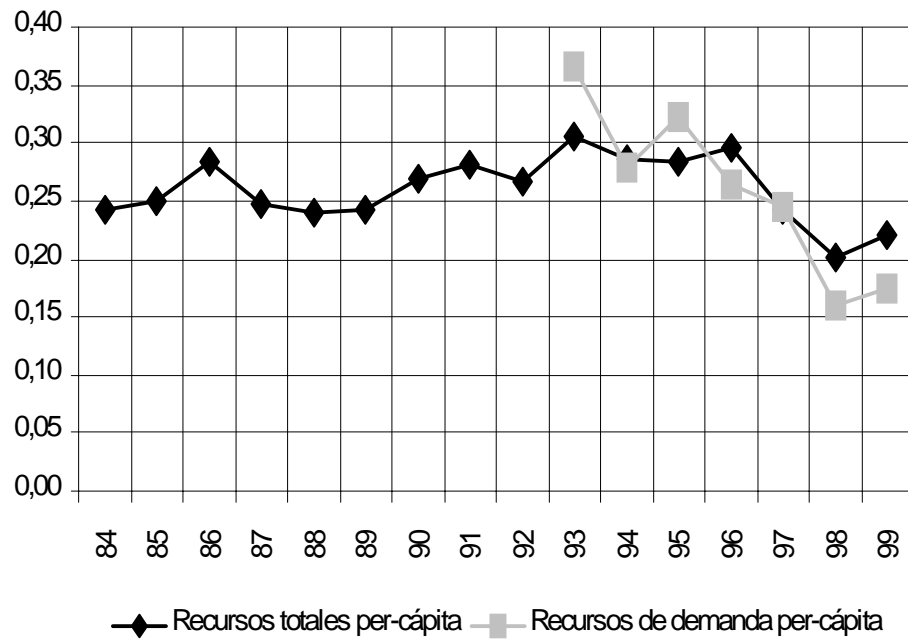


Gráfico 5. Evolución del Coeficiente de Gini para recursos públicos per-cápita pobre en Colombia para salud (Fuente: cálculos de los autores con base en datos del Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Salud, y DANE).

II. Afiliación al Sistema General de Seguridad Social

La afiliación al Sistema de Seguridad Social muestra grandes diferencias entre los dos períodos, como se puede observar en las siguientes tablas; se destaca un mayor incremento del aseguramiento en los quintiles bajos y en las zonas rurales, lo que se explica por la aparición del Régimen Subsidiado.

QUINTIL	PROB 93	ERROR EST.	PROB 97	ERROR EST.
1*	0,063	0,011	0,420	0,032
2*	0,150	0,018	0,461	0,028
3*	0,228	0,019	0,536	0,021
4*	0,310	0,034	0,593	0,016
5*	0,380	0,030	0,753	0,013

Tabla 2. Probabilidad de afiliación a seguridad social, por quintiles de ingreso (* diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.05$)

REGION	PROB 93	ERROR EST.	PROB 97	ERROR EST.
ATLANTICA*	0,163	0,024	0,428	0,039
ORIENTAL*	0,207	0,033	0,653	0,026
ANTIOQUIA*	0,277	0,059	0,649	0,052
CENTRAL*	0,202	0,030	0,519	0,040
PACIFICA*	0,247	0,048	0,564	0,038
BOGOTA*	0,394	0,000	0,654	0,001
ORINOQUIA*	0,164	0,028	0,698	0,046
SAN ANDRES*	0,451	-	0,786	0,011

Tabla 3. Probabilidad de afiliación a seguridad social, por región del país (* diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.05$).

URB/RUR	PROB 93	ERROR EST.	PROB 97	ERROR EST.
URBANO*	0,310	0,021	0,609	0,018
RURAL*	0,071	0,013	0,475	0,033

Tabla 4. Probabilidad de afiliación a seguridad social, por urbano/rural (* diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.05$).

III. Utilización de servicios.

La probabilidad de utilizar servicios entre aquellos que dijeron tener algún problema de salud durante los treinta días previos a la encuesta, es de 0.71 en 1993 y de 0.73 en 1997 ($p>0.05$); cuando se analiza por quintiles de ingresos se observan diferencias que tampoco son estadísticamente significativas. La siguiente tabla muestra las probabilidades para cada quintil.

QUINTIL	PROB 93	ERROR EST.	PROB 97	ERROR EST.
1	0,541	0,015	0,587	0,032
2	0,678	0,029	0,672	0,029
3	0,741	0,017	0,728	0,023
4	0,768	0,023	0,800	0,019
5	0,812	0,015	0,822	0,019

Tabla 5. Probabilidad de utilización, por quintiles de ingreso, entre quienes manifestaron problemas de salud durante los 30 días previos a la encuesta (ninguna de las diferencias fue estadísticamente significativa).

Por regiones, se evidencia un incremento estadísticamente significativo en la probabilidad de utilizar servicios de salud en la región Atlántica y San Andrés; mientras tanto, se observa un incremento leve en la probabilidad de uso en las regiones Antioquia y Pacífica, y una caída en la región Oriental, cambios que no son estadísticamente significativos; en Bogotá, se observó una caída estadísticamente significativa. La siguiente tabla muestra las probabilidades por región.

