

Salud al alcance de *todos*

Una década de
expansión del
seguro médico
en Colombia

Amanda L. Glassman
María-Luisa Escobar
Antonio Giuffrida
Úrsula Giedion
Editores

Salud al alcance de todos

Una década de expansión
del seguro médico en Colombia

Amanda L. Glassman
María-Luisa Escobar
Antonio Giuffrida
Úrsula Giedion

Editores

Banco Interamericano de Desarrollo
The Brookings Institution

© Banco Interamericano de Desarrollo, 2010. Todos los derechos reservados. Las opiniones expresadas en este libro pertenecen a los autores y no necesariamente reflejan los puntos de vista del BID.

Banco Interamericano de Desarrollo
1300 New York Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20577
Estados Unidos de América
www.iadb.org

The Brookings Institution
1775 Massachusetts Ave., N.W.
Washington, D.C. 20036
Estados Unidos de América
www.brookings.edu

**Cataloging-in-Publication data provided by the
Inter-American Development Bank
Felipe Herrera Library**

Salud al alcance de todos : una década de expansión del seguro médico en Colombia / Amanda L. Glassman ... [et al.], editores.

p. cm.

Includes bibliographical references.

ISBN: 978-1-59782-111-7

1. Health insurance—Colombia—Case studies. 2. Health care reform—Colombia. 3. Medical policy—Colombia. 4. National health services—Colombia. 5. Public health—Colombia. I. Glassman, Amanda L., ed. II. Inter-American Development Bank.

RA412.5.C6 S35 2009
368.382 F925—dc22

El diseño y la producción de esta publicación estuvieron a cargo de la Oficina de Relaciones Externas del BID.

Para más información sobre publicaciones del BID por favor diríjase a:
Pórtico Bookstore
1350 New York Ave., N.W.
Washington, D.C. 20005
Estados Unidos de América
Tel: (202) 312-4186
pórtico.sales@fceusa.com

Índice

Lista de siglas	v
Prefacio	vii
Capítulo 1 Colombia: una década después de la reforma del sistema de salud	1
Antecedentes y contexto	1
Una década de cambios	6
Capítulo 2 Instituciones, gasto, programas y salud pública .	15
Antecedentes	17
Estudios de casos de programas	33
Análisis	42
Capítulo 3 Impacto del seguro de salud subsidiado sobre el estado de salud, y sobre el acceso y uso de los servicios sanitarios	51
Antecedentes y contexto	54
Métodos	58
Resultados	60
Análisis	76
Capítulo 4 Hospitales públicos y reforma del servicio de salud	85
Los servicios hospitalarios antes de las reformas de 1993 . .	86
Primera fase de la reforma: 1993–2002	90
Reorganización, modernización y rediseño de las redes de hospitales públicos: de 2002 a la fecha.	99
Conclusiones y lecciones para otros países	106

Capítulo 5 La protección financiera del seguro de salud . . .	115
El sistema de salud colombiano	116
Estudios previos sobre los gastos catastróficos por motivos de salud con efectos de empobrecimiento en Colombia	117
Marco conceptual	124
Datos y metodología	133
Análisis descriptivo	135
Impacto del seguro de salud sobre la protección financiera	151
Conclusiones	167
 Capítulo 6 Diez años de reformas del sistema de salud: lecciones sobre el financiamiento de la salud en Colombia	 173
Antes de las reformas	173
Las reformas de salud de 1993.	177
Los resultados de las reformas.	181
Análisis	186
Conclusiones	197
 Colaboradores	 207

Lista de siglas

BCG	Bacillus Calmette-Guérin
CASEN	Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DOTS	tratamiento directamente observado de corta duración
DPT	difteria, tos ferina, tétano
ECV	Encuesta de Calidad de Vida
EPS	Entidades Promotoras de Salud
Fedesarrollo	Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo
Fosyga	Fondo de Solidaridad y Garantía
MDD	doble diferencia con pareo
MPS	Ministerio de la Protección Social
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAB	Plan de Atención Básica (ahora llamado Plan Básico de Salud)
PBS	Plan Básico de Salud
PIB	producto interno bruto
POS	Plan Obligatorio de Salud
PSM	correspondencia del puntaje de propensión
RDA	enfoque de regresión discontinua

SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDA	síndrome de inmunodeficiencia adquirida
Sisben	Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales
SNS	Sistema Nacional de Salud
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH	virus de inmunodeficiencia humana

Prefacio

Después de más de una década de haberse puesto en práctica en Colombia, el seguro médico, que el Ministro de Salud y prominente economista Juan Luis Londoño, fallecido en 2003, calificó alguna vez de “competencia administrada en el trópico”, ha logrado resultados espectaculares en cuanto a acceso, utilización y protección financiera, sobre todo para los pobres. Actualmente, más del 85% de los colombianos están asegurados.

En un contexto de debates en todo el mundo sobre la mejor manera de lograr cobertura universal sin crear incentivos perversos, este libro presenta a los lectores que residen dentro y fuera del país un análisis sobre bases empíricas de los avances realizados en Colombia. También se señalan los retos para el futuro en los ámbitos de financiamiento, salud pública, paquetes de prestaciones y administración de hospitales, reconociendo que la reforma del sistema sanitario es un proceso continuo que exige evaluación, aprendizaje y ajustes constantes.

Este libro es el producto conjunto de investigadores radicados en Colombia, de la Brookings Institution y del Banco Interamericano de Desarrollo. La labor inicial para la elaboración de este estudio fue financiada con una donación de la Fundación Bill & Melinda Gates a la Brookings Institution. Los costos de las investigaciones adicionales, edición y publicación fueron sufragados por el Banco Interamericano de Desarrollo. Se hace constar un profundo agradecimiento por estas contribuciones.

Kei Kawabata
Gerente del Sector Social



CAPÍTULO 1

Colombia: una década después de la reforma del sistema de salud

*María-Luisa Escobar, Úrsula Giedion,
Antonio Giuffrida y Amanda L. Glassman*

Antecedentes y contexto

Colombia es un país de ingreso medio con una población estimada (2005) de 43 millones de habitantes (DANE, 2007). Durante los últimos 30 años la población colombiana ha experimentado cambios demográficos y epidemiológicos propios de sociedades en transición: el rápido descenso de la tasa de fertilidad total (de 3,24 hijos por mujer en 1985 a 2,48 en 2005), un aumento significativo de la esperanza de vida (de 71,4 años a 76,3 años para las mujeres y de 64,7 a 69 años para los hombres, en el período de 1985 a 2005), y la rápida urbanización (74,3% de la población vivía en centros urbanos en 2005 frente a un 67% en 1985).

La mitad de la población es pobre y la desigualdad, un fenómeno generalizado. Al igual que otras naciones en desarrollo, Colombia es muy vulnerable a los shocks externos e internos que afectan el ingreso de los pobres y el poder de compra para acceder a los servicios de salud que necesitan. Antes de 1993 solo un tercio de los colombianos tenía seguro de salud y más de la mitad del gasto total en salud era desembolsado por el beneficiario del servicio. Con frecuencia, se ha considerado que las barreras económicas obstaculizaban el acceso de los pobres a la atención de la salud: casi el 60% de las personas que reportaron una

enfermedad que requería consulta en un centro de salud en 1993 no utilizó estos servicios debido a los altos costos que esto implicaba.

En 1993 Colombia introdujo un plan obligatorio de salud con la aprobación de un ambicioso paquete de reformas al servicio de la salud. La reforma permitió la competencia tanto en el aseguramiento como en la prestación del servicio de salud mediante un modelo de atención gerenciada.

En 2008 más del 85% de la población contaba con seguro de salud, y el acceso y la utilización de los servicios de salud entre los pobres han aumentado considerablemente. También ha mejorado ostensiblemente la protección financiera, y con ello el gasto destinado a la salud pública.

Sin embargo, pese a las innovaciones y a los resultados promisorios, la reforma colombiana prácticamente no ha sido estudiada o analizada en el ámbito internacional. Gran parte de la vasta bibliografía de alta calidad generada en el país no puede obtenerse fácilmente en el resto del mundo; posiblemente sea esta la razón por la que poco se conoce del impacto y de los desafíos que presentaron la introducción y posterior instrumentación de la reforma del sistema de salud en Colombia.

La experiencia permite entender las dificultades, los beneficios y los riesgos de introducir en el sistema de salud funciones tales como la contratación activa, el ajuste al riesgo, el aseguramiento y los paquetes de beneficios, en un ámbito de recursos y capacidades más limitados. Esta obra espera divulgar los resultados de estudios realizados recientemente y servir de detonador de un análisis empírico de esta reforma integral, tanto en el ámbito nacional como internacional.

El sistema de salud antes de la reforma de 1993

Antes de los cambios introducidos por las reformas de descentralización financiera y de salud en 1993, el nivel de acceso y uso del servicio de salud era bajo. Los pobres eran vulnerables a un gasto que los empobrecía a raíz de la enfermedad (Giedion, López y Riveros, 2005). El sistema de salud en Colombia se caracterizaba por grupos de riesgo atomizados, poca eficiencia, ausencia de subsidios públicos para los pobres, grandes desembolsos directos de particulares, y una enorme desigualdad.

Estos factores afectaban a los pobres de manera desproporcionada: más de la mitad del quintil inferior de ingresos no podía acceder a

atención médica cuando lo necesitaba porque no podía pagarlo. Una cuarta parte de la población total carecía de acceso a una atención médica eficaz debido a la falta de infraestructura, recursos humanos, medicina y bienes médicos (Barón, 2007). Aunque teóricamente los hospitales públicos debían ser gratuitos y dar cobertura a los pobres y a personas sin seguro médico, tan solo el 20% de las admisiones a hospitales públicos correspondía a población situada en el quintil más pobre y el 91% de los pacientes más pobres hospitalizados debía afrontar costos directos. El régimen de subsidio público beneficiaba a pacientes en mejor situación económica: casi un 60% de las admisiones a hospitales públicos correspondía a personas de ingreso medio y alto de los quintiles cuarto y quinto de ingresos, pero tan solo el 69% de los pacientes con más recursos que estaban hospitalizados realizaba desembolsos directos (Molina et.al., 1993).

El Sistema Nacional de Salud anterior a la reforma estaba compuesto por tres subsectores independientes: el sector oficial o público (instituciones del Estado), el sector de seguro social para trabajadores de la economía formal, y el sector privado, utilizado por personas con y sin seguro médico. Más del 40% de todas las intervenciones de salud y hospitalizaciones se canalizaba a través del sector privado (DANE, 1992). El sistema se financiaba con recursos de la recaudación fiscal, contribuciones parafiscales, y desembolsos directos de los usuarios, y estas tres fuentes de financiamiento se mantenían segregadas. Además del bajo gasto público destinado al área, el problema era la ausencia de un mecanismo eficaz para la asignación de subsidios específicos. En 1993 Colombia destinaba un 1,4% de su producto interno bruto (PIB) al área de salud (Molina et al., 1993), mientras que Chile, México, Venezuela, Brasil y Argentina ya asignaban porcentajes mayores de su PIB cinco años antes.

El financiamiento de la salud pública se canalizaba hacia hospitales públicos, instituciones de atención primaria, programas de salud pública, actividades de control de enfermedades, y los gastos administrativos de las funciones centrales y descentralizadas del Ministerio de Salud con base en sus presupuestos históricos, sin relación con el nivel de las prestaciones proporcionadas, las necesidades de atención de la población, o los resultados en materia de salud. Fuera de los programas centralizados de salud pública, no se asignaban partidas de recursos por

separado para prevención de enfermedades, promoción de la salud o actividades de salud comunitaria. La red de hospitales públicos se componía de instituciones de diversos niveles de calidad y eficiencia, pero todos con elevados costos laborales. La descentralización simultánea transmitió la titularidad de las instalaciones públicas a los gobiernos locales, que recibían transferencias del Tesoro Nacional para financiar sus presupuestos históricos. Los hospitales públicos no tenían incentivos para ser eficientes, mejorar la calidad de la atención, o adecuar sus carteras de servicios a las necesidades de la población. De hecho, muchos hospitales públicos habitualmente sufrían crisis financieras hacia mediados de año y recurrían a rescates del gobierno para sobrevivir.

Los trabajadores con empleo formal aportaban contribuciones parafiscales a instituciones de seguridad social que brindaban cobertura de salud a los afiliados a través de redes verticalmente integradas de instituciones y prestadores de salud. Los prestatarios de la seguridad social representaban cerca de un cuarto de la población colombiana. El gasto per cápita en salud dentro del sector de seguridad social era varias veces superior al del resto de la población que dependía de los servicios del Ministerio de Salud. Por su parte, un importante sector privado brindaba productos de seguro y atención de la salud a la población; el seguro normalmente no otorgaba cobertura a las personas a cargo de los trabajadores asegurados.

Las reformas de 1993

La Ley 100 de 1993 estableció el marco legal del nuevo sistema de salud de Colombia y adoptó el modelo del “pluralismo estructurado” (Londoño y Frenk, 1997). La reforma unificó los subsistemas público y privado de seguridad social en lo que se denominó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (conocido como SGSSS). La reforma también reorganizó el sistema en torno de funciones y responsabilidades, en lugar de grupos poblacionales.

La reforma de salud de 1993 creó un seguro de salud universal obligatorio para mejorar la equidad y el rendimiento del gasto público destinado a salud. Este plan social nacional de carácter integral, financiado por una combinación de contribuciones parafiscales y recaudación fiscal, incluía un régimen contributivo para quienes tenían capacidad

de pago y un régimen totalmente subsidiado para los pobres. Así, los beneficiarios se afilian a aseguradoras públicas o privadas (fondos de salud), tienen derecho a un paquete definido de beneficios de salud, y reciben atención de prestadores del sistema público y privado. La reforma introdujo un fondo de equiparación nacional, el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) que provee subsidios cruzados entre personas de altos ingresos y pobres, enfermos y sanos, mayores y adultos, y financiamiento para estabilizar los recursos del sistema de salud durante crisis económicas.

Tanto los trabajadores independientes como los que están empleados en la economía formal con una remuneración superior al ingreso mínimo predeterminado deben afiliarse al régimen del seguro de salud contributivo y aportar un 12,5% de sus ingresos (12% antes de enero de 2008). Los fondos son recaudados por la aseguradora escogida por el afiliado y luego remitidos al fondo de equiparación nacional. Los pobres e indigentes, identificados como tales en el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisben), un instrumento que permite determinar el nivel de pobreza, no realizan aportes al sistema de seguro y están cubiertos por un régimen de seguro de salud subsidiado.

Las personas aseguradas en ambos regímenes eligen su aseguradora, escogen a los prestadores de servicios de salud de la red de la aseguradora y reciben un paquete de beneficios de salud comprado por las aseguradoras a prestadores privados y públicos mediante contratos. Todos los participantes en el régimen contributivo pueden afiliar a las personas a su cargo como grupo familiar. El plan de beneficios para el régimen contributivo es generoso y cubre todos los niveles de atención. El paquete tenía una prima equivalente a US\$207 por año en 2007. Actualmente, el régimen subsidiado comprende atención primaria, algunas atenciones hospitalarias y atención de emergencias por una prima equivalente a US\$117. Esta cobertura se complementa con atención hospitalaria en hospitales públicos de tercer nivel. La ley disponía la transformación gradual de los subsidios de la oferta en subsidios a la demanda en consonancia con la ampliación de la cobertura, lo que en última instancia conduciría a una cobertura universal con un paquete uniforme de servicios para toda la población. Los residentes que aún carecen de seguro pueden acceder a las instalaciones públicas

para recibir servicios preventivos y de salud pública, así como también atención de emergencia.

Independientemente de la condición del seguro, todos los ciudadanos tienen derecho a recibir los beneficios del paquete de intervención de la salud pública, el Plan Básico de Salud (PBS), que hasta 2008 se denominó Plan de Atención Básica (PAB). Los municipios ofrecen servicios de prevención de enfermedades y promoción de la salud que se incluyen en el PBS. El financiamiento de la salud pública es independiente de otros recursos financieros para la salud.

Las reformas exigían que los hospitales públicos dejaran de ser prestadores de servicios de salud estatales financiados por subsidios a la oferta con base en presupuestos históricos, para transformarse gradualmente en empresas estatales con estructuras de gobierno autónomas que reciben retribución por los servicios prestados. Los prestadores de servicios de salud del sector privado debían competir con los prestadores de servicios de salud del sector público para la prestación del plan obligatorio de servicios en función de la calidad y debían negociar contratos con las aseguradoras. Esto presentaba muchas dificultades y la presión para modernizar la red de hospitales públicos era enorme habida cuenta de los cambios introducidos a los servicios de asistencia de salud.

Una década de cambios

La economía política

A mediados de 1994, a siete meses de sancionada la Ley 100, se produjo un cambio de gobierno. Si bien ambos gobiernos pertenecían al mismo partido político, el nuevo equipo no estaba complementado de acuerdo con los principios de la reforma. La aprobación de leyes y reglamentos clave para la instrumentación de la ley se demoró, y el proceso de reforma perdió vigor. Sin embargo, a pesar de las dificultades, el régimen contributivo atrajo a nuevos aseguradores que ingresaron en el sistema para ampliar la cobertura del seguro de salud. Los reglamentos de las aseguradoras del régimen subsidiado se introdujeron formalmente a fines de 1995 para poder ponerlo en marcha. Sin embargo, el régimen subsidiado recién pudo lanzarse

dos años más tarde debido a dificultades políticas y a negociaciones necesarias con los gobiernos locales.

Entre 1991 y 1994, Colombia experimentó un importante crecimiento económico, al que le siguió una fuerte contracción que devino en la recesión de 1998 y 1999 (con un crecimiento negativo récord del PIB de -4,3% en 1999). Posteriormente, en 2000 y 2001, la economía se recuperó levemente y el PIB llegó a crecer un 2,8% y un 2,4% respectivamente en esos años. Las cifras oficiales de desempleo subieron del 8,7% en 1995 al 20,2% en 2000 (las más altas de los últimos 20 años), y en 2000 el empleo informal representaba un 54,9% del empleo total. La recesión ocurrió en el contexto de una intensificación del conflicto armado interno, lo que provocó el desplazamiento de 580.000 personas entre 1998 y 2001. La población rural fue la más afectada: el 82% de los desplazados emigró de zonas rurales hacia la ciudad.

Para 2001 las reformas en el sistema de salud solo se habían instrumentado parcialmente, y el SGSSS sufría una crisis financiera grave y generalizada. Más aún, el objetivo de la cobertura de seguro universal estaba lejos de alcanzarse, ya que tan solo el 58% de la población estaba asegurada y la transformación del financiamiento hospitalario había incidido apenas en el 50% de los ingresos de los hospitales. La confusión acerca de las funciones descentralizadas de las autoridades locales en el ámbito de la salud pública, sumada al reparto insuficiente de recursos para los programas de vacunación, afectó negativamente las tasas de inmunización.

Esa situación llevó al gobierno a evaluar dos alternativas. Por un lado, volver a los subsidios de la oferta, con presupuestos del sector público controlados por el gobierno central, y en particular el Tesoro Nacional, pero en desmedro del régimen subsidiado y de la reforma del sistema de salud (Gaviria, Medina y Mejía, 2006). La otra alternativa era que el gobierno corrigiera las condiciones externas que afectaban la prestación del servicio y fortaleciera el proceso de reforma del sector salud. El gobierno adoptó esta última estrategia y la administración se comprometió a acelerar la expansión del seguro de salud subsidiado para los pobres, desarrollar un programa que respaldase un nuevo diseño, así como también la reorganización y la modernización de los hospitales públicos, y que garantizara su viabilidad financiera, y reforzar el programa nacional de vacunación.

Esta visión se puso en marcha en 2002. Los ministerios de Trabajo y Salud se fusionaron. Así, el régimen jubilatorio, el seguro de salud, los programas de salud pública, y todos los demás programas de asistencia social pasaron a depender de la órbita del Ministerio de la Protección Social (MPS). Se diseñó un sistema de aseguramiento de la calidad, que incluyó un proceso de habilitación y acreditación de las instalaciones y los prestadores de servicios de salud de los sectores público y privado. Asimismo, se negoció un ambicioso programa de reestructuración de hospitales con los gobiernos locales y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Medición de resultados

Para medir objetivamente el impacto del cambio de política social en el mundo en desarrollo, es preciso analizar los avances a la luz de las condiciones originales anteriores a una reforma, no solo en función del grado de cumplimiento de objetivos ambiciosos de reforma. Dado que las reformas son procesos que evolucionan a lo largo del tiempo y dentro de sociedades en constante cambio, resulta sensato comprender, en primer término, las complejidades de la transformación para poder evaluar objetivamente cualquier cambio, por más pequeño e insuficiente que pueda parecer a la luz de parámetros internacionales.

Dividir los regímenes de seguridad social tradicional para los trabajadores con empleo formal y transformarlos en aseguradoras ordinarias que compiten entre sí era una tarea política e institucional imposible de imaginar antes de 1993. De hecho, la mayoría, si acaso la totalidad, de los países latinoamericanos con sistemas de salud similares al de Colombia antes de la reforma aún tienen sistemas de salud segmentados con importante desigualdad en el financiamiento de la salud, sin paquetes de beneficios explícitos, y sin la contratación combinada de prestadores de los sectores público y privado. La creación de un fondo de equiparación funcional que transforma los aportes en pagos por capitación ajustados al riesgo con destino a las aseguradoras fue una prueba para los organismos financieros que debían ser contratados por licitación pública para administrar las finanzas del fondo. La complejidad del fondo de equiparación, compuesto de cuatro subfondos (o cuentas en Fosyga) para atender funciones tales como primas totales

o parciales de seguro para más de 30 millones de personas requiere mercados financieros y de capital bien desarrollados, acompañados por sistemas de información de vanguardia.

Demostrar y aceptar que los subsidios públicos no llegaban a los pobres e introducir un instrumento para verificar la condición de pobreza y así mejorar el destino de los subsidios del gobierno a quienes más lo necesitan fue un enorme desafío a principios de los años noventa, y aún hoy lo sigue siendo en muchos países en desarrollo. La introducción y utilización del Sisben en el sector salud fue una victoria de los pobres colombianos y una mejora importante en la asignación de recursos públicos con destino a la salud. Con posterioridad, este régimen también se adoptó en otros sectores.

Mecanismos de gobierno como el Consejo Nacional de Seguridad Social —donde los representantes de aseguradoras y prestadores de servicios de salud de los sectores público y privado, del gobierno, y de la sociedad civil tienen poder para tomar decisiones sobre el funcionamiento del sistema de salud— aún son desconocidos en muchos países con niveles de ingreso similares a los de Colombia. A partir de la reforma de 1993, existe por primera vez una estructura regulatoria formal, mediante la cual el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el de Salud comparten una misma mesa para debatir los aspectos financieros y técnicos del sistema de salud cuando negocian decisiones que afectan a las finanzas públicas. Una órbita de negociación abierta en la que todos los grupos especiales de interés estén representados es más habitual en sociedades más igualitarias con democracias afianzadas que en países de ingreso bajo a medio con 40 años de conflicto armado interno. El riesgo de captura era elevado y los requisitos técnicos para que funcionara como se esperaba, enormes. Tras 10 años de instrumentación, se han recogido importantes lecciones tanto para Colombia como para otros países que enfrentan desafíos similares.

Los cinco trabajos que se compilan en esta obra estudian las reformas al sistema de salud de Colombia y su impacto tras una década de implementación. El libro analiza distintos aspectos tales como financiamiento, reforma hospitalaria, impacto del seguro, regulación, y salud pública. Cada trabajo examina la reforma desde un ángulo diferente, aunque todos están naturalmente relacionados entre sí, dada la estructura del sistema y su mecanismo de funcionamiento. El análisis

que aquí se presenta se refiere al período que transcurre entre 1993 y 2003, y se realizó con información disponible antes de la última Encuesta Nacional de Salud publicada del año 2007–08, y de la aprobación de la Ley de Salud 1.122 de 2007.

Análisis de la experiencia de la reforma

El capítulo 2, escrito por Amanda L. Glassman, Diana M. Pinto, Leslie F. Stone y Juan Gonzalo López, apunta a mejorar la calidad del debate de políticas de salud pública en Colombia y se centra en la evolución de las instituciones, el gasto y los programas de salud pública, y su eficacia en los últimos 30 años. El capítulo utiliza los programas de vacunación, y de control y prevención del paludismo y de la tuberculosis como casos de estudio. Los autores concluyen que las condiciones de la salud pública han mejorado sustancialmente en Colombia durante los últimos 10 años. Con el tiempo la equidad de acceso a los servicios de salud pública ha aumentado, pero aún es un problema para los sectores muy pobres, las minorías étnicas y los desplazados. El gasto en salud pública se ha incrementado, la asignación directa de recursos para su financiamiento lo protege en general. Sin embargo, una fuerte recesión a fines de los años noventa mermó la disponibilidad de recursos no asignados directamente para la salud pública, lo que se tradujo en el recorte de cobertura durante ese período. El régimen de seguro ha resultado ser una herramienta eficaz para aumentar las tasas de cobertura en algunas intervenciones, aunque los datos y análisis disponibles presentan un panorama un tanto confuso de las tendencias de cobertura y su impacto en el caso de tuberculosis y paludismo.

Las reformas de descentralización han complicado el panorama de la salud pública, en especial desde la perspectiva de las poblaciones vulnerables, y esto se ha traducido en una instrumentación de los programas, y posiblemente también de los resultados, por debajo de lo óptimo. La utilización de un sistema de seguro y la contratación con miras a la consecución de objetivos de salud pública reviste interés en todo el mundo, y la experiencia de Colombia demuestra que las dificultades radican en las particularidades de la gobernanza, los datos y evidencia necesarios para desarrollar e instrumentar políticas eficaces.

En el capítulo 3, de Úrsula Giedion, Beatriz Yadira Díaz, Eduardo Andrés Alfonso y William D. Savedoff, se analiza el impacto del seguro de salud mediante la aplicación de una serie de distintas técnicas de diseño cuasiexperimental, entre las que se incluyen el enfoque de regresión discontinua, la correspondencia del puntaje de propensión, y la doble diferencia con pareo, para comparar las diferencias entre la población asegurada y no asegurada. En el capítulo se estudia el efecto del régimen de seguro subsidiado sobre aspectos tales como la equidad, el acceso a la atención de la salud, la utilización de servicios y la protección financiera de los hogares.

Aunque la cobertura de seguro aumentó en todos los grupos de ingresos a partir de 1993, la mejora ha sido especialmente pronunciada entre los más pobres y en las regiones menos desarrolladas. La evidencia empírica indica que antes de las reformas, el segmento más pobre de la población prácticamente no tenía protección financiera en caso de enfermedad, dado que solo una pequeña porción de los costos estaba cubierta por el seguro de salud. Entre tanto, seis de cada 10 personas en los grupos de mayor poder adquisitivo tenían la cobertura del seguro. Diez años más tarde, la brecha entre ricos y pobres se redujo considerablemente. La cobertura del seguro en el grupo de ingresos más bajo se ha multiplicado unas 18 veces respecto del nivel de 1993, mientras que la cobertura en el grupo de ingresos más altos aumentó apenas 1,4 veces. El análisis de las cuatro metodologías indica de manera sistemática que el régimen de seguro de salud subsidiado ha optimizado ostensiblemente el acceso a los servicios de salud y su utilización, especialmente entre campesinos y pobres. Los asegurados de todas las edades tienen muchas más probabilidades que los homólogos no asegurados de recibir atención médica cuando la necesitan. Los resultados de los análisis indican que ese seguro reviste bastante importancia para los niños provenientes de sectores campesinos y pobres, dado que aumenta las probabilidades de recibir control prenatal, atención a cargo de un prestador cualificado durante el parto, atención médica en caso de enfermedades, y un esquema completo de vacunación.

En el capítulo 4, elaborado por Teresa M. Tono, Enriqueta Cueto, Antonio Giuffrida, Carlos H. Arango y Álvaro López, se presentan evidencia empírica y un análisis de la transformación de la red de hospitales públicos y de los logros, fracasos, dificultades y desafíos

que aún enfrenta el sistema de salud. Aunque las leyes de reforma establecieron el marco legal que dio mayor autonomía a los hospitales públicos, estos carecían de experiencia en lo que es operar en un ámbito competitivo, y tenían costos laborales elevados y pocas habilidades de gestión. Estos problemas constituyeron importantes desafíos que los hospitales públicos debieron superar por sí solos. En respuesta, se puso en marcha un proyecto de modernización diseñado en función de las limitaciones de cada hospital; su objetivo era mejorar tanto la capacidad de los hospitales públicos para participar del mercado de prestaciones de servicios públicos, como su productividad y la calidad de los servicios prestados. Para 2006, de este proceso continuo ya habían participado 179 hospitales públicos, con muy buenos resultados.

La experiencia de modernización de hospitales indica que los hospitales públicos no estaban en condiciones de modernizarse con sus propios recursos, a pesar de haberse establecido un marco legal adecuado. Para una transformación eficaz de las instalaciones públicas es preciso mantener una férrea voluntad política a lo largo del tiempo. En este caso, también fue necesario llevar adelante un hábil proceso de negociación con los gobiernos descentralizados a fin de proporcionar incentivos adecuados para desarrollar un proceso de transformación perdurable. Asimismo, fue necesaria una asignación adecuada de los recursos, lo que hizo que la reconfiguración de la red de hospitales públicos fuera un cometido costoso y lento. Los resultados que aquí se presentan sugieren que la legislación, junto con los programas de reestructuración laboral y modernización de la red hospitalaria, mejora la eficiencia y calidad de los hospitales: los hospitales públicos que participaron del programa han recortado sus déficits y optimizado su participación de mercado.

En el capítulo 5, escrito por Carmen Elisa Flórez, Úrsula Giedion, Renata Pardo y Eduardo Andrés Alfonso, se examina el impacto de las reformas sobre la protección financiera del seguro de salud. En este capítulo se analizan las dificultades metodológicas que se presentan al medir la protección financiera y la sensibilidad de los resultados al método empleado. Los resultados indican que las reformas ofrecen una importante protección financiera del gasto destinado a atender catástrofes y aliviar la pobreza, y benefician a todos los asegurados del

régimen subsidiado y del contributivo, en especial a los autónomos y trabajadores con empleo informal.

Por último, en el capítulo 6, de María Luisa Escobar, Úrsula Giedion, Olga Lucía Acosta, Ramón Castaño, Diana M. Pinto y Fernando Ruiz Gómez, se proporciona evidencia empírica del impacto de las reformas sobre el nivel, la composición, la distribución y la equidad del financiamiento de la salud pública. También se analizan los aspectos que amenazan la sostenibilidad financiera de la reforma. El sistema de salud sigue siendo financiado por la recaudación fiscal y por contribuciones parafiscales deducidas del salario; sin embargo, su estructura financiera y el mecanismo de los flujos de recursos fueron modificados para aumentar la equidad, ampliar la cobertura del seguro a todos, en especial los pobres, y mejorar la eficiencia del gasto público.

La composición del financiamiento en Colombia se asemeja actualmente a la de los países integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE); el gasto público, que incluye seguridad social, representa más del 80% del gasto total en salud, mientras que la proporción de desembolsos directos es una de las más bajas mundo. Los resultados ratifican que, gracias a las reformas, los subsidios del gobierno con destino a la salud constituyen la prestación pública más eficiente del país. Los subsidios también han tenido un importante efecto redistributivo. Pero a pesar de estos notables logros, el sistema enfrenta grandes desafíos para poder lograr una cobertura universal financieramente sostenible.

No obstante los resultados alentadores, queda mucho por hacer y mejorar. Diez años después de la reforma, el 15% de la población aún carece de seguro; los planes de beneficios en el régimen contributivo y en el subsidiado aún difieren. Hay deficiencias en la calidad de la atención y no todos los hospitales públicos se han modernizado. Es preciso fortalecer la función de supervisión; la sostenibilidad financiera del sistema está constantemente en riesgo. Sin embargo, el sistema de salud colombiano experimentó cambios radicales que han redundado en beneficio de la salud de la población del país.

Referencias

- Barón, G., ed. 2007. *Cuentas de salud de Colombia 1993–2003. El gasto de salud y su financiamiento*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística). 1992. Encuesta Nacional de Hogares. Bogotá: DANE.
- . 2007. Proyecciones nacionales y departamentales de población 2006–2020. Bogotá: DANE.
- Gaviria, A., C. Medina y C. Mejía. 2006. *Evaluating the Impact of Health Care Reform in Colombia: From Theory to Practice*. Center for Economic and Development Studies, Documento No. 6. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Giedion, U., A. López y H. Riveros. 2005. *Opciones para la transformación de subsidios de oferta a demanda*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Londoño J. L. y J. Frenk. 1997. Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America. *Health Policy* 41:1–36.
- Molina, C. G., M. C. Rueda, M. Alviar et al. 1993. Estudio de incidencia del gasto público social: el gasto público en salud y distribución de subsidios en Colombia. Bogotá: Banco Mundial/Fedesarrollo.



CAPÍTULO 2

Instituciones, gasto, programas y salud pública

*Amanda L. Glassman, Diana M. Pinto,
Leslie F. Stone y Juan Gonzalo López*

Tras 10 años de descentralización y reformas del seguro de salud, y a pesar de la profunda recesión económica de fines de los años noventa y del conflicto armado interno permanente que se ha intensificado y atenuado, los indicadores promedio de salud y bienestar han mejorado considerablemente en Colombia (cuadro 2.1). A modo de ejemplo, la tasa de mortalidad infantil en 2005 era menor que la de Brasil (28 por 1.000) y México (22 por 1.000), dos países de ingreso medio comparables de la región (OMS, 2007).

Aun así, las reformas de Colombia han generado un nivel de controversia sin igual en su impacto sobre la salud pública. Gran parte de la bibliografía saca conclusiones acerca del impacto que han tenido las reformas de descentralización a partir de información incompleta y métodos de análisis inadecuados. Por ejemplo, un artículo publicado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el cual se analiza la evolución de la cobertura de vacunación a fines de los años noventa concluye que “los programas de salud pública en Colombia se han deteriorado (...) Los sistemas de salud basados en la competencia regulada no son los más adecuados para América Latina” (Homedes y Ugalde, 2005). En un artículo de noticias publicado por el *British Medical Journal* en 1997, el corresponsal concluye que el estado de la salud en Bogotá está empeorando a

CUADRO 2.1 Salud pública y calidad de vida antes y después de las reformas de 1993

Indicador	ca. 1990	ca. 2006
Gasto público en salud, excluido el financiamiento de donantes y subsidios a la oferta (miles de millones de pesos colombianos de 2004)	Sin datos disponibles	1.417.000
Gasto público en salud (porcentaje del PIB)	Sin datos disponibles	0,41
Necesidades básicas insatisfechas, como agua potable, servicios cloacales (porcentaje de la población total que tiene al menos una necesidad básica insatisfecha)	35,8	27,6
Expectativa de vida al nacer (años)	68,3	72,8
Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacimientos vivos)	26,3	17,2
Tasa de mortalidad en niños menores de 5 años (por 1.000 habitantes)	34,7	21,4
Partos asistidos por profesionales (porcentaje del total de nacimientos)	81,8	96,4
Vacunación contra sarampión, paperas y rubeola (porcentaje de la población de niños de entre 12 y 23 meses)	82,0	89,0

Fuentes: Gasto: análisis de los autores con base en los datos del Ministerio de la Protección Social; información sobre necesidades básicas y expectativas de vida: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (www.dane.gov.co, consultada el 30 de junio de 2007); resto: Encuestas de Demografía y Salud 2005; Profamilia y Macro International (2006).

raíz de las reformas, que han obligado a los médicos a trabajar más horas (Richards, 1997).