REGION	PROB 93	ERROR EST.	PROB 97	ERROR EST.
ATLANTICA*	0,663	0,018	0,753	0,025
ORIENTAL	0,719	0,024	0,626	0,045
ANTIOQUIA	0,737	0,042	0,780	0,037
CENTRAL	0,669	0,025	0,744	0,047
PACIFICA	0,715	0,036	0,772	0,028
BOGOTA*	0,824	-	0,798	0,001
ORINOQUIA	0,650	0,059	0,803	0,055
SAN ANDRES*	0,881	-	0,947	0,009

Tabla 6. Probabilidad de utilización de servicios de salud por región, entre quienes manifestaron problemas de salud durante los 30 días previos a la encuesta (* diferencia estadísticamente significativa, $p<0.05$).

La probabilidad de utilización de servicios de salud de acuerdo a la ubicación del hogar en la zona urbana o rural, muestra al interior de cada corte que es mayor en la zona urbana; entre los dos cortes se evidencian incrementos no estadísticamente significativos entre los dos períodos, tal como se muestra en la siguiente tabla.

URB/RUR	PROB 93	ERROR EST.	PROB 97	ERROR EST.
URBANO	0,771	0,014	0,787	0,014

RURAL	0,576	0,016	0,597	0,034
-------	-------	-------	-------	-------

Tabla 7. Probabilidad de utilización de servicios de salud, por urbano/rural, entre quienes manifestaron problemas de salud durante los 30 días previos a la encuesta (ninguna de las diferencias fue estadísticamente significativa).

IV. Gasto de bolsillo por pagos directos a proveedores

El rubro de pagos directos a proveedores muestra una tendencia a la disminución, excepto en el quintil mas bajo de ingreso; por regiones, se observa una disminución estadísticamente significativa en las regiones de Bogotá y San Andrés.

VALORES 1993 (A PESOS DE 1997)					
QUINTIL	Promedio	Error est.	Intervalo de conf. 95%		Deff
1*	17.881,5 2	1.486,3 2	14.944,5 4	20.818,51	5,17
2	23.634,1 7	4.802,7 9	14.143,7 8	33.124,55	6,66
3	30.181,1 5	7.992,4 0	14.388,0 7	45.974,24	22,7 9
4	30.184,3 3	2.646,5 0	24.954,8 0	35.413,85	3,24
5*	50.043,5 4	8.755,9 7	32.741,6 4	67.345,46	13,6 3

VALORES 1997					
QUINTIL	Promedio	Error est.	Intervalo de conf. 95%		Deff
1*	24.658,5 2	2.524,03	19.650,29	29.666,75	2,71
2	21.650,6 9	2.129,97	17.424,37	25.877,01	4,41
3	24.219,2 1	1.623,95	20.996,94	27.441,48	2,31
4	26.490,5 2	1.539,26	23.436,29	29.544,75	1,57
5*	30.674,2 2	1.667,48	27.365,58	33.982,86	2,26

Tabla 8. Promedio de pagos directos de los hogares a proveedores, por quintiles de ingreso (* diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.05$).

VALORES 1993 (A PESOS DE 1997)					
REGION	Promedio	Error est.	Intervalo de conf. 95%		Deff
ATLANTICA	21.887,81	800,39	20.306,24	23.469,41	1,12
ORIENTAL	26.706,40	1.287,41	24.162,46	29.250,36	0,88
ANTIOQUIA	35.235,65	7.554,37	20.308,11	50.163,19	6,87
CENTRAL	26.370,47	2.448,91	21.531,40	31.209,55	1,95
PACIFICA	23.977,49	2.337,51	19.358,55	28.596,42	4,04
BOGOTA*	63.517,09	0,00	63.517,09	63.517,09	0,00
ORINOQUIA	22.910,56	1.600,57	19.747,80	26.073,32	0,22
SAN ANDRES*	41.211,35	0,00	41.211,35	41.211,35	0,00

VALORES 1997					
REGION	Promedio	Error est.	Intervalo de conf. 95%		Deff
ATLANTICA	26.058,78	2.330,01	21.435,54	30.682,02	4,41
ORIENTAL	24.113,12	1.431,94	21.271,84	26.954,40	1,27
ANTIOQUIA	23.149,98	2.580,89	18.028,93	28.271,04	3,76
CENTRAL	25.320,42	2.023,70	21.304,96	29.335,88	1,89
PACIFICA	25.289,76	898,00	23.507,93	27.071,58	0,63
BOGOTA*	32.551,62	245,21	32.065,07	33.038,17	0,02
ORINOQUIA	23.983,82	2.845,79	18.337,16	29.630,48	0,56
SAN ANDRES*	34.764,83	736,38	33.303,69	36.225,98	0,00

Tabla 9. Promedio de pagos directos de los hogares a proveedores, por región (* diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.05$).

VALORES 1993 (A PESOS DE 1997)					
URB/RUR	PROMEDIO	ERROR EST.	INTERVALO DE CONF. 95%		DEFF
URBANO	36.345,08	6.869,16	22.771,52	49.918,61	38,52
RURAL	20.817,55	1.211,99	18.422,64	23.212,47	4,35

VALORES 1997					
URB/RUR	PROMEDIO	ERROR EST.	INTERVALO DE CONF. 95%		DEFF
URBANO	28.053,29	1.306,39	25.461,12	30.645,45	3,91
RURAL	20.069,61	903,28	18.277,32	21.861,91	1,28

Tabla 10. Promedio de pagos directos de los hogares a proveedores, por urbano/rural (ninguna de las diferencias fue estadísticamente significativa).