Este capítulo tiene por finalidad contribuir a mejorar la calidad del debate sobre políticas de salud pública en Colombia mediante el examen riguroso de la evolución de las instituciones, el gasto y los programas de salud pública (y su eficacia) en los últimos 30 años. Para ello se utilizan los programas de vacunación, y control y prevención de tuberculosis y paludismo para el estudio de casos. Se espera que esta síntesis y el debate de la evidencia empírica, desarrollada usando los datos y la bibliografía disponibles, resulten de utilidad tanto dentro como fuera de Colombia, habida cuenta de

que otros países se enfrentan con problemas de política similares en todo el mundo.

El capítulo comienza con una presentación de los antecedentes de las reformas de salud y descentralización, y su impacto en el financiamiento y el gasto destinado a salud pública, así como también un resumen de las tendencias que exhiben las estadísticas sobre carga de enfermedad y mortalidad. Esta información general sienta las bases para el estudio de tres programas seguido de un análisis.

Antecedentes

Reformas del sector salud

Antes de 1985, las intervenciones de salud pública, definidas como atención materno-infantil y control epidemiológico, con inclusión de planes de vacunación y control de tuberculosis, lepra, paludismo y enfermedades de transmisión sexual, se financiaban con recursos no específicos del presupuesto del Ministerio de Salud y se organizaban en programas centralizados. El 72% del financiamiento de la salud se destinaba a servicios de atención curativa que beneficiaban de manera desproporcionada a los pacientes con relativamente mejor situación económica (análisis basado en datos de las Cuentas Nacionales de Salud elaboradas por el Departamento Nacional de Planeación). El financiamiento público para los programas de salud pública como vacunación y planificación familiar era complementado por recursos de donantes internacionales como la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la OPS (Tono et al., 2002), si bien es imposible cuantificar estos aportes retrospectivamente. Las intervenciones de la salud pública también estaban a cargo del Instituto de Seguros Sociales, un régimen de seguro social para los trabajadores con empleo formal (que excluía a las personas a su cargo), y eran financiados por impuestos a la nómina salarial. Los servicios eran prestados por las instalaciones de propiedad del instituto.

A partir de 1993, a raíz de los mediocres resultados del sistema de salud y los altos niveles de desembolsos directos que debían afrontar los pacientes para recibir atención médica, se introdujeron cambios radicales

en los esquemas de financiamiento y prestación de servicios de salud pública. Así, la Ley 100 de 1993 introdujo un seguro nacional de salud que brinda cobertura a trabajadores con empleo formal y a sus familias, e incorpora progresivamente a una mayor parte de la población pobre. El sistema de seguro, que tiene como objetivo último brindar cobertura universal, se compone de dos regímenes: un régimen de afiliación contributiva para los trabajadores del sector formal y sus familias, y un régimen de afiliación subsidiado destinado a los pobres. (La legislación que rige la salud pública comprende la Ley 100 de 1993 [ley de reforma original] y la Ley 60 de 1993 [ley de descentralización], y posteriormente la Ley 715 de 2001, sancionada para esclarecer las funciones y responsabilidades de cada nivel de gobierno en el área de salud pública.)

La ley estableció una distinción entre un paquete de intervenciones de salud para personas, denominado Plan Obligatorio de Salud (POS), financiado y comprado por aseguradoras privadas y públicas, y un paquete de intervenciones de salud pública, denominado Plan Básico de Salud (PBS). El Plan Básico de Salud, que hasta 2008 había sido llamado Plan de Atención Básica, debía financiarse con una combinación de recursos públicos y recursos comprados y/o prestados por gobiernos subnacionales (departamentos y municipios). El seguro nacional de salud para los pobres —el régimen subsidiado— se financia con aportes al régimen contributivo del sector formal, además de los ingresos tributarios generales y otros impuestos específicos (véase el capítulo 6). Así pues, el seguro para los pobres también se financia con recursos públicos. En 2001 una ley que regulaba las responsabilidades de los distintos niveles de gobierno exigió que las direcciones de salud de cada departamento contrataran las actividades del PBS. Sin embargo, una circular posterior (Nro. 0018 de 2004) del Ministerio de la Protección Social demandó que los departamentos o municipios contrataran preferentemente los servicios de prestadores públicos: “(...) a iguales condiciones de calidad, se recomienda contratar los servicios de prestadores del sector público”.

Las intervenciones financiadas por el régimen de seguro se definen conceptualmente como intervenciones que benefician mayormente a personas físicas, en tanto las intervenciones del PBS incluyen beneficios colectivos o que exhiben altas externalidades positivas. Las intervenciones financiadas por el régimen de seguro están dirigidas al afiliado,

en tanto las intervenciones del PBS tienen por objetivo ser universales. Además del PBS, los gobiernos subnacionales deben proveer servicios de análisis clínicos y servicios individuales para la población sin seguro durante el período de transición hacia una cobertura universal. Sin embargo, este subsidio de la oferta de servicios a la población no asegurada tenía errores de concepción y estaba librado a la discreción de cada municipio; muchos municipios se limitaban simplemente a transferir los fondos a hospitales públicos. Algunos estudios han detectado tasas de utilización y cobertura más bajas de las intervenciones clave entre los pacientes no asegurados, lo que sugiere que los subsidios destinados a hospitales públicos para este fin no tienen una utilización óptima (véase el capítulo 4).

Ambos grupos de intervenciones, junto con los protocolos y normas de atención de salud de 2000, se definieron expresamente en leyes, regulaciones y directrices; de este modo se creó un parámetro de financiamiento y gasto para la salud pública y el derecho de las respectivas poblaciones destinatarias del beneficio.¹ En el cuadro 2.2 se describen las intervenciones, poblaciones destinatarias y fuentes de financiamiento de la salud pública en Colombia en 2006. Allí se observa cierta duplicación en los paquetes, en especial en el control de enfermedades crónicas.

Reformas de descentralización

A mediados de los años ochenta, en medio de presiones para democratizar y descentralizar el gobierno, Colombia puso en marcha una serie de reformas de descentralización fiscal, política e institucional destinada a redistribuir las funciones y responsabilidades de gobierno entre los niveles nacional, departamental y municipal.² En este marco

¹ La Constitución de Colombia de 1991 propicia un fácil acceso al sistema judicial; los colombianos pueden iniciar acciones por problemas de acceso al servicio de salud, lo que hacen con frecuencia. Véase el capítulo 6.

² Colombia se divide en 32 unidades administrativas o departamentos que, a su vez, se subdividen en 1.098 municipios. Hay también cuatro distritos capitales correspondientes a las principales ciudades. Los municipios y departamentos son gobernados por alcaldes y gobernadores, ambos elegidos por el voto popular. Aunque el 70% de los municipios es de carácter rural y tiene menos de 20.000 habitantes, más del 60% de la población vive en los seis municipios urbanos más grandes.

CUADRO 2.2 Paquetes de servicios de salud pública, poblaciones beneficiarias y fuentes de financiamiento

Nombre y contenido del paquete	Población beneficiaria	Fuentes de financiamiento e importes
<p>Plan Básico de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ley 100/1993 y Resolución 4.288/1996: información pública; educación; promoción de la salud; control del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; nutrición; planificación familiar, desparasitación, control de vectores, seguridad ambiental, alimenticia y animal; campañas nacionales de prevención, diagnóstico temprano y control de enfermedades contagiosas, como el VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y lepra, y enfermedades tropicales como el paludismo • Circulares 018 y 002/004: detección de factores de riesgo de enfermedades crónicas prioritarias 	<p>Universal (véanse tasas de cobertura por intervención en la próxima sección)</p>	<p>Fuentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transferencias del gobierno nacional asignadas a salud pública • Importe: 10,4% de las transferencias nacionales = Col\$ 399.000 millones a valores de 2006
<p>Plan Obligatorio de Salud para los regímenes de afiliación contributivo y subsidiado. Contenido en materia de salud pública</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resolución 3.997/1996: prevención de enfermedades durante maternidad, nacimiento y puerperio; control de crecimiento de niños; prevención de enfermedades oftalmológicas y auditivas en niños; prevención de infecciones respiratorias agudas; vacunación; prevención de adicciones; prevención de cáncer y otras enfermedades crónicas 	<p>Población asegurada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Régimen contributivo: Col\$ 15,9 millones • Régimen subsidiado: Col\$ 18,3 millones • 70% de la población total 	<p>Régimen contributivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fuente: aportes de trabajadores con empleo formal • Importe: recursos totales desembolsados en concepto de primas^a = Col\$ 5 billones a valores de 2006 • Recursos para el subfondo de promoción y medicina preventiva = Col\$ 235.000 millones a valores de 2006

(continúa)

CUADRO 2.2 Paquetes de servicios de salud pública, poblaciones beneficiarias y fuentes de financiamiento (*continuación*)

Nombre y contenido del paquete	Población beneficiaria	Fuentes de financiamiento e importes
<ul style="list-style-type: none"> Acuerdo 117/1998: intervenciones en áreas de maternidad, obstetricia, neonatología, casos de bajo peso al nacer; control integrado de enfermedades infantiles; higiene bucal preventiva; detección de factores de riesgo de enfermedades crónicas prioritarias y tratamientos (hipertensión, diabetes, obesidad, asma) 		<p>Régimen subsidiado</p> <ul style="list-style-type: none"> Fuente: transferencias nacionales para subsidios a la demanda. Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), recursos subnacionales Importe: recursos totales desembolsados para cubrir las primas del régimen subsidiado = Col\$ 3,8 billones a valores de 2006. Se transfirió un 4,01% a municipios para promoción y medicina preventiva = Col\$ 157.000 millones a valores de 2006^b

Fuente: Departamento Nacional de Planeación.

^a La prima cubre el paquete completo de beneficios de cada régimen. Las aseguradoras deben destinar al menos un 10% de la prima a actividades de medicina preventiva y promoción de la salud.

^b La transferencia fue eliminada por la Ley 1.122 de 2007.

de descentralización, la función del gobierno central se concentra en las tareas de diseño de políticas, regulación y finanzas públicas. Los gobiernos departamentales asumen las responsabilidades de planificación regional, gestión y finanzas, además de prestar algunos servicios e integrar los niveles local y nacional. Los gobiernos municipales tienen a su cargo la instrumentación de políticas y prestación de servicios públicos.

Entre 1990 y 1993, los mandatos legislativos introdujeron nuevas funciones y responsabilidades subnacionales, y definieron nuevas fuentes de financiamiento para la prestación de servicios de salud y las respectivas fórmulas de distribución de recursos.³ Se establecieron procedimientos administrativos destinados a certificar el grado de “descentralización”

³ Ley 10/1990; Constitución política, 1991; Ley 60/1993 y Decreto 1.757/1994; Ley 100/1993.

de los gobiernos locales. Si se cumplía con esta condición, estos procedimientos trasladaban la autoridad, la responsabilidad y el control presupuestario de estos recursos a departamentos y municipios.⁴ Entre tales requisitos se incluía la creación de direcciones locales de salud que debían asumir responsabilidades en el área de salud pública.

Así pues, se combinaron las reformas de descentralización y de política sanitaria para repartir las responsabilidades de la salud pública, como se observa en el cuadro 2.3.

La descentralización tuvo una evolución heterogénea, ya que los territorios acometieron los procesos necesarios para asumir las funciones de salud pública que exigía la ley con distinto grado de profundidad y a distinto ritmo. Este problema ha obedecido a la falta de claridad y precisión de las leyes al definir las responsabilidades de los distintos niveles de gobierno, a la deficiente integración de las políticas nacionales de salud, a las nuevas funciones que debían ser asumidas por los territorios, a las diferencias en la capacidad administrativa y financiera en el orden subnacional, así como también a fluctuaciones y falta de estabilidad de los recursos disponibles, y a la ausencia de vigilancia y control de los resultados en el orden subnacional (Vargas y Sarmiento, 1997; Sánchez, Yepes y Cantor, 1998; Sánchez y Yepes, 1999; Herrera y Cortez, 2000).

Las evaluaciones de las intervenciones del PBS a cargo de departamentos y municipios se han centrado en la cantidad de municipios que asumen y asignan personal para la ejecución del PBS, la frecuencia de las visitas de asistencia técnica y supervisión, y la aplicación de normas y reglamentos asociados al PBS y las contrataciones (Grupo de Gestión Integral de Salud, 2005; Jaramillo, 1999; Unión Temporal, 2004). Con el tiempo, una cantidad cada vez mayor de municipios ha adoptado el PBS y cerca de la mitad ha ejecutado transferencias de fondos directamente para ese fin (antes de las regulaciones dictadas en 2001 que estipulaban que no habría provisión directa).

Los procesos de contratación han tenido buenos resultados en la mayoría de los municipios, pero han presentado problemas en un tercio de las jurisdicciones: en un 36% de los casos se informaron dificultades, mientras que gran parte de los municipios no cumplió las normas mínimas del debido proceso (no se evaluaron condiciones como

⁴ Ley 10/1990, sección 37; Ley 60/1993, secciones 14 y 16; Decreto 1.770/1994.

CUADRO 2.3 Responsabilidades de salud pública por nivel de gobierno

Función de la salud pública	Entidad responsable			
	Aseguradoras	Direcciones municipales de salud	Dirección departamental de salud	Gobierno central
Promoción de la salud familiar/individual y medicina preventiva; atención curativa en áreas de interés para la salud pública	Provisión de servicios individuales a pacientes asegurados	Provisión de servicios individuales a pacientes sin seguro (municipios certificados)	Provisión de servicios individuales a pacientes sin seguro (municipios no certificados)	Ministerio de Salud: compra y distribución de medicamentos para tuberculosis, lepra, leishmaniasis y paludismo, y pruebas de diagnóstico en laboratorio
Acciones colectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades	Antes de 2006: compra de jeringas para vacunar a pacientes asegurados	Servicios de atención colectiva; contratación de vacunadores y fumigadores	Realización de actividades municipales complementarias	Ministerio de la Protección Social: actividades subnacionales complementarias; compra y distribución de vacunas y suministros para implementación del Programa Ampliado de Inmunización y control de vectores
Información y vigilancia de la salud pública	—	Recopilación y análisis de datos en relación con condiciones de interés para la salud pública; seguimiento de casos, y derivación para diagnóstico y	—	Instituto Nacional de Salud: planificación, desarrollo e integración del sistema de vigilancia subnacional; diseño de normas; provisión de asistencia técnica

(continúa)

CUADRO 2.3 Responsabilidades de salud pública por nivel de gobierno *(continuación)*

Función de la salud pública	Entidad responsable			
	Aseguradoras	Direcciones municipales de salud	Dirección departamental de salud	Gobierno central
		tratamiento de enfermedades contagiosas; control epidemiológico		
Riesgos ambientales	—	Control de agua, alimentario y de vectores de enfermedades, y factores de riesgo asociados a enfermedades infecciosas	Control de medicamentos y químicos potencialmente tóxicos	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA): capacitación, asistencia y control de gobiernos subnacionales durante la aplicación de normas y procedimientos relacionados con medicamentos y sustancias químicas
Participación comunitaria	—	Provisión de información sobre derechos y responsabilidades en salud, promoción de la participación comunitaria	—	—
Fortalecimiento de la capacidad institucional	—	—	Provisión de asistencia técnica, supervisión y evaluación del PBS municipal	Provisión de asistencia técnica, supervisión y evaluación del PBS subnacional
Investigación	—	—	—	—

(continúa)

CUADRO 2.3 Responsabilidades de salud pública por nivel de gobierno *(continuación)*

Función de la salud pública	Entidad responsable			
	Aseguradoras	Direcciones municipales de salud	Dirección departamental de salud	Gobierno central
Control, planificación y supervisión	—	Establecimiento del Consejo Territorial de Salud	Desarrollo del PBS departamental que complementa las actividades municipales; distribución de recursos para salud pública a municipios no certificados	Ministerio de la Protección Social: desarrollo de políticas y directrices nacionales para las actividades del PBS y las acciones intersectoriales; Superintendencia Nacional de Salud: inspección y control del uso eficiente de los recursos de la salud pública
Laboratorios de salud pública	—	—	Provisión de servicios de laboratorio de salud pública	Instituto Nacional de Salud: coordinación, asistencia y supervisión de la red nacional de laboratorios de salud pública

Fuente: Elaboración propia.

la puntualidad o calidad, se recurrió a menudo a contratación directa sin procesos de licitación competitiva, no se ejerció supervisión, ni se cancelaron las prestaciones en caso de incumplimiento) (Unión Temporal CCRP-ASSALUD-BDO, 2004). Algunos municipios utilizaron fondos para fines no permitidos por la legislación, tales como la contratación de personal para trabajar directamente en el municipio, y una gran proporción contrató servicios prestados por hospitales públicos tales como los relacionados con el control de vectores de enfermedades y la

seguridad ambiental, a pesar de los conocimientos limitados y la escasa trayectoria de estas entidades en el área (los hospitales públicos son gestionados por los municipios y fueron muy utilizados para prácticas de mecenazgo durante el período 1995–2000; véase el capítulo 4). En algunos casos también se han denunciado problemas contables y malversación de fondos (Grupo de Gestión Integral de Salud, 2003–05).

Los sistemas de preparación de informes de gestión y notificación epidemiológica son poco eficientes. Si bien la mayoría finalmente cumple en presentar los informes, el 92% de los municipios observó este requisito de manera extemporánea en 2003; un año después esa cifra había disminuido hasta un porcentaje aún elevado del 85%. Se ha considerado que los departamentos han tenido una actuación laxa en su función de asesoramiento, supervisión y aplicación, aunque hubiese habido una alta participación del gobierno y de la sociedad civil en el desarrollo de planes de acción del PBS (Unión temporal, 2004).

Las falencias observadas han sido atribuidas a las elevadas tasas de rotación de los recursos humanos, la combinación deficiente de habilidades y competencias, los sistemas de información de mala calidad que generan datos incorrectos o poco confiables, la ausencia de mecanismos eficientes de control por parte de la sociedad civil, las intervenciones ineficaces y fuera de término de los auditores y fiscalizadores en respuesta a denuncias, y el desconocimiento por parte de la población de sus derechos y responsabilidades en materia de salud pública.

Los gobiernos han trabajado con ahínco para mejorar la coordinación de intereses en el sistema y evaluar el impacto de las nuevas estructuras sobre la salud pública. El lento avance hacia las metas de descentralización y la situación fiscal de creciente precariedad en el orden subnacional explican la sanción de la Ley 715 en 2001, que procuró corregir las falencias de la política anterior. La ley 715 modificó la cantidad de recursos fiscales nacionales destinados al área de salud y los parámetros utilizados para su reparto, a los que basó en indicadores subnacionales de equidad y eficiencia. La ley también redefinió las responsabilidades para adecuarlas a la capacidad subnacional. A modo de ejemplo, los municipios menos desarrollados ya no están a cargo del control de vectores y de la salud ambiental. Sin embargo, la ley sigue permitiendo que los municipios descentralizados mantengan funciones y facultades para disponer de los recursos y prestar servicios, en la me-

dida en que cumplan los objetivos de rendimiento diseñados para este fin. Asimismo, la ley amplía la función departamental de integración y supervisión de las actividades de salud pública que llevan adelante las aseguradoras y los municipios.

Entre los objetivos de rendimiento que establecen las nuevas leyes se encuentran las tasas de vacunación; su consecución es recompensada con un pago adicional a los municipios. Sin embargo, aunque el sistema es conceptualmente atractivo como mecanismo de pago en función de los resultados, ha tenido efectos no buscados a raíz de la utilización de denominadores oficiales del censo de 1993. Dada la vasta migración motivada en razones económicas y en los conflictos posteriores a 1993, la confiabilidad de las proyecciones de los municipios para grupos desagregados por edad (0–11 meses, 12–24 meses) durante un período tan largo no tardó en deteriorarse, lo que provocó una gran distorsión de los denominadores utilizados para calcular las tasas oficiales de vacunación. En 2004, al realizarse una encuesta modelo para verificar la calidad de los datos administrativos en el ámbito municipal, se detectaron errores que sistemáticamente generaban sobre y subestimaciones de las tasas de vacunación por amplios márgenes; esto se traducía en recompensas inmerecidas y en mejoras de rendimiento que no eran reconocidas.

A modo de ejemplo, en Quibdó, la capital de Chocó, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) subestimó por un margen escandaloso el crecimiento de la población de niños menores de un año (denominador), lo que generó una tasa “oficial” de vacunación contra la difteria, la tos ferina y el tétano (DTP) del 111% en 2003. Los resultados de la encuesta modelo de 2004 arrojaron una tasa de cobertura de DTP del 49% en esa ciudad. En cambio, en Valparaíso, Antioquia, como sucedió con muchos otros pueblos pequeños, las proyecciones de la población de niños menores de 1 año fue sobrestimada, lo que dio como resultado tasas oficiales de vacunación contra el DPT del 63%, mientras que la tasa de cobertura según la encuesta modelo era del 93%.

La Ley 715 también introdujo una mayor fragmentación de las actividades de salud pública dirigidas a individuos que se incluían en el paquete de beneficios del régimen subsidiado. Para ello desplazó hacia los municipios la prestación de servicios específicos de promoción de la salud, vacunación, planificación familiar y detección de cáncer del cuello

uterino.⁵ Conforme a esta ley, por ejemplo, la beneficiaria inscrita en el régimen de aseguramiento subsidiado era remitida a un prestador de servicios de salud financiado por el municipio para un análisis citológico del cuello del útero (papanicolaou). Si una citología anormal requería una evaluación diagnóstica confirmatoria (colposcopia), la paciente debía pagar la prueba de su bolsillo, pues la intervención no estaba cubierta por el paquete de beneficios del régimen subsidiado. Si a una paciente se le diagnosticaba cáncer, debía volver al proveedor financiado por la aseguradora para recibir tratamiento, cubierto por el paquete de beneficios. Los municipios tenían poco incentivo para realizar intervenciones de detección y diagnóstico temprano, ya que los reembolsos para tratamiento eran recibidos por las aseguradoras. Desde entonces la ley ha vuelto a modificarse, pero la continuidad de atención para algunas intervenciones prioritarias de las poblaciones aseguradas y no aseguradas sigue siendo problemática.

Financiamiento y gasto

La principal fuente de financiamiento de la salud pública antes de 1993 era la recaudación del gobierno central asignada al Ministerio de Salud para programas específicos o transferidos a gobiernos subnacionales (departamentos y municipios). En el nivel subnacional, las fuentes de financiamiento incluían impuestos locales destinados específicamente para financiar la salud y otros recursos de ingresos públicos asignados discrecionalmente por cada gobierno subnacional.

No hay datos disponibles sobre la asignación de recursos al sector de salud pública antes de 1993 porque los presupuestos se transferían en montos globales no discriminados y el gasto en salud pública era realizado discrecionalmente por las autoridades locales de salud. Entre 1970 y 1990, la proporción del gasto destinado a cuidado personal aumentó de un 50% al 72%, en tanto el gasto en intervenciones ambientales e infraestructura descendió del 31% al 12%, y del 21% al 16% respectivamente.⁶

⁵ Ley 715/2001 Sección 46; Acuerdo 229/2002.

⁶ Valores correspondientes a datos recabados del período 1970–1990 de asignación del total del gasto público en salud para tres fines: cuidado personal, intervenciones ambientales, e infraestructura; no se incluye otro tipo de gastos, como los de fortalecimiento de capacidades, construcción, ni para actividades de investigación ni de promoción de la salud para niños y personas de la tercera edad (cálculos basados en datos de Molina et al., 1994, y Vivas et al., 1988).

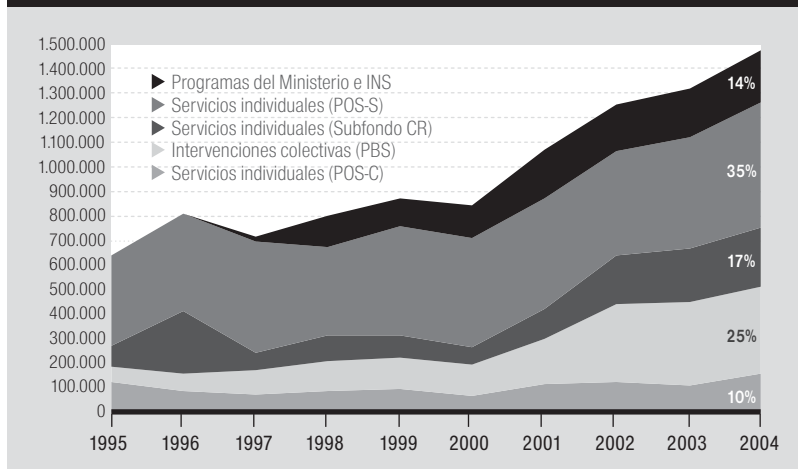
Si bien todas estas categorías de gasto incluyen intervenciones que podrían considerarse parte del armamento de la salud pública, el gasto destinado a medio ambiente e infraestructura tiende a abarcar una mayor proporción del gasto en salud pública. Por ejemplo, la mayor parte del gasto destinado a cuidado personal se repartió entre gastos hospitalarios, médicos y odontológicos (alrededor del 55%, 27% y 5% del total, respectivamente); el resto se asignó a intervenciones relacionadas con la salud pública, como enfermería, promoción de la salud y servicios de vacunación.

Las reformas de descentralización y del sector salud no solo aumentaron los recursos para la salud pública sino que los asignaron exclusivamente a este fin, bien para intervenciones colectivas mediante el PBS o bien para servicios individuales prestados a través de los paquetes de beneficios de seguro. Debido al estancamiento de la cobertura de seguro por efecto de la recesión, se limitaron los recursos discrecionales otorgados a los municipios para financiar servicios individuales de la población no asegurada, normalmente mediante transferencias a hospitales públicos. Asimismo, se creó un subfondo especial para actividades de promoción de la salud y medicina preventiva para afiliados al régimen contributivo, lo que equivale al 0,41% de los ingresos totales provenientes de primas al régimen contributivo.

En el gráfico 2.1 se presentan el crecimiento y la distribución de los recursos de la salud pública, categorizados por destino, en el período que se extiende entre 1995 y 2004.

Los recursos de la salud pública que se utilizaron para los cálculos del gráfico 2.1 incluyen partidas del presupuesto nacional asignadas al Ministerio de la Protección Social, transferencias nacionales para la salud pública (Situado fiscal 1995–2002, Sistema General de Participaciones 2002–04), una proporción de las primas del régimen contributivo y del subsidiado que está previsto destinar a actividades de promoción de la salud y medicina preventiva (10%), y los ingresos del subfondo para promoción y prevención del régimen contributivo. No había datos disponibles sobre financiamiento de donantes externos o subsidios a la oferta para pacientes asegurados.

Los recursos disponibles para la salud pública se incrementaron en un 30% entre 1995 y 2004. Los recursos totales de la salud pública en 2006, excluidos los fondos de los donantes, podrían haber alcanzado

GRÁFICO 2.1 Recursos de la salud pública, por destino de los fondos, 1995–2004 (millones de pesos colombianos de 2004)

Fuente: Cálculos de los autores a partir de datos proporcionados por el Ministerio de la Protección Social.

INS = Instituto Nacional de Salud; PBS = Plan Básico de Salud; POS-S = Régimen subsidiado; POS-C y CR = Régimen contributivo.

\$Col 1,4 billones (US\$584.000⁷), o un 0,4% del PIB. En cuanto al destino de los recursos, la proporción de los recursos totales disponibles para la salud pública se distribuyó de la siguiente manera: 10% para los programas del Ministerio de la Protección Social, los gastos de operaciones, y el Instituto Nacional de Salud; 25% para el PBS; 17% y 35% respectivamente para los servicios individuales de promoción de la salud y medicina preventiva incluidos en los paquetes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado; por último, 14% para otros servicios de salud financiados por el subfondo para promoción de la salud y prevención de enfermedades del régimen contributivo.

En 2004 alrededor de un tercio de los recursos fue asignado a los gobiernos subnacionales para intervenciones de salud pública incluidas en el PBS. Cerca de un 57% de los recursos totales estaba potencialmente disponible para las actividades individuales de salud pública a cargo de las aseguradoras, mayormente del régimen contributivo, dada

⁷ Valores a enero de 2009.

la magnitud relativa de este programa (Dirección General de Salud Pública, 2004).

En síntesis, antes de la reforma el gasto en salud se concentraba en atención curativa, y los niveles de financiamiento de la salud pública eran bajos e imprevisibles. A partir de 1993, los recursos disponibles para la salud pública aumentaron y los niveles mínimos están garantizados. No obstante, una importante porción de los fondos sigue destinándose a intervenciones individuales, y los recursos se fragmentan entre los distintos organismos y niveles de gobierno, lo que complica el flujo, la integración y la rendición de cuentas del financiamiento.

Tendencias de la carga de enfermedades

La mayor parte de la transición demográfica en Colombia se produjo durante los años ochenta. Durante esa década, las tasas de mortalidad y fertilidad registraron grandes caídas. Hacia 1990 esa carga se concentraba en enfermedades no transmisibles. Tras la disminución de la mortalidad que se observó en la década de 1980, el ritmo de la transición se ralentizó. En el período durante el cual se realizaron las reformas de descentralización y de salud, esas tendencias simplemente se acentuaron, y la proporción combinada de enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales se redujo aún más hasta el 17,8% del total de enfermedades. La proporción de enfermedades no transmisibles aumentó significativamente, de un 39% a una carga total del 52,1% en 2002.

Aunque un estudio de mortalidad evitable comprobó una normalización de la tasa a partir de 1991 (Gómez, 2005), es difícil atribuir estos patrones a los efectos de las reformas de descentralización o aseguramiento de la salud. Esas mesetas se observan en todo el mundo; las intervenciones que son necesarias para reducir la mortalidad infantil de una tasa de 18,7 cada 1.000 nacimientos exige inversiones distintas de las intervenciones empleadas cuando la tasa de mortalidad infantil era del 26 por 1.000 y superior.

Tendencias de mortalidad

La tasa de mortalidad infantil (cantidad de muertes de niños menores de un año cada 1.000 niños nacidos vivos) es un barómetro común-

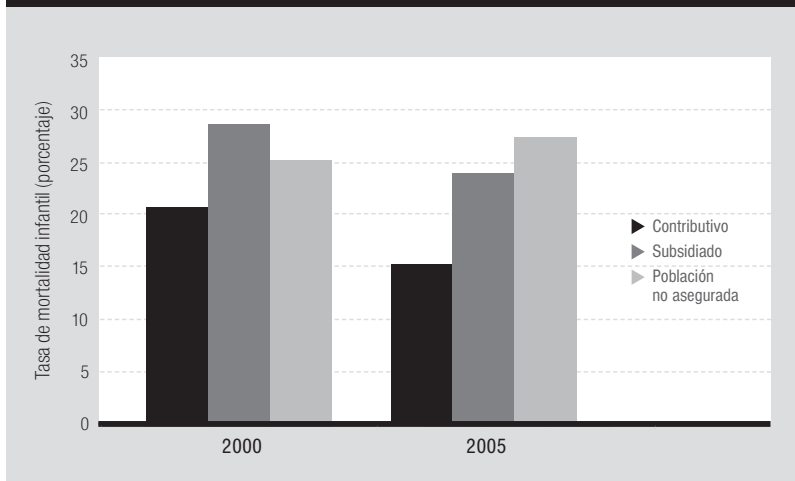
mente utilizado de la salud y del bienestar de la población, y mide la desigualdad en el acceso al sistema de atención de la salud pública. La tasa de mortalidad infantil en Colombia descendió de 56,7 por 1.000 en 1975–80 a 18,7 por 1.000 en 2000–05 (Flórez, 2000; Profamilia, 2005).

Sin embargo, aún persisten las disparidades geográficas y económicas. Como cabe esperar, la mortalidad infantil en Colombia tiende a ser mayor en las áreas rurales, en los departamentos con menor nivel de desarrollo, y en los sectores pobres. Esta realidad obedece, en parte, a los factores determinantes de la morbilidad, entre ellos, las diferencias de acceso a los servicios de salud, infraestructura, servicios básicos, calidad de la vivienda, y educación.

Las desigualdades en mortalidad infantil entre las zonas urbanas y rurales aumentaron entre 1995 y 2000, para luego volver a disminuir durante el período 2000–05. En 2000 la mortalidad infantil en las zonas rurales era alrededor del 50% más alta que en las zonas urbanas. La diferencia había descendido al 30% hacia 2005, pero el diferencial en 2005 seguía siendo superior al de 1995. Las desigualdades regionales también son pronunciadas. Por ejemplo, en la región del Pacífico, donde se concentra la población de origen afrocolombiano, la mortalidad infantil es un 28% superior que en las áreas urbanas (Flórez y Ruiz, 2006). En los últimos 10 años, la tasa de mortalidad infantil ha disminuido más rápidamente en el quintil de más bajo ingreso en comparación con el de más alto ingreso, ya que pasó de ser 2,5 veces superior a ser 2,2 veces mayor entre los pobres.

Las disparidades en la tasa de mortalidad infantil en 2005 indican que las tasas de mortalidad son más altas en los grupos que carecen de seguro, ligeramente más bajas entre los afiliados al régimen subsidiado, y mucho más bajas entre los afiliados al régimen contributivo (gráfico 2.2). Estas diferencias se han profundizado en los últimos años, dada la disminución de la mortalidad infantil en toda la población con seguro de salud, mientras que la mortalidad infantil en los grupos sin seguro ha crecido (de 25,2 por 1.000 a 27,4 por 1.000 entre 2000 y 2005).

Cabe observar que durante este mismo período, el porcentaje de la población sin seguro se redujo considerablemente de 46% a 33%. Los diferenciales de mortalidad infantil entre los distintos grupos con seguro de salud pueden asociarse, en parte, con las disparidades de acceso a la atención materno-infantil en función de la condición del

GRÁFICO 2.2 Tasas de mortalidad infantil por régimen de seguro, 2000-05

Fuente: Flórez y Soto (2006).

seguro. Otros factores, como el impacto del conflicto interno armado sobre la población infantil que vive en los municipios afectados, también inciden en la tasa de mortalidad infantil (recuadro 2.1).

Estudios de casos de programas

Vacunación

En Colombia, los programas de vacunación comenzaron en 1968, usando una combinación de estrategias de campaña y de rutina administradas de manera centralizada. En las décadas de 1970 y 1980, las tasas de vacunación informadas eran bajas (alrededor del 20% para esquemas completos de vacunas de múltiples dosis) a pesar de contar con “recursos económicos, físicos y humanos suficientes” (Ministerio de Salud, OPS, 1982).

Tras las reformas de principios de los años noventa, se separaron las funciones dentro del programa de vacunación. Para aprovechar economías de escala en las compras, las vacunas siguieron siendo adquiridas por el gobierno central. La administración nacional también

RECUADRO 2.1 | Tasa de mortalidad infantil y violencia en Colombia

Aunque la tasa de mortalidad infantil (TMI) en Colombia ha disminuido de 32,3 por 1.000 nacidos vivos en 1986 a 18,7 por 1.000 en 2005 (datos de la Encuesta de Demografía y Salud), se ha registrado una disminución aún mayor de los niveles de fertilidad y una mejora de otras variables socioeconómicas en el país.

Urdinola (2004) estudió en qué medida el conflicto armado en Colombia puede haber afectado la mortalidad infantil en el período 1990–2000. En primer lugar, utilizó un modelo de efectos fijos para comparar la noción de efectos negativos de la violencia sobre la supervivencia infantil en distintos países. Concluyó que si Colombia hubiese tenido el mismo perfil socioeconómico que los otros 10 países latinoamericanos, hacia el año 2000 habría tenido una TMI promedio del orden de 5 muertes por 1.000 nacidos vivos más baja que la que efectivamente tuvo.

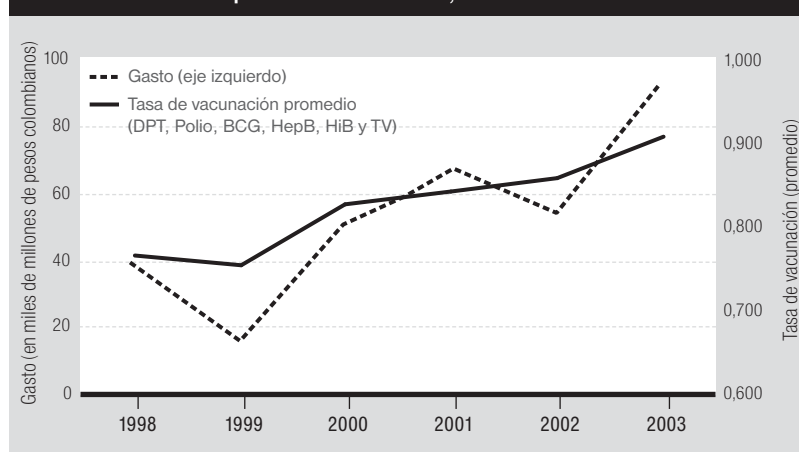
Como segundo paso, Urdinola estimó un modelo de efectos fijos usando los datos de los municipios colombianos, con una cobertura nacional aproximada del 90%, para comprobar los efectos de la violencia y otras covarianzas sobre la TMI. Para medir la violencia se tomaron las tasas de homicidio y las acciones armadas perpetradas por los cuatro grupos guerrilleros activos en Colombia, los grupos paramilitares y grupos criminales no organizados. Las características de los municipios incluyen un amplio espectro de variables, entre las que se consideran la inversión pública per cápita en sectores de salud y afines. En el modelo que utilizó la tasa de homicidios como indicador de violencia, Urdinola concluyó que una reducción en la tasa de homicidios de 1 por 1.000 habitantes guardaba correlación con una disminución de la TMI de 3 por 1.000 por año y una reducción anual de 1,5 muertes infantiles dado el efecto rezagado de la violencia. ¿Qué tipo de actos violentos tenía mayor incidencia? Al medir la violencia en términos de acciones armadas, el crecimiento de la lucha territorial tenía correlación con un aumento de la TMI de más de 28 por 1.000 nacimientos. Una mayor destrucción de la infraestructura física por 10.000 habitantes coincidió con un aumento de la TMI de 12 por 1.000; la presencia de masacres, a razón de 3 por 1.000, y el aumento del tráfico de armas, a razón de 1 por 1.000. Aunque la autora no pudo determinar las vías causales (por ejemplo, que la violencia deteriora el sistema de salud, y por ello aumenta la mortalidad infantil; que la violencia implica una falta general de presencia y servicios del Estado, o simplemente que la condición de desplazado incide negativamente en las tasas de supervivencia infantil), la relación entre violencia y supervivencia infantil resulta evidente.

fijó normas y políticas respecto del programa, y prestó asistencia técnica y supervisión limitada a los gobiernos subnacionales. Los departamentos eran responsables de la supervisión, asistencia técnica, vigilancia e información, mientras que los municipios asumían la mayoría de las operaciones del programa, lo que incluía garantizar que los suministros llegaran a los prestadores, supervisar e informar sobre las vacunas, y llevar adelante campañas. Las aseguradoras eran responsables de comprar las jeringas y aplicar las vacunas a los residentes asegurados.

De acuerdo con los datos administrativos informados a la OPS, las tasas de vacunación de vacunas individuales comenzaron en un nivel aproximado del 16% de la población de menores de un año en 1980 para alcanzar su nivel máximo en 1996, en que todas las vacunas del Plan Ampliado de Vacunación fueron suministradas aproximadamente al 95% de los menores de 5 años (López Casas, 2007). En 1998–99, se registró un descenso de 15 puntos porcentuales en las tasas de vacunación; esta disminución coincidió con la peor recesión en la historia del país, a la que le siguió una recuperación entre 2000 y 2004.

Aunque el gasto destinado al PBS se vio protegido por recursos financieros con asignación específica durante la recesión, los niveles de vacunación durante ese período parecen estar directamente relacionados con la disponibilidad de recursos nacionales sin asignación específica para compras de vacunas (gráfico 2.3). Los recursos financieros del gobierno central para compras de vacunas son marginales (entre US\$25 millones y US\$35 millones anuales, o menos de una cuarta parte del 1% del PIB). En el marco de un presupuesto total con alto grado de partidas predeterminadas en la órbita nacional (los expertos estiman que el 85% del presupuesto nacional se destina a salarios y jubilaciones de empleados públicos), los fondos para vacunación constituían un gasto

GRÁFICO 2.3 Cobertura de vacunación y gasto del gobierno central en el plan de inmunización, 1998–2003



Fuente: Estimaciones de los autores a partir de datos suministrados por el Ministerio de la Protección Social.

“flexible”, vulnerable a recortes frente a una caída de la recaudación. Estos recortes ponen de manifiesto que, a pesar de las partidas destinadas al PBS y al seguro, la marginalidad del importe representado por compras de vacunas, la condición de Colombia como país de ingreso medio, y la fragmentación de las funciones esenciales del programa provocaron una caída de las tasas de vacunación durante la recesión. Asimismo, la escasez del insumo esencial del programa (las vacunas) también generó ineficiencias en la utilización de los recursos del PBS en el orden subnacional. No obstante, la variación de las tasas de vacunación a partir de las compras de vacunas es positiva, pues indica que cuando se cuenta con los insumos, el sistema cumple con la tarea de vacunación.

La vacunación oportuna de los niños es un reto importante. Según tasas calculadas a partir de una serie de encuestas demográficas y de salud, el cuadro completo adecuado para la edad de vacunación contra la tuberculosis, DPT o equivalente, polio y sarampión ha tendido a disminuir con el tiempo. En 1990 el 67,5% de los niños recibía el esquema completo de vacunación adecuado a su edad antes del año; esta cifra disminuyó a 58,1% en 2005.⁸

Además de los problemas de financiamiento asociados con la recesión, los problemas del programa de vacunación son atribuibles a la fragmentación de sus funciones; otros analistas atribuyen las bajas tasas de vacunación al impacto negativo del conflicto interno armado sobre el acceso a municipios pobres (Gómez, 2005). Otros opinan que el programa de vacunación nunca ha sido satisfactorio y depende de las campañas (Restrepo Trujillo, 2004) para compensar la baja cobertura conseguida mediante los canales de rutina.

Varios autores, concretamente Ayala Cerna y Kroeger (2002), han tratado de relacionar el bajo desempeño del programa de vacunación con la introducción del régimen de seguro y de la competencia gerenciada. Estos estudios, con base en las tendencias anteriores y posteriores a la reforma, concluyen que la reforma que introdujo el régimen de seguro tuvo un impacto negativo sobre las tasas de vacunación. Sin embargo, en Giedion et al. (véase el capítulo 3), el único estudio que

⁸ Estos datos abarcan únicamente esquemas de vacunación completos registrados en las libretas de vacunación de los entrevistados; en ese sentido, se trata de una estimación conservadora (ORC Macro, 2007. Medida DHS StatCompiler: <http://www.measuredhs.com>, 27 de junio de 2007).

aplica métodos adecuados para establecer la relación de causalidad, se utiliza el modelo de correspondencia del puntaje de propensión y un cuasipanel de datos transversales correspondientes a un decenio y se concluye que la probabilidad de completar el esquema de vacunación es considerablemente mayor en los niños con cobertura de seguro (6%). Esta tendencia es más pronunciada en la población rural (12%). Aunque el programa de vacunación se incluye en el PBS y, por ende, está teóricamente disponible para toda la población, esta conclusión sugiere que la mayor utilización de los servicios de salud a partir del régimen de seguro está aumentando la probabilidad de visitas de rutina de los niños a los servicios de salud y, por lo tanto, de una vacunación oportuna.

Además de la cobertura de seguro, la condición socioeconómica (medida por el índice de riqueza) y la residencia rural afectan la equidad de la cobertura de vacunación en Colombia. Los diferenciales de vacunación en razón de diferencias socioeconómicas empeoraron después de la recesión; el quintil de mayores recursos tuvo en 2000 tasas de vacunación que superaron en un 32% a las del quintil más pobre, y estas diferencias se han mantenido en el tiempo (Flórez y Soto, 2006). Dado que la vacunación es gratuita y universal, y que el acceso geográfico a prestadores de salud pública es prácticamente universal en Colombia, estos diferenciales socioeconómicos en el acceso obedecen a las barreras económicas, socioculturales y de información que aún obstaculizan el acceso, incluidos el costo de transporte, los costos de oportunidad, y el desconocimiento de las familias.

Para responder a estas desigualdades, en 2001 el gobierno de Colombia instrumentó un programa de transferencias condicionales destinadas a estimular la demanda de atención médica preventiva. El programa llega hoy a más de 700.000 familias desplazadas o en extrema pobreza. Una evaluación de impacto cuasiexperimental, cuyos resultados fueron publicados en 2005, concluyó que el programa ha aumentado significativamente la probabilidad de una vacunación DPT adecuada para niños menores de 24 meses de edad (Attanasio et al., 2005).

Paludismo

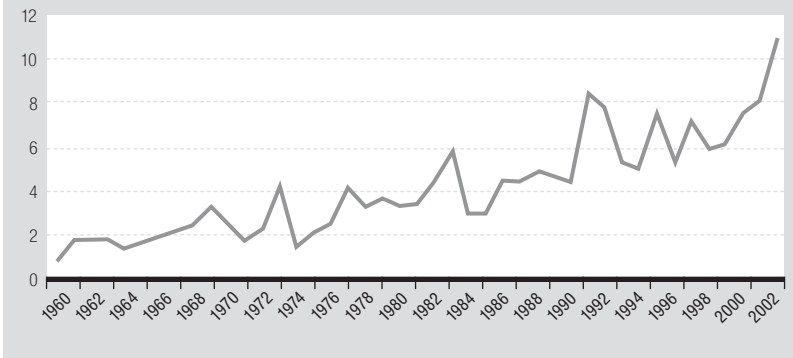
El Servicio de Erradicación del Paludismo se estableció en 1957 como una unidad del ex Ministerio de Salud. Era un programa vertical

centralizado con su propio presupuesto y su propio personal. Conforme al nuevo marco creado por las reformas del sector salud, la unidad era descentralizada. Las responsabilidades del control vectorial fueron delegadas en los departamentos; las responsabilidades de diagnóstico y tratamiento del paludismo, en los municipios. De conformidad con la Estrategia Global de Control del Paludismo y los principios de la Alianza Hacer Retroceder el Paludismo, el Ministerio de la Protección Social lanzó el Programa Nacional de Control del Paludismo en 1998. El programa abarca:

1. Un mejor diagnóstico y tratamiento.
2. Control vectorial selectivo, lo que incluye la utilización de mosquiteros tratados con insecticida o químicos repelentes a los mosquitos.
3. Control de larvas de mosquito y fumigación residual dirigida de los interiores.
4. Fortalecimiento de la vigilancia de la salud pública, lo que incluye vigilancia entomológica y de resistencia vectorial.
5. Participación social e intersectorial (Korenromp et al., 2005).

Actualmente, Colombia tiene una de las tasas más altas de incidencia de paludismo en el continente americano, y concentra entre el 10% y el 20% de los casos. La incidencia del paludismo ha venido en aumento desde la década de 1960, aunque los mayores incrementos se han registrado en la última década, con picos en 1991 y 2002, como se observa en el gráfico 2.4.

La evolución del paludismo en Colombia posiblemente se relacione con varios factores, entre los que cabe considerar el cambio climático, una mayor resistencia a los medicamentos antipalúdicos, la resistencia de los mosquitos vectores a los insecticidas, y la migración interna debido al conflicto armado (Carrasquilla, 2006). Sin embargo, la mayoría de los casos se concentra en municipios ubicados en zonas desfavorecidas, que no tienen la cobertura del Plan Nacional de Control del Paludismo por razones de seguridad (Korenromp et al., 2005). También es importante considerar que tras la instrumentación del Plan Nacional de Control del Paludismo en 1998, se han observado una mejora en el registro de defunciones y un aumento de la cobertura de diagnóstico del orden

GRÁFICO 2.4 Índice anual parasitario del paludismo, 1960–2002

Fuente: Carrasquilla (2006), con base en datos del Instituto Nacional de Salud (2003).

del 30% en zonas con altas tasas de transmisión (Dirección General de Salud Pública, 2004).

Otra hipótesis es que los cambios institucionales provocados por las reformas del sector salud han afectado la ejecución de las medidas de control y prevención del paludismo. Carrasquilla (2006) analizó esta relación compilando datos secundarios sobre indicadores epidemiológicos, factores de riesgo y recursos financieros para la prevención y el control del paludismo en 255 municipios endémicos de paludismo en Colombia en el período que se extiende de 1991 a 2000. (Para el estudio se procuró recopilar información sobre causas, altas hospitalarias y fallecimientos, y sobre actividades de prevención y control del paludismo en 319 municipios. Debido a las grandes brechas de información disponible, se obtuvieron datos con distinto grado de integridad de solo 255 municipios.)

Carrasquilla realizó entrevistas semiestructuradas con los funcionarios pertinentes del sector salud que participaban en el programa de control del paludismo en relación con los aspectos operativos del programa antes y después de la descentralización. Se analizaron las tendencias de la morbilidad por paludismo en tres períodos: 1990–93 (antes de la descentralización del programa), 1994–98 (período de transición), y 2000–02 (descentralización del programa). El estudio no encontró diferencias estadísticamente significativas en las tasas

medias de incidencia del paludismo entre estos períodos. Debido a las brechas de información, no fue posible usar un modelo uniforme para estudiar las asociaciones entre las tasas del paludismo en cada período y factores tales como variables climáticas (incluidas las precipitaciones), grado de descentralización, cobertura del seguro, desarrollo municipal, y población rural, lo que limita las conclusiones de los posibles determinantes de las tendencias observadas. (El estudio identificó importantes brechas de información, tales como la ausencia de datos sobre los recursos disponibles y el gasto específico para el programa contra el paludismo, y la gran variabilidad de los casos informados en algunas áreas. A modo de ejemplo, en el período 1994–98 tan solo 67 municipios tenían información sobre el gasto en salud del año 1997).

Las conclusiones de Carrasquilla respecto de los aspectos institucionales del programa contra el paludismo alrededor del año 2001 indican que los gobiernos subnacionales asignaban recursos a las actividades de planificación y ejecución de conformidad con sus responsabilidades de control de la enfermedad. No obstante, la participación de las instituciones privadas en las actividades de diagnóstico y tratamiento es baja en relación con la actividad del sector público. La encuesta identificó algunas falencias que podrían poner en riesgo la efectividad del programa contra el paludismo; entre ellas se incluyen la rotación frecuente de personal y la ausencia de capacitación de funcionarios asignados al programa de control del paludismo.

Tuberculosis

Como sucede con los programas de vacunación y de lucha contra el paludismo, antes de 1993 el programa de control de la tuberculosis era un programa nacional vertical que comprendía tareas de planificación, administración, asistencia técnica, financiamiento y provisión de atención a través de los hospitales públicos. Los servicios de tuberculosis eran gratuitos en todo el país.

A partir de las reformas de seguro de salud y descentralización, el Ministerio de Salud pasó a ser responsable de las políticas, normas y compras de medicamentos de primera línea y de la vacuna contra la tuberculosis Bacillus Calmette-Guérin (BCG). Las direcciones de salud de los departamentos brindaban asistencia técnica, seguimiento, super-

visión y distribución de medicamentos y vacunas a los municipios, en tanto estos últimos estaban a cargo de prestar los servicios del PBS que incluían el seguimiento de las actividades de control de la tuberculosis, distribución de medicamentos y vacunas a prestadores, visitas a hogares, y tratamiento para pacientes no asegurados. Las aseguradoras suministraban las vacunas a sus poblaciones y, con posterioridad a la Ley 715, derivaban a los pacientes con tuberculosis al sector público para su tratamiento.

Un estudio sobre la incidencia de la tuberculosis publicado en 2004 indicó una tasa de incidencia de todas las formas de la enfermedad que disminuyó de 34 casos por 100.000 habitantes en 1992 a aproximadamente 26 casos por 100.000 en 2002 (Chaparro et al., 2004). Los autores del estudio calcularon una tasa tomando la cantidad de casos detectados mediante el sistema de vigilancia epidemiológica del Instituto Nacional de Salud⁹ y los denominadores construidos con datos del censo 2005; esta medición arrojó una media nacional que ha oscilado en torno a 20 por 100.000 habitantes entre 2003 y 2005. Aunque hay diferencias en las tasas de incidencia informadas por el ministerio (26 por 100.000 en 2005) y el Instituto Nacional de Salud (24 por 100.000 en 2005), la cantidad de casos notificados en cada serie se ha mantenido relativamente constante durante este período, oscilando entre 8.308 casos en 2003 y un máximo de 9.009 casos en 2004, para volver a descender a 8.300 casos en 2006. La OMS informa una tasa muy diferente de 45 por 100.000 habitantes, con base en casos oficialmente notificados ajustados en función de la notificación insuficiente estimada de casos (OMS, 2007).

Aunque algunos autores atribuyen importancia al ligero aumento de casos observado en 2002 (Ayala Cerna y Kroeger, 2002), el panorama de la tasa de tuberculosis es poco claro. Puede haber empeorado o haberse mantenido prácticamente sin cambios durante los últimos 10 años. Las tasas estables de mortalidad por tuberculosis y el descenso de las tasas de alta hospitalaria que se observaron hacia fines de los años noventa han sido interpretados como signos de estancamiento por algunos analistas (Segura, Rey y Arbeláez, 2004).

⁹ Véase www.ins.gov.co (último acceso efectuado en junio de 2007).

Entre los factores hipotéticos que se emplean para explicar las tendencias de incidencia de la tuberculosis se incluyen la fragmentación de la prestación de atención, lo que parece haber contribuido a diagnósticos tardíos, una mayor frecuencia de la hospitalización y una tasa más elevada de mortalidad (Arbeláez, 2006). Si bien ningún estudio ha analizado con rigurosidad el impacto que tiene la condición de asegurado en la detección y el tratamiento de los casos, esta condición parece incidir en el cumplimiento del tratamiento: un estudio de 726 casos realizado en Bogotá en 1999 comprobó que la tasa de cumplimiento era mayor entre el grupo asegurado al régimen contributivo mientras que la tasa más baja correspondía a la población no asegurada (Arbeláez, 2006).

Los errores en el tratamiento dado por los prestadores de servicios de salud también tienen incidencia; en los estudios municipales de pequeña escala se han observado estos errores, lo que llevó a niveles moderados de tuberculosis resistente a los medicamentos (Moreira et al., 2004; Laserson et al., 2000). Otra hipótesis es que la coinfección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) también afecta la situación de la tuberculosis, si bien tan solo entre el 5% y el 10% de los casos de tuberculosis diagnosticada presentan coinfección con el VIH (Chaparro et al., 2004; García et al., 2004). La aplicación del tratamiento directamente observado de corta duración (DOTS en inglés) es considerada baja; según estimaciones de la OMS, en 2005 el 50% de los casos tuvo resultados favorables (Dirección General de Salud Pública, 2000). Contrariamente a estas conclusiones, un estudio regional publicado en 2003 indicaba que las tasas de incidencia colombianas eran resultado de la mejor aplicación de la estrategia DOTS (Sobero y Peabody, 2006). La cobertura de BCG es elevada, ya que el 97% de los menores de 4 años de edad han recibido la vacunación, lo que coincide con el aumento de las tasas de nacimientos atendidos por profesionales (Profamilia y Macro International, 2006).

Análisis

En líneas generales, la situación de la salud pública ha mejorado en Colombia, pero aún persisten desigualdades. Los indicios señalan que el gasto en salud pública ha aumentado ostensiblemente y que el seguro

incrementa el acceso a algunas intervenciones clave (véase el capítulo 3). Por ello, una transición más rápida hacia el pleno aseguramiento es un factor fundamental para mejorar la salud pública.

El conflicto armado permanente y la recesión de fines de los años noventa han tenido una incidencia importante en la explicación de los resultados que se observan en los programas de salud pública. Así como estos factores son responsables de la lenta expansión del régimen de seguro subsidiado (véase el capítulo 6), la disminución de las tasas de vacunación parece estar directamente ligada a los efectos presupuestarios de la recesión: se compraron menos dosis de vacunas y se vacunó a una menor cantidad de niños. El estudio de Urdinola (2004) sobre el impacto de la violencia en determinados municipios como factor determinante significativo del ritmo con que ha descendido la tasa de mortalidad infantil también ejemplifica el alcance, en ocasiones limitado, de las intervenciones en el sector salud. El mal funcionamiento de los programas de vacunación y paludismo en determinados municipios muy vulnerables por razones de seguridad también frena el impacto de los programas.

Puede hacerse más para identificar la importancia de estos múltiples factores que afectan los resultados en materia de salud pública, y disponer de opciones de política más variadas; asimismo, pueden adoptarse medidas para garantizar que los insumos esenciales de la salud pública estén protegidos durante períodos de contracción económica.

Una de las dificultades más críticas que enfrenta la salud pública es la fragmentación de las funciones del cuidado de la salud entre niveles de gobierno. Esta fragmentación, originada en la descentralización, se combinó con una falta de coordinación entre los distintos participantes del sistema de seguro. Un programa de vacunación encarga a una organización la compra de vacunas, otras organizaciones están a cargo de adquirir las jeringas, y otras se ocupan de contratar a los vacunadores; este tipo de estructura tiende a tener resultados insatisfactorios dado que los insumos necesarios para la vacunación oportuna simplemente no están disponibles. Aunque las últimas iniciativas del gobierno han procurado mejorar la coordinación de incentivos, todavía queda mucho por hacer para ajustar esos incentivos y mejorar el impacto del programa. A modo de ejemplo, el Ministerio de la Protección Social

ha consolidado la compra de vacunas y jeringas con una entidad y ahora supervisa regularmente que las aseguradoras y los municipios garanticen una vacunación oportuna.

La ausencia de un sistema unificado y eficaz de control y rendición de cuentas de los resultados de la salud pública sigue siendo un problema. Las respuestas parciales y demoradas a los brotes de enfermedades como la fiebre del dengue constituyen un ejemplo: un informe de 2004 acerca del brote de dengue identificó que se informaba tan solo uno de cada nueve casos sospechosos de dengue que se presentaban en salas de emergencia (Loevinsohn y Harding, 2005). En consecuencia, el financiamiento nacional y la asistencia técnica para hacer frente al brote de la enfermedad llegaron tarde y así ocurrieron muertes evitables. La poca vigilancia se atribuyó a un procedimiento complejo de generación de informes por instalación, que ahora ha sido complementado con la instrumentación de un sistema de vigilancia centinela.

Los trabajadores de la salud especializados en el control de enfermedades transmisibles también han sido reasignados a otras funciones por las autoridades de salud de los municipios o departamentos, lo que indica la capacidad limitada para comprender lo que está en juego, en especial en los municipios más pobres. Dado que gran parte de las enfermedades transmisibles en Colombia se concentra en un número de municipios pobres, las iniciativas y el financiamiento podrían dirigirse con más eficacia sin tener que dejar de operar en el marco de la reforma y la descentralización.

Pese a la popularidad que tiene en toda América Latina, el modelo conceptual que separa las intervenciones de salud individual de las colectivas debería seguir siendo conceptual. La consagración de este modelo en la legislación, y el financiamiento y el contenido de los paquetes de beneficios han complicado innecesariamente el acceso a la atención de la salud e interrumpido la continuidad en la atención. Si bien pretendía exactamente lo contrario, y posteriormente fue revocada por la Ley 1.122 de 2007, la Ley 715 agravó esta situación al excluir de los paquetes de seguro las intervenciones clave de prevención y promoción, y asignar la responsabilidad de su prestación exclusivamente a los municipios. Las iniciativas que se acometan en el futuro deberían tratar de establecer paquetes de beneficios y mecanismos de financiamiento asociados que faciliten el acceso a la atención y el cumplimiento de los tratamientos,

con total independencia de los argumentos económicos de la inversión o la cobertura de seguro del individuo afectado.

La experiencia de Colombia confirma que las condiciones de gobierno son importantes para la eficacia de los programas de salud. Se permitió que los municipios externalizaran los contenidos del PBS; sin embargo, muchos optaron por ejecutarlos directamente o celebraron contratos directos que eran susceptibles de situaciones de abuso y generaron resultados decepcionantes. La contratación abierta y competitiva de servicios clave de la salud pública ha demostrado ser prometedora en otras partes del mundo (Loevinsohn y Harding, 2005); aun así, muchos municipios colombianos se perdieron esta oportunidad de política potencialmente innovadora, que en cambio tuvo como consecuencia la malversación de fondos y un impacto limitado de los servicios. La nueva disposición que exige utilizar una porción de los fondos de salud pública para contratar los servicios de hospitales públicos empeoró la situación.

La eficacia de las políticas es limitada debido a la baja calidad de los datos y de la investigación. Desde el ejemplo del censo no actualizado hasta la incertidumbre acerca de la tasa de incidencia de la tuberculosis, se observa que es difícil diseñar políticas y garantizar los resultados pretendidos si se carece de los datos mínimos necesarios. Por otra parte, es preciso reforzar los métodos de análisis. Muchos estudios examinados para la preparación de este capítulo carecen de contundencia o utilizan métodos inadecuados para establecer las relaciones causales entre las reformas y los resultados observados, o ambas cosas.

Por último, los datos oficiales sobre la salud pública no son uniformes y se encuentran dispersos. Las autoridades colombianas deberían esforzarse más por garantizar la uniformidad y exactitud de los datos de salud pública recabados y utilizados por las instituciones en Colombia que se informan a organismos internacionales como la OMS. Las tasas de incidencia de la tuberculosis informadas por esta última institución son dos veces superiores a los datos de cualquier fuente colombiana. Esta falta de uniformidad empaña la aplicación de las políticas y puede conducir a conclusiones falaces.

Referencias

- Arbeláez, M. P. 2006. La reforma del sector salud y el control de la tuberculosis en Colombia. In: Z.E. Yadón, R.E. Gürtler, F. Tobar et al. (eds.), *Decentralization and Management of Communicable Disease Control in Latin America*. Buenos Aires: OPS.
- Attanasio, O., L. C. Gómez, P. Heredia et al. 2005. *The Short-Term Impact of a Conditional Cash Subsidy on Child Health and Nutrition in Colombia*. Londres: Institute for Fiscal Studies.
- Ayala Cerna, C. y A. Kroeger. 2002. La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. *Cadernos de Saúde Pública* 18(6): 1771–81.
- Carrasquilla, G. 2006. Descentralización, reforma sectorial y control de la malaria. In: Z.E. Yadón, R.E. Gürtler, F. Tobar et al. (eds.), *Decentralization and Management of Communicable Disease Control in Latin America*. Buenos Aires: OPS.
- Chaparro, P. E., I. García, M. I. Guerrero et al. 2004. Situación de la tuberculosis en Colombia, 2002. *Biomédica* 24(Sup. 1):102–14.
- Dirección General de Salud Pública. 2000. *Situación actual de la tuberculosis en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud.
- . 2004. *La salud pública en Colombia: análisis y propuestas*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Documento mimeografiado.
- Flórez, C. E. 2000. *Las transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX*. Bogotá: Banco de la República.
- Flórez, C. E. y M. Ruiz. 2006. Análisis de situación para la formulación del programa de cooperación del UNFPA con el país para el período 2008–2012. Informe para el Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Flórez, C. E. y V. Soto. 2006. Inequidades en salud en Colombia: 15 años de avances. Bogotá: Fundación Corona, Departamento Nacional de Planeación, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
- García, I., A. Merchán, P.E. Chaparro et al. 2004. Panorama de la coinfección tuberculosis/VIH en Bogotá, 2001. *Biomédica* 24(Sup. 1):132–37.
- Gómez, R.D. 2005. La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria: Colombia 1985–2001. Disertación doctoral, Universidad de Alicante, Alicante, España.

- Grupo de Gestión Integral en Salud. 2003–2005. Informe final de la consolidación y análisis de los recursos a cargo del 4,01% de la UPC de Régimen Subsidiado Vigencias. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- . 2005. Resultado de la Gestión del Programa de Enfermedades de Transmisión por Vectores. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Herrera, V. y A. Cortez. 2000. Análisis de la descentralización de la política social y la municipalización del sistema general de seguridad social en salud en municipios de categoría 4, 5 y 6. Bogotá: ESAP-CINAP.
- Homedes, N. y A. Ugalde. 2005. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública* 17(3):210–20.
- Jaramillo, I. 1999. El futuro de la salud en Colombia: cinco años de la puesta en marcha de la Ley 100. Cuarta edición. Bogotá: FESCOL, FES, FRB, Fundación Corona.
- Korenromp, E., J. Miller, B. Nahlen et al. 2005. *World Malaria Report 2005*. Ginebra: OMS y UNICEF.
- Laserson, K., L. Osorio, J. Sheppard et al. 2000. Clinical and Programmatic Mismanagement Rather Than Community Outbreak as the Cause of Chronic, Drug-Resistant Tuberculosis in Buenaventura, Colombia, 1998. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 4(7):673–83.
- Loevinsohn, B. y A. Harding. 2005. Buying Results? Contracting for Health Service Delivery in Developing Countries. *The Lancet* 366(9486):676–81.
- López Casas, J. G. 2007. La inmunoprevención en Colombia 1980–2006. Documento mimeografiado.
- Ministerio de Salud/OPS. 1982. Evaluación del Programa Ampliado de Inmunizaciones. Bogotá: OPS.
- Molina, C. G., U. Giedion, M. C. Rueda et al. 1994. El gasto público en salud y distribución de subsidios en Colombia. Informe final. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación, Misión de Apoyo a la Descentralización, Focalización de los Servicios Seccionales.
- Moreira, C. A., H. L. Hernández, N. L. Arias et al. 2004. Initial Drug Resistance as a Threat for Tuberculosis Control: The Case of Buenaventura, Colombia. *Biomédica* 24(Sup. 1):73–79.

- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2007. WHO 2005 Tuberculosis Epidemio-logical Profile—Colombia. Ginebra: OMS.
- . WHO Statistical Information System. Base de datos disponible en: <http://www.who.int/whosis/en/index.html>.
- Profamilia. 2005. Salud sexual y reproductiva en Colombia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005. Resultados StatCompiler.
- Profamilia y Macro International. 2006. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia 2005. Calverton, MD: Profamilia y Macro International.
- Restrepo Trujillo, M. 2004. A New Reform of the National Health System. *Biomédica* 24(4):341–44.
- Richards, T. 1997. Colombia Struggles with Health Reform. *British Medical Journal* 315(7107):501–04.
- Sánchez, L. H. y F. J. Yepes. 1999. La descentralización de la salud en Colombia: estudio de casos y controles. Informe técnico. Bogotá: Asociación Colombiana de la Salud.
- Sánchez, L. H., F. J. Yepes y B. Cantor. 1998. La descentralización de la salud: el caso de tres municipios colombianos. Informe técnico. Bogotá: Asociación Colombiana de la Salud.
- Segura, A. M., J. J. Rey y M. P. Arbeláez. 2004. Tendencia de la mortalidad y los egresos hospitalarios por tuberculosis, antes y durante la implementación de la reforma del sector salud, Colombia, 1985–1999. *Biomédica* 24(Sup. 1):115–23.
- Sobero, R. A. y J.W. Peabody. 2006. Tuberculosis Control in Bolivia, Chile, Colombia and Peru: Why Does Incidence Vary So Much Between Neighbors? *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* 10(11):1292–95.
- Tono, T. M., L. Velásquez de Charry, J. Sáenz et al. 2002. El impacto de la reforma sobre la salud pública: el caso de la salud sexual y reproductiva. Bogotá: Fundación Corona, Fundación Ford, Engender Health.
- Unión Temporal CCRP-ASSALUD-BDO. 2004. Diseño y aplicación de una encuesta para la evaluación de las acciones de prevención del POS-C/POS-S y del logro de las metas del PAB departamental y distrital. Bogotá: Unión Temporal CCRP ASSALUD-BDO.

- Urdinola, P. 2004. Could Political Violence Affect Infant Mortality? The Colombian Case. Documento mimeografiado. Universidad de California, Berkeley.
- Vargas, J. E. y A. Sarmiento. 1997. Descentralización de los servicios de educación y salud en Colombia. Bogotá: Casa Editorial El Tiempo.
- Vivas, J., E. Tarazona, C. Caballero y N. Marrero. 1988. El Sistema Nacional de Salud. Administración, presupuestación, gasto y financiamiento. Bogotá: Fedesarrollo y OPS.



CAPÍTULO 3

Impacto del seguro de salud subsidiado sobre el estado de salud, y sobre el acceso y uso de los servicios sanitarios

Úrsula Giedion, Beatriz Yadira Díaz,
Eduardo Andrés Alfonso y William D. Savedoff

A principios de los años noventa, Colombia introdujo un sistema de seguro de salud universal con dos formas de afiliación. El régimen contributivo brinda cobertura a trabajadores del sector formal que perciben al menos un salario mínimo por mes (que ronda los US\$223)¹ y a trabajadores independientes y del sector informal que perciben al menos dos salarios mínimos por mes. El régimen subsidiado otorga cobertura a individuos categorizados como pobres mediante el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisben), que es un instrumento para verificar la condición de pobreza.

Los individuos que reúnen los requisitos para afiliarse al régimen contributivo pagan un impuesto del 12% a la nómina salarial por un plan de seguro integral que tiene un valor aproximado de US\$207.²

¹ El salario mínimo de 2007, fijado por el Decreto 4.580/2006 del Ministerio de la Protección Social ascendía a \$Col 433.700, equivalente a US\$223. (Tipo de cambio al 15 de junio de 2007: \$Col 1.945 = US\$1).

² Las primas de 2007 se fijaron mediante el Acuerdo 35/2006 del Consejo Nacional de Seguridad Social en \$Col 404.215,20 (régimen contributivo) y \$Col 227.577,60 (régimen subsidiado). Los

Estos impuestos a la nómina salarial se depositan en un fondo público denominado Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), que canaliza los recursos de individuos cuyos aportes exceden el valor de sus primas y las de su familia, destinándolos a otros cuyos aportes son de menor cuantía.