V. Afiliación a seguros privados

La afiliación a seguros privados sigue teniendo una participación muy reducida, pero sus proporciones aumentaron entre los dos períodos, como se observa en las siguientes tablas.

QUINTIL	PROB 93	ERROR EST.	PROB 97	ERROR EST.
1*	0,003	0,001	0,017	0,006
2*	0,005	0,001	0,017	0,004
3	0,015	0,004	0,024	0,004
4	0,029	0,006	0,044	0,007
5*	0,086	0,015	0,140	0,016

Tabla 11. Probabilidad de tener seguro privado, por quintiles de ingreso (* diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.05$).

REGION	PROB 93	ERROR EST.	PROB 97	ERROR EST.
ATLANTICA*	0,016	0,004	0,046	0,016
ORIENTAL	0,011	0,003	0,067	0,013
ANTIOQUIA	0,044	0,016	0,064	0,029
CENTRAL	0,020	0,005	0,019	0,007
PACIFICA	0,033	0,013	0,030	0,013
BOGOTA*	0,065	0,000	0,110	0,002
ORINOQUIA	0,010	0,005	0,041	0,016
SAN ANDRES*	0,008	-	0,030	0,005

Tabla 12. Probabilidad de tener seguro privado, por región (* diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.05$).

URB/RUR	PROB 93	ERROR EST.	PROB 97	ERROR EST.
URBANO*	0,041	0,007	0,074	0,011
RURAL	0,006	0,002	0,010	0,003

Tabla 13. Probabilidad de tener seguro privado, por urbano/rural. (* diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.05$).

VALORES 1993 (A PESOS DE 1997)					
QUINTIL	Promedio	Error est.	Intervalo de conf. 95%		Deff
1	5.567,57	2.227,19	1.152,90	9.982,25	0,96
2	24.971,38	17.939,41	-10.587,62	60.530,40	0,57
3	25.899,26	12.586,70	950,23	50.848,29	0,98
4	30.171,40	12.034,46	6.317,02	54.025,77	1,58
5	51.343,34	13.150,34	25.277,10	77.409,59	3,24

VALORES 1997					
QUINTIL	Promedio	Error est.	Intervalo de conf. 95%		Deff
1	21.315,88	10.683,06	9,20	42.622,56	1,53
2	2.844,36	680,44	1.487,26	4.201,46	1,40
3	10.058,86	5.066,60	-46,16	20.163,88	1,44
4	9.964,09	1.822,58	6.329,08	13.599,11	0,97
5	26.060,14	4.626,01	16.833,85	35.286,43	8,43

Tabla 14. Promedio de pagos por seguros privados, por quintiles de ingreso (ninguna diferencia resultó estadísticamente significativa).

VALORES 1993 (A PESOS DE 1997)					
REGION	Promedio	Error est.	Intervalo de conf. 95%		Deff
ATLANTICA	35.673,49	9.914,38	16.021,48	55.325,52	0,73
ORIENTAL	15.262,70	3.564,19	8.197,86	22.327,54	0,15
ANTIOQUIA*	81.892,44	25.715,34	30.920,18	132.864,71	1,99
CENTRAL	35.963,68	14.617,69	6.988,88	64.938,48	0,72
PACIFICA	22.885,82	6.485,01	10.031,41	35.740,24	1,05
BOGOTA*	39.482,33	0,00	39.482,33	39.482,33	0,00
ORINOQUIA*	21.563,18	4.965,82	11.720,06	31.406,30	0,07
SAN ANDRES*	14.019,41	0,00	14.019,41	14.019,41	0,00

VALORES 1997					
REGION	Promedio	Error est.	Intervalo de conf. 95%		Deff
ATLANTICA	16.310,38	4.640,31	7.055,58	25.565,18	2,88
ORIENTAL	7.690,51	1.920,27	3.860,66	11.520,36	2,46
ANTIOQUIA*	19.967,33	2.518,36	14.944,62	24.990,04	1,06
CENTRAL	9.305,46	4.022,64	1.282,56	17.328,37	1,44
PACIFICA	19.754,72	3.228,37	13.315,95	26.193,49	0,75
BOGOTA*	34.257,48	884,28	32.493,83	36.021,12	0,09
ORINOQUIA*	7.346,91	3.633,63	99,87	14.593,95	0,90
SAN ANDRES*	26.184,60	709,64	24.769,27	27.599,94	0,00

Tabla 15. Promedio de pagos por seguros privados, por región (* diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.05$).

VALORES 1993 (A PESOS DE 1997)					
URB/RUR	Promedio	Error est.	Intervalo de conf. 95%		Deff
URBANO	43.578,29	11.632,98	20.519,70	66.636,88	4,41
RURAL	29.883,77	20.403,66	-10.559,83	70.327,36	1,26

VALORES 1997					
URB/RUR	Promedio	Error est.	Intervalo de conf. 95%		Deff
URBANO	21.293,10	4.585,64	12.147,34	30.438,86	12,77
RURAL	7.739,35	2.468,86	2.815,37	12.663,33	0,78

Tabla 16. Promedio de pagos por seguros privados, urbano/rural (ninguna diferencia resultó estadísticamente significativa).