Para aquellos que no están en condiciones económicas de contratar un seguro, el gobierno utiliza la recaudación fiscal nacional y local y un porcentaje del impuesto sobre la nómina salarial (1%) del régimen contributivo a fin de contratar cobertura de seguro para los pobres afiliados al régimen subsidiado. El paquete de beneficios es más limitado en el régimen subsidiado (ronda los US\$117), pero la legislación pretende que vaya asemejándose al del régimen contributivo, objetivo este que depende de la movilización de recursos adicionales. En 2007 el régimen subsidiado contemplaba la mayor parte de los cuidados básicos e intervenciones costosas relacionadas con enfermedades catastróficas como el cáncer y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Por lo tanto, la mayor parte de los servicios de atención hospitalaria aún están fuera de la cobertura. Las reglas de acceso a estos servicios no difieren entre asegurados y no asegurados.

En cualquiera de los dos regímenes, el paciente elige una compañía de seguro de salud que puede ser pública, privada o mixta, con o sin fines de lucro. A su vez, esta compañía de seguro cubre una porción de los costos de atención de la salud, mediante contratos que celebra con prestadores del sector público y privado o a través de sus propios prestadores de servicios de salud. Las compañías de seguro reciben un monto ajustado per cápita.

Como resultado de estas reformas, la cobertura del seguro se incrementó del 24% de la población en 1993 al 62% en 2003. Este aumento fue mayor entre individuos del quintil de ingreso más bajo, donde se registró un incremento del 6% antes de las reformas al 47% una década después. El actual gobierno pretende alcanzar cobertura universal durante su mandato, mediante la movilización de nuevos recursos financieros.

Pese a estos logros, las reformas son objeto de crítica. Algunos grupos de oposición exigieron grandes cambios al sistema; las refor-

valores expresados en dólares, utilizando el tipo de cambio de junio de 2007 (\$Col 1.945 = US\$1) ascendían a US\$207 (régimen contributivo) y US\$117 (régimen subsidiado).

mas fueron uno de los principales temas de debate en las dos últimas elecciones presidenciales. Si bien existen cada vez más pruebas empíricas sobre los beneficios del sistema de seguro de salud subsidiado —específicamente, el acceso a los servicios de salud y su utilización (véase, por ejemplo, Panopoulou, 2001), la protección financiera de los hogares frente a los desembolsos directos (por ejemplo, Flórez, Giedion y Pardo, 2007) y la mejor asignación de los recursos del sector público (Acosta et al., 2007)—, muchos sostienen que el sistema era mejor antes de las reformas y que el nuevo sistema ha empeorado las condiciones de salud. Además, algunos analistas consideran que el gran esfuerzo fiscal que implica financiar el sistema de seguro de salud subsidiado (cerca del 1% del PIB en 2003; Barón, 2007) puede no valer la pena y que posiblemente haya tenido un efecto negativo sobre el empleo (Gaviria, Medina y Mejía, 2006). En este capítulo se presentan pruebas para aportar información y enriquecer ese debate, y para destacar los riesgos que acarrea introducir grandes cambios antes de analizar qué impacto podrían tener sobre los resultados positivos ya logrados.

Por último, Colombia ha sido uno de los primeros países en desarrollo en introducir un régimen de seguro social que proporciona cobertura universal y acceso financiero equitativo a un paquete de beneficios básicos para todos (Panopoulou, 2001). La expansión de la cobertura del seguro entre los pobres fue uno de los puntos de la agenda de muchos países y organizaciones internacionales, como instrumento para mejorar el acceso de los más vulnerables a la atención y a la protección financiera contra las consecuencias de una enfermedad. Por lo tanto, dado que casi dos tercios de la población tienen acceso a la cobertura del seguro, el caso de Colombia representa una oportunidad única de análisis para recabar información sobre uno de los temas de debate más candentes del sector salud.

En este contexto, se necesita con urgencia contar con información sobre el impacto de las reformas en el sistema de salud colombiano, no solo para informar sobre la elaboración de políticas en Colombia sino también para ofrecer lecciones a otros países que estén analizando reformas similares. A los fines de este estudio se utilizan la información existente y métodos de evaluación de impacto para medir los efectos del régimen subsidiado de Colombia sobre los niveles y la distribución de la cobertura de seguro, el acceso y la utilización de los servicios de salud,

y el estado de salud. El estudio aporta contundencia a sus resultados mediante la combinación y comparación de los resultados obtenidos con distintos métodos de evaluación de impacto semiparamétricos.

Antecedentes y contexto

¿Por qué es importante el seguro?

El seguro de salud reduce el costo directo en el que deben incurrir individuos y familias para acceder y utilizar servicios de salud. Por ende, reduce el riesgo financiero de las enfermedades y mejora el acceso a los servicios de salud. Este estudio plantea la hipótesis de que el régimen de seguro subsidiado que se introdujo en Colombia en 1993 logró mejorar el estado de salud de la población asegurada, ya que propició una atención médica más accesible.

A continuación se citan algunas salvedades.³ En primer lugar, el seguro de salud solo afecta el alcance de la atención médica, no necesariamente incide en otros factores que afectan el acceso.⁴ En segundo lugar, el seguro de salud afecta indirectamente la salud, debido al impacto que tiene sobre la utilización de los servicios de atención médica. En tercer lugar, el efecto del seguro de salud puede variar dentro de la población. En particular, en áreas con redes de seguridad social eficaces, la falta de seguro puede no constituir una barrera significativa para recibir tratamiento y, consecuentemente, el impacto marginal de introducir la cobertura del seguro puede ser menor, comparado con el impacto en áreas donde los habitantes tienen menos opciones (Buchmueller et al., 2005). En cuarto lugar, las personas con seguro de salud pueden diferir sistemáticamente, de un modo algo uniforme, de las personas sin seguro; lo cual dificulta más el análisis. Por último, el estado de salud es un concepto complejo por naturaleza y las conclusiones pueden variar, según las variables específicas seleccionadas para medirlo.

³ Para un excelente análisis de estas cuestiones, véase Buchmueller et al. (2005) y Levy y Meltzer (2001).

⁴ Penchansky y Thomas (1981) identifican cinco dimensiones de acceso: disponibilidad, accesibilidad, adaptación, alcance y aceptabilidad, como se describe en McLaughlin y Wyszewianski (2002).

Requisitos de admisión y afiliación al régimen subsidiado

La participación en el régimen subsidiado es un proceso que consta de dos pasos: conforme al marco legal existente, la población vulnerable es la que se identifica en primer lugar como admisible y luego se afilia paulatinamente al régimen subsidiado, según un criterio predefinido para el establecimiento de prioridades. Para definir la “participación” —un tema fundamental al utilizar métodos cuasiexperimentales, como el de la correspondencia del puntaje de propensión o el método de diferencias en diferencias con pareo— es necesario comprender qué factores determinan cómo y por qué un individuo puede ser admitido a un régimen de seguro de salud subsidiado, y qué factores estipulan la afiliación de un individuo admisible a dicho régimen. Estos temas se analizarán brevemente a continuación.

Las reglas de admisibilidad para la inscripción en el régimen subsidiado son complejas. Esta complejidad afecta la estrategia analítica utilizada en el estudio. La principal prioridad se asigna a poblaciones especiales, por ejemplo: huérfanos y ancianos, independientemente del puntaje asignado por el instrumento para verificar la condición de pobreza. La siguiente prioridad se asigna a personas pobres con puntajes bajos en las siguientes condiciones: embarazadas, menores de 5 años, desplazados por violencia o discapacitados. El resto de la población se clasifica según el puntaje obtenido mediante el Sisben.

Una vez publicada esta lista ordenada, los individuos seleccionados se pueden suscribir a una de las compañías de seguro que compiten entre sí. Si un individuo no se suscribe, pierde la oportunidad de inscribirse al régimen de seguro y debe esperar al próximo período de afiliación. La afiliación de personas admisibles se efectúa paulatinamente, a medida que se accede a financiamiento adicional en los ámbitos nacional y local. Las personas admisibles pero no afiliadas pueden utilizar hospitales públicos a precios que incluyen importantes subsidios, pero no gozan del paquete de beneficios explícito y garantizado por ley de quienes están asegurados.

La implementación del sistema impuso otras complicaciones. En primer lugar, el sistema para verificar la condición de pobreza y la afiliación se introdujeron en forma dispar en las distintas partes del país, dependiendo de la disponibilidad de fondos locales adicionales y

la capacidad administrativa municipal. En segundo lugar, la distinción entre asegurados y no asegurados es algo confusa, ya que a este último grupo se le han otorgado bonificaciones parciales de honorarios en hospitales públicos (véase Panopoulou, 2001). En tercer lugar, existen pruebas que indican que las autoridades locales manipulan los puntajes del Sisben y la afiliación, lo que conlleva a incluir poblaciones de personas que no son pobres. (Pese a la cobertura limitada y a cierta canalización de subsidios para personas con más recursos, el régimen subsidiado sigue siendo el programa social más eficiente de Colombia y en las dos últimas décadas el sector salud ha progresado mucho en cuanto a la asignación de recursos. Véase Lasso, López y Núñez, 2004.)

En resumen, la legislación que rige la participación en el régimen subsidiado, los datos de encuestas anteriores y los análisis llevados a cabo por varios investigadores indican que la participación en el régimen subsidiado no es aleatoria y depende de muchas variables distintas a los puntajes de pobreza (Panopoulou, 2001; Trujillo y Portillo, 2005). Por lo tanto, no cabe duda de que las comparaciones simples de diferencias en el ingreso entre afiliados y no afiliados generarán estimaciones sesgadas del impacto del seguro de salud subsidiado en Colombia.

Información previa sobre el impacto del seguro de salud subsidiado en Colombia

Varios estudios han analizado el impacto del régimen subsidiado sobre la utilización de servicios de salud, la protección financiera y el estado de salud de la población. Los estudios que utilizan información que corresponde a la primera etapa de implementación del régimen subsidiado han corroborado el impacto positivo del seguro de salud para la atención ambulatoria, pero no para la hospitalaria (Panopoulou, 2001; Trujillo y Portillo, 2005).⁵ Este último resultado tiene su justificación en la limitada cobertura de servicios hospitalarios del régimen subsidiado, como se mencionó anteriormente. Según pruebas contundentes de ambos informes, el impacto es más positivo en áreas urbanas que en áreas rurales.

⁵ Para ambos estudios se utilizan datos de la Encuesta de Calidad de Vida de 1997, que corresponde a los primeros años de implementación del régimen subsidiado.

Con información más reciente, Gaviria et al. (2006) determinaron que el régimen subsidiado tiene un impacto positivo y significativo sobre el uso de servicios de medicina preventiva y consultas ambulatorias, y un impacto negativo sobre los índices de hospitalización en el orden nacional. Según estos autores, el primer resultado se justifica por el hecho de que los pacientes sin seguro registran índices de emergencias más elevados y, por ende, índices de hospitalización también más elevados. En Bitrán et al. (2004) se utilizan estadísticas descriptivas que demuestran que las personas pobres que gozan de la cobertura del seguro del régimen subsidiado se benefician de índices más bajos de demanda insatisfecha y menos dificultades financieras para acceder a los servicios, efectúan más consultas ambulatorias, tienen desembolsos directos de menor cuantía y registran una menor incidencia de gastos catastróficos en salud que las personas pobres sin seguro. No obstante, cabe destacar que los primeros resultados se basan en comparaciones de medias simples que pueden estar sesgadas, debido a las posibles diferencias entre afiliados y no afiliados.

Tan solo unos pocos estudios han buscado pruebas del impacto del régimen subsidiado sobre el estado de salud. Gaviria y sus colegas utilizan autoinformes sobre el estado de salud y el peso al nacer como medidas de los resultados en materia de estado de salud (Gaviria et al., 2006; Gaviria y Palau, 2006). Según las conclusiones de estos autores, el seguro tiene un impacto positivo sobre la percepción del estado de salud al adoptarse un enfoque de variables instrumentales. Sin embargo, dado el método elegido por ellos, este resultado requiere partir de un supuesto de independencia de esta percepción (resultado) del contexto social y político en el orden municipal, medido en términos de cantidad o porcentaje de años que se ha vivido en el mismo municipio (el “instrumento”).⁶ Estos autores también concluyen que el peso al nacer se incrementa levemente en pacientes con seguro, pero solo en aquellos que pertenecen a los estratos más pobres de la población. No obstante, es imposible afirmar que un recién nacido con seguro es más sano sólo porque pesa 50 gramos más que otro sin seguro. La salud de un niño está en riesgo únicamente cuando su peso está por debajo de

⁶ Véase el informe completo (Giedion y Díaz, 2007) para más información sobre el enfoque de variables instrumentales.

cierto límite. Por este motivo, muchos autores utilizan el peso bajo o extremadamente bajo al nacer como medida al evaluar el impacto del seguro de salud en infantes.

Algunas de las dificultades que presentan los primeros trabajos en la materia se deben al sesgo. Para solucionar este problema, los investigadores han aplicado distintos métodos, entre ellos: análisis descriptivos, variables instrumentales y enfoques semiparamétricos. En todos los casos, los investigadores debían enfrentarse a preguntas relacionadas con la dificultad de interpretar la relación de causalidad entre el seguro de salud y determinadas variables de resultados.

Este trabajo complementa la información existente poniendo a prueba la contundencia de los resultados: para ello se implementan distintos métodos de evaluación de impacto, se aprovecha un conjunto de datos de cuasipanel, y se combina en un estudio el análisis de una serie de variables de acceso, utilización y estado de salud, no solo en el orden nacional, sino también por nivel de pobreza y por área. (Cabe destacar que ninguno de los estudios anteriores utilizó datos transversales repetidos para corregir algunos de los posibles problemas de selección relativos a las diferencias entre afiliados y no afiliados en características no observadas.)

Métodos

Cuando no se cuenta con datos experimentales, la elección del enfoque analítico depende de circunstancias específicas y suele ser necesario probar varios métodos (véase Blundell y Dias, 2000). Con el fin de controlar el sesgo en la selección a causa de las diferencias entre afiliados y no afiliados y comprobar la contundencia de los resultados, se implementaron cuatro métodos distintos, entre ellos: el método de regresión discontinua (RDA), la correspondencia del puntaje de propensión (PSM) y la doble diferencia con pareo (MDD). El RDA se descartó debido a que los datos reflejaban que uno de sus principales supuestos —la aleatoriedad de la afiliación, según el puntaje de admisibilidad del sistema para verificar la condición de pobreza— no se corroboraba en el contexto del régimen subsidiado de Colombia (para más información, véase Giedion y Díaz, 2007). Cuando se cuenta con buenos datos transversales repetidos o de panel, el MDD es mejor que

el PSM, ya que no solo permite controlar las diferencias entre afiliados y no afiliados en características observables (por ejemplo, educación, ingreso y vivienda) sino también diferencias que no varían en el tiempo en características no observables (Blundell y Dias, 2000). No obstante, fue preciso sopesar la precisión de la estimación con el control del sesgo en la selección: el método de la doble diferencia con pareo es inferior al de la correspondencia del puntaje de propensión en términos de la riqueza de las variables de resultados presente en el conjunto de datos disponibles. El conjunto de datos transversales repetidos necesarios para el MDD contenía un conjunto menos rico de variables relacionadas con el acceso, la utilización y el estado de salud que el conjunto de datos transversales de la Encuesta de Demografía y Salud de 2005, necesarios para implementar el PSM. A continuación se presentan los resultados de ambos métodos.⁷

Descripción y muestra de datos

Para este estudio se utiliza una combinación de datos transversales repetidos de la Encuesta de Demografía y Salud de 1995, 2000 y 2005, datos del censo de 1993, y datos administrativos del ámbito municipal. La Encuesta de Demografía y Salud es la única fuente que ofrece datos adecuados y comparables sobre el estado de salud de los individuos, antes y después de una intervención. Los datos administrativos proporcionaron variables contextuales (entre ellas: provisión de servicios de salud, capacidad de la administración local y recursos financieros) para analizar los factores determinantes de la afiliación al régimen subsidiado. Los datos del censo de 1993 brindaron información adicional sobre las condiciones previas a las reformas. Por cuestiones de confidencialidad, no fue posible obtener datos individuales del censo, y fue preciso utilizar datos de bloques (cada bloque representa a aproximadamente 20 familias). Véase Giedion y Díaz (2007) para más detalles sobre los datos, las variables y los procesos de correspondencia.

La muestra se tomó de las distintas versiones de la Encuesta de Demografía y Salud (1995, 2000 y 2005) e incluyó a todos los individuos

⁷ Los resultados de otros métodos están disponibles a pedido del interesado.

afiliados al régimen subsidiado y a individuos sin seguro, es decir, individuos que no están afiliados al régimen subsidiado ni al contributivo. Se exceptuaron los individuos afiliados al régimen contributivo. Esta restricción excluye de la muestra a la mayor parte de los individuos de ingreso medio y alto.

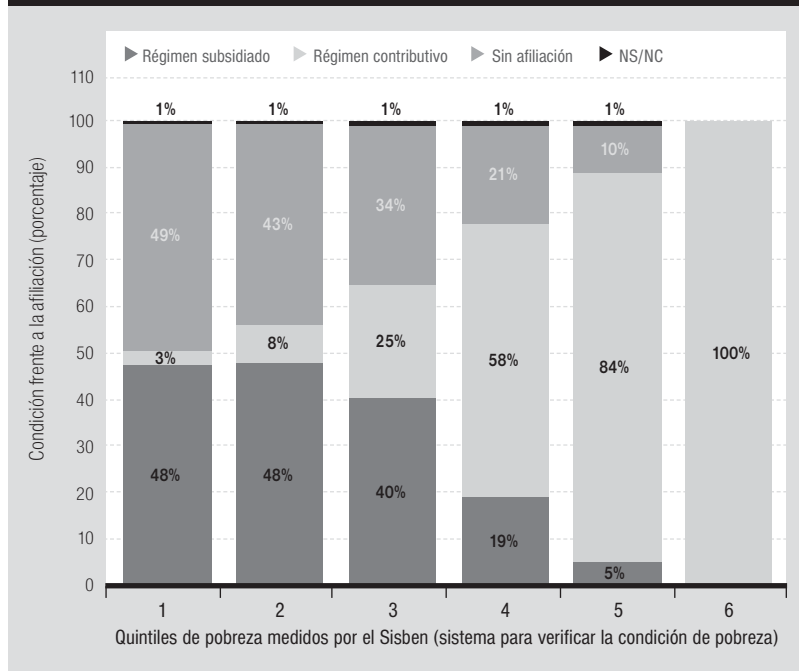
Resultados

Impacto del régimen subsidiado sobre la cobertura del seguro de salud

El incremento en la cantidad de colombianos que gozan de la cobertura del seguro de salud es uno de los resultados exitosos en los que generalmente coinciden los analistas, tanto los que están a favor como los que están en contra de las reformas. Este resultado es también asombroso en el plano internacional, ya que muy pocos países de ingreso bajo y medio han expandido la cobertura del seguro de salud tan rápidamente y a niveles tan elevados en tan corto plazo. (Tailandia y Filipinas están alcanzando un nivel de cobertura similar; Costa Rica y Chile han alcanzado una cobertura universal, pero en un lapso más prolongado.)

En general, la cobertura del seguro de salud en Colombia se incrementó de menos de un cuarto de la población antes de las reformas (1993) a casi dos tercios de la población una década más tarde (Escobar, 2005). Según la información administrativa oficial más reciente, en 2006 el 82,72% de la población gozaba de la cobertura del seguro de salud del régimen subsidiado (54%) o del régimen contributivo (46%) (Ministerio de la Protección Social, 2006). El crecimiento de la cobertura del seguro fue más notable entre la población que pertenece al quintil más pobre, donde prácticamente el porcentaje de población con seguro se multiplicó por ocho (Escobar, 2005). Según datos de 2005 (gráfico 3.1), el régimen subsidiado está bien dirigido a los pobres, ya que la cobertura aumenta con el nivel de pobreza, mientras que la cobertura del régimen contributivo asciende con el nivel de riqueza (véase el capítulo 6 para más información sobre asignación de recursos).

La cobertura es similar para ambos géneros y es algo superior entre adolescentes y personas de más de 50 años. Las diferencias en cobertura según el municipio son bastante significativas: en aproximadamente un quinto de las municipalidades de Colombia la cobertura

GRÁFICO 3.1 Condición frente al seguro de salud por nivel de pobreza, 2005

Fuente: Giedion y Díaz (2007) con datos de la Encuesta de Demografía y Salud de 2005.
 Sisben = Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales.

del seguro sigue siendo inferior al 20%, mientras que dos quintos de las municipalidades han alcanzado una cobertura de más del 80%. Esta variación se debe principalmente a las desigualdades en los recursos locales que se aplican al régimen subsidiado.

Impacto del seguro de salud subsidiado sobre el acceso y uso de los servicios sanitarios, y el estado de salud

En el cuadro 3.1 se describen las 13 variables de acceso y las cinco variables de estado de salud que se utilizan en este estudio, con información sobre diferencias de medias simples incondicionales entre individuos afiliados y no afiliados al régimen subsidiado y que se encuentran en el nivel 3 de pobreza o en un nivel inferior. El conjunto de datos contiene

bastante información sobre el acceso a los servicios, pero muy poca sobre el estado de salud. Por otra parte, las variables de salud se centran exclusivamente en la salud de embarazadas, recién nacidos y niños pequeños. Esto complica el análisis dado que muchos servicios de salud para niños pequeños y mujeres embarazadas son de acceso gratuito para todo el mundo, sin importar la condición frente al seguro. Por lo tanto, es probable que las dificultades financieras que se solucionan al contar con la cobertura del seguro no sean tan significativas. Además, no es posible extrapolar de estas variables el impacto de la cobertura del seguro sobre las condiciones de salud de la población, particularmente aquellas que se pueden mejorar directamente mediante la mayor parte de los servicios de salud que brinda el seguro.

Comparación de medias incondicionales

La comparación de medias incondicionales de afiliados y no afiliados que pertenecen al estrato más bajo de la población (nivel 3 o inferior del Sisben) indica que entre quienes tienen cobertura hay una menor propensión a no buscar atención cuando se la necesita (26% en comparación con el 46% de las personas sin cobertura; cuadro 3.1). Además, solo el 24% de los asegurados manifiesta que sus problemas de acceso están relacionados con dificultades financieras, en comparación con el 57% de quienes no están afiliados a un régimen. Por el contrario, los pacientes afiliados suelen informar dificultades a causa de la provisión limitada de servicios (30% en comparación con el 13% de los pacientes no afiliados). Estos utilizan los servicios de salud con más frecuencia (68% contra 46%), y los niños pequeños con cobertura que tienen problemas de tos o diarrea suelen ser llevados con más frecuencia a un centro médico.

Las diferencias relativas al acceso a servicios prenatales durante el parto y posparto son menos pronunciadas, pero también señalan que las embarazadas afiliadas al régimen subsidiado tienen un acceso significativamente mejor: reciben un 4% más de consultas prenatales, llevan a sus hijos recién nacidos a centros de salud con un 3% más de frecuencia, y reciben entre un 4% y un 5% más de asistencia de profesionales o médicos, respectivamente, que las mujeres no afiliadas al régimen subsidiado.

CUADRO 3.1 | Acceso y uso de los servicios de salud y estado de salud de la población, 2005

Descripción de la variable	Valor promedio, no afiliados	Valor promedio, afiliados	Diferencia (porcentaje)	Importancia estadística	Construcción de la variable	Universo ^a
Variables de acceso						
No se recibe atención médica cuando es necesario (excluye problemas de salud que se consideran demasiado leves como para buscar atención)	45,7%	26,1%	-43	***	¿Cómo procedió ante un problema de salud que consideró suficientemente grave para buscar atención? 0 = acudió a un centro médico, visitó a un médico, buscó una terapia alternativa, acudió a una enfermera 1 = no recibió ningún tipo de atención médica	Miembros de la familia
No se recibe atención cuando es necesario por problemas de provisión	13,2%	30,4%	+130	***	Si no recibió atención de ningún tipo cuando la necesitaba, ¿a qué se debió? 1 = problemas con la provisión de servicios, entre ellos: lejanía del lugar de la prestación, servicios de mala calidad, no se presentó, no le resolvieron el problema la última vez, demasiada burocracia 0 = no recibió atención por otros motivos	Miembros de la familia

(continúa)

CUADRO 3.1 | Acceso y uso de los servicios de salud y estado de salud de la población, 2005 (continuación)

Descripción de la variable	Valor promedio, no afiliados	Valor promedio, afiliados	Diferencia (porcentaje)	Importancia estadística	Construcción de la variable	Universo ^a
No se recibe atención cuando es necesario por dificultades financieras	56,9%	23,8%	-58	***	Si no recibió atención ante un problema considerado suficientemente grave como para buscarla, ¿se debió a falta de dinero? 0 = no, no recibió atención por otros motivos 1 = Sí	Miembros de la familia
Consultas ambulatorias efectuadas en los últimos 12 meses	46,2%	68,2%	+48	***	¿Algún miembro de la familia utilizó servicios de salud en los últimos 12 meses? 0 = No 1 = Sí	Miembros de la familia
Niños que reciben el plan de vacunación completo para su edad	37,4%	41,8%	+12	***	¿Recibió el niño el plan de vacunación completo para su edad? 1 = Sí 0 = No	Niños menores de 5 años
Niños que acuden a un centro médico cuando tienen tos	35,7%	44,8%	+26	***	¿Acudió el niño a un centro médico cuando tenía fiebre o tos? 0 = No 1 = Sí	Niños menores de 5 años

(continúa)

CUADRO 3.1 | Acceso y uso de los servicios de salud y estado de salud de la población, 2005 *(continuación)*

Descripción de la variable	Valor promedio, no afiliados	Valor promedio, afiliados	Diferencia (porcentaje)	Importancia estadística	Construcción de la variable	Universo ^a
Niños que acuden a un centro médico cuando tienen diarrea	29,4%	35,5%	+21	**	¿Acudió el niño a un centro médico cuando tenía diarrea? 0 = No 1 = Sí	Niños menores de 5 años
Cantidad de consultas prenatales	5.190	5.393	+4	***	Cantidad de visitas prenatales durante el embarazo	Mujeres
Nacimiento en un centro de salud	83,2%	85,8%	+3	***	¿Fue el niño dado a luz en un ámbito formal? 0 = No = parto en el hogar, otros 1 = Sí = hospital, clínica, centro médico del gobierno, centro privado o médico particular con reembolso del seguro médico	Mujeres

(continúa)

CUADRO 3.1 Acceso y uso de los servicios de salud y estado de salud de la población, 2005 (continuación)						
Descripción de la variable	Valor promedio, no afiliados	Valor promedio, afiliados	Diferencia (porcentaje)	Importancia estadística	Construcción de la variable	Universo ^a
Nacimiento asistido por un profesional	81,3%	84,7%	+4	***	¿Fue el nacimiento asistido por un profesional? 0 = No = asistente de parto calificado, familiar, amigo, otra persona, otra respuesta (sin código), nadie 1 = Sí = médico, enfermera, partera, partera auxiliar, profesional de la salud	Mujeres
Nacimiento asistido por un médico	76,5%	80,0%	+5	***	0 = No 1 = Sí	Mujeres
Consultas posnatales después de haber dado a luz	47,0%	52,1%	+11	***	0 = No 1 = Sí = médico, enfermera, enfermera auxiliar	Mujeres
(continúa)						

CUADRO 3.1 | Acceso y uso de los servicios de salud y estado de salud de la población, 2005 *(continuación)*

Descripción de la variable	Valor promedio, no afiliados	Valor promedio, afiliados	Diferencia (porcentaje)	Importancia estadística	Construcción de la variable	Universo ^a
Acceso a servicios médicos cuando surgen complicaciones (n = 453 en Encuesta de Demografía y Salud de 2005)	42,3%	48,8%	+15	***	¿Recibió atención médica debido a las complicaciones? 0 = No 1 = Sí	Miembros de la familia
Variables del estado de salud						
Supervivencia de niños menores de 5 años	97,7%	97,2%	—		1 = Sí, el niño está vivo 0 = No, el niño falleció	Niños menores de 5 años
Puntaje de la percepción del estado de salud	2,9	2,8	-3	***	¿Cómo percibe su estado de salud? 1 = Malo 2 = Normal 3 = Bueno 4 = Muy bueno 5 = Excelente	Miembros de la familia

(continúa)

CUADRO 3.1 | Acceso y uso de los servicios de salud y estado de salud de la población, 2005 (continuación)

Descripción de la variable	Valor promedio, no afiliados	Valor promedio, afiliados	Diferencia (porcentaje)	Importancia estadística	Construcción de la variable	Universo ^a
Bajo peso al nacer (por ficha de nacimiento)	7,6%	10,9%	+43	**	0 = No = peso al nacer > 2.500 g 1 = Si = peso al nacer ≤ 2.500 g	Niños menores de 5 años
Peso extremadamente bajo al nacer (por ficha de nacimiento)	1,4%	0,3%	-77	**	0 = No = peso al nacer > 1.500 g 1 = Si = peso al nacer ≤ 1.500 g	Niños menores de 5 años
Complicaciones posparto	29,9%	31,5%	+5	*	0 = No 1 = Si = hemorragia excesiva, pérdida de conciencia, fiebre, infección en el pecho, dolor al orinar, depresión posparto	Mujeres

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Demografía y Salud de 2005.

*** = $p < 0,01$; ** = $p < 0,05$; * = $p < 0,10$.

a) La muestra excluye a los afiliados al régimen contributivo.

El impacto del seguro subsidiado sobre el estado de salud, basado en la simple comparación de medias, ofrece información mixta: la diferencia en la supervivencia de niños pequeños es insignificante en términos estadísticos. De acuerdo con la información que figura en las partidas de nacimiento, los afiliados tienen una menor incidencia de peso extremadamente bajo al nacer (0,3% contra 1,4% en recién nacidos no afiliados); pero una incidencia más alta de bajo peso al nacer (11% contra 8%) y más complicaciones después del parto (32% contra 30%).

Es probable que las medias incondicionales estén sesgadas por una serie de factores que diferencian a los individuos con y sin seguro, y que no están relacionados con la condición de afiliación. No obstante, las medias incondicionales siguen siendo importantes para ciertos fines de política y planeamiento. Por ejemplo, la estimación de los recursos físicos, humanos y financieros necesarios para satisfacer la demanda de servicios debe incorporar esta información al contemplar los efectos de expandir el régimen subsidiado.

Resultados de las estimaciones de correspondencia del puntaje de propensión

Con el método de correspondencia del puntaje de propensión, la diferencia promedio en individuos entre los que se efectuó correspondencia representa nuestra estimación del impacto del programa (cuadro 3.2). Con independencia del método de correspondencia, las estimaciones confirman que el régimen de seguro subsidiado incrementa el acceso a la atención para los pobres. Los afiliados al régimen subsidiado tienen un 40% más de probabilidades de haber efectuado consultas ambulatorias el año pasado (69% contra 49%) y casi la mitad de probabilidades de haberse topado con dificultades de acceso al procurar recibir atención (25% contra 42%). Los individuos afiliados informan problemas de acceso a causa de la provisión limitada de servicios con más frecuencia que los pacientes no afiliados (30% y 13%, respectivamente). Por otra parte, los niños asegurados con problemas de tos o diarrea tienen más probabilidades de acudir a un centro médico. Las mujeres afiliadas son un tanto más propensas a dar a luz en un centro médico y a ser atendidas por un médico o por otros empleados calificados. Los niños afiliados tienen más probabilidades de recibir el esquema de vacunación

CUADRO 3.2 | Correspondencia del puntaje de propensión: efecto estimado del tratamiento en pacientes para acceso, utilización y estado de salud, 2005^a

Descripción de la variable	Nacional			Urbano			Rural			Más pobre			Más rico		
	Tratados	Controles	Relevancia ^b Variación (%)	Tratados	Controles	Relevancia ^b Variación (%)	Tratados	Controles	Relevancia ^b Variación (%)	Tratados	Controles	Relevancia ^b Variación (%)	Tratados	Controles	Relevancia ^b Variación (%)
Acceso y utilización															
Consultas ambulatorias efectuadas en los últimos 12 meses	68,7%	48,8%	41 ***	70,2%	53,0%	33 ***	65,7%	44,0%	49 ***	65,2%	43,3%	51 ***	70,1%	51,6%	36 ***
Nacimiento asistido por un médico	80,9%	75,5%	7 ***	90,1%	87,5%	3 ***	67,8%	63,7%	6 ***	67,5%	65,3%	3 **	88,4%	85,9%	3 -
Nacimiento asistido por un profesional calificado	85,5%	80,1%	7 ***	93,3%	91,4%	2 ***	74,0%	69,8%	6 ***	73,6%	72,0%	2 -	91,9%	90,9%	1 -
Nacimiento en un centro de salud	86,5%	81,5%	6 ***	94,2%	92,7%	2 ***	74,7%	68,4%	9 *	74,4%	69,4%	7 ***	92,5%	91,4%	1 -

(continúa)

CUADRO 3.2 Correspondencia del puntaje de propensión: efecto estimado del tratamiento en pacientes para acceso, utilización y estado de salud, 2005^a (continuación)

Descripción de la variable	Nacional			Urbano			Rural			Más pobre			Más rico		
	Tratados	Controles	Variación (%)	Relevancia ^b	Tratados	Controles	Variación (%)	Relevancia ^b	Tratados	Controles	Variación (%)	Relevancia ^b	Tratados	Controles	Variación (%)
Plan de vacunación infantil completo	40,2% 8	37,3% 8	45,0% 7	42,1% *	32,9% 31,1% 6	32,9% 31,1% 6	34,9% 32,1% 9	43,6% 41,0% 6	43,6% 41,0% 6	43,6% 41,0% 6	43,6% 41,0% 6	43,6% 41,0% 6	43,6% 41,0% 6	43,6% 41,0% 6	43,6% 41,0% 6
No se recibe atención médica cuando es necesario	25,1% -40	41,6% -40	20,8% 35,2% -41	20,8% 35,2% -41	32,4% 49,8% -35	32,4% 49,8% -35	34,1% 50,2% -32	21,9% 38,4% -43	21,9% 38,4% -43	21,9% 38,4% -43	21,9% 38,4% -43	21,9% 38,4% -43	21,9% 38,4% -43	21,9% 38,4% -43	21,9% 38,4% -43
No se recibe atención médica cuando es necesario por problemas con la provisión de los servicios	29,9% 124	13,4% 124	26,7% 13,3% 101	26,7% 13,3% 101	34,8% 17,2% 102	34,8% 17,2% 102	34,8% 15,8% 121	29,4% 13,8% 114	29,4% 13,8% 114	29,4% 13,8% 114	29,4% 13,8% 114	29,4% 13,8% 114	29,4% 13,8% 114	29,4% 13,8% 114	29,4% 13,8% 114
Cantidad de consultas prenatales	5,513	5,177	6	5,767	5,805	-1	5,167	4,549	14	4,739	4,425	7	5,932	5,632	5

(continúa)

CUADRO 3.2 | Correspondencia del puntaje de propensión: efecto estimado del tratamiento en pacientes para acceso, utilización y estado de salud, 2005^a (continuación)

Descripción de la variable	Nacional			Urbano			Rural			Más pobre			Más rico		
	Tratados	Controles	Variación (%)	Relevancia ^b	Tratados	Controles	Variación (%)	Relevancia ^b	Tratados	Controles	Variación (%)	Relevancia ^b	Tratados	Controles	Variación (%)
Niños que acuden a un centro médico cuando tienen tos	44,5%	38,1%	17	***	47,7%	41,4%	15	***	40,4%	30,3%	33	***	49,2%	39,0%	26
Niños que acuden a un centro médico cuando tienen diarrea	36,5%	29,6%	23	**	36,2%	32,6%	11	—	32,4%	23,5%	38	—	37,9%	35,8%	6
Estado de salud															
Puntaje de la percepción del estado de salud	2,838	2,884	-2	***	2,887	2,937	-2	***	2,752	2,812	-2	***	2,842	2,892	-2
Complicaciones posparto	31,8%	30,8%	3	—	32,0%	34,0%	-6	***	30,7%	29,2%	5	—	32,3%	33,2%	-2

(continúa)

CUADRO 3.2 | Correspondencia del puntaje de propensión: efecto estimado del tratamiento en pacientes para acceso, utilización y estado de salud, 2005^a (continuación)

Descripción de la variable	Nacional			Urbano			Rural			Más pobre			Más rico		
	Tratados	Controles	Relevancia ^b	Tratados	Controles	Variación (%)	Tratados	Controles	Variación (%)	Tratados	Controles	Variación (%)	Tratados	Controles	Variación (%)
Peso extremadamente bajo al nacer (por ficha)	0,2%	1,4%	***	0,3%	0,4%	-29	0%	2,8%	-100	0%	2,4%	-100	0%	3,1%	-100
			***			***			***			***			***
Bajo peso al nacer (por ficha)	9,8%	6,8%	44	9,2%	7,9%	16	14,3%	7,3%	95	13,6%	10,4%	30	8,1%	8,1%	-1
			***			***			***			***			***
Supervivencia de niños menores de 5 años	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
			***			***			***			***			***

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Demografía y Salud de 2005.