DISCUSION

Este estudio analiza el comportamiento de cuatro aspectos del sistema de salud en términos de equidad:

- La distribución de las asignaciones presupuestales para la atención en salud de la población pobre
- La afiliación de las personas al Sistema General de Seguridad Social en Salud
- La utilización de servicios de salud entre las personas que se sintieron enfermas
- El gasto de bolsillo de los hogares en términos de pagos directos a proveedores y pagos por pólizas de seguros privados.

En cuanto a los avances logrados en materia de equidad en la distribución de recursos públicos para la atención de la población pobre, es evidente que la reforma creó nuevas fuentes de financiación y esquemas de distribución que causaron, por una parte, un incremento en valores absolutos y valores per-cápita pobre en los recursos, y por otra parte una mejoría en la distribución de dichos recursos, medida por el descenso en el coeficiente de Gini para recursos públicos de salud.

El impacto de la reforma a la salud y de la descentralización de los recursos públicos, se hace evidente en dos hallazgos: primero, una caída en el coeficiente de Gini para gasto per-cápita pobre en salud entre 1993 y 1997 momento en el cual se introducen las transferencias municipales; y segundo, en términos de la evolución de dicho coeficiente, en la que se nota una concentración cada vez menor en la disponibilidad per-cápita pobre de los recursos públicos de salud. Como se mostrará a continuación, el efecto sobre la equidad en la distribución de las asignaciones presupuestales para la salud de los pobres, se debe ante todo a los nuevos recursos para subsidios a la demanda y no a una redistribución de los recursos para subsidios a la oferta.

Como se explicó anteriormente, la atención en salud de la población pobre se sufraga de dos maneras: 1) con recursos para subsidios a la demanda, en el caso de la población afiliada al Régimen Subsidiado, o 2) con recursos para subsidios a la oferta, en caso de que la población pobre que está todavía sin aseguramiento necesite acudir a los hospitales públicos. Del gráfico 5 se desprende que si bien la concentración geográfica ha bajado en forma agregada (recursos de demanda y de oferta), en el caso de los recursos de oferta, la disminución ha sido mas lenta o menos pendiente; esto puede ser explicado por que dichos subsidios se encuentran más concentrados que el total , lo que de alguna manera refleja que los subsidios de oferta no llegan a los mas pobres en la misma medida que se espera que lleguen, y que los subsidios de demanda sí permiten mejorar la equidad en la distribución de recursos per-cápita pobre. Dicho de otro modo, se podría argumentar que en el caso de Colombia los subsidios de oferta son mas inefectivos, porque no es posible lograr una redistribución de estos recursos hacia las regiones mas pobres debido a que están atados a la inercia presupuestal y otra serie de condicionamientos que no permiten su fácil reasignación; del mismo modo, se podría argumentar que los subsidios de demanda sí son efectivos para el caso Colombiano, pues por tratarse de recursos nuevos resultaba más fácil su distribución buscando la compensación de las inequidades de los subsidios de oferta.

En gran medida esto se debe a una falta de coordinación entre la distribución de los recursos de oferta y los de demanda; mientras los primeros siguen la distribución de la oferta instalada y están condicionados por la inercia mencionada anteriormente, los

segundos se deberían destinar a equilibrar las inequidades de los primeros. Sin embargo, a la hora de distribuir los recursos de oferta (principalmente situado fiscal) no se está teniendo en cuenta el hecho de que las entidades territoriales que han llevado a cabo un proceso masivo de afiliación de pobres al Régimen Subsidiado, reducen concomitantemente su necesidad de recursos para subsidios a la oferta.²¹

En este sentido, la reforma impactó positivamente sobre las inequidades propias de la distribución del situado fiscal para salud, con la creación de la subcuenta de solidaridad para la financiación del Régimen Subsidiado, y con el incremento de las transferencias a los municipios. Con los recursos de la subcuenta de solidaridad, que en su mayor parte se nutre de los aportes de solidaridad del Régimen Contributivo, se pudo equilibrar en buena medida un desequilibrio histórico en la asignación de los recursos para subsidios a la oferta, que respondía a la inercia presupuestal de la capacidad instalada pública. Sin embargo, aún a pesar de la mejoría sustancial en la equidad en la distribución de estos recursos, aún persisten inequidades importantes que se deben corregir en el futuro.

Sin embargo, es preciso anotar que la transformación completa de subsidios de oferta a demanda, aunque necesaria, no es del todo deseable, especialmente en aquellos mercados donde la escasa demanda no alcanzaría para que la venta de servicios de los hospitales financie su operación. Otra propuesta que podría desarrollarse en futuras investigaciones, sería la de diseñar un esquema de subsidios de oferta con criterios de demanda, es decir, que las asignaciones presupuestales también estén determinadas por variables de demanda y no exclusivamente por variables de oferta.

En lo concerniente al gran avance que se ha dado en la afiliación a seguridad social, es evidente que la mayor ganancia ha tenido lugar entre los quintiles bajos, lo que se explica claramente por la creación del Régimen Subsidiado, la innovación mas importante de la reforma; esto ha permitido cerrar la brecha que existía en el aseguramiento del quintil mas bajo en comparación con el quintil mas alto. Las ganancias en cobertura de aseguramiento en los quintiles altos se explican por la expansión de la cobertura en seguridad social hacia el grupo familiar, pues antes de la reforma solo se cubría al trabajador cotizante.²²

Sin embargo, cuando se analiza la cobertura de seguros privados llama la atención que hay un incremento sustancial en ésta, para los quintiles 1,2 y 5; específicamente para los dos primeros quintiles, es necesario aclarar que la encuesta de 1993 solo pregunta por sistema de salud pre-pagada o por seguros médicos privados, mientras que la encuesta de 1997 incluye en la pregunta seguros escolares (los cuales no son infrecuentes en los estratos bajos, pero cuyo plan de beneficios se restringe a cierto tipo de accidentes); la diferencia en el quintil 5 se explica porque en 1997 también se preguntó por seguros de hospitalización y cirugía y seguros de emergencias, lo que hace que se reporten una mayor variedad de seguros privados que la que se reporta en 1993. Más aún, las estadísticas agregadas del mercado de Empresas de Medicina Pre-pagada muestran que

²¹ Esta disminución probablemente no se dá exactamente en la misma medida en que aumenta la afiliación al Régimen Subsidiado, pues en algunos casos la población no afiliada a este régimen aumenta debido a desplazamientos forzados, migraciones, o simplemente porque su crecimiento demográfico supera la afiliación al Régimen Subsidiado

²² Antes de la reforma, el Instituto de Seguros Sociales había empezado a extender la cobertura hacia el grupo familiar, pero solo beneficiaba a una proporción reducida de familias.

a partir de 1993 ha habido un descenso en el número de afiliados;²³ esto ratifica aún mas el efecto de la redacción de la pregunta sobre las diferencias que se observan, las cuales se explicarían porque en 1997 se indagó por más formas privadas de aseguramiento. Teniendo en cuenta estos puntos, el análisis sobre la probabilidad de tenencia de seguros privados y el pago de los hogares por estas pólizas, no arroja conclusiones relevantes.

En cuanto a los hallazgos sobre utilización de servicios y gasto de bolsillo, antes de saltar a conclusiones sobre el impacto de la reforma en estas variables, es necesario tener en cuenta dos factores clave para el análisis:

- La relación entre el tiempo transcurrido de la reforma, y
- El período en el que se esperarían encontrar cambios importantes como resultado de ésta.

Aunque la reforma fue aprobada en diciembre de 1993, en realidad el primer año se dedicó a desarrollar el texto de la Ley 100 en sus respectivos decretos y normas reglamentarias, que la implementarían en la práctica; este proceso de reglamentación fue particularmente intenso durante el primer semestre de 1994, puesto que se aproximaba el cambio de gobierno a partir del 7 de agosto de ese año y era necesario garantizar que la ley se dejara desarrollada al máximo posible para evitar virajes en la política sectorial que afectarían su evolución en el mediano y largo plazo.

En consecuencia, la entrada en funcionamiento de las nuevas Empresas Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo, solo se inició a partir de Enero de 1995; aunque algunos de los aseguradores que existían antes de la reforma, especialmente el ISS, CAPRECOM y CAJANAL, se convirtieron en EPS antes de esta fecha, aún no era evidente la competencia de las nuevas EPS. De otra parte, el Régimen Subsidiado solamente empezaría a funcionar tal como estaba diseñado en la Ley 100, a partir de la segunda mitad de 1996, después de haber pasado por un período de transición en el que los recursos para subsidios a la demanda fueron manejados directamente por los departamentos.

Teniendo en cuenta estas fechas de arranque, es claro que la encuesta de calidad de vida de 1997 se realiza en un momento en el que la reforma tan solo lleva dos años y medio de evolución en el Régimen Contributivo y un año en el Régimen Subsidiado; desafortunadamente en el momento en que se lleva a cabo este estudio no se cuenta con encuestas de hogares a nivel nacional mas recientes que contengan información sobre salud con el mismo nivel de detalle que la encuesta de calidad de vida de 1997, por lo cual solo es posible tomar dicho corte para hacer análisis sobre el impacto de la reforma.

En cuanto al período en el que se esperarían encontrar cambios importantes como resultado de la reforma, también es claro que es bastante mas largo que tan solo dos años y medio, en el mejor de los casos; es decir, habiendo transcurrido un tiempo tan corto para el momento en el que tiene lugar el corte transversal de 1997, no es posible detectar cambios en variables con un comportamiento inercial tan fuerte, como la demanda de servicios de salud, aún a pesar de que los incrementos en la cobertura de aseguramiento sean importantes; esto se confirma al observar que las diferencias en la probabilidad de acceder a los servicios de salud, por quintiles de ingreso, no son

²³ El número de afiliados reportados por la Superintendencia Nacional de Salud en 1993 era de 973.343, en 1994 de 955.192, y en 1995 de 890.171. (superintendencia Nacional de Salud, 1994 y 1996)

estadísticamente significativas para un α de 0,05; sin embargo, al comparar dichas probabilidades por regiones geográficas, se encuentra que mientras en la región Atlántica y en San Andrés esta probabilidad se incrementó, en Bogotá bajó (en el resto de regiones las diferencias no son estadísticamente significativas); si realmente hubiera habido un impacto positivo de la reforma sobre la probabilidad de utilización de servicios, deberían encontrarse incrementos estadísticamente significativos en todos los sub-grupos analizados

Por esto, aunque es necesario indagar explicaciones para los hallazgos en la región Atlántica, San Andrés y Bogotá, no es posible argumentar ni a favor ni en contra del impacto de la reforma sobre la probabilidad de utilizar los servicios de salud entre aquellas personas que reportaron enfermedad, accidente o problema odontológico en el mes previo a la encuesta, pues la demanda de servicios de salud no solamente está determinada por el precio sino por otras variables que tienden a ser estables en el mediano plazo y solo varían en el largo plazo; entre estas variables, se cuentan las barreras geográficas y culturales, y la asimetría de información entre los asegurados por un lado, y los aseguradores y prestadores por otro lado; esta última variable es particularmente importante durante los primeros años de la reforma, pues aún no se ha educado a la población lo suficiente para que conozca sus derechos cuando se afilia al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado.