^aMétodo de correspondencia: Kernel Epanechnikov (ancho de banda 0,001). Se implementaron otros métodos de correspondencia con resultados similares. Se puede solicitar a los autores los resultados obtenidos con estos métodos.

^b*** = $p < 0,01$; ** = $p < 0,05$; * = $p < 0,1$.

Las celdas vacías indican que no se disponía de información suficiente para esta variable y submuestra.

adecuado para su edad y, por lo tanto, son menos propensos a morir de enfermedades que pueden prevenirse.

Como es de esperarse, los indicadores de salud son, en general, más deficientes en áreas rurales que en áreas urbanas. Por ejemplo, el porcentaje de nacimientos asistidos por un médico u otro profesional de la salud es superior al 90% en áreas urbanas, pero inferior al 70% en áreas rurales. Es interesante destacar que la cobertura del seguro de salud parece tener un impacto algo mayor sobre el uso de servicios de salud en áreas rurales que en áreas urbanas. Por ejemplo, en áreas urbanas, cerca del 41% de los niños no afiliados a un régimen acuden a un centro médico cuando tienen tos, en comparación con el 48% de niños afiliados. Por el contrario, la diferencia en áreas rurales es un poco mayor: 30% y 40% para niños no afiliados y niños afiliados, respectivamente. De igual forma, con la afiliación las consultas ambulatorias se incrementan del 44% al 66% en áreas rurales, en comparación con un aumento un poco más moderado del 53% al 70% en áreas urbanas.

Estos resultados son opuestos a las conclusiones de Panopoulou (2001), que sugieren que el régimen subsidiado tiene un impacto más significativo en áreas urbanas. Estas diferencias en los resultados por área pueden guardar relación con el momento en que se llevaron a cabo los dos estudios: Panopoulou utilizó datos de 1997, año en que la implementación del régimen subsidiado a gran escala recién había comenzado, mientras que para este trabajo se utilizan datos de 2005, casi una década después de iniciadas las reformas. Es posible que las áreas rurales menos desarrolladas hayan necesitado más tiempo para adaptarse a las complejidades del sistema de salud actual, lo que refleja que el régimen subsidiado no tuvo un efecto significativo en sus comienzos, sino 10 años más tarde. El impacto más importante en áreas rurales posiblemente obedezca al peor nivel general de los indicadores de salud en dichas áreas, donde por ende existe un mayor potencial de mejora. Si bien la diferencia es modesta, los resultados demuestran que los incrementos en la utilización del sistema de salud son mayores en el quintil más pobre que entre quienes están situados en el segundo quintil de ingreso.⁸

⁸ Resultados informados por Giedion y Díaz (2007); recurrir a estas autoras para más datos.

Los resultados del análisis del estado de salud no son concluyentes en su mayor parte. Con excepción de la incidencia del peso extremadamente bajo al nacer (como se indicó en las partidas de nacimiento), el resto de los resultados no es contundente en el plano nacional. A diferencia del análisis con medios incondicionales, el control de diferencias en características observables mediante el método de la correspondencia del puntaje de propensión demuestra que no existe una diferencia significativa desde el punto de vista estadístico entre pacientes afiliados y no afiliados, en términos de complicaciones durante el posparto; los resultados referidos al bajo peso al nacer tampoco son significativos desde el punto de vista estadístico. Los individuos afiliados parecen tener una percepción apenas más negativa de su propio estado de salud que los individuos no afiliados al régimen subsidiado (2,84 contra 2,88 en una escala de 5 de puntos).

Diferencias en diferencias con pareo

Una de las críticas al método de correspondencia del puntaje de propensión es que puede establecer correspondencias entre individuos solo en función de variables observadas. Los resultados pueden cuestionarse si hay razones para creer que existen diferencias sistemáticas entre sujetos afiliados y no afiliados que no se miden y que también influyen sobre las variables de resultados. Para comprobar si el análisis previo refuta esta crítica, se implementó un análisis de diferencias con pareo, utilizando un conjunto de datos transversales repetidos (Encuesta de Demografía y Salud, 1995, 2000 y 2005). Este método es correcto para diferencias observables y no observables que no varían en el tiempo entre personas que han recibido tratamiento y personas que no lo han recibido (para más información, véase Blundell y Dias, 2000). Dado que dicho método analiza las diferencias en los porcentajes de variación de las variables de resultados antes y después de la implementación del régimen subsidiado (1995⁹ y 2005), los coeficientes no pueden compararse directamente con los obtenidos mediante el método de PSM.

⁹ La reforma del sector salud se aprobó en 1993, pero la implementación significativa del régimen subsidiado comenzó recién en 1996.

El análisis confirma mayormente las conclusiones anteriores. Para el conjunto más pequeño de medidas de resultados disponible en las tres encuestas, la afiliación al régimen subsidiado se asocia sistemáticamente a mejoras más importantes (es decir, el MDD indica variación en el tiempo) en las variables de acceso para individuos afiliados (cuadro 3.3). Otras mejoras para personas afiliadas oscilan entre 4,2 puntos porcentuales para la probabilidad de dar a luz en un centro médico y 42 puntos porcentuales para la cantidad de consultas prenatales. Incluso la probabilidad de recibir el plan completo de vacunación se incrementó en 6 puntos porcentuales más para individuos afiliados entre 1995 y 2005. Este resultado confirma los obtenidos con el método de PSM. Es un resultado muy importante ya que la cobertura de vacunas constituye una medida representativa de una menor incidencia de enfermedades que pueden prevenirse con la vacunación, entre ellas: la tuberculosis, la poliomielitis y el tétano. El resultado es incluso más llamativo, dado que la cobertura de vacunas es gratuita para todo el mundo, independientemente de la condición frente al seguro; por ende, no cabe esperar que los resultados entre asegurados sean mejores que los resultados entre no asegurados. El resultado anterior indica que el seguro de salud en Colombia genera ciertos efectos indirectos positivos que no se reducen tan sólo a brindar servicios más accesibles. Todas las variables de acceso resultaron significativas desde el punto de vista estadístico en el orden nacional y rural, pero no tanto en áreas urbanas.

Las medidas del estado de salud más categóricas mostraron un panorama mixto: no se hallaron diferencias significativas en el orden nacional ni en áreas urbanas. No obstante, en áreas rurales, la incidencia de peso bajo y extremadamente bajo al nacer, tal como figura en las partidas de nacimiento, disminuyó entre los afiliados al régimen subsidiado.

Análisis

Los estudios anteriores documentaron la expansión sin precedentes de la cobertura del seguro de salud, como consecuencia de las reformas de 1993 del sector salud de Colombia. Este trabajo demuestra que la implementación de las reformas fomentó más el uso de los servicios

CUADRO 3.3 Estimaciones de la variación en las variables de resultados de salud obtenidas con el método de la doble diferencia con pareo, 1995–2005

Variables de resultados	Nacional		Urbano		Rural	
	Variación (porcentaje)	Relevancia	Variación (porcentaje)	Relevancia	Variación (porcentaje)	Relevancia
Acceso y utilización						
Nacimientos en un centro médico	4,3	***	0,9	—	4,7	**
Nacimientos asistidos por un profesional calificado	5,1	***	0,7	—	4,4	**
Nacimientos asistidos por un médico	5,7	***	0,8	—	6,2	**
Niños que acuden a un centro médico cuando tienen diarrea	7,4	**	9,9	**	15,1	**
Niños que acuden a un centro médico cuando tienen tos	10,7	***	9,0	***	7,8	**
Plan de vacunación infantil completo	6,1	***	4,1	**	11,8	***

(continúa)

CUADRO 3.3 Estimaciones de la variación en las variables de resultados de salud obtenidas con el método de la doble diferencia con pareo, 1995–2005 (*continuación*)

Variables de resultados	Nacional		Urbano		Rural	
	Variación (porcentaje)	Relevancia	Variación (porcentaje)	Relevancia	Variación (porcentaje)	Relevancia
Canti- dad de consultas prenatales	42,0	***	17,2	*	39,1	**
Estado de salud						
Peso extremada- mente bajo al nacer (por ficha)	-0,1	—	0,0	—	-0,3	***
Bajo peso al nacer (por ficha)	-0,1	—	0,6	—	-2,2	***

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Demografía y Salud de 2005.

*** = $p < 0,01$; ** = $p < 0,05$; * = $p < 0,1$.

de salud y mejoró el acceso entre quienes estaban en condiciones de inscribirse. Esta conclusión es robusta, como lo demuestra nuestro análisis, en el que se emplea una variedad de medidas de uso y acceso a los servicios de salud, junto con distintos métodos para controlar otros factores que pueden influir en estos resultados.

Una implicancia clave de este resultado es que todo esfuerzo por cambiar el sistema actual debería incluir recaudos para evitar que se pierdan estos importantes logros. Las nuevas políticas deberían demostrar que pueden fomentar el uso adecuado de los servicios de salud, al menos en la misma medida en que lo hace el sistema actual. Esto no significa que el sistema actual sea perfecto, sino que se han hecho importantes avances que deben reconocerse y afianzarse.

El análisis proporciona una serie de claves para orientar políticas y análisis futuros. En primer lugar, muchos afiliados al régimen

de seguro subsidiado aún manifiestan tener dificultades financieras para utilizar los servicios de salud. Esto se debe principalmente a los siguientes factores:

- El plan de seguro subsidiado no cubre todos los servicios de salud que necesita la población.
- Los gastos no relacionados con la salud (por ejemplo, transporte) pueden representar dificultades para la población afiliada.
- Es posible que se les cobre a los individuos por los servicios contemplados en la cobertura, por error o por razones ilegítimas.

La importancia de estos factores y el hecho de que puedan ser los responsables de las dificultades financieras solo podrán determinarse mediante otros estudios detallados. En segundo lugar, las dificultades financieras no son los únicos obstáculos que impiden la utilización de los servicios de salud. Los problemas de provisión de servicios, particularmente en áreas rurales, siguen representando una dificultad para los afiliados al régimen subsidiado. Por otra parte, las conductas sociales también parecen cumplir un rol: la población afiliada utilizó hasta los servicios de acceso universal gratuito en mayor medida que la población no afiliada.

Este estudio se propuso determinar si la existencia del régimen subsidiado afectaba el estado de salud de la población, pero no halló ninguna diferencia sistemática entre residentes afiliados y aquellos que carecen de seguro de salud. El único resultado que se corrobora en todos los métodos es la menor incidencia del peso extremadamente bajo al nacer en niños afiliados. La falta de diferencias sistemáticas puede deberse a varios motivos. En primer lugar, solo se contaba con unas pocas medidas del estado de salud, en su mayoría relacionadas con los servicios de salud disponibles en forma gratuita, sin necesidad de la cobertura del seguro. En segundo lugar, los resultados estadísticos no eran robustos. En tercer lugar, las encuestas no medían los cambios en el estado de salud de quienes utilizaban servicios por trastornos no relacionados con enfermedades de mujeres embarazadas, recién nacidos y niños en la primera infancia. Por último, estos resultados demuestran la necesidad de contar con datos de mejor calidad sobre el estado de salud de la población.

Para analizar si las políticas en materia de salud pública influyen sobre la salud de la población, es necesario contar con una gama más amplia de medidas sobre el estado de salud: medidas sobre la salud de adultos y niños, y medidas de condiciones que se ven directamente afectadas por los servicios de salud, además de otras condiciones sobre las que influyen factores ambientales y sociales. Por otra parte, recabar datos longitudinales de encuestas de panel permitiría obtener mucha más información respecto del efecto de la política pública sobre la utilización de servicios de salud y sobre el estado de salud de la población y, a su vez, controlar factores individuales que no varían con el tiempo y que suelen confundir el análisis. En particular, estos datos permitirían evaluar si el estado de salud influye sobre la participación en el seguro de salud, o si se confirma el caso opuesto.

Conclusiones

Los resultados de este informe sugieren que el régimen subsidiado en Colombia no solo ha incrementado ostensiblemente la cobertura del seguro de salud entre los pobres, sino que también ha mejorado el acceso y el uso de los servicios de salud clave. Los afiliados son mucho menos propensos a experimentar dificultades financieras al momento de necesitar atención médica, y acuden a centros médicos con mucha más frecuencia que otros individuos con características similares que no están afiliados al régimen. Los niños afiliados que padecen diarrea o infecciones respiratorias —enfermedades que continúan siendo las principales causas de muerte infantil en niños pequeños en Colombia— tienen más probabilidades de ser llevados a un centro médico. En general, las personas que viven en áreas rurales parecen beneficiarse más del seguro que quienes viven en áreas urbanas. De igual forma, aquellos que se encuentran en el quintil más pobre parecen beneficiarse un tanto más de la afiliación que quienes se encuentran en el segundo quintil de ingreso.

Un mayor porcentaje de niños afiliados recibe el plan de vacunación completo, pese a que el acceso a las vacunas es gratuito y público, independientemente de que se cuente o no con un seguro. En áreas rurales, donde la cobertura de vacunas es menor que en áreas urbanas, la tasa de vacunación ha aumentado un 12% entre los residentes con

seguro. Por el contrario, ese incremento es del 6% en el plano nacional y del 4% en áreas urbanas. Este resultado cabe destacarse, ya que la cobertura de vacunas no constituye solo un indicador de acceso, sino también una medida representativa de los resultados de algunas de las enfermedades infantiles más importantes de Colombia.

Estos logros deberían reconocerse en los debates públicos y toda política que se adopte en el futuro debería afianzarlos. También es fundamental llevar a cabo encuestas de panel que incluyan aquellas variables del estado de salud de la población que puedan verse afectadas por los beneficios que brinda el régimen de seguro de salud actual, con el propósito de elaborar los tipos de datos longitudinales necesarios para efectuar estimaciones confiables y válidas que guíen las futuras decisiones en materia de políticas.

Referencias

- Acosta, O., C. Karl, J. Misas et al. 2007. *Capacidad potencial de redistribución del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá: Fundación Corona, Universidad del Rosario.
- Barón, G. 2007. *Cuentas de salud de Colombia 1993–2003: el gasto nacional en salud y su financiamiento*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Bitrán, R., U. Giedion, R. Muñoz et al. 2004. *Risk pooling, ahorro y prevención: estudio regional de políticas para la protección de los más pobres de los efectos de los shocks de salud. El caso de Colombia*. Santiago, Chile: Bitrán y Asociados, Banco Mundial.
- Blundell, R. y M. C. Dias. 2000. Evaluation Methods for Non-Experimental Data. *Fiscal Studies* 21(4):427–68.
- Buchmueller, T., R. Kronick et al. 2005. The Effect of Health Insurance on Medical Care Utilization and Implications for Insurance Expansion: A Review of the Literature. *Medical Care Research and Review* 62(1):3–30.
- Escobar, M. L. 2005. Health Sector Reform in Colombia. *Development Outreach* 7(2):6–9, 22.
- Flórez, C. E., U. Giedion y R. Pardo. 2007. *Financial Protection in Colombia: The Mitigating Impact of Social Health Insurance*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Gaviria, A., C. Medina y C. Mejía. 2006. *Evaluating the Impact of Health Care Reform in Colombia: From Theory to Practice*. Documento No. 2006–06. Bogotá: Center for Economic and Development Studies, Universidad de los Andes.
- Gaviria, A. y M. M. Palau. 2006. *Nutrición y salud infantil en Colombia: determinantes y alternativas de política*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Giedion, U. y Y. Díaz. 2007. The Impact of Health Insurance on Access, Utilization and Health Status: The Case of Colombia. Washington, D.C.: Banco Mundial. Documento mimeografiado.
- Lasso, F., H. López y J. Núñez. 2004. *Incidencia del gasto público social sobre la distribución del ingreso y la reducción de la pobreza*. Bogotá: Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad.

- Levy, H. y D. Meltzer. 2001. *What Do We Really Know about Whether Health Insurance Affects Health?* Economic Research Initiative on the Uninsured Working Paper 6. Ann Arbor, MI: Universidad de Michigan.
- McLaughlin, C.G. y L. Wyszewianski. 2002. Access to Care: Remembering Old Lessons. *Health Services Research* 37(6).
- Ministerio de la Protección Social. 2006. *Informe Cuatrienio al Honorable Congreso de la República, 2002–2006*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Panopoulou, G. 2001. *Affiliation and the Demand for Health Care by the Poor in Colombia*. Sussex, Reino Unido: University of Sussex Department of Economics.
- Penchansky, R. y J. W. Thomas. 1981. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care* 19(2): 127–40.
- Trujillo, A. J. y J. E. Portillo. 2005. The Impact of Subsidized Health Insurance for the Poor: Evaluating the Colombian Experience Using Propensity Score Matching. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 5: 211–39.



CAPÍTULO 4

Hospitales públicos y reforma del servicio de salud

Teresa M. Tono, Enriqueta Cueto, Antonio Giuffrida, Carlos H. Arango y Álvaro López

Los hospitales son un componente clave del sistema de salud colombiano, y han constituido el eje de las reformas del sistema de salud de 1993, que transformaron profundamente el financiamiento, la organización y la prestación de los servicios de salud.

En primer lugar, los hospitales representan una proporción sustancial del gasto en salud de Colombia: el 30,6% del gasto total en salud en el período 1996–2003 se asignó a atención hospitalaria (Barón, 2007). En segundo lugar, como usuarios e impulsores del desarrollo de nuevas tecnologías de salud, los hospitales tienen un papel fundamental en la configuración del futuro del sistema de salud en su conjunto. En tercer lugar, dada su posición en la cumbre del sistema de salud, los especialistas que trabajan en hospitales a menudo contribuyen con su liderazgo profesional a todo el personal sanitario. Por último, como proveedores de atención especializada y de internación, los hospitales cumplen un rol central en el estado de salud de la población. Pero si los hospitales están organizados de manera deficiente, el impacto potencialmente positivo sobre la salud se ve reducido o incluso anulado.

Antes de las reformas, los hospitales estaban organizados en tres sistemas diferentes: las instituciones pertenecientes y gestionadas por el Estado que dependen del Ministerio de Salud, los proveedores de

seguridad social y las instituciones privadas. Las reformas unieron a todos los hospitales bajo el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y así se alentó la competencia entre los proveedores en función de la calidad del servicio.

En este capítulo se describe la transformación experimentada por el sector hospitalario durante la instrumentación de las reformas del sector salud colombiano. Se comienza por brindar una perspectiva histórica sobre el sistema hospitalario antes de las reformas, y luego se analizan las expectativas de los reformadores y las dificultades encontradas durante la implementación de las reformas. Más adelante, se describe el programa reciente para la modernización, la reorganización y el rediseño de las redes de hospitales públicos y los resultados alcanzados hasta el momento. El capítulo concluye con un análisis del efecto de las reformas en la eficiencia y la calidad de los hospitales públicos de Colombia, y ofrece lecciones para otros países.

Los servicios hospitalarios antes de las reformas de 1993

A comienzos del siglo XX, la atención de salud en Colombia estaba a cargo de médicos capacitados en Europa, que atendían a la elite, o de curanderos que practicaban la medicina popular y atendían a la mayor parte de la población. Los primeros hospitales que se construyeron en el país eran sanatorios gestionados por la Iglesia Católica (Barco, 1988).

En 1925 sindicatos de trabajadores poderosos negociaron con sus empleadores mejores beneficios laborales, entre los que se incluía la cobertura de salud. La policía y el ejército fueron los primeros en obtener un paquete prepago de servicios de salud que también daba cobertura a las personas a cargo de esos trabajadores. En 1945, el gobierno central creó un fondo de seguridad social (la Caja Nacional de Previsión), que prestaba cobertura de salud a los empleados gubernamentales. Así también, un año más tarde se creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) para cubrir a los trabajadores del sector privado (Banco Mundial, 1987). Luego se establecieron otros fondos de seguridad social que cubrían profesiones específicas.

En la década de 1950 la infraestructura hospitalaria creció notablemente. Los sanatorios evolucionaron hasta convertirse en verdaderos hospitales, pero mantuvieron una cultura organizativa y de

gestión asociada a la fe. El Ministerio de Salud inició la construcción de hospitales gestionados y financiados por el Estado en las ciudades y departamentos más grandes. Paralelamente, las iniciativas privadas generaron la fundación de hospitales privados que prestaban servicios a los que estaban en condiciones de pagar por ellos.

Como resultado de ello, en la década de 1960 el sistema de prestación hospitalaria colombiano estaba en una situación de caos, con una presencia excesiva en ciertas áreas geográficas e inexistente en otras; no atendía las necesidades de la población y los niveles de calidad y eficiencia variaban (Barco, 1988). La primera encuesta nacional sobre salud que se realizó en Colombia durante el período 1965–66 halló enormes diferencias regionales en la salud de la población y en la disponibilidad de los servicios de salud. Los municipios con más de 20.000 habitantes, que concentraban el 46% de la población, tenían un 65% del total de camas de hospital y un 74% del total de médicos. Los municipios de gran tamaño tenían 3,5 camas de hospital y un médico cada 1.000 habitantes, mientras que los municipios con menos de 1.500 habitantes tenían 0,4 camas de hospital cada 1.000 habitantes, y 1 médico cada 6.384 habitantes (Ministerio de Salud, 1972).

El Estudio de Instituciones de Atención Médica que abarcó el período 1968–69 confirmó las disparidades geográficas significativas en la disponibilidad y el uso de camas de hospital. Por ejemplo, Bogotá, la capital y la ciudad más grande del país, disponía de 4,1 camas cada 1.000 habitantes, mientras que el departamento de Sucre, al norte del país, disponía únicamente de 0,9 camas cada 1.000 habitantes. Además, la tasa de ocupación general de camas de hospitales en el orden nacional era tan solo del 66,8 %, pero llegaba al 75,4 % en las grandes ciudades, y descendía al 55,3 % en las ciudades más pequeñas (Ministerio de Salud, 1973).

Preocupado por las disparidades en la disponibilidad de servicios hospitalarios en todo el país, el gobierno estableció en 1966 el Fondo Nacional Hospitalario, a cargo de financiar la construcción y el equipamiento de hospitales. En 1969 el Congreso aprobó el Plan Nacional Hospitalario, cuyo objetivo era racionalizar la construcción de hospitales públicos, complementándola con el desarrollo de planes de hospitales regionales (Vivas et al., 1988).

A fin de ampliar la cobertura de servicios de salud para toda la población, en 1975 el gobierno creó el Sistema Nacional de Salud (SNS) (Vivas et al., 1988). El SNS buscaba integrar a los hospitales cualquiera fuera su naturaleza (privada, pública o del sistema de seguridad social) para lograr una prestación racional de servicios. El SNS organizaba a los hospitales en tres niveles de acuerdo con la complejidad de los servicios que ofrecían. La estructura orgánica obedecía al sistema piramidal tradicional en el cual la mayor parte de la atención era prestada en la base de la pirámide por instituciones pequeñas que ofrecían servicios más sencillos:

- Los hospitales del nivel 1 comprendían a los hospitales locales, centros de salud y puestos sanitarios, y ofrecían atención ambulatoria y servicios hospitalarios de medicina general.
- Los hospitales del nivel 2 incluían hospitales regionales que brindaban servicios internos de hospitalización, obstetricia, pediatría y medicina general de complejidad intermedia.
- Los hospitales del nivel 3 abarcaban a los hospitales terciarios y de enseñanza que brindaban servicios internos de hospitalización, de obstetricia, pediatría y servicios médicos especializados de complejidad avanzada.

El diseño y la planificación del SNS partían de la base de que el 80% de los encuentros con pacientes tenía lugar en los hospitales del nivel 1. El 15% de las consultas hospitalarias ocurría en los hospitales del nivel 2 y el 5% restante en los hospitales del nivel 3.

La segunda encuesta nacional de salud realizada en 1977 mostró una mejora general en el acceso y el uso de los servicios hospitalarios, pero las disparidades geográficas persistían. Por ejemplo, en Bogotá se registraba una tasa de hospitalización del 6,5 %, mientras que en la región atlántica la tasa era de solo el 4 %. Al mismo tiempo, la afiliación a los fondos de seguridad social se incrementó y aproximadamente el 16% de la población era hospitalizada en instituciones afiliadas a la seguridad social. La afiliación al sistema de seguridad social también significaba un mejor acceso a los servicios hospitalarios: mientras que los individuos inscritos en instituciones del sistema de seguridad social mostraban una tasa de hospitalización del 9,9 %, la tasa para los no inscritos era del 4,2 % (Pabón, 1983).

Sin embargo, el Estudio Nacional de Hospitales llevado a cabo en 1986 daba cuenta de que los hospitales públicos tenían por lo general un bajo nivel de productividad y que la tasa de ocupación de camas de hospitales públicos había disminuido un 56 % desde el Estudio de Instituciones de Atención Médica de 1969. La gradiente en la tasa de ocupación de camas de acuerdo con el nivel de complejidad también resultaba alarmante: mientras que la tasa de ocupación en los hospitales del nivel 3 era en promedio del 74,8 %, en los hospitales del nivel 1 solo alcanzaba el 40,4 %.

El Estudio Nacional de Hospitales también daba cuenta de crisis periódicas, huelgas y cierres que habían afectado a los hospitales colombianos prácticamente todos los años desde 1964. Esta situación fue provocada por una capacidad deficiente de gestión de los ejecutivos de hospitales, atrasos crónicos en la transferencia de recursos a dichas instituciones, y episodios generalizados de favoritismo, nepotismo e interferencias políticas en la contratación del personal (Yepes et al., 1986).

A mediados de los años ochenta, Colombia se embarcó en un proceso profundo de descentralización administrativa y política. En 1986 el Congreso creó municipios independientes dirigidos por funcionarios electos a cargo del bienestar de sus residentes y autorizados para financiar programas sociales municipales con los fondos recaudados a través de los impuestos locales. Sin embargo, la organización del sistema de salud continuó bajo la esfera exclusiva del gobierno central hasta la promulgación de la Ley 10 de 1990. Esta ley transfería a las entidades subnacionales (departamentos y municipios) la responsabilidad por la prestación de los servicios de salud, incluso la propiedad de la infraestructura hospitalaria y la responsabilidad de administrar al personal de la salud. Simultáneamente, Colombia volvía a redactar su Constitución, que fue aprobada finalmente en 1991, y que establecía “el derecho a la salud y a servicios de salud universales e igualitarios”, junto con el mandato de una administración y prestación descentralizadas de los servicios de salud.

A principios de los años noventa, funcionaban en Colombia 982 hospitales, de los cuales 705 eran instituciones públicas. Sin embargo, el SNS luchaba por garantizar el derecho constitucional a una atención de salud universal e igualitaria. En primer lugar, el sistema de derivaciones diseñado para el SNS, según el cual los pacientes accedían al

sistema a través de los hospitales del nivel 1 y luego eran derivados a los de los niveles 2 y 3, de acuerdo con la complejidad y la gravedad de sus necesidades, no funcionó como estaba previsto. Los hospitales del nivel 1 no se encontraban en condiciones de satisfacer las necesidades de los pacientes debido a deficiencias crónicas en la disponibilidad de recursos humanos, medicamentos y otros suministros médicos. Así, los pacientes a menudo acudían directamente a los hospitales del nivel 3, que estaban mejor equipados y se consideraba que ofrecían una mejor calidad de atención. Los hospitales de los niveles 1 y 2 pasaron así a tener una utilización por debajo de lo normal y la demanda de servicios hospitalarios se concentró en los hospitales del nivel 3, lo que provocaba atrasos en la prestación de los servicios e insatisfacción entre los usuarios.

En segundo lugar, a pesar de su mandato, el SNS no pudo integrar a las instituciones públicas, privadas y de seguridad social. Así, en algunas áreas geográficas, los hospitales públicos duplicaban los servicios que prestaban las instituciones privadas y del sector de seguridad social, y ocasionaban ineficiencias en la organización de los servicios (Barco, 1988). En tercer lugar, las instituciones terciarias y de enseñanza (hospitales del nivel 3) estaban en mejores condiciones de aprovechar el apoyo político requerido para asegurar los recursos, a expensas de los hospitales de los niveles 1 y 2 que padecían una escasez crónica de recursos humanos, medicamentos y otros suministros médicos.

Las ineficiencias, la falta de controles de costos apropiados y los atrasos en la transferencia de recursos produjeron crisis financieras periódicas, paralización de actividades, cierres y huelgas. La única posibilidad que tenían los hospitales públicos de seguir funcionando se hallaba en los rescates financieros del gobierno (Tono, 2002).

Primera fase de la reforma: 1993-2002

En 1993, en cumplimiento de los nuevos principios constitucionales de descentralización, universalidad y cohesión de la salud, el Congreso aprobó la Ley 100, un proyecto exhaustivo de reforma del sistema de salud que buscaba establecer un seguro de salud universal y alentar la competencia entre las aseguradoras y los proveedores de servicios de salud. Las reformas derivaron en la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que separaba las tres funciones

clave de financiamiento, “administración” y prestación de los servicios de salud.

En lo que respecta al financiamiento, las reformas crearon las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las EPS tenían a cargo movilizar los recursos financieros y, en su rol de aseguradoras, utilizar los recursos para comprar servicios de salud en nombre de la población inscrita. Estos recursos financieros se componían de los aportes de nómina de los inscritos que trabajaban en el sector formal y las capitaciones impuestas por el gobierno central y abonadas por los municipios con destino a las personas pobres. La función de las EPS dentro del SGSSS era “articuladora”, ya que coordinaban la demanda de servicios de salud de la población inscrita con los proveedores de estos servicios y las fuentes de recursos. La ley exigía que la población inscrita tuviera libertad de elegir a la EPS. No obstante, estas entidades podían optar entre proveedores privados o públicos. El resultado fue un escenario en el cual tanto las EPS como los proveedores de salud podían competir en la calidad de los servicios que ofrecían (Londoño y Frenk, 1997).

El Ministerio de Salud, y posteriormente el Ministerio de la Protección Social (MPS)¹, fue el administrador y regulador del SGSSS. El MPS definió los requerimientos de licencias para las EPS y los proveedores, los planes de beneficios de salud, el monto de los aportes de nómina, el valor de las capitaciones recibidas por las EPS, etc. Por último, las secretarías de salud departamentales y municipales recibieron la propiedad de los hospitales públicos, y a ellas se les asignó la función de coordinar la prestación de los servicios de salud dentro de sus áreas de influencia.

Las reformas de 1993 también afectaron la organización, el financiamiento y la administración de los hospitales públicos. Estos pasaron de ser burocracias jerárquicas a convertirse en sociedades paraestatales con mayor autonomía de gestión y exposición a la competencia de mercado. Ello se logró transformando a los hospitales públicos en empresas sociales estatales que funcionaban como entidades del sector público descentralizadas con personería jurídica, titularidad de activos, autonomía administrativa y acceso a la legislación de abastecimiento y contrataciones con el sector privado. Cada empresa social estatal

¹ El Ministerio de la Protección Social se creó en febrero de 2003, mediante la fusión de los ministerios de Salud y Trabajo.

estableció una junta directiva, con participación del sector privado y de la comunidad, y tenía por mandato brindar servicios de salud a través de contratos remunerados explícitamente, a fin de cubrir sus costos operacionales.

Los cambios fueron revolucionarios y a la vez un desafío para los hospitales públicos. Como empresas sociales estatales, los hospitales públicos comenzaron rápidamente a generar ingresos como resultado de la celebración de contratos para la provisión de servicios de salud con las EPS. Al año 2000, todos los hospitales de los niveles 2 y 3 habían pasado a funcionar como empresas sociales estatales, junto con un 60% de los centros de salud del nivel 1 (Sáenz, 2001).

Las reformas también modificaron el financiamiento de los servicios hospitalarios, por cuanto introdujeron la transformación de subsidios para la oferta en subsidios para la demanda (Londoño, Jaramillo y Uribe, 2001). Antes de las reformas, los hospitales públicos recibían recursos de los gobiernos centrales y locales en base a sus presupuestos históricos que no guardaban relación con el nivel de los servicios ofrecidos, las necesidades sanitarias de la población o los resultados en materia de salud. Según el nuevo sistema, los fondos públicos son remitidos a las EPS a modo de subsidio para financiar el seguro de salud de los pobres y son luego transferidos a los hospitales públicos como remuneración por los servicios que prestan.

La hipótesis de los arquitectos de las reformas era que los nuevos arreglos contractuales alentarían la eficiencia y estimularían la calidad (Londoño y Frenk, 1997). Así, la transformación se contemplaba como algo neutral en términos financieros, y como un fenómeno que mejoraría la eficiencia y la calidad de los servicios de salud. La Ley 100 también exigía a los gobiernos que establecieran un sistema obligatorio de garantía de calidad fundado en los siguientes principios:

- La definición de un estándar mínimo obligatorio de atención.
- La acreditación voluntaria de los hospitales y las EPS para obtener la certificación de un estándar superior de atención.
- La puesta en ejecución de una estructura de auditorías médicas para garantizar un sistema de seguimiento y evaluación.
- La divulgación de información sobre la calidad de los servicios ofrecidos por los proveedores y las EPS para posibilitar elecciones

con la información adecuada, y competencia basada en la calidad del servicio.

En el contexto del proceso de descentralización en curso, las secretarías departamentales y municipales tuvieron a su cargo la coordinación de los proveedores dentro de las redes, a fin de asegurar una integración vertical y horizontal suficiente entre los diferentes niveles de atención, y garantizar complementariedades adecuadas entre los hospitales públicos y privados.

Se esperaba entonces que los hospitales públicos, convertidos en instituciones autónomas, respondieran a los incentivos fijados por las reformas preocupándose por ofrecer servicios de alta calidad para atraer la demanda. Mientras tanto, debían rediseñar sus estructuras de gestión y mejorar sus habilidades de gestión para celebrar contratos remunerados explícitos con las EPS.

Estaba previsto efectuar la implantación de las reformas de salud de manera paulatina a lo largo de siete años. Para entonces, la totalidad de la población debía tener la cobertura de un seguro de salud. Durante el período de transición, los hospitales públicos debían brindar atención a las personas pobres que todavía no contaran con un seguro; los fondos públicos otorgados por entidades centrales y locales estarían disponibles para estos servicios. Una vez alcanzada la cobertura universal, se habría completado el proceso de transformación del financiamiento de los hospitales públicos. Sin embargo, como se verá a continuación, varios factores impidieron el logro de la cobertura universal en el plazo fijado.

Impulso político debilitado

El cambio de gobierno en el año 1994 atrasó la puesta en ejecución de las reformas. La aprobación de los estatutos y reglamentos requeridos para instrumentar los aspectos clave de las reformas establecidas en la Ley 100 se vio dilatada. Por citar un ejemplo, la legislación que establecía el sistema obligatorio de garantía de calidad emanada de la Ley 100 se aprobó recién en octubre de 2002,² y la divulgación sistemática

² Ver el Diario Oficial No. 44.967 del 17 de octubre de 2002 y las resoluciones No. 1439 y 1474.

de la información sobre la calidad de los hospitales comenzó en 2006. Así también, se demoraron las inversiones requeridas para mejorar las habilidades técnicas de los hospitales públicos y las secretarías de salud departamental y municipal para sus nuevas funciones. Como consecuencia de ello, la implementación de las reformas perdió vigor (Londoño, 2003)

Crisis económica y fiscal

Entre 1998 y 2001, Colombia enfrentó la peor recesión económica y crisis fiscal del siglo. La recesión redujo la capacidad del gobierno central de financiar la ampliación del seguro de salud subsidiado para las personas pobres. El gobierno suspendió la transformación de los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda, y frenó la reforma financiera de los hospitales. Así, los hospitales públicos volvieron a depender de los rescates, y de las transferencias periódicas de fondos de emergencia provenientes del gobierno central, tal como había ocurrido antes de las reformas.

Capacidad institucional limitada

En las condiciones políticas y económicas adversas de fines de la década de 1990, el Ministerio de Salud tuvo dificultades para adaptarse a su nuevo rol de administrador y regulador del SGSSS. La consolidación del proceso de descentralización y de reforma de la salud exigía un cambio estructural dentro del ministerio. Pese a ello, este no desarrolló a tiempo las capacidades analíticas y reguladoras que requería el nuevo sistema. La Superintendencia Nacional de Salud, la nueva agencia de supervisión del SGSSS, se enfrentó a falencias similares de capacidad institucional (Plaza, Barona y Hearst, 2001).

Descentralización e integración limitada de las redes de hospitales públicos

El proceso de descentralización implicaba un aumento significativo de los fondos públicos administrados por las secretarías de salud departamentales y municipales. Pese a ello, con algunas pocas excepciones,

los departamentos y municipios no se prepararon para asumir la administración de los proveedores de servicios de salud, incluida la red de hospitales públicos (Londoño et al., 2001). La capacidad de desarrollar redes de proveedores, e integrar los diferentes niveles de atención hospitalaria con procesos claros de derivación y contraderivación era limitada. Los hospitales carecían de capacidad de planificación y de instrumentos para estimar las necesidades sanitarias de la población, y muchos departamentos y municipios extendieron la prestación de servicios hospitalarios a como diera lugar (Sojo, 2000). Las nuevas inversiones ocasionaron la duplicación de los servicios existentes y aumentaron los costos operacionales de los hospitales, y pusieron en riesgo la sostenibilidad financiera de todo el sistema de salud.

Capacidad limitada de algunas entidades de promoción de la salud

La mayoría de las EPS, en el cumplimiento de sus requerimientos de licencias, creó redes de proveedores públicos y privados, con cierta integración marcada y trayectos claros de derivaciones. Las EPS comenzaron a comportarse como aseguradoras, administrando el riesgo de salud de la población inscrita, adoptando medidas preventivas, exploratorias y de detección temprana con una gestión eficaz de los costos. Sin embargo, algunas otras EPS, en especial las que administraban el seguro de salud subsidiado con destino a los pobres, actuaban como meras intermediarias financieras, transfiriendo los riesgos de sus inscritos a los hospitales mediante la contratación de todos los servicios ambulatorios y hospitalarios en grandes paquetes capitados.

Limitación del Modelo de Competencia Gerenciada

La capacidad de respuesta de los hospitales privados y las EPS en territorios más pequeños y menos desarrollados fue sobrestimada. En un país como Colombia, con grandes disparidades regionales, el mercado genera de forma natural proveedores del sector privado, en particular con servicios de alta calidad, para atender al segmento de la población de alto ingreso, que normalmente tiene la cobertura de un seguro de salud contributivo (Ocampo, 1996). La competencia

también estaba limitada por una disposición de la Ley 344 de 1996 que restringía la libertad de las EPS de contratar servicios hospitalarios con proveedores privados.

Autonomía y capacidad de gestión hospitalaria limitada

La transformación incompleta de las finanzas públicas forzó a los hospitales a responder a dos grupos opuestos de incentivos. Una parte de los ingresos del hospital provenía de los servicios contratados por las EPS. Así, los pacientes de una EPS se convertían en el foco de atención del hospital, en vista de que podían cambiar de proveedor. En cambio, una porción significativa de los ingresos del hospital todavía era transferida directamente de las secretarías de salud para cubrir los costos de los servicios utilizados por los pacientes pobres que aún carecían de seguro.

La segunda fuente de ingresos respondía más a fuerzas políticas que de mercado. En algunos casos, los gerentes de los hospitales públicos hacían un mal uso de su autonomía: contrataban personal innecesario y autorizaban aumentos de salarios que superaban a los fijados por las normas del sector público. Estas acciones provocaron un marcado incremento en el gasto total de los hospitales públicos y crearon así las bases de su crisis financiera.

Mayores costos laborales de los hospitales públicos

A pesar de que las empresas sociales estatales eran instituciones autónomas, subsistían rígidas leyes laborales del sector público que regulaban las contrataciones del personal de hospitales antes de que estos se convirtieran en empresas sociales estatales. Al momento de las reformas, los hospitales públicos tenían contratos colectivos de trabajo que fijaban el salario de los trabajadores de hospitales públicos en un promedio de entre un 30% y un 40% más alto que los de sus pares de instituciones privadas (Londoño et al., 2001). El marcado aumento en los gastos de personal se originó en su mayor parte en las acciones acometidas en 1995 para estandarizar los salarios del sector público en el orden nacional. Por esta razón, la flexibilidad laboral en la primera fase de las reformas fue limitada y los hospitales públicos

se enfrentaron a un obstáculo crítico para competir con los hospitales del sector privado.

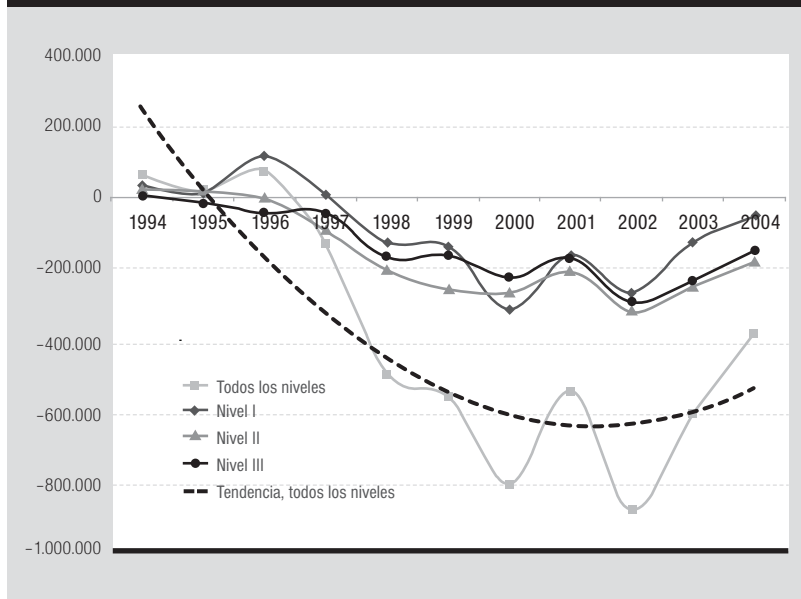
Atrasos en los flujos de efectivo

El proceso de descentralización proponía que los subsidios de salud destinados a los pobres se transfirieran a los municipios y posteriormente a los hospitales públicos, ya sea directamente a las personas no aseguradas o a través de contratos firmados con las EPS en el caso de pacientes asegurados. Sin embargo, para recibir estos fondos los municipios debían cumplir ciertos requisitos técnicos, financieros y de desarrollo institucional, y contar con una certificación del Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Por el contrario, la cadena de financiamiento en los municipios no certificados era tortuosa, y requería autorizaciones previas de parte del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, de Salud, del departamento y su asamblea, del municipio y su concejo, y de la EPS correspondiente. La situación no era mejor en muchos municipios certificados, en especial en los más pequeños, que sufrían atrasos significativos en la recepción de los fondos asignados para subsidiar a las unidades capitadas que eran gerenciadas por las EPS, las cuales a su vez se atrasaban en el pago a sus proveedores de servicios de salud. Como consecuencia de ello, los atrasos y moras ocasionaron problemas de flujo de efectivo en los hospitales públicos, que eran el último eslabón en la cadena de recursos (Londoño et al., 2001; Sojo, 2000).

Para 2002 los hospitales públicos atravesaban una crisis financiera grave y generalizada. Las reformas se habían implementado tan solo parcialmente, a la luz de que las inscripciones solo habían alcanzado al 58% de la población y la transformación del financiamiento hospitalario solo había afectado a un 50% de los ingresos de los hospitales. En contraste, los gastos de los hospitales aumentaban como resultado de costos laborales más altos, recaudación insuficiente y una limitada capacidad de gestión para facturar a las EPS y a los municipios por los servicios prestados a la población. El resultado general fue un marcado deterioro de la condición financiera de los hospitales públicos. Para el año 1995 estos empezaron a exhibir un déficit estructural que fue empeorando desde entonces (gráfico 4.1).

GRÁFICO 4.1 Déficit de hospitales públicos, 1994–2000
(en millones de pesos colombianos)



Fuente: Ministerio de la Protección Social.

La implementación parcial de las reformas dejó al gobierno central atrapado dentro de un ciclo costoso y vicioso: sin cobertura de seguro universal no era posible transferir recursos suficientes mediante la contratación de servicios para garantizar la viabilidad financiera de los hospitales. Sin embargo, tampoco era posible aumentar la cobertura del seguro mientras los recursos se encontraran atados al pago de los servicios utilizados por la población pobre que aún no estaba asegurada (Giedion y López, 2000).

Para 2002 la situación había obligado al gobierno a considerar dos alternativas. La primera opción era volver al modelo de prestación de servicios de salud de centralización jerárquica anterior a las reformas, en el que el gobierno central controlaba los presupuestos de los hospitales públicos; esto implicaba renunciar a los subsidios a la demanda introducidos por las reformas. La segunda opción era abordar la raíz de los problemas que impedían la eficacia del nuevo modelo de atención: fortalecer la autonomía hospitalaria, aumentar la flexibilidad laboral,

y mejorar la capacidad de gestión de los hospitales y de las secretarías de salud locales.

La nueva administración elegida en el año 2002 decidió mantener el diseño original de las reformas de salud de 1993. El Plan Nacional de Desarrollo para el período 2003–06 contemplaba la implementación de un programa nacional que rediseñaría, modernizaría y reorganizaría enérgicamente las redes de hospitales públicos.

La realidad de ese momento fundamentaba la validez del nuevo modelo de atención. Por ejemplo, Sáenz (2001) comprobó que en Bogotá los hospitales que habían adoptado estrategias modernas de gestión también habían tenido éxito en alcanzar la solvencia financiera. Giedion, Morales y Acosta (2001) confirmaron que los hospitales más autónomos de Bogotá eran también los que exhibían los niveles más bajos de irregularidades. El análisis efectuado por Peñaloza (2004) demostraba que la competencia entre hospitales estaba directamente relacionada con la eficiencia y que las transferencias del gobierno producían el efecto opuesto.

Reorganización, modernización y rediseño de las redes de hospitales públicos: de 2002 a la fecha

El objetivo del rediseño, la modernización y la reorganización del programa era lograr la viabilidad financiera de los hospitales públicos colombianos, y al mismo tiempo mejorar la eficiencia y la calidad del servicio.

El programa se basaba en un proyecto piloto, puesto en ejecución en 1999, que había facilitado el rescate financiero de 26 hospitales endeudados. Esa experiencia sugería que los hospitales públicos podían ser financieramente viables si las deudas contraídas se pagaban y, paralelamente, se hacían ajustes estructurales para flexibilizar más los costos laborales y se realizaban inversiones clave destinadas a modernizar la capacidad de gestión del hospital. Este programa había sido implementado en 179 hospitales para el año 2007; se está analizando la participación de otros 263.

La primera etapa del programa abarca el rediseño de la red hospitalaria de todo un departamento. El proyecto piloto mostró que para optimizar la escala de un solo hospital es necesario tomar en cuenta a

toda la red del departamento. Por consiguiente, la cartera de servicios que ofrece cada institución se determina teniendo en cuenta el perfil demográfico y epidemiológico de la población objetivo, la disponibilidad de los proveedores tanto públicos como privados y la geografía del departamento, incluidas las redes de comunicaciones y transporte. La propuesta de rediseño de la red define la cartera y el volumen de los servicios de salud que presta cada proveedor, y se evalúa juntamente con el Ministerio de la Protección Social y el Departamento Nacional de Planeación.

La segunda fase es la elaboración de una propuesta de reorganización. El hospital, junto con la secretaría de salud departamental y el Ministerio de la Protección Social, determina el personal requerido para prestar la cartera deseada de servicios, el costo del paquete de indemnizaciones que se precisa para lograr un nivel de personal óptimo y el monto de otras deudas pendientes a proveedores.

La tercera etapa del programa consiste en la modernización de los hospitales y las secretarías de salud. En esta etapa, dichas instituciones ponen en ejecución las inversiones necesarias para mejorar los procesos de gestión y optimizar la eficiencia y la calidad de los servicios ofrecidos.

Una vez desarrollada la propuesta de rediseño, reorganización y modernización, el gobernador del departamento, el intendente y los directores de los hospitales que participan del programa suscriben convenios de 10 años con el gobierno central. Estos convenios especifican los objetivos de rendimiento anuales de producción, calidad del servicio y reducción de costos de cada hospital participante. A cambio, los hospitales que participan en el programa reciben los fondos requeridos para implementar los planes de reorganización y modernización. Si los hospitales no cumplen con los objetivos de rendimiento acordados, el gobierno central puede obligar a los departamentos y municipios a devolver los fondos que les fueron otorgados para el rescate financiero de los hospitales.

En el cuadro 4.1 se muestran los resultados totales de los primeros 179 hospitales participantes dos años después del inicio del programa. En promedio, los hospitales aumentaron significativamente la producción de servicios de salud, a la vez que redujeron los costos de producción. Asimismo lograron disminuir el déficit total anual en un 84,8% en tan

CUADRO 4.1 Resultados del programa de rediseño, modernización y reorganización de hospitales

Indicador	Año 0	Año 2*	Año de variación 0-2 (Porcentaje)
Producción			
Atención ambulatoria (cantidad de visitas)	2.879.560	3.583.892	24,5
Atención quirúrgica (cantidad de cirugías y partos)	281.103	335.512	19,4
Total de unidades de producción hospitalaria estandarizadas	4.444.136	5.055.679	13,8
Gastos			
Total (en millones de pesos colombianos de 2004)	915.451	794.472	-13,2
Gastos por unidad de producción hospitalaria (en millones de pesos colombianos de 2004)	205.991	157.145	-23,7
Déficit			
Déficit (en millones de pesos colombianos de 2004)	-321.015	-48.938	-84,8

Fuente: Consejo Nacional de Política Económica y Social (2006).

* Ajustado según la inflación.

solo dos años (los resultados positivos del programa de reducción del déficit general de los hospitales se muestran también en el gráfico 4.1).

Para constatar que los resultados eran atribuibles a la intervención, se llevó a cabo una evaluación de impacto cuasiexperimental del programa. La evaluación comparó los hospitales que participaban del programa con otros de tamaño y complejidad similares (aunque no fue verdaderamente científica porque la participación en el programa era voluntaria). La información de base se obtuvo del año 2004; se efectuaron mediciones posteriores en 2006. La evaluación incluyó 68 hospitales que participaban del programa y un grupo de control compuesto por 231 hospitales con características similares (Peñaloza Quintero et al., 2007).

El primer grupo de indicadores se refiere a la producción de servicios de salud, y hace una distinción entre servicios ambulatorios,

hospitalarios, y de promoción de salud y prevención de enfermedades. El segundo grupo de indicadores está compuesto por los objetivos de eficiencia, tales como la rotación de los quirófanos y camas de hospital, la tasa de ocupación y el promedio de duración de la estadía.

Por último, se presentan los resultados asociados a indicadores de calidad, tales como tasas de mortalidad e infecciones de los hospitales.

En el cuadro 4.2 se puede observar el cambio en la producción de servicios de salud entre el año de base (2004) y 2006, y se compara la participación de los hospitales en el programa con el grupo de control.

Si bien los resultados no son unívocos, se puede apreciar que los hospitales del nivel 1 que participaron del programa aumentaron su producción y mostraron un mejor rendimiento que los hospitales que no participaron de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y los servicios hospitalarios, pero su rendimiento fue menor en lo que respecta a la producción de servicios ambulatorios. En el caso de los hospitales del nivel 2, los que participaron del programa tuvieron un mejor rendimiento en la producción de servicios ambulatorios, pero peor en la producción de servicios hospitalarios. Por último, los hospitales del nivel 3 mostraron una reducción de los servicios ambulatorios pero un mayor crecimiento de los hospitalarios.

En el cuadro 4.3 se compara la variación en los indicadores de eficiencia entre el año de base (2004) y 2006. Con relación a la

CUADRO 4.2 Cambios en la producción de servicios de salud, 2004–06 (en porcentaje)

Tipo de hospital	Asistencia ambulatoria		Asistencia hospitalaria		Promoción de salud, prevención de enfermedades	
	Participante	No participante	Participante	No participante	Participante	No participante
Nivel 1	0,37	2,82	-24,14	-41,94	8,80	2,58
Nivel 2	3,86	-5,06	3,78	19,27	—	—
Nivel 3	-6,87	-0,12	30,91	6,66	—	—

Fuente: Peñaloza Quintero et al., 2007.

CUADRO 4.3 Rotación de quirófanos y camas de hospital, 2004–06 (en porcentaje)

Tipo de hospital	Rotación de quirófanos		Rotación de camas de hospital	
	Participante	No participante	Participante	No participante
Nivel 1	—	—	44,77	2,80
Nivel 2	10,90	18,69	27,21	11,81
Nivel 3	50,75	36,41	13,76	3,30

Fuente: Peñaloza Quintero et al., 2007.

rotación de quirófanos, los hospitales del nivel 2 que participaron en el programa mostraron un rendimiento menor que los hospitales participantes, pero ocurrió lo opuesto en los hospitales del nivel 3. No obstante, los tres niveles de hospitales que participaron en el programa pudieron mejorar su rendimiento en cuanto a la rotación de camas de hospital.

Los resultados de la evaluación también indican una influencia importante del programa en el tiempo de estadía y las tasas de ocupación de camas, como se muestra en el cuadro 4.4. Los hospitales que

CUADRO 4.4 Uso de camas de hospital: variación, 2004–06 (porcentaje de cambio)

Tipo de hospital	Promedio de duración de estadía		Tasas de ocupación	
	Participante	No participante	Participante	No participante
Nivel 1	-46,94	11,40	70,74	12,70
Nivel 2	6,59	21,77	29,57	2,03
Nivel 3	-50,81	9,74	-2,48	-3,24
Todos los hospitales	-33,77	14,27	40,77	6,70

Fuente: Peñaloza Quintero et al., 2007.

participaron en el programa redujeron el promedio de duración de la estadía en un 33,77% y aumentaron la tasa de ocupación de camas en un 40,77%. En cambio, los hospitales que no participaron del programa incrementaron la duración promedio de estadía en un 14,27 % y la tasa de ocupación de camas en solo 6,70 %.

Por último, el análisis del índice de productividad, calculado como la razón entre el total de gastos y el total de servicios prestados, mostró que los hospitales que participaron en el programa pudieron controlar los costos mejor que los que no participaron (cuadro 4.5).

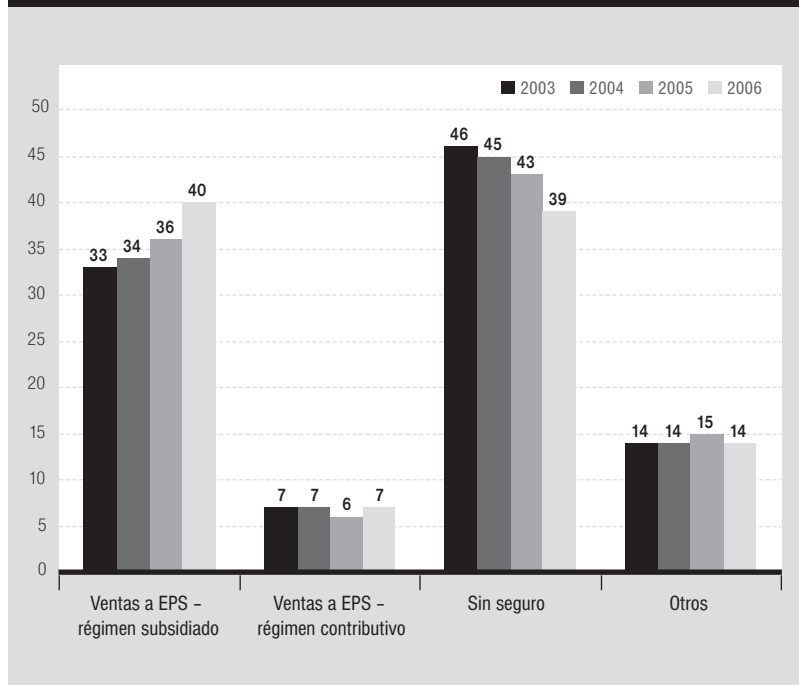
Como parte de la evaluación del programa, en agosto de 2006 se llevó a cabo una encuesta sobre satisfacción entre 4.021 pacientes de 48 hospitales públicos. La encuesta estaba diseñada para representar a los hospitales que participaron del programa y se creó un grupo de control de pacientes internados en hospitales con características similares que no participaban del programa. La calidad de la atención se evaluó como buena, con un resultado de 3,98 en una escala que iba de 0 (peor) a 5 (mejor); el promedio de tiempo de espera para recibir atención era de 55,3 minutos. Los hospitales que participaron del programa obtuvieron un mejor puntaje que los hospitales del grupo de control en las diversas variables de calidad de atención, tiempo de espera, instalaciones y equipos, y limpieza, aunque las diferencias no tuvieron relevancia estadística (Cabrera Arana, 2006).

El sistema de información del Ministerio de la Protección Social da cuenta de que los hospitales públicos, en general, han optimizado su rendimiento en los últimos años. En el gráfico 4.2 se presentan las mejoras en la transformación del financiamiento de los hospitales públicos.

CUADRO 4.5 Índice de productividad: variación, 2004–06
(en porcentaje)

Tipo de hospital	Variación	
	Participante	No participante
Nivel 1	-25,26	6,48
Niveles 2 y 3	-11,03	71,90
Todos los hospitales	-20,8	21,88

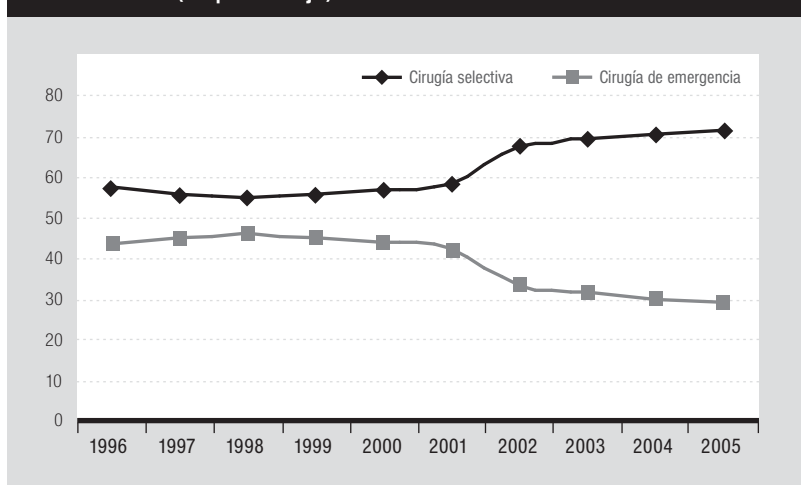
Fuente: Peñaloza Quintero et al., 2007.

GRÁFICO 4.2 Fuentes de ingresos de los hospitales públicos, 2003–06 (en porcentaje)

Fuente: Ministerio de la Protección Social.

En 2003 las ventas a las EPS representaban el 40% de los ingresos de los hospitales públicos (el 33 % para los servicios utilizados por personas pobres afiliadas al régimen subsidiado, y el 7 % para los servicios usados por pacientes afiliados al régimen contributivo). Las transferencias de los municipios para los servicios usados por los pacientes pobres sin seguro representaban el 45% del total de ingresos. Tres años más tarde, la situación se había revertido: las ventas a las EPS representaban el 47% de los ingresos de los hospitales públicos y las transferencias de los municipios se habían reducido a un 39%.

La bibliografía sobre investigaciones de servicios de salud considera al uso de servicios selectivos para la atención no urgente como un indicador del nivel de acceso a servicios de atención de salud apropiados. Así, como lo muestra el gráfico 4.3, el mayor uso de los servicios selectivos frente a las consultas de urgencia puede atribuirse *ceteris paribus* a un

GRÁFICO 4.3 Consultas selectivas y de emergencia, 1996–2005
(en porcentaje)

Fuente: Ministerio de la Protección Social.

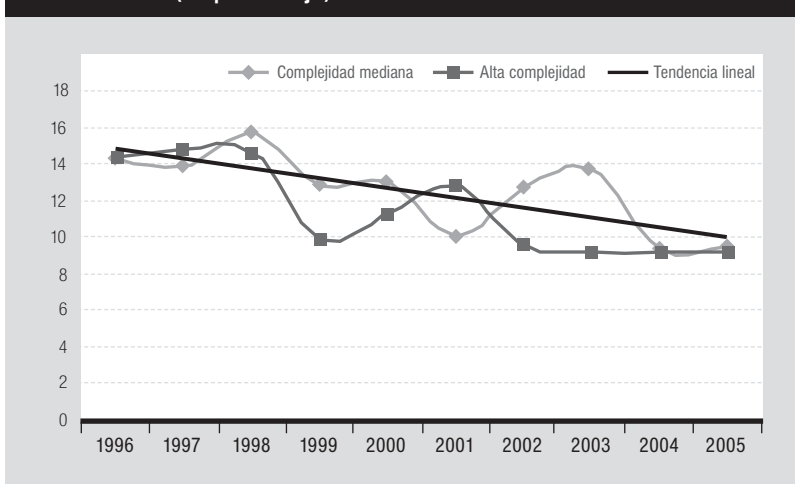
mejor acceso a tipos de atención adecuados, una mejor coordinación de la atención y una mejor capacidad administrativa y de planificación tanto de los hospitales como de las secretarías de salud locales (Kellerman, 1994; Sarver, Cydulka y Baker, 2002; Ragin et al., 2005).

Por último, a lo largo del mismo período la cancelación de cirugías selectivas también disminuyó, pasando del 14% al 9% (gráfico 4.4), lo que confirma una mejora en la capacidad administrativa y de planificación tanto de los hospitales como de las secretarías de salud.

Conclusiones y lecciones para otros países

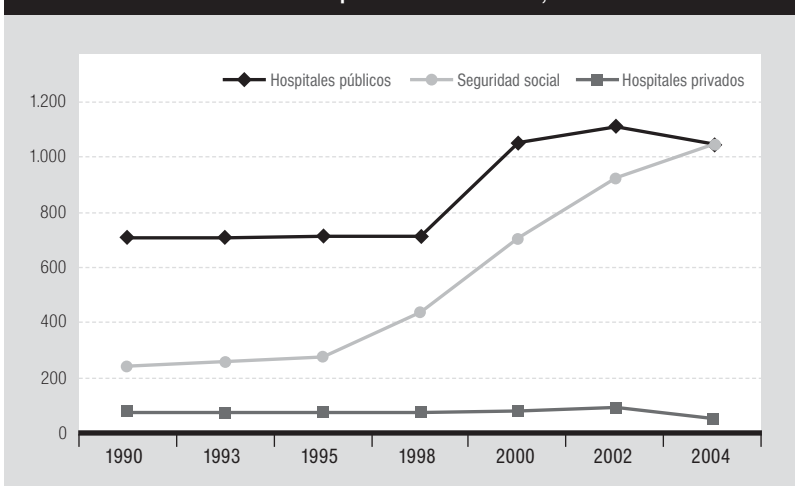
Como se señala en McKee y Healy (2002), los hospitales son estructuras rígidas, compuestas por edificios y equipos imponentes, y dirigidas por líderes de la sociedad que tienen notable aversión al cambio. Sin embargo, las necesidades de la población y el sector de atención de la salud están en constante evolución, y fuerzan a los proveedores de servicios de salud a evolucionar con ellos. Este es el caso de Colombia.

El sector hospitalario colombiano ha evolucionado significativamente desde el inicio de las reformas del sector salud en el año 1993. El nuevo esquema de financiamiento de hospitales y la separación entre el

GRÁFICO 4.4 Cirugías selectivas canceladas, 1996–2005
(en porcentaje)

Fuente: Ministerio de la Protección Social.

financiamiento y la prestación de salud dieron un importante estímulo a las instituciones de gestión privada, que han comenzado a aumentar en número desde el comienzo de las reformas (gráfico 4.5).

GRÁFICO 4.5 Cantidad de hospitales en Colombia, 1990–2004

Fuente: Ministerio de la Protección Social.

A fines de la década de 1990, las secretarías departamentales y municipales de salud apoyaron la expansión de nuevos hospitales, en algunos casos duplicando la capacidad de las instituciones existentes. La disminución del número de instituciones públicas y de seguridad social es reciente, también como resultado del programa de rediseño, modernización y reorganización de los hospitales.

Al comienzo de las reformas de salud de 1993 se preveía un período de transición de siete años para completar todas las reformas. En la realidad, llevó mucho más tiempo implementar los componentes hospitalarios, tales como la transformación del financiamiento y la puesta en ejecución del sistema de garantía de calidad. Es evidente que el período de transición necesario para alcanzar la cobertura del seguro de salud universal fue subestimada, teniendo en cuenta las complejidades de las reformas. Pero también hubo factores externos que desaceleraron la implementación de las mismas, como la pérdida de impulso político y una severa recesión económica.

La instrumentación de las reformas del sector salud colombiano confirma las dificultades a la hora de lanzar y sostener la implementación de cualquier reforma dentro del sector social. De acuerdo con Nelson (2000), la situación se agrava por la ausencia de un consenso técnico previo sobre el modelo de políticas a adoptar, cuando hay involucrado un gran número de grupos de interés, cuando se requiere un largo período de implementación y cuando los beneficios no son inmediatamente visibles. Además, de acuerdo con Londoño y Frenk (1997), las dificultades aumentan cuando los gobiernos no cuentan con la capacidad para llevar adelante las reformas.

Las reformas de Colombia adoptaron un modelo que permitió lograr la transformación de hospitales jerárquicos basados en estructuras presupuestarias en organizaciones autónomas con acuerdos financieros que podrían alentar la competencia en función de la calidad. El proceso incluyó: la reforma organizativa de la autonomía de gestión de los hospitales (Castaño, Bitrán y Gideon, 2004; Jakab et al., 2002) y la conversión de los hospitales en corporaciones (Harding y Preker, 2003). La hipótesis planteada por quienes concibieron las reformas fue que la competencia gestionada, con autonomía y desarrollo de gestión, podía mejorar la eficiencia y la calidad de los hospitales públicos (Londoño y Frenk, 1997; Londoño, 2003).

Sin embargo, los resultados esperados no se materializaron, y para el año 2002 se cuestionaba el componente hospitalario de las reformas (Gaviria, Medina y Mejía, 2006). Tras un importante debate en el seno del gobierno, primó la convicción de que la hipótesis original era correcta y de que para recoger los beneficios de las reformas organizativas y financieras de los hospitales era necesaria una plena implementación.

Los resultados descriptivos presentados en este capítulo sugieren que el programa de rediseño, reorganización y modernización de las redes hospitalarias mejoró la eficiencia y la calidad de los hospitales que participaron del programa. El déficit general del sector disminuyó, lo que contribuyó a la sostenibilidad financiera de todo el sistema de salud.

Estos resultados coinciden con los de McPake et al. (2003) y Gamboa, Vargas y Arellano (2004), quienes expresaron su escepticismo respecto del modelo de reforma colombiano, aunque aportaron pruebas de una mayor productividad y una calidad sostenida a pesar del número decreciente de empleados.

Los hallazgos de este capítulo coinciden con los de Bogue, Hall y La Forgia (2007), quienes llevaron a cabo un estudio sobre los resultados de las reformas en cuatro países, entre ellos Colombia, y confirmaron que la autonomía y las mejores prácticas de gestión se asociaban a la eficiencia y a la satisfacción de los pacientes. Hay evidencia de una asociación positiva y significativa entre la competencia y la calidad percibida de la atención hospitalaria, definida como la disponibilidad de opciones adecuadas para tratamientos, la oportunidad de la atención, la calidad de la atención personal y la infraestructura de salud (Pinto, 2002).

Este capítulo sugiere que la reforma de los hospitales públicos es un ingrediente clave de la reforma de la atención de la salud. No obstante, la promulgación de leyes necesarias para dotar de autonomía a los hospitales, convertirlos en corporaciones y transformar su financiamiento no es suficiente para lograr un proceso de reforma hospitalaria exitoso si en el sector subsisten deudas preexistentes, una estructura laboral rígida, y una capacidad de gestión y planificación insuficientes.

Para ser exitoso, el proceso de reforma debe incluir también acciones decisivas para adaptar la estructura laboral al nuevo nivel y rango de servicios ofrecidos y compatibilizarla con los ingresos disponibles. Además, se deben tomar medidas para mejorar la capacidad de gestión y planificación del sistema, y reducir la carga de deudas preexistentes.

Solo de esta forma pudieron los hospitales públicos colombianos romper con el *modus operandi* anterior, y optimizar su productividad y la calidad de sus servicios.

Agradecemos a Diego Palacio y Blanca Cajigas, sin cuya ayuda este capítulo no habría sido posible.