Sería recomendable realizar este mismo análisis una vez hayan transcurrido al menos cinco años de evolución de los dos regímenes, pero especialmente del Régimen Subsidiado, cuyos beneficiarios actuales habían estado tradicionalmente alejados de los servicios de salud por barreras financieras, espaciales y culturales. Mas aún, en el Régimen Subsidiado debe analizarse mas a fondo el impacto de la reforma sobre el gasto de bolsillo, pues es allí donde primero se siente el efecto del aseguramiento, entre aquellas personas pobres que acudían a los servicios de salud antes de la reforma y para quienes las barreras geográficas y culturales no eran significativas.

Un análisis de este tipo permitiría detectar el efecto de *catch-up* según el cual, en la población que enfrenta barreras financieras, pero también barreras culturales, geográficas y de información, el incremento en la demanda de servicios tarda unos años en presentarse, muestra un incremento rápido y luego de un tiempo decrece, una vez se ha satisfecho la demanda represada. De hecho, análisis recientes en el Régimen Subsidiado muestran que la demanda se ha disparado especialmente a partir de 1998, no solo por efecto de la selección adversa, sino también porque la población ha aprendido a utilizar los servicios de salud.

No obstante, aún se podría hipotetizar que la reforma sí generó un impacto positivo sobre el acceso, que no se hace evidente en el corte de 1997, lo cual se explica así: podría asumirse que en 1993 las personas que sentían la necesidad de consultar a un servicio de salud efectivamente lo hacían, pero no recibían una atención integral; es decir, aunque llegaban hasta las puertas de un hospital o de un consultorio médico, y probablemente eran atendidos por un proveedor calificado, no se les practicaban los exámenes de laboratorio, o los procedimientos necesarios, o no podían adquirir los medicamentos ordenados por el equipo de salud; en cambio, en 1997, aunque las personas efectivamente seguían acudiendo a los servicios de salud cuando sentían la necesidad, la probabilidad de obtener una atención integral y de encontrar solución a su problema de salud era mucho mayor que en 1993. Lamentablemente, no es posible comprobar dicha

hipótesis, pues en la encuesta de 1993 no se incluyeron preguntas sobre el desenlace del contacto entre el encuestado y el sistema de salud.

Además de las anteriores argumentaciones, es necesario recalcar que algunas de las diferencias en los hallazgos entre 1993 y 1997 pueden deberse a sesgos inducidos por el instrumento; un aspecto muy relevante es la definición del período de referencia para la pregunta sobre morbilidad sentida: mientras la encuesta de 1993 pregunta: “durante el *último mes* tuvo alguna enfermedad, accidente, problema dental o problema de salud?” la encuesta de 1997 pregunta: “*en los últimos 30 días* tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud?”²⁴ La diferencia más relevante en cuanto a redacción es que el período de referencia de la primera encuesta presenta errores más amplios que el concepto más preciso de 30 días.

Otra diferencia importante tiene que ver con el período de referencia para pagos directos de bolsillo a proveedores; en la encuesta de 1993 se pregunta por los pagos relacionados con la última consulta, mientras que en la encuesta de 1997 se pregunta por los pagos incurridos en los últimos treinta días. En cuanto a gastos por hospitalización, en la encuesta de 1993 se pregunta por gastos relacionados con la última internación entre el 1º de Julio de 1992 y la fecha de la encuesta. (el trabajo de recolección de campo de esta encuesta se llevó a cabo entre el 10 de Mayo y el 31 de Agosto); por su parte, la encuesta de 1997 pregunta por los gastos relacionados con la causa más grave de hospitalización en los últimos doce meses.

Esta diferencia en la redacción de las preguntas hace que el gasto de bolsillo en 1993 quede subestimado con relación al de 1997, pues si en 1993 se hubiera preguntado por el gasto en los últimos 30 días, la reducción en el gasto de bolsillo entre 1993 y 1997 habría resultado mucho mayor; esta limitante permite aseverar con más optimismo que la mayor cobertura de aseguramiento efectivamente disminuyó el gasto de bolsillo de los hogares, lo que no debería sorprender, si se tiene en cuenta que el gasto público para salud per cápita pobre creció de 50 a 90 dólares; queda por demostrar si esta substitución entre gasto de bolsillo y subsidio estatal fue perfecta, o generó duplicación en el gasto.