Referencias

- Banco Mundial. 1987. *Colombia: Social Security Review*. Documento No. 6540-CO. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Barco, V. (ed.). 1988. El problema de los hospitales. Una vía de solución en el marco del sistema nacional de salud. In: *Así estamos cumpliendo*. Vol. X: *Análisis y evaluación de la situación realizados por La Previsora S.A.* Bogotá: Presidencia de la República.
- Barón, G. 2007. *Cuentas de salud de Colombia 1996–2003. El gasto de salud y su financiamiento*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Bogue, R. J., C. H. Hall y G. M. La Forgia. 2007. *Hospital Governance in Latin America. Results from a Four Nation Study*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Cabrera Arana, G. A. 2006. *Línea base de la calidad percibida por usuarios de IPS/Programa de reorganización, rediseño y modernización de redes de servicios*. Medellín: Universidad de Antioquia, Ministerio de la Protección Social.
- Castano, R., R. Bitrán y U. Giedion. 2004. *Monitoring and Evaluating Hospital Automization and Its Effects on Priority Health Services*. Bethesda, MD: Partners for Health Reform plus Project, Abt Associates.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social. 2006. Concepto favorable a la nación para contratar empréstitos externos con la banca multilateral con el fin de financiar parcialmente el programa de reorganización, rediseño y modernización de redes de prestación de servicios de salud para las vigencias 2006–2007. Documento del CONPES No. 3415. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- Constitución Política de Colombia. 1991. Bogotá: Imprenta Nacional.
- Gamboa, T., V. Vargas y M. Arellano. 2004. Eficiencia de la atención en salud y flexibilidad laboral en Colombia. *Gaceta Laboral* 10(02):143–64.
- Gaviria, A., C. Medina y C. Mejía. 2006. *Evaluating the Impact of Health Care Reform in Colombia. From Theory to Practice*. Documento No. 2006–06 del Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Giedion, U. y A. López. 2000. Evaluación de la transformación de subsidios de oferta a demanda, 1994–2000. Bogotá: Ministerio de Salud.

- Giedion, U., L. G. Morales y O. L. Acosta. 2001. *Efectos de la reforma sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos: el caso de Bogotá, Distrito Capital, Colombia*. Documento de trabajo No. R-426 de la Research Network Working Paper. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Harding, A. y A. S. Preker. 2003. A Conceptual Framework for the Organizational Reforms of Hospitals. In: A.S. Preker y A. Harding (eds.), *Innovations in Health Service Delivery*. Vol. I: *The Corporatization of Public Hospitals*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Jakab, M., A. Preker, A. Harding et al. 2002. *The Introduction of Market Forces in the Public Hospital Sector. From New Public Sector Management to Organizational Reform*. HNP Discussion Paper No. 28883. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Kellerman, A. L. 1994. Non-Urgent Emergency Department Visits: Meeting an Unmet Need. *Journal of the American Medical Association* 271:1953–54.
- Londoño, B., I. Jaramillo y J. P. Uribe. 2001. *Descentralización y reforma en los servicios de salud: el caso colombiano*. Human Development Department. LCSHD Paper Series No. 65. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Londoño, J. L. 2003. Activar el pluralismo en el trópico. Reforma de la atención de la salud en Colombia. In: C. G. Molina y J. Núñez del Arco (eds.), *Servicios de salud en América Latina y Asia*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Londoño, J. L. y J. Frenk. 1997. Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America. *Health Policy* 41:1–36.
- McKee, M. y J. Healy. 2002. The Significance of Hospitals: An Introduction. In: M. McKee and J. Healy (eds.), *Hospitals in a Changing Europe*. Buckingham: OMS, Open University Press.
- McPake, B., F. Yepes, S. Lake et al. 2003. Is the Colombian Health System Reform Improving the Performance of Public Hospitals in Bogotá? *Health Policy and Planning* 18(2):182–94.
- Ministerio de Salud. 1972. *Methods and Results. Study of Human Resources for Health and Medical Education in Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

- . 1973. *Estudio de instituciones de atención médica. Recurso Institucional*. Bogotá: Ministerio de Salud, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
- Nelson, J. M. 2000. *The Politics of Social Sector Reforms*. Washington, D.C.: Overseas Development Council.
- Ocampo, J. A. 1996. *Participación privada en la provisión de los servicios sociales: el caso colombiano*. Coyuntura Social No. 14. Bogotá: Fedesarrollo.
- Pabón, A. 1983. *Población y mortalidad general*. Vol. I: *Morbilidad sentida 1977–80*. Estudio Nacional de Salud. Bogotá: Ministerio de Salud.
- Peñaloza, M. C. 2004. *Evaluación de la eficiencia en instituciones hospitalarias públicas y privadas con Data Envelopment Analysis (DEA)*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Investigaciones Sobre Desarrollo Social en Colombia, Cuaderno No. 3. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Peñaloza Quintero, E., J. L. Amaya, D. Ballesteros et al. 2007. *Evaluación de medio término del programa de reorganización, rediseño y modernización de redes de servicios*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana/Centro de Proyectos para el Desarrollo.
- Pinto, D.M. 2002. La competencia regulada y la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario. Evidencia del sistema de salud colombiano. Documento mimeografiado. Boston: Harvard School of Public Health.
- Plaza, B., A. B. Barona y N. Hearst. 2001. Managed Competition for the Poor or Poorly Managed Competition? Lessons from the Colombian Health Reform Experience. *Health Policy and Planning* 16(Suppl 2):44–51.
- Ragin, D. F., U. Hwang, R. K. Cydulka et al. 2005. Reasons for Using the Emergency Department: Results of the EMPATH Study. *Academy of Emergency Medicine Journal* 12(12):1158–66.
- Sáenz, L. 2001. *Modernización de la gestión hospitalaria colombiana: lecciones aprendidas de la transformación de los hospitales en Empresas Sociales del Estado. Iniciativa Reforma Sector Salud*. LAC-RSS No. 46. Washington, D.C.: OPS.
- Sarver, J. H., R. K. Cydulka y D.W. Baker. 2002. Usual Source of Care and Non-Urgent Emergency Department Use. *Academy of Emergency Medicine Journal* 9(9):916–23.

- Sojo, A. 2000. Reformas de gestión en salud en América Latina. Los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. Serie Políticas Sociales de CEPAL No. 39. Santiago, Chile: CEPAL.
- Tono, T. M. 2002. *Los hospitales colombianos en el contexto de Latinoamérica y el Caribe*. Documento de trabajo No. 8. Bogotá: Fundación Corona.
- Vivas, J., E. Tarragona, C. Caballero et al. 1988. El sistema nacional de salud. Bogotá: Fedesarrollo y OPS.
- Yepes, F., C. Dávila, F. Velandia et al. 1986. *Estudio nacional de hospitales*. Bogotá: Universidad Javeriana, Comisión de Gasto Público.



CAPÍTULO 5

La protección financiera del seguro de salud

*Carmen Elisa Flórez, Úrsula Giedion,
Renata Pardo y Eduardo Andrés Alfonso*

Según el Informe sobre la Salud en el Mundo de 2000, uno de los tres objetivos principales de todo sistema de salud es proteger a la población del país de las consecuencias financieras que acarrearán las enfermedades (OMS, 2000). El informe concluye que el seguro de salud es una herramienta adecuada para resguardar a los individuos de los efectos económicos catastróficos y empobrecedores que pueden tener los problemas de salud. De igual forma, la Estrategia de Salud, Nutrición y Población de 2007 del Banco Mundial plantea como uno de sus cuatro objetivos estratégicos mejorar la protección financiera y sostiene que, con el fin de optimizar esa protección contra las consecuencias de los desembolsos directos incurridos a causa de enfermedades, los países deben buscar formas de mancomunarlos (Banco Mundial, 2007).

En Colombia el 80% de la población goza de la cobertura del seguro de salud; por ende, el país representa una oportunidad única de análisis para recabar información sobre protección financiera. A principios de los años noventa, Colombia introdujo un sistema de seguro de salud universal con la sanción de la Ley 100 de 1993, que dispuso que todos los ciudadanos tuvieran acceso a un paquete de beneficios de salud integral. En su último Plan Nacional de Desarrollo de 2007, el actual gobierno colombiano (2006–10) se propone lograr cobertura universal al final de su mandato. Si bien la protección financiera es un objetivo importante

del sistema de salud colombiano, el Sistema General de Seguridad Social y su función como elemento que atenúa las consecuencias económicas de las enfermedades no se ha evaluado demasiado.

Este capítulo tiene dos objetivos: el primero consiste en estimar la incidencia de los gastos catastróficos por motivos de salud y con efecto de empobrecimiento entre los hogares colombianos. El segundo objetivo consiste en evaluar si el seguro de salud contribuye a disminuir las probabilidades de tener que afrontar gastos catastróficos de esta naturaleza. El capítulo comienza con una breve descripción del sistema del seguro de salud colombiano y luego analiza la información disponible sobre la incidencia de los gastos catastróficos por motivos de salud en Colombia. Más adelante, se presentan los resultados de la medición de estos gastos catastróficos con efecto de empobrecimiento en relación con la población en general, y luego categorizándola por régimen de seguro de salud y nivel de ingreso. En el apartado siguiente, se describen la metodología y los conceptos utilizados para analizar el impacto del seguro de salud sobre los gastos catastróficos por motivo de salud, y luego se presentan los resultados del análisis. El capítulo se cierra con una serie de conclusiones.

El sistema de salud colombiano

Con el propósito de ofrecer los beneficios del seguro de salud a la población, en 1993 Colombia aprobó un sistema de seguro de salud universal (Ley 100), mediante el cual todos los ciudadanos tienen derecho a un paquete integral de beneficios de salud, independientemente de su capacidad de pago. En el nuevo sistema los ciudadanos pueden afiliarse a uno de dos regímenes, según el nivel de ingresos: el régimen contributivo, que afilia a trabajadores y a sus familias con un ingreso mensual superior al salario mínimo por mes fijado por la ley (que ronda los US\$223),¹ y el régimen subsidiado, que incorpora a personas consideradas pobres a través de un instrumento que permite identificar el nivel de pobreza. El régimen contributivo se financia con impuestos a la nómina salarial obligatorios (11,5%). El gobierno utiliza la recaudación

¹ Tipo de cambio: Col\$ 1.945 = US\$1, al 15 de junio de 2007.

fiscal nacional y local, y un impuesto a la nómina salarial del 1,5% como aporte solidario al régimen contributivo, para contratar la cobertura de seguro para los pobres en el régimen subsidiado. Todos los afiliados tienen acceso a un paquete de beneficios; sin embargo, el paquete del régimen contributivo incluye todos los niveles de atención, mientras que el plan del régimen subsidiado cubre la mayor parte de los servicios de atención de menor complejidad y enfermedades catastróficas, pero brinda únicamente cobertura limitada para atención hospitalaria y no brinda cobertura del seguro de incapacidad a corto plazo. El valor del paquete de beneficios y el porcentaje del impuesto a la nómina salarial que recibe la compañía aseguradora ronda los US\$207 para el caso del régimen contributivo, y los US\$117 para el caso del régimen subsidiado. En ambos regímenes, el asegurado elige una compañía aseguradora que puede ser pública, privada o mixta, y que puede ser una organización con o sin fines de lucro.

Tras la introducción del seguro de salud universal, el porcentaje de la población que gozaba de cobertura incrementó del 24% antes de las reformas (1993) a más del 80% en 2007, según la Encuesta Nacional de Salud del año 2007 publicada recientemente. Este porcentaje de cobertura posiciona a Colombia entre los pocos países en desarrollo que ha alcanzado un nivel prácticamente universal de cobertura de seguro de salud.

Estudios previos sobre los gastos catastróficos por motivos de salud con efectos de empobrecimiento en Colombia

Existen tan solo unos pocos estudios disponibles sobre el gasto catastrófico en salud con efecto de empobrecimiento en Colombia. La información existente presenta estadísticas descriptivas sobre la incidencia de dicho gasto con efecto de empobrecimiento y la compara entre distintos grupos (por nivel de ingreso, edad, cobertura de seguro, etc.), sin sacar conclusión estadística alguna sobre el efecto de las variables que pueden proteger a los hogares del impacto de los gastos catastróficos originados en problemas de salud. Fundamentalmente, hasta hoy ningún estudio ha evaluado el impacto del sistema de seguro de salud colombiano sobre la protección financiera: se trata de un vacío que las páginas de este capítulo se proponen cubrir. En el cuadro 5.1 se resume

CUADRO 5.1 Estudios realizados sobre la incidencia del gasto catastrófico en salud con efecto de empobrecimiento

Autor	País	Datos	Resultados principales
Bitrán et al., 2004	Colombia	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta de Calidad de Vida 2003 • El gasto catastrófico se define como > 20% del consumo del hogar • Unidad de análisis: hogares 	<ul style="list-style-type: none"> • Incidencia del gasto con efecto de empobrecimiento en individuos sin seguro que deben enfrentar desembolsos extraordinarios como pacientes ambulatorios: 5%; desembolsos extraordinarios como pacientes hospitalizados: 14% • El seguro del régimen subsidiado reduce la incidencia del gasto con efecto de empobrecimiento al 4% • La incidencia de gastos catastróficos (> 20%) es del 23% en pacientes que necesitan atención hospitalaria y del 3% en pacientes que necesitan atención ambulatoria; entre los pacientes sin seguro es > 40% para quienes necesitan atención hospitalaria y > 10% para quienes necesitan atención ambulatoria • La incidencia de gastos catastróficos es menor en el régimen contributivo que en el régimen subsidiado
Flórez y Hernández, 2005	Colombia	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta de Calidad de Vida de 1997 y 2003 • El gasto catastrófico se define como > 30% de la capacidad de pago • Unidad de análisis: hogares 	<ul style="list-style-type: none"> • La incidencia de gastos catastróficos disminuyó entre 1997 y 2003, pero el gasto con efecto de empobrecimiento se incrementó en ese mismo período, especialmente entre los pacientes más pobres • La incidencia de gastos catastróficos es mayor entre individuos sin seguro y hogares pobres

(continúa)

CUADRO 5.1 | Estudios realizados sobre la incidencia del gasto catastrófico en salud con efecto de empobrecimiento

Autor	País	Datos	Resultados principales
			<ul style="list-style-type: none"> • No se hallaron diferencias de importancia estadística entre personas con y sin seguro en el segmento de hogares más pobres • Incidencia de gastos catastróficos en 2003: cercana al 4% • Incidencia del gasto con efecto de empobrecimiento en 2003: cercana al 5%
Baeza y Packard, 2007	Seis países de América Latina	<ul style="list-style-type: none"> • Distintas encuestas llevadas a cabo en distintos países • (Colombia: los datos provienen de distintas fuentes, pero principalmente de Bitrán et al., 2004) 	<ul style="list-style-type: none"> • En Colombia el desembolso directo del paciente como porcentaje del gasto nacional total en salud es inferior al de otros países de América Latina • El desembolso directo como porcentaje del ingreso es superior para quienes están comprendidos en los tramos de ingreso más bajo • La incidencia del gasto con efecto de empobrecimiento en hogares sin seguro es mayor que en hogares que gozan de la cobertura del seguro del régimen contributivo o subsidiado
Xu, Evans, Kawabata et al., 2003	59 países	<ul style="list-style-type: none"> • Distintas encuestas llevadas a cabo en distintos países (Colombia: Encuesta de Calidad de Vida 1997) • El gasto catastrófico se define como > 20% de la capacidad de pago del hogar • Unidad de análisis: hogares 	<ul style="list-style-type: none"> • Posiciona a Colombia en el grupo de países con altos porcentajes de gastos catastróficos • Aproximadamente el 40% del gasto total en salud en Colombia se financia con desembolsos directos de los pacientes • Incidencia de gastos catastróficos en 1997: cercana al 6%

Fuente: Elaboración propia.

la información previa sobre la incidencia de los gastos catastróficos por motivos de salud con efecto de empobrecimiento en Colombia. Dicha información se presenta brevemente en los siguientes párrafos.

El primer estudio sobre gastos catastróficos fue llevado a cabo por Bitrán et al. (2004), en el marco de un esfuerzo regional coordinado por el Banco Mundial. El estudio analiza la protección financiera frente a shocks de salud en América Latina (Baeza y Packard, 2007). En el trabajo de Bitrán et al. se analizó la información sobre hogares de la edición 2003 de la Encuesta de Calidad de Vida de Colombia.

El estudio definió los gastos catastróficos por motivos de salud como los desembolsos directos del paciente que exceden el 20% del gasto total de consumo de un hogar. Asimismo, midió el empobrecimiento como el porcentaje de individuos cuyo nivel de consumo disminuyó por debajo de la línea de pobreza nacional a causa de gastos en salud.

Este análisis efectuó una distinción entre “shocks de salud” que requieren atención ambulatoria, y atención hospitalaria entre hogares con y sin seguro. Conforme a este estudio, el 23% de los pacientes que necesitan atención hospitalaria y el 3% de los pacientes que necesitan atención ambulatoria efectuaron desembolsos directos que absorbieron más del 20% del total de sus ingresos en 2003. Entre los pacientes sin seguro, estos porcentajes ascienden a casi el 40% en episodios que requieren atención hospitalaria y a más del 10% en aquellos que requieren atención ambulatoria. Estos porcentajes disminuyen a menos del 30% y a menos del 5% para quienes están asegurados por el régimen de seguro de salud subsidiado destinado a los pobres. Por su parte, ante un shock de salud que requiere atención ambulatoria, un 5% de los pacientes sin seguro queda debajo de la línea de pobreza nacional. Toda enfermedad que requiera atención hospitalaria genera desembolsos directos en virtud de los cuales el 14% de los pacientes que precisan atención de este tipo queda por debajo de la línea de pobreza nacional. El estudio señala que estos porcentajes son significativamente más bajos en pacientes asegurados.

Estas conclusiones sugieren que la incidencia de los gastos catastróficos con efecto de empobrecimiento es menor entre las personas con seguro, pero no se pueden establecer relaciones causales en base a estadísticas descriptivas, ya que las diferencias observables y no observables entre los dos grupos pueden sesgar los resultados.

De igual manera, Flórez y Hernández (2005) estimaron la incidencia del gasto catastrófico en salud y con efecto de empobrecimiento en los hogares colombianos en 1997 y 2003. Si bien existen algunos problemas de comparabilidad entre las Encuestas de Calidad de Vida de 1997 y 2003, los resultados echan luz sobre la evolución de los gastos catastróficos en Colombia. En este estudio, el gasto catastrófico se define como el gasto que excede el 30% de la capacidad de pago de un hogar (gasto total menos gastos de subsistencia). El efecto de empobrecimiento se define como el efecto que lleva a un hogar a caer por debajo de la línea de pobreza (medido en términos del gasto de subsistencia promedio de hogares que se encuentran entre los percentiles 45 y 55 de gastos de subsistencia, concepto al que también se denomina línea de pobreza “endógena”).

Según los resultados del estudio de Flórez y Hernández, el 4% de los hogares incurrió en desembolsos directos catastróficos y el 5% de todos los hogares se empobreció como consecuencia del incremento de los desembolsos directos en 2003. Los autores también señalan que la incidencia de gastos catastróficos disminuyó de 1997 a 2003, mientras que la incidencia de gastos con efecto de empobrecimiento se incrementó en ese mismo período, posiblemente a causa de la crisis económica que atravesaba Colombia en ese entonces. Los autores demuestran también que la incidencia de desembolsos directos catastróficos con efecto de empobrecimiento es superior en la población sin seguro que en la población con seguro, pero la diferencia deja de ser significativa al observarse el quintil más pobre de la población.

Si bien estos resultados arrojan luz sobre la incidencia de los gastos catastróficos y con efecto de empobrecimiento en Colombia, no brindan evidencia alguna sobre el impacto del seguro de salud, ya que no contemplan diferencias observables y no observables que puedan sesgar las diferencias en la media muestral entre habitantes con y sin seguro. Otros estudios sobre el tema llevados a cabo por O'Meara, Ruiz y Amaya (2003) se centran en cuatro ciudades colombianas y sus resultados demuestran que el seguro de salud propició una mayor utilización de los servicios de salud y una reducción de la carga financiera que representan los gastos de esta naturaleza.

En otros estudios se analizó la situación de Colombia en comparación con varios países. En un trabajo de Baeza y Packard (2007)

se determinó que los hogares colombianos en el quintil más bajo de ingreso efectuaban desembolsos directos equivalentes al 10% del ingreso total que percibían, porcentaje inferior al observado en Argentina (13%), Ecuador (18%) y México (12%). Los investigadores señalaron que el rendimiento del sistema de salud colombiano era mejor que el de otros países de la región, entre ellos, Chile. En general, se observó los hogares de América Latina, particularmente los de bajo ingreso, efectuaban desembolsos directos elevados como porcentaje del gasto en medicina privada (85%). En Colombia se presentó una situación distinta: este porcentaje fue inferior, y aparentemente el país no sigue el patrón regional general de bajo nivel de gasto en salud pública como porcentaje del gasto nacional total en salud, ni el patrón de desembolsos directos elevados como porcentaje del gasto nacional total en salud.

En Xu, Evans, Kawabata et al. (2003) se informa sobre la incidencia del gasto catastrófico para 59 países, utilizando un umbral de ingreso familiar del 40%. A diferencia de los estudios antes citados, en este no se utilizaron datos de 2003, sino de la Encuesta de Calidad de Vida de Colombia de 1997. En ese entonces, la implementación del sistema de seguro de salud recién había comenzado. Según estos autores, la proporción de hogares colombianos que debía hacer frente a gastos catastróficos en 1997 ascendía al 6%, un porcentaje similar al determinado por Flórez y Hernández (2005). Según este análisis, Colombia es uno de los países en los que se observó una alta incidencia de gastos catastróficos.

Por último, como se exhibe en el gráfico 5.1, en comparación con la situación de otros países de ingreso medio y bajo, los desembolsos directos en Colombia financian tan solo una pequeña porción del gasto total en salud; pero para ello el país depende mucho de los gastos de la seguridad social. Las cuentas nacionales de salud de Colombia muestran una abrupta disminución de la proporción de desembolsos directos respecto del gasto total en salud entre 1993 y 2003, como resultado de las reformas del sector salud de 1993 (del 43,7% al 7,5%; Baron, 2007). En este sentido, se puede inferir que la estructura de financiamiento del sistema de salud colombiano parece brindar una mejor protección financiera que los sistemas del resto de la región, y de muchos otros países de ingreso mediano y bajo.

GRÁFICO 5.1 Estructura financiera de los sistemas de salud por región (en porcentaje)

Fuente: Hsiao y Shaw (2007) con información de la OMS.

Tal como se señaló anteriormente, se han emprendido varios estudios que analizan la relación entre la política en materia de salud de Colombia y los desembolsos directos. Estos estudios revelan que la incidencia del gasto catastrófico con efecto de empobrecimiento es menor en poblaciones aseguradas que en poblaciones sin seguro. Además, concluyen que, a diferencia de los patrones observados en otros países de América Latina, el desembolso directo en Colombia es una fuente menos significativa de financiamiento del sistema de salud. Cabe destacar que estos estudios se basan en simples comparaciones de medias, y no pueden establecer una relación causal entre los patrones de desembolsos directos observados y el seguro de salud. Los resultados pueden verse sesgados por posibles diferencias en las características observables y no observables entre poblaciones con y sin seguro. En las siguientes

secciones se describe cómo este trabajo cubre el vacío que han dejado los estudios existentes en Colombia y cómo estima el efecto atenuante del seguro de salud sobre los gastos catastróficos de esta naturaleza.

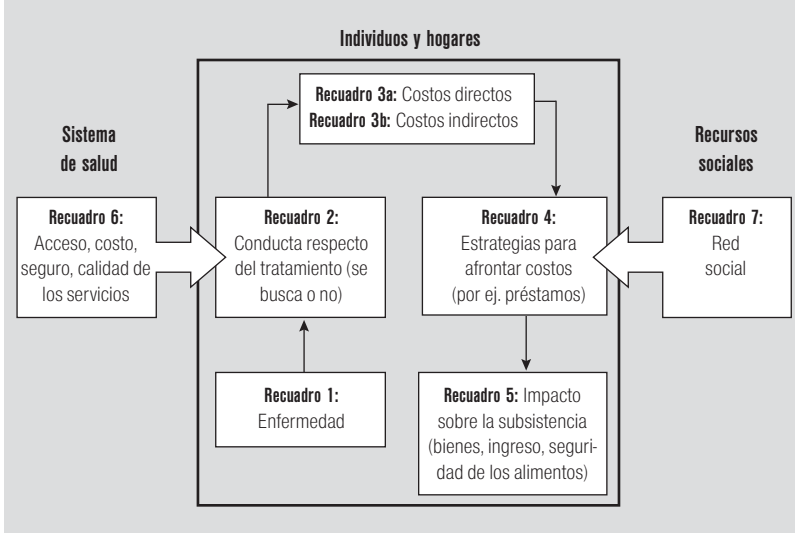
Marco conceptual

Esta sección comienza presentando un marco general para el análisis de las consecuencias económicas de las enfermedades, con el propósito de demostrar que un shock de salud implica mucho más que un desembolso directo en el punto de servicio y que las consecuencias de un hecho de este tipo para el bienestar de una familia dependen de muchos factores; entre ellos, el seguro de salud. En segundo término, las estimaciones se encuadrarán en ese marco general, y se describirán las decisiones metodológicas específicas tomadas en este estudio para medir el gasto catastrófico con efecto de empobrecimiento en Colombia.

Marco general para comprender el impacto económico de las enfermedades

Russell (2004) presenta un marco general amplio para comprender las consecuencias económicas de las enfermedades para individuos y hogares. El gráfico 5.2 ilustra este marco y sirve para demostrar que el nivel de desembolsos directos de un individuo a la hora de atravesar un problema de salud se ve afectado por las decisiones y características específicas de cada familia (educación, nivel de pobreza, género, edad, etc.), como también por las del propio sistema de salud (acceso a servicios, honorarios, condiciones de acceso, etc.).

En el gráfico 5.2 se indica que un individuo que necesita atención médica debe primero tomar la decisión de someterse o no a un tratamiento (recuadro 2). Si este individuo decide someterse a un tratamiento, debe incurrir en costos directos (recetas, copagos, análisis de laboratorio, transporte, alojamiento y alimentos) y/o costos indirectos (lucro cesante por enfermedad o incapacidad; recuadro 3) que varían según la gravedad de la enfermedad, la decisión del individuo de realizar o no el tratamiento y las características del sistema de salud (acceso, copagos, honorarios, seguro, calidad de los servicios; recuadro 3). Cuando un hogar carece de capacidad de pago, debe aplicar múltiples estrategias

GRÁFICO 5.2 Marco para comprender el impacto económico de las enfermedades

Fuente: Russell (2004).

para hacer frente a los gastos, por ejemplo: vender bienes, tomar dinero prestado o pedir ayuda a su red social (recuadros 4 y 7). El impacto de una enfermedad sobre la subsistencia de una familia (recuadro 5) dependerá de las estrategias específicas que aplique para hacer frente a los gastos y también de los aspectos indicados en los recuadros 1 a 3.

El gráfico 5.2 ilustra las complejidades en torno al análisis del impacto económico de las enfermedades. Demuestra cómo las observaciones sobre los gastos catastróficos por motivos de salud no sólo dependen de las características del sistema de salud, sino también de las características de la familia y de su red social. Asimismo, ilustra que el impacto de los gastos catastróficos pueden repercutir sobre el bienestar de un hogar en el mediano o largo plazo, no exclusivamente en el corto plazo, y puede implicar mucho más que una reducción del consumo.

En este contexto, cabe destacar que solo se puede estimar el impacto económico real que un problema de salud puede tener sobre una familia mediante series cronológicas y mediante el estudio exhaustivo de casos. Este enfoque ha sido adoptado en estudios recientes sobre el

impacto económico de enfermedades importantes que predominan en países en desarrollo (tales como HIV/SIDA, paludismo y tuberculosis) (Russell, 2004). No obstante, este tipo de datos longitudinal no suele estar disponible en la mayor parte de los países de ingreso medio y bajo (incluso Colombia). Por lo tanto, se suelen utilizar datos transversales para comparar desembolsos directos en salud con la capacidad de pago de las familias. Cuando estos gastos exceden un umbral determinado arbitrariamente (k) de la capacidad de pago de un hogar, se los considera catastróficos.

Este es el enfoque que prevalece en la bibliografía sobre gastos catastróficos en los países en desarrollo (véanse, por ejemplo, Kawabata, Xu y Carrin, 2002; Wagstaff y van Doorslaer, 2003; Xu, Evans, Kawabata et al., 2003; Bitrán et al., 2004; Knaul, Arreola-Ornelas y Méndez, 2005). Esta visión estática y más especulativa de los gastos catastróficos no echará luz acerca de cómo hacen efectivamente las familias para enfrentar dicha exigencia, ni acerca del impacto real de estas estrategias sobre el bienestar de la familia. No obstante, es una forma de identificar desembolsos directos que resultan elevados en relación con el ingreso del hogar, cuando no existen datos longitudinales disponibles. Por otra parte, contribuye a determinar si el seguro de salud tiene una incidencia significativa en el nivel de gastos de esta naturaleza.

Dada la limitación de datos disponibles en Colombia, también se adoptó este enfoque para nuestro estudio. Como se observará en la próxima sección, existen muchas formas de medir los gastos catastróficos, incluso dentro de este marco más acotado.

Gastos catastróficos en salud: conceptos y decisiones

Wyszewianski (1986) fue uno de los primeros autores en deliberar acerca del concepto de gasto catastrófico en salud. Lo definió como “una situación en la que el gasto es significativo con respecto a la capacidad de pago del paciente”. Esta definición nos permite identificar las siguientes características de un gasto catastrófico:

- La expresión “gasto catastrófico” no hace referencia a un valor absoluto, sino a un valor relativo, dado que es una relación entre el gasto y la capacidad económica para hacerle frente.

- El hecho de que un gasto sea catastrófico o no depende no solo del costo financiero que genere la enfermedad, sino también de la capacidad para afrontar ese costo.
- La decisión de considerar un hecho como catastrófico es subjetiva y depende de los valores que utilice el investigador.

Por otra parte, el concepto de gasto catastrófico en salud se compone de varios elementos: unidad de observación, gastos relacionados con la enfermedad, capacidad de pago, horizonte temporal y costos catastróficos. Tal como señala Wyszewianski, la interpretación de cualquiera de los elementos que se tratan a continuación influirá sobre la forma de medir los gastos catastróficos y sobre los resultados que se obtengan.

Costos de observación

La unidad de observación para medir un gasto catastrófico puede ser el individuo, la familia o la familia compleja. La definición de la unidad tiene implicancias importantes en un estudio, ya que una enfermedad puede tener consecuencias catastróficas sobre un individuo, pero no sobre la familia o la comunidad. Por lo general, en la mayoría de los estudios sobre la materia se elige a la familia como unidad de observación. Tal como señala Russell (2004), “la familia es la unidad de análisis preferida para evaluar los costos de una enfermedad, ya que las decisiones sobre el tratamiento y cómo hacer frente al mismo se discuten dentro del seno familiar, los costos de la enfermedad son afrontados por el enfermo y por quien está a su cuidado y los costos repercuten en el presupuesto familiar”. De esta manera, por lo comentado anteriormente, se tomará precisamente a la familia como unidad de análisis de este estudio.

Gastos relacionados con la enfermedad: gastos no médicos y pérdida de productividad

Del análisis de la bibliografía disponible sobre la carga económica que genera una enfermedad en los países en desarrollo no surge consenso en la definición de costos directos e indirectos relacionados con la enfermedad. La mayoría de los estudios incluyen gastos directos; algunos incluyen erogaciones indirectas como gastos de transporte y alojamiento,

y otros llegan incluso a contemplar el lucro cesante por enfermedad (Russell, 2004). En algunos países, los gastos indirectos como transporte y comidas son superiores a los gastos directos, y el lucro cesante por enfermedad puede tener consecuencias económicas significativas. Sin duda, los resultados presentan una variación significativa de incluirse o no estos otros costos.

Capacidad de pago

No existe consenso respecto del significado de “capacidad de pago” ni sobre cómo medir este concepto. Según Wyszewianski, la expresión en cuestión debe reflejar los tipos de recursos (netos de gastos de subsistencia) a los que un individuo o una familia deben recurrir para hacer frente a costos relacionados con enfermedades y la carga financiera resultante de la familia. Un estudio reciente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) coincide con la definición de Wyszewianski y sostiene que la capacidad de pago de una familia es “una medida del ingreso efectivo de un hogar habiéndole restado los gastos de subsistencia” (Xu, Kawabata, Evans et al., 2003).

Ese enfoque basado en el ingreso como medida de la capacidad de pago resulta práctico al analizar el impacto que tiene el gasto en salud sobre los hogares, ya que los datos sobre el ingreso y los gastos de un hogar son de fácil acceso a través de las encuestas de hogares. No obstante, Russell (2004) sostiene que ese enfoque es limitado, en tanto la capacidad de pago de un hogar no solo depende de su cartera de bienes, sino también de los recursos que pueda obtener a través de sus redes sociales. Por ejemplo, una familia puede recurrir al crédito para aliviar los patrones de consumo e incrementar su capacidad de pago real.

Horizonte temporal

Un shock de salud aislado puede tener consecuencias menos adversas que una sucesión de shocks de este tipo. Esto representa un problema cuando se utilizan datos transversales del tipo de los provenientes de encuestas de hogares: los períodos de referencia suelen aludir solamente a gastos en salud relacionados con el último shock de salud o con los shocks de salud ocurridos dentro de un período limitado (por ejemplo,

“el mes pasado” y, en algunos casos, “el año pasado”, si se trata de servicios hospitalarios). Al utilizar datos de este tipo, se ignoran situaciones en las que los gastos catastróficos hayan sido generados por una sucesión de numerosos gastos durante un período prolongado (por ejemplo, a causa de una enfermedad crónica).

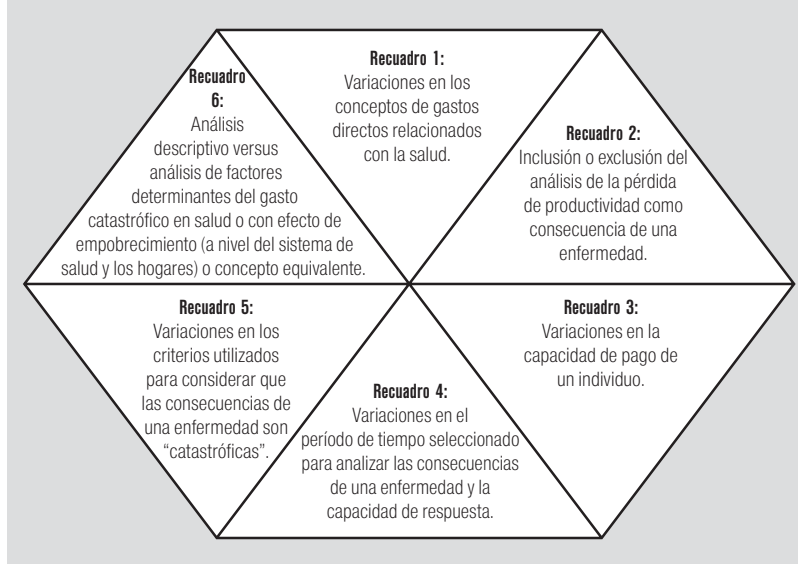
Según Wyszewianski (1986) puede resultar más satisfactorio sumar los gastos incurridos durante el curso de una enfermedad que limitar el análisis a un período arbitrario. En la mayor parte de las encuestas de hogares, no es posible efectuar la sumatoria de gastos en el tiempo. De igual forma, no existe consenso respecto del plazo para medir la capacidad de pago. Por ejemplo, ¿debería la capacidad de pago medirse en términos de ingreso anual o mensual? Aparentemente no existe una respuesta sencilla y, para complicar aún más las cosas, la respuesta puede depender del contexto específico y del grupo de análisis. En este estudio, la capacidad de pago se determina en función del ingreso mensual.