En un intento por conocer mejor el comportamiento del gasto de bolsillo, se comparó el promedio de gasto de los hogares en medicamentos por quintil de ingreso, reportado por la Encuesta Nacional de Hogares de Septiembre de 1992;²⁵ en esta encuesta se preguntó por el gasto en medicamentos durante el mes de agosto, con lo cual el período de referencia es más comparable con el de la encuesta de 1997. En la tabla 17 se observa claramente que en todos los quintiles de ingreso bajó el monto que los hogares gastan en medicamentos, diferencias que resultan estadísticamente significativas; esto hace pensar que la reforma tuvo un impacto importante sobre el gasto de bolsillo de los hogares, si se tiene en cuenta que la mayor proporción del gasto de bolsillo en salud está representada precisamente por el gasto en medicamentos; el mayor impacto en el quintil 5 se explica porque antes de la reforma este grupo presentaba un gasto de bolsillo en medicamentos mucho mayor que el de los cuatro quintiles restantes; hoy, por efecto de la reforma, pueden obtener estos medicamentos de sus EPS. Este hallazgo inicial sugiere la necesidad de indagar mucho más a fondo sobre el comportamiento del gasto de bolsillo como primer cambio positivo en el acceso a los servicios de salud, más allá de la simple afiliación a la seguridad social. A partir de este hallazgo, también se puede hipotetizar que

²⁴ Itálicas fuera de texto.

²⁵ Esta Encuesta tiene cobertura nacional y el tamaño muestral es de 24.000 hogares

hay una mejoría en la calidad de los servicios, si se se tiene en cuenta que un mejor acceso a los medicamentos supone una mejoría en la dimensión de la integralidad en el servicio recibido, y obviamente evitando la sobresimplificación de la calidad de la atención en términos de acceso a medicamentos.

VALOR GASTADO EN MEDICAMENTOS EN 1992, A PESOS DE 1997					
QUINTIL	Promedio	Error est.	Intervalo de conf. 95%		Deff
1*	23.553,78	1.753,07	20.115,03	26.992,53	3,02
2*	24.761,63	1.631,30	21.561,74	27.961,52	1,11
3*	23.845,82	1.409,70	21.080,62	26.611,03	1,48
4*	28.123,75	2.279,19	23.652,99	32.594,52	1,24
5*	44.898,29	4.351,75	36.362,06	53.434,51	1,59

VALOR GASTADO EN MEDICAMENTOS EN 1997					
QUINTIL	Promedio	Error est.	Intervalo de conf. 95%		Deff
1*	17.473,18	1.114,73	15.261,30	19.685,05	1,68
2*	15.990,64	1.207,04	13.595,62	18.385,66	3,50
3*	18.347,36	1.544,11	15.283,52	21.411,20	3,59
4*	19.083,81	1.285,25	16.533,60	21.634,03	2,41
5*	23.881,14	1.684,61	20.538,51	27.223,77	3,63

Tabla 17. Promedio de gasto de los hogares en medicamentos, por quintil de ingreso, comparando los datos de la Encuesta Nacional de Hogares de septiembre de 1992, con la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, de 1997 (* diferencia estadísticamente significativa, $p < 0.05$).

Es preciso aclarar, sin embargo, que la liberación de precios de los medicamentos a partir de 1999, pudo haber generado un incremento en el gasto de bolsillo por este concepto; desafortunadamente, a la fecha no es posible contar con encuestas de hogares que permitan comprobar o rechazar esta hipótesis.

Al evaluar el sistema de salud de Colombia, es preciso anotar que algunos de los problemas comentados en este estudio se relacionan con variables de diseño del sistema de salud, mientras que otros son el reflejo de fenómenos estructurales que son independientes del sector salud; obviamente que existe una importante interacción entre los factores de diseño y los factores estructurales, pero se podrían analizar separadamente para entenderlos mejor.

En lo concerniente a las variables de diseño, es claro que los subsidios de demanda enfrentan dificultades importantes no solo en los procesos de otorgamiento del subsidio a las personas sino en el control de la afiliación; en el Régimen Contributivo también se evidencian problemas por el diseño de los procesos de recaudo de cotizaciones, así como en el control de la afiliación y la capacidad del Estado para evitar la selección sesgada, producto de la asimetría de información en el aseguramiento.

En cuanto a las variables estructurales, la informalidad del empleo y su consecuente dificultad para controlar la evasión en la afiliación, limitan la posibilidad de incrementar los recursos para el sector. El comportamiento del empleo y desempleo también condiciona globalmente la capacidad de crecimiento y la solvencia del sector, pues en presencia de desempleo creciente es más difícil allegar recursos para el Régimen Contributivo y en consecuencia para el Régimen Subsidiado habrá menos punto de solidaridad y más pobres elegibles para el subsidio.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de este estudio sugieren que:

- Ha habido mejoras en la equidad en la distribución de recursos para subsidios en salud a la población pobre.
- La mayor disponibilidad de recursos nuevos para subsidios a la demanda, complementados con recursos de subsidio de oferta transformados en subsidios de demanda, ha hecho posible compensar las inequidades en la distribución de los tradicionales subsidios de oferta, conllevando a una menor concentración de los recursos totales per-cápita pobre.
- Para el caso colombiano, el hecho de que los subsidios de demanda no estén regidos por los mismos factores que condicionan la asignación de los subsidios de oferta, permite una mayor flexibilidad en su manejo con el fin de compensar las inequidades de éstos.
- Ha mejorado la cobertura de aseguramiento, con especiales ganancias en los quintiles bajos de ingreso y en las zonas rurales.
- La reforma a la seguridad social en salud ha permitido estos avances mediante la creación de nuevas fuentes de financiación, la ampliación de la cobertura al grupo familiar en el Régimen Contributivo, y la creación del Régimen Subsidiado.
- A pesar de los incrementos en cobertura de aseguramiento, la probabilidad de acceder a los servicios no mejoró entre quienes reportaron problemas de salud previo a la encuesta.
- La mayor cobertura de aseguramiento posiblemente permitió que los hogares disminuyeran entre 1993 y 1997 su gasto de bolsillo por concepto de medicamentos, lo que sugiere un mejoramiento en la integralidad de la atención, que debe ser comprobado empíricamente de manera más amplia.

ANEXO 1

Desagregación de las fuentes de recursos públicos para la atención en salud de la población pobre.

	84	85	86	87	88	89	90	91
Situado Fiscal	287,2	318,8	303,2	303,5	426,9	468,9	463,7	489,9
Ayuda Financiera	239,6	162,3	242,7	184,4	117,0	137,2	144,5	91,6
Rentas Cedidas	195,2	185,7	219,5	246,3	304,7	295,0	325,0	298,2
Recursos de capital	183,5	198,2	182,3	84,1	129,6	20,2	-	35,2
Otros	-	7,7	8,8	-	-	1,3	-	2,6
FOSYGA	-	-	-	-	-	-	-	-
Transfer. municipales	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	905,5	872,7	956,5	818,2	978,2	922,5	933,2	917,6

	92	93	94	95	96	97	98	99
Situado Fiscal	557,2	650,9	836,7	874,8	1.030,4	1.024,5	1.007,0	1.026,8
Ayuda Financiera	106,0	200,0	237,1	189,2	375,3	547,8	361,2	295,9
Rentas Cedidas	398,7	399,0	468,1	589,3	551,5	542,0	443,2	432,0
Recursos de capital	39,1	74,5	121,8	204,4	341,8	376,8	154,7	197,7
Otros	1,0	1,5	3,5	5,9	168,1	103,9	40,2	147,5
FOSYGA	-	-	-	-	337,7	436,5	627,5	358,5
Transfer. municipales	-	53,4	178,4	285,8	431,6	448,9	356,1	326,0
TOTAL	1.101,9	1.379,4	1.845,5	2.149,4	3.236,4	3.480,4	2.989,9	2.784,4

BIBLIOGRAFÍA

Acosta OL, Fainboim Y, Gutiérrez C, Zuluaga B. (1999). Relaciones Fiscales entre el Distrito Especial de Bogotá y la Nación. *Coyuntura Social*. 20:123-163.

Bitrán R, Giedion U, Morales LG, (1997). Targeting of Public Subsidies for Health in Colombia, World Bank Flagship Course.

Contraloría General de la República (1999). Evaluación del funcionamiento del Régimen Subsidiado en salud. Documento CGR-DGSS-No. 099. Septiembre de 1999.

Culyer AJ, Wagstaff A. (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*. 12:431-57.

Daniels N, Bryant J, Castano RA, et al. (2000). Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 78(6):740-750.

Departamento Nacional de Planeación (2000). Informe del Desarrollo Humano para Colombia, 1999. Tercer Mundo Editores.

Giedion U, López A (1996). Heterogeneidad financiera y homogeneidad política. mimeo, Programa de Apoyo a la Reforma/Programa SMS Ministerio de Salud, 1995.

González JI. (2000) Eficiencia horizontal y eficiencia vertical del Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN). Departamento Nacional de Planeación, Misión Social. Borrador.

Hsiao WC. (1998). Financing health care in developing countries. In: The World Bank Institute, the Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing. The World Bank, Wanshington, D.C.

Maynard A. (2000). Racionamiento de la atención a la salud: inmoral, o políticamente poco atractivo? *Informando y Reformando*. Abril-Junio 2000, No 4, pp. 1-3.

Ministerio de Salud, Programa de Apoyo a la Reforma (1998a). Análisis de tendencias de ingresos, gastos y producción de hospitales de II y III nivel, 1996-1998. Mimeo

Ministerio de Salud (1998b). Censo del recurso humano y dinámica salarial del sector salud oficial 1994-1998.

Molina C, Giedion U (1993). Distribución del Gasto Público en Salud en Colombia, Banco Mundial, Fedesarrollo.

Morales LG. (1997). El financiamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia, CEPAL, LC/L.1037, Serie Finaciamento del Desarrollo, Julio de 1997

Muñoz M. (1999). Los indicadores de pobreza utilizados en Colombia: una crítica. En: Pobreza y desigualdad: Reflexiones conceptuales y de medición. Editado por CINEP. p 143.

Navarro V. (2000) Assessment of the World Health Report 2000. *LANCET*. 356:1598-601.

Plaza B, Giedion U, Morales LG, Bloom E (1999). La evasión de aportes obligatorios al sistema de salud en Colombia. Fedesarrollo.

Sánchez F, Núñez J (1999). Descentralización, pobreza y acceso a los servicios sociales. Quién se benefició del Gasto Público social en los noventa? *Coyuntura Social*. 20:165-192.

Superintendencia Nacional de Salud (1994). Entidades de Medicina Prepagada. Análisis de coyuntura Diciembre de 1993 – Marzo de 1994.

Superintendencia Nacional de Salud (1996). Empresas de Medicina Prepagada.

Van Doorslaer E, Wagstaff A (1992). Equity in the delivery of health care: some international comparisons. *Journal of Health Economics*. 11:389:411.

Wagstaff A, Van Doorslaer E (1992). Equity in the finance of health care: some international comparisons. *Journal of Health Economics*. 11:361:387.

Whitehead M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services*. 22(3):429-45.

World Health Organization. (2000). World Health Report 2000; Improving Performance of Health Systems.