Gastos catastróficos

Berki (1986) define un gasto como catastrófico cuando “pone en peligro la capacidad de una familia de mantener su estándar de vida habitual”. Así, el autor propone umbrales del 5%, 10% y 15% del ingreso anual total de la familia. De igual manera, en Xu, Kawabata, Evans et al. (2003) se define el gasto en salud como catastrófico cuando una familia debe reducir sus gastos básicos durante un período de tiempo para afrontar los costos de salud. Los umbrales son arbitrarios y, por lo general, oscilan entre el 5% y el 20% del ingreso total del hogar. La fijación de umbrales depende del criterio del investigador y puede incidir en los resultados del estudio.

La descripción anterior indica claramente la falta de consenso en torno a elementos clave relacionados con el concepto de gasto catastrófico en salud. Por lo tanto, los investigadores deben tomar una serie de decisiones al medir dicho gasto, las que probablemente habrán de influir sobre los resultados obtenidos. En el gráfico 5.3 se sintetizan las decisiones metodológicas clave necesarias para analizar las consecuencias económicas de las enfermedades sobre una familia en este contexto. Los párrafos siguientes indican las decisiones específicas que se tomaron en este estudio.

GRÁFICO 5.3 Decisiones metodológicas tomadas para evaluar el impacto económico de las enfermedades sobre los hogares



Fuente: Elaboración propia.

Recuadro 1: Variaciones en los conceptos de gastos directos relacionados con la salud. Una enfermedad genera gastos directos de dos tipos: gastos médicos (consultas, medicamentos, análisis, etc.) y gastos relacionados con el tratamiento (por ejemplo, transporte y alojamiento de la persona al cuidado del enfermo).

La Encuesta de Calidad de Vida de 2003 no detalla exhaustivamente los gastos en salud y no contempla análisis de laboratorio, vacunas y artículos ortopédicos, de modo que es posible que se infravalore el costo total de la enfermedad (la Encuesta de Calidad de Vida de 1997 incluye este detalle de gastos).

Recuadro 2: Lucro cesante a causa de una incapacidad para trabajar provocada por una enfermedad. A diferencia de la mayoría de los estudios sobre protección financiera en los sistemas de salud latinoamericanos, este se propone calcular el lucro cesante para entender el impacto de esta importante consecuencia que acarrea una enfermedad en el seno de una familia y para demostrar cómo la inclusión o exclusión de este

concepto puede incidir en los resultados. La Encuesta de Calidad de Vida de 2003 recabó información sobre la cantidad de días que un paciente no pudo desempeñar sus actividades normales. Se brinda información sobre el ingreso del hogar para poder calcular el lucro cesante derivado de una enfermedad u hospitalización. No obstante, los pacientes del régimen contributivo no se verán afectados por este análisis, ya que el paquete de beneficios que ofrece cubre licencias por enfermedad.

Recuadro 3: Variaciones en la capacidad de pago. El concepto de capacidad de pago puede dividirse en dos categorías: capacidad directa (ingreso menos gastos de subsistencia) y capacidad indirecta (bienes de la familia y respaldo de las redes sociales para pagar deudas). En este estudio, los gastos del hogar se utilizan como representativos de las variables de ingreso, porque la varianza del gasto actual es inferior a la varianza del ingreso y porque los datos sobre gasto se consideran más confiables que los datos sobre el ingreso, particularmente en países en desarrollo. Al estimar la capacidad de pago, se consideran los activos líquidos utilizados para saldar deudas generadas por problemas de salud (capacidad de pago indirecta). Si bien la Encuesta de Calidad de Vida incluye artefactos eléctricos y automóviles en esta categoría, se desconoce su valor, es decir que este estudio no toma en cuenta la capacidad de pago indirecta.

Como se mencionó anteriormente, la capacidad de pago se puede calcular restando los gastos de subsistencia básicos del ingreso total. Los gastos de subsistencia básicos se pueden estimar utilizando tres indicadores: gasto en alimentos, una línea de pobreza endógena y una línea de pobreza exógena. Los resultados se basan en la aproximación de una línea de pobreza endógena. En este caso, los gastos básicos de subsistencia de una familia se definen como la línea de pobreza endógena, ajustada por el tamaño de la familia. La línea de pobreza endógena se define como el gasto en alimentos promedio de familias cuya proporción de gastos en alimentos con respecto al gasto total se encuentre entre el percentil 45 y 55, ajustada por el tamaño de la familia² (Xu, Evans, Kawabata et al., 2003).

² Los gastos de subsistencia se ajustan al tamaño de la familia aplicando una escala de equivalencia de adultos: $\text{equi-size} = \text{hhsiz}^B$ donde $B = 0,56$, estimado por Xu, Evans, Kawabata et al. (2003), de encuestas de hogares en 59 países.

Recuadro 4: Variaciones en el período de tiempo seleccionado para el análisis. La Encuesta de Calidad de Vida refleja gastos en servicios de atención ambulatoria y medicamentos de uso frecuente por mes, gastos de hospitalización por año y gastos directos en salud por mes. Los gastos de hospitalización se miden para los 12 meses anteriores, utilizando la Encuesta de Salud Nacional de 1986, que contiene la información nacional más actualizada. Se seleccionó una frecuencia de 1,09 hospitalizaciones al año y una muestra de 9,08% (1,09/12) de pacientes hospitalizados. Este supuesto da cuenta de que las hospitalizaciones no son estacionales, sino que se distribuyen de forma aleatoria durante todo el año. Es posible que los gastos directos en salud estén infravalorados, ya que los gastos en atención ambulatoria se refieren exclusivamente a problemas de salud graves y los gastos en atención hospitalaria se refieren a la última hospitalización. Por lo tanto, si el individuo tuvo problemas de salud recurrentes, se contempla solo uno.

Recuadro 5: Variaciones en el umbral de gastos catastróficos. Se pueden aplicar dos enfoques distintos para calcular el umbral de gastos catastróficos: 1) seleccionar distintos umbrales (por ejemplo, 10%, 20%, 30% ó 40% de la capacidad de pago), o 2) componer porcentajes diferenciales, según el nivel de pobreza de un hogar, asumiendo que la capacidad de pago no puede expresarse como un único porcentaje para toda la población. Nuestro análisis contempla que la capacidad de una familia de asignar un porcentaje de su ingreso para pagar gastos en salud (una vez cubiertos los gastos de subsistencia) se incrementa directamente con el nivel de ingreso. No obstante, con la ventaja de las comparaciones internacionales, en este estudio se utilizan distintos umbrales (10%, 20%, 30% y 40% de la capacidad de pago) para definir un gasto como catastrófico.

Recuadro 6: Análisis descriptivo frente al análisis de factores determinantes. En línea con los objetivos del estudio, 1) se hace hincapié en incidentes de salud catastróficos con efecto de empobrecimiento, y no en factores determinantes de la salud, y 2) se midió cómo los efectos atenuantes del seguro inciden en la respuesta de una familia ante un problema de salud. Se llevó a cabo un análisis descriptivo que clasificó a la población en términos de seguro y uso de servicios de salud. Este

análisis facilitó la selección de familias en riesgo de tener que afrontar gastos catastróficos y con efecto de empobrecimiento. Luego, se procedió a estimar la incidencia de tales gastos.

Como se mencionó antes, en este estudio se analizarán distintas estimaciones para algunos de los principales componentes de los gastos catastróficos. El objetivo es echar luz no solo sobre los diferentes criterios que pueden utilizarse en la medición de gastos catastróficos, sino también sobre el efecto que estos criterios pueden tener en los resultados finales.

Datos y metodología

Como se indicó anteriormente, la pregunta clave que pretende responder este capítulo es si el seguro de salud del régimen subsidiado y del régimen contributivo ha logrado reducir la incidencia de desembolsos directos en salud de naturaleza catastrófica y con efecto de empobrecimiento. Para responder a esta pregunta, en el estudio se utilizó principalmente la información sobre hogares de la Encuesta de Calidad de Vida de 2003. Esta información, recabada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), es la más actualizada y completa sobre desembolsos directos relacionados con shocks de salud y nivel total de gastos necesarios para este análisis. El tamaño de la muestra de la Encuesta de Calidad de Vida abarca 22.949 hogares y resulta representativo del ámbito nacional y del subnacional, tanto rural como urbano. Recaba información sobre las características socioeconómicas de los hogares, su condición respecto del seguro de salud, el uso de servicios de salud, los desembolsos directos en salud y el gasto total de los hogares. (Infortunadamente, las encuestas de calidad de vida anteriores no son comparables y no pudieron utilizarse porque el contenido de las preguntas sobre desembolsos directos fue cambiando con el tiempo).

Como primera medida, la muestra se restringió a hogares que utilizan servicios de salud *formales*, ya que la intención no es evaluar el efecto del seguro de salud sobre los gastos catastróficos para la población en general, sino determinar si el seguro de salud tiene un impacto cuando los pacientes utilizan el sistema de salud formal. Además, el estudio se centra en la población que utiliza servicios de salud formales, ya que

los beneficios de salud tan solo cubren servicios de este tipo. Por ende, la sección de estadísticas descriptivas presenta resultados tanto para la población en general como para la población que utiliza servicios de salud formales. Los métodos econométricos empleados informan acerca del impacto que tiene el seguro de salud sobre la incidencia de gastos catastróficos para la población que recurre a los servicios mencionados.

Para evaluar el impacto del seguro de salud sobre los gastos catastróficos, es necesario efectuar una comparación entre la población con seguro y sin seguro. Dado que los asegurados pueden diferenciarse de los individuos sin seguro en formas observables y no observables que también pueden guardar relación con la incidencia del gasto catastrófico, las simples comparaciones de medias pueden presentar un sesgo. Ante estas circunstancias, habría que comparar una misma familia con y sin seguro de salud para determinar cuál es la influencia de esa protección. Sin embargo, la posibilidad de comparar hechos opuestos no existe en la realidad.

La regla de oro en este contexto es una prueba al azar que incluya un grupo de control y un grupo experimental asignado de manera aleatoria. Cuando esos datos no están disponibles o cuando los datos de una prueba aleatoria no se pueden extrapolar para representar el impacto de una política en el plano global, deben utilizarse métodos cuasiexperimentales para seleccionar un grupo de control similar al obtenido en un marco experimental controlado. Entre estos métodos cuasiexperimentales, se aplicó el modelo de correspondencia del puntaje de propensión (PSM) para el régimen subsidiado y un método de variable instrumental para evaluar el impacto en el régimen contributivo.

Para el régimen subsidiado se seleccionó el PSM dado que solo se contaba con datos transversales, ya que debieron descartarse otros métodos de evaluación más sofisticados que utilizan datos transversales de panel o repetidos, como la doble diferencia y la doble diferencia con pareo. El método de variable instrumental también se descartó como instrumento adecuado para el régimen subsidiado. (Los instrumentos utilizados en el régimen contributivo no resultan útiles para el régimen subsidiado, ya que la afiliación al régimen subsidiado no depende de variables laborales, a diferencia de lo que sucede con la afiliación al régimen contributivo.) La situación particular de Colombia en 2003, cuando una cantidad significativa de hogares pobres aún no estaba afiliada al

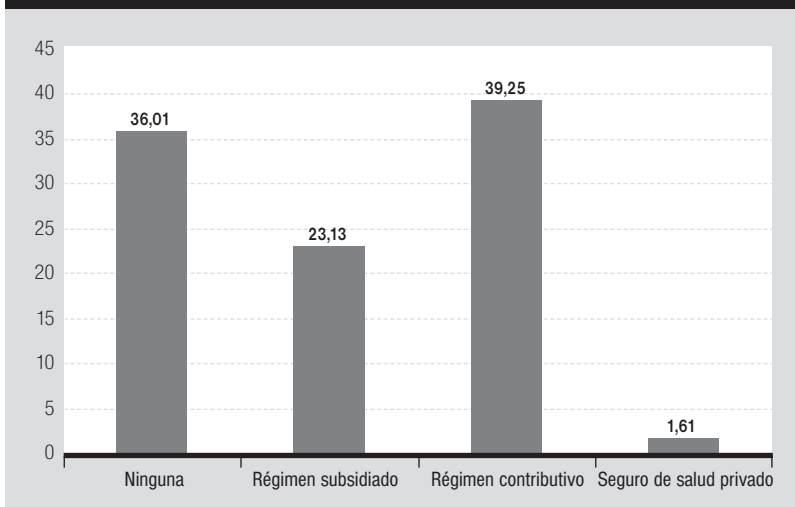
régimen, constituyó el escenario ideal para la implementación del PSM, ya que se trata de una metodología exigente en términos de tamaño de la muestra para el grupo experimental (individuos afiliados) y el grupo de control (individuos no afiliados con características similares).

En el régimen contributivo, la gran mayoría de la población destinataria ya contaba con seguro; por ende, la formación de un grupo de control de tamaño suficiente no fue posible aplicando el modelo de correspondencia. Asimismo, al haberse podido hallar y poner a prueba una variable instrumental adecuada, los investigadores decidieron utilizar ese enfoque para evaluar el impacto del seguro de salud sobre el gasto catastrófico en el régimen contributivo.

Análisis descriptivo

Según los datos de la Encuesta de Calidad de Vida de 2003, en ese año, el 64% de la población colombiana estaba afiliada a un sistema de seguro (el 39% al régimen contributivo y el 23% al régimen subsidiado, y un 2% al régimen privado); el 36% de la población no tenía seguro (gráfico 5.4).

GRÁFICO 5.4 Cobertura de seguro de salud en Colombia, 2003
(en porcentaje)



Fuente: Cálculos de los autores con datos de la Encuesta de Calidad de Vida de 2003.

Las estimaciones de las poblaciones con y sin seguro son congruentes con el significativo incremento de la cobertura que observaron los autores en los últimos 10 años (véanse Flórez y Hernández, 2005; Flórez y Acosta, 2007, y Giedion, Díaz y Alfonso, 2007). Como se exhibe en el cuadro 5.2, en Giedion et al. (2007) se observó un incremento en la cobertura del seguro del 26% en 1993 al 62% en 2003. Este incremento se atribuyó fundamentalmente a la mayor cantidad de afiliados al régimen subsidiado.

El incremento en la cobertura también se refleja en una mayor equidad. Un estudio llevado a cabo por Flórez y Acosta (2007) determinó que el incremento de la cobertura de seguro (si bien se observa en todos los grupos de ingreso) fue mayor en poblaciones de bajo ingreso que en grupos con ingreso alto, lo que disminuyó la brecha de desigualdad. Las diferencias en la cobertura de seguro entre ricos y pobres eran preponderantes en 1995 (gráfico 5.5): la afiliación de individuos en el quintil de ingreso más alto era 20 veces superior a la de individuos en el quintil más bajo. Según se desprende de estos datos, esta diferencia disminuyó en 2005 y, por ende, se acortó la brecha de equidad respecto del seguro de salud en Colombia. Este resultado es importante en el contexto de este estudio, ya que el objetivo del seguro es reducir los desembolsos directos para familias que padecen problemas de salud.

El incremento en la cobertura del seguro de salud coincide con el objetivo del gobierno de alcanzar una cobertura universal en 2010. Pese a estos avances, Colombia sigue enfrentando dificultades para brindar

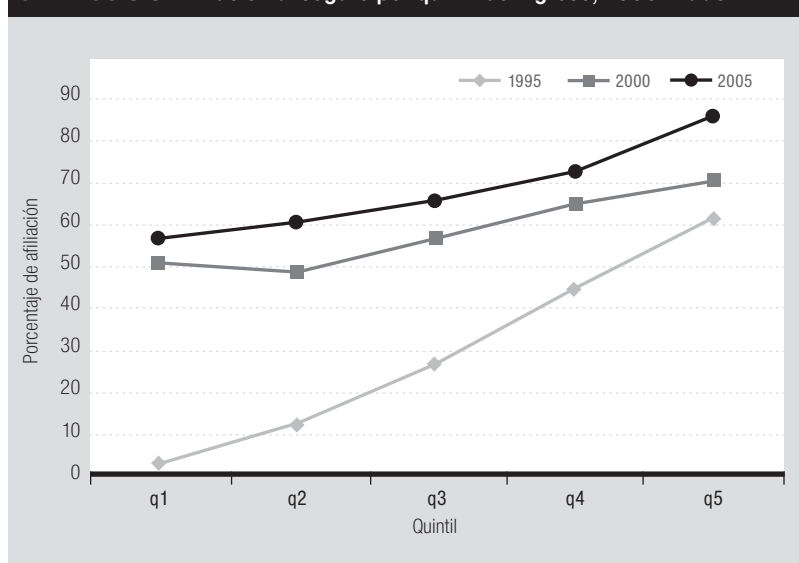
CUADRO 5.2 Evolución de la cobertura por afiliación a un régimen (porcentaje de población afiliada)

	CASEN 93	ECV 1997	ECV 2003
Régimen contributivo	22,4	34,7	35,1
Régimen subsidiado	*	19,9	23,1
Seguro de salud privado	3,2	2,6	3,6
Sin seguro	74,4	42,8	38,2

Fuente: Giedion et al. (2007).

* Datos no disponibles.

CASEN = Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional; ECV = Encuesta de Calidad de Vida.

GRÁFICO 5.5 Afiliación al seguro por quintil de ingreso, 1995–2005

Fuente: Flórez y Acosta (2007).

un seguro de salud a su población, particularmente en el caso de los individuos situados en el quintil de ingreso más bajo. Esto se debe a que el régimen subsidiado (al que se denomina Plan Obligatorio de Salud) ofrece aproximadamente la mitad de los servicios de salud que el régimen contributivo.

Al universalizar el seguro y equilibrar los planes de beneficios entre el régimen subsidiado y el régimen contributivo, es posible afianzar la estructura financiera de los sistemas de salud y seguridad social en términos de eficiencia y equidad. De este modo, las poblaciones en riesgo de padecer problemas de salud gozarán de una mayor protección financiera. El objetivo del gobierno es equiparar los beneficios del régimen subsidiado y del régimen contributivo para 2019.

Cómo utilizan las familias los servicios de salud

El análisis de hogares con afiliación uniforme a un sistema de salud (es decir, donde todos los miembros de la familia cuentan con el mismo tipo de afiliación) se centró en hogares en riesgo de tener que afrontar

gastos catastróficos o con efecto de empobrecimiento al tener que recurrir a servicios de atención ambulatoria y hospitalaria.

Según estos datos, 1.892.266 hogares (25% del total de hogares) necesitaron servicios ambulatorios. De este total, 1.579.559 (84%) utilizaron estos servicios (cuadro 5.3). Si bien la proporción de hogares que necesitan estos servicios es similar entre las poblaciones, independientemente de la condición que estas tengan en materia de seguro, el uso de servicios ambulatorios refleja barreras más grandes para familias sin seguro: del total de familias que necesitaron atención, el 63% de los hogares sin seguro, el 88% de los hogares afiliados al régimen subsidiado y cerca del 94% de los hogares afiliados al régimen contributivo utilizaron servicios ambulatorios. Por el contrario, el uso de servicios hospitalarios es similar entre familias con distinta condición frente al seguro de salud. Si bien las diferencias entre grupos pueden estar relacionadas con un mejor acceso a servicios de salud para pacientes

CUADRO 5.3 Necesidad y uso de los servicios de salud por tipo de régimen

Régimen de seguro	Cantidad total de hogares	Hogares que necesitan servicios de salud (cantidad, porcentaje)	Hogares con acceso a servicios ambulatorios (cantidad, porcentaje)	Acceso mensual a servicios hospitalarios (cantidad, porcentaje)	Cantidad total de hogares con acceso a servicios de salud
Ninguno	2.490.360	563.398	355.457	36.559	386.179
	—	22,6%	63,1%	1,5%	—
Régimen subsidiado	1.520.740	367.313	323.442	28.895	344.089
	—	24,2%	88,1%	1,9%	—
Régimen contributivo	3.649.506	961.555	900.660	90.875	965.386
	—	26,3%	93,7%	2,5%	—
Total	7.660.606	1.892.266	1.579.559	156.328	1.695.654
	—	24,7%	83,5%	2,0°%	—

Fuente: Cálculos de los autores a partir de la Encuesta de Calidad de Vida realizada en 2003.

asegurados, también pueden obedecer a un problema de sesgo en la selección: los asegurados pueden diferir sistemáticamente de los no asegurados en cuanto a características observadas y no observadas que también contribuyen a un mejor acceso. En esta etapa del análisis de estadísticas descriptivas no es posible hacer deducciones acerca del impacto que tiene el seguro de salud sobre la incidencia de gastos catastróficos.

Capacidad de pago

Lo que determina si un gasto relacionado con un problema de salud es catastrófico es la relación entre los desembolsos directos de un hogar y la capacidad de pago de la familia. La capacidad de pago (estimada utilizando una línea de pobreza endógena) calculada para todos los hogares que utilizan servicios de salud equivale al 70% de sus ingresos totales. En otras palabras, los gastos de subsistencia representan, en promedio, el 30% del total de gastos de un hogar. Pero, como es lógico, este porcentaje varía según el nivel de ingresos: los hogares con altos ingresos tienen una mayor capacidad de pago para adquirir artículos que no son necesarios para la subsistencia. Si bien los hogares con un mayor nivel de ingreso cuentan con una capacidad de pago equivalente al 89% de su ingreso total (ingresos menos gastos de subsistencia), esta proporción es menor en los hogares que pertenecen a los grupos de ingreso más bajo (44% del ingreso).

En términos absolutos, la capacidad de pago promedio para los hogares que utilizan estos servicios de salud es de US\$309 por mes, lo que equivale al 2,7 de los salarios mensuales mínimos registrados en 2003 (cuadro 5.4).³ La capacidad de pago promedio de los hogares del primer quintil de ingresos (US\$70) equivale al 61% del salario mínimo. En síntesis, los datos señalan que los hogares de bajo ingreso son más vulnerables al impacto financiero generado por problemas de salud, dado que su capacidad de pago ante imprevistos es mucho más débil que la capacidad de pago de familias de ingreso más alto.

³ En 2003, el salario mensual mínimo fijado por ley era de US\$115,40 (tipo de cambio: Col\$ 2.877,50 = US\$1).

CUADRO 5.4 Capacidad de pago de los hogares que utilizan servicios de salud (en dólares estadounidenses)

	Promedio	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Ingreso total del hogar	443	160	245	342	497	1.055
Capacidad de pago ^a	309	70	77	189	360	936
Porcentaje del ingreso	70%	44%	31%	55%	72%	89%

Fuente: Cálculos de los autores a partir de la Encuesta de Calidad de Vida realizada en 2003.

^a Estimación realizada con una línea de pobreza endógena.

Los datos revelan que los hogares colombianos destinan, en promedio, casi el 6% de su ingreso total y tan solo más del 8% de su capacidad de pago a gastos en salud (primera parte del cuadro 5.5). Entre tanto, los porcentajes casi se duplican para los hogares que efectivamente utilizaron servicios de salud (cerca del 10% y 14%, respectivamente, última parte del cuadro 5.5). Para estos hogares, los gastos por servicios ambulatorios constituyen el componente más importante de los desembolsos directos: 6% de la capacidad de pago del hogar se destina a servicios ambulatorios (casi cuatro veces el porcentaje de participación observado en el total de hogares). Cabe destacar que actualmente el gasto privado en costos totales de salud es del 28% (Barón, 2007). Por otra parte, dado que los pagos de afiliación a regímenes de salud no se relacionan con el uso de servicios, los hogares, independientemente del uso de servicios, destinan en promedio el 3% de sus ingresos (5% de su capacidad de pago) a la cobertura de seguro.

Existen grandes variaciones entre los desembolsos directos de los hogares: los desembolsos directos mensuales promedio en los hogares colombianos ascienden a casi US\$9. Este monto aumenta a US\$29 con una desviación estándar de casi US\$166 entre los hogares que utilizan servicios ambulatorios y hospitalarios (cuadro 5.5). Adicionalmente, las diferencias son más evidentes si se toma en cuenta el quintil de ingresos. Los desembolsos directos promedio en salud en los quintiles más alto y más bajo son de US\$8,50 y US\$80,60,

CUADRO 5.5 Estadísticas descriptivas sobre gastos mensuales en salud del hogar, 2003

	Promedio (US\$)	Desviación estándar	Min. (US\$)	Max. (US\$)	Gasto total (porcentaje)	Capacidad de pago (porcentaje)	Gasto en salud (porcentaje)
Total de hogares							
Ingreso total	380	453	0	21.060	—	—	—
Capacidad de pago	266	438	0	20.990	70,0	—	—
Gasto en salud (I+II)	22	88	0	20.921	5,9	8,4	—
I. Gasto en cobertura de seguro	13	33	0	1.334	3,5	5,0	59,9
II. Desembolso directo (A+B)	9	80	0	20.921	2,4	3,4	40,1
A. Desembolso directo	8	79	0	20.921	2,1	3,0	88,2
1. Gasto ambulatorio más severo	4	72	0	20.851	1,1	1,5	51,6
2. Gasto mensual en medicamentos	3	13	0	799	0,8	1,1	36,4
3. Último gasto de hospitalización	1	25	0	3.823	0,3	0,4	12,1
B. Lucro cesante debido a incapacidad	1	15	0	1.551	0,3	0,4	11,8

(continúa)

CUADRO 5.5 Estadísticas descriptivas sobre gastos mensuales en salud del hogar, 2003 (continuación)

	Promedio (US\$)	Desviación estándar	Min. (US\$)	Max. (US\$)	Gasto total (porcentaje)	Capacidad de pago (porcentaje)	Gasto en salud en porcentaje
Observaciones	16.358						
Alcance de la población	7.660.606						
Hogares que utilizan servicios de salud (hospitalarios y ambulatorios)							
Ingreso total	443	486	15	21.060	—	—	—
Capacidad de pago	309	472	0	20.990	69,7	—	—
Gasto en salud (I+II)	44	171	0	20.921	9,9	14,2	—
I. Gasto en cobertura de seguro	15	31	0	590	3,4	4,8	34,0
II. Desembolso directo (A+B)	29	166	0	20.921	6,5	9,3	66,0
A. Desembolso directo por gastos directos	26	164	0	20.921	5,9	8,4	90,3
1. Gasto ambulatorio más severo	17	152	0	20.851	3,9	5,6	66,4
2. Gasto mensual en medicamentos	4	18	0	417	1,0	1,4	17,1

(continúa)

CUADRO 5.5 Estadísticas descriptivas sobre gastos mensuales en salud del hogar, 2003 *(continuación)*

	Promedio (US\$)	Desviación estándar	Min. (US\$)	Max. (US\$)	Gasto total (porcentaje)	Capacidad de pago (porcentaje)	Gasto en salud (porcentaje)
3. Último gasto de hospitalización	4	53	0	3.823	1,0	1,4	16,5
B. Lucro cesante debido a incapacidad	3	27	0	1.551	0,6	0,9	9,7
Observaciones	3.202						
Alcance de la población	1.695.654						

Fuente: Cálculos de los autores a partir de la Encuesta de Calidad de Vida realizada en 2003.

respectivamente. Esto demuestra que los desembolsos directos promedio no son suficientes para evaluar la carga financiera del hogar asociada a problemas de salud.

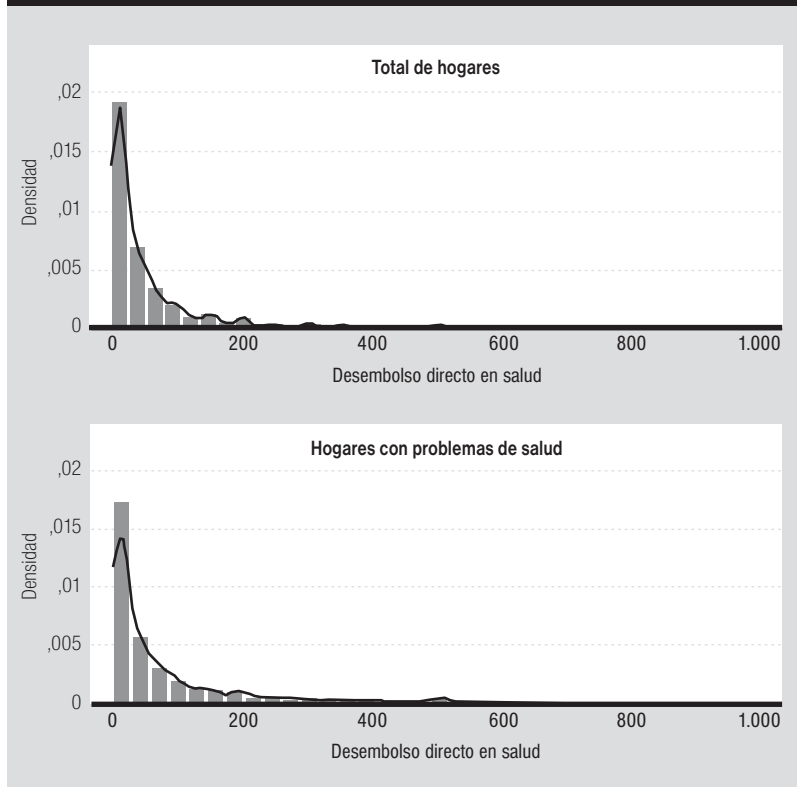
Un indicador que se utiliza frecuentemente para medir la desigualdad es la relación entre los percentiles de gasto de la población. El cuadro 5.6, donde se presentan los percentiles de distribución de desembolsos directos, ejemplifica la magnitud de la brecha entre los hogares que se enfrentan a desembolsos directos elevados y aquellos que no. Entre aquellos que se enfrentan a problemas de salud, la relación entre el percentil 90 y el percentil 10 demuestra que los hogares en el percentil superior de distribución gastan aproximadamente 109 veces más que los hogares en el percentil más bajo. Esta fuerte concentración de gastos en relativamente pocos hogares resulta evidente al observar la relación entre los percentiles de gasto 75 y 25, en los cuales la brecha se reduce drásticamente a aproximadamente 15 veces más para el percentil 75.

Adicionalmente, los desembolsos directos se concentran no solo en menos hogares, sino también en gastos de más bajo costo. La función de densidad de probabilidad del gráfico 5.6 demuestra que la mayor densidad de desembolsos directos en salud se registra predominantemente entre Col\$ 0 y Col\$ 200.000.

CUADRO 5.6 Relaciones entre percentiles de distribución de desembolsos directos

Comparaciones entre percentiles de desembolsos directos	La relación es mayor en los percentiles más altos	
	Todos los hogares	Hogares con problemas de salud
90 / 10	66,67	109,09
90 / 50	7,20	8,00
10 / 50	0,11	0,07
75 / 25	8,75	14,90
75 / 50	2,80	3,08
25 / 50	0,32	0,21

Fuente: Cálculos de los autores a partir de la Encuesta de Calidad de Vida realizada en 2003.

GRÁFICO 5.6 Densidad de probabilidad de desembolsos directos en salud

Fuente: Cálculos de los autores a partir de la Encuesta de Calidad de Vida realizada en 2003.

Gasto catastrófico en salud

Hasta el momento los datos indican que la carga financiera producto de problemas de salud es mayor para los hogares pobres y familias no aseguradas. La primera parte de esta sección analiza la incidencia de gastos catastróficos en el caso de hogares que utilizan servicios de salud hospitalarios y ambulatorios como consecuencia de problemas de salud; la segunda parte contiene un análisis de todos los hogares. El último grupo se incluye para permitir las comparaciones con publicaciones internacionales que han decidido cada vez con mayor frecuencia incluir a este grupo más amplio de hogares en su análisis.

Como ya se ha explicado anteriormente, los gastos catastróficos se refieren a desembolsos directos relacionados con problemas de salud que superan una proporción determinada de la capacidad de pago del hogar (umbral k) y, por lo tanto, son considerados perjudiciales.

Incidencia de gastos catastróficos en hogares que utilizan servicios de salud

Con los umbrales de gastos catastróficos identificados anteriormente, observamos que el 32% de los hogares que utilizaron servicios de salud hospitalarios y ambulatorios superó el umbral de capacidad de pago del 10%, menos de la mitad de estos hogares superó el umbral del 30% y el 11% superó el umbral del 40% (cuadro 5.7). Esta última estadística es alarmante porque demuestra que, utilizando una definición menos conservadora del umbral, un 10% de los hogares con problemas de salud incurre en gastos catastróficos. Adicionalmente, la proporción de hogares que superan este umbral es mayor en el segmento más pobre de la población (12%) que en los hogares de más alto ingreso (5%). En consecuencia, dado que un alto porcentaje de la capacidad de pago de estos hogares debe asignarse a costos básicos, tales como educación y pago de servicios públicos, se concluye que una porción significativa de hogares pobres con problemas de salud incurre en gastos catastróficos.

Los datos del cuadro 5.7 sugieren que la incidencia de gastos catastróficos es mayor en las personas no aseguradas. Si se utiliza el umbral del 10% como referencia, aproximadamente el 64% de los hogares con problemas de salud sin cobertura de seguro sufre las consecuencias de los gastos catastróficos. Esta proporción es del 38% en el régimen subsidiado y del 17% en el régimen contributivo. Si bien los datos descriptivos no contemplan las diferencias en las características de los hogares de estos grupos, lo cual hace difícil establecer la relación de causalidad entre el seguro de salud y la protección financiera, estos resultados dan indicios de este patrón.

Incidencia de los gastos catastróficos en todos los hogares

En el cuadro 5.7 se muestran los resultados del análisis de la incidencia en todos los hogares, incluidos aquellos que no requieren servicios de salud y aquellos que, pese a necesitarlos, no los utilizaron debido a

CUADRO 5.7 | Incidencia de gastos catastróficos por umbral (en porcentaje)

Tipo de seguro	K = 10%			K = 20%			K = 30%			K = 40%		
	Hogares de usuarios	Total de hogares	Hogares de usuarios	Total de hogares	Hogares de usuarios	Total de hogares	Hogares de usuarios	Total de hogares	Hogares de usuarios	Total de hogares	Hogares de usuarios	Total de hogares
Total	31,9	11,0	20,8	7,0	14,5	5,0	10,9	4,0				
Sin seguro	63,9	16,6	45,4	10,9	34,0	8,1	23,9	5,9				
Régimen subsidiado	37,9	14,0	27,6	9,9	20,8	7,4	17,5	6,2				
Régimen contributivo	16,9	6,9	8,5	2,9	4,4	1,5	3,4	1,1				
Quintiles de ingreso												
Quintil 1	37,6	12,3	25,0	7,3	16,4	5,0	11,5	4,0				
Quintil 2	51,2	17,8	40,5	13,6	31,7	10,4	26,2	8,3				
Quintil 3	29,7	11,1	19,0	6,6	11,6	3,9	6,6	2,4				
Quintil 4	20,5	8,0	10,0	3,4	6,2	2,1	5,0	1,7				
Quintil 5	20,4	6,8	9,3	2,5	6,6	1,7	5,4	1,4				

Fuente: Cálculos de los autores a partir de la Encuesta de Calidad de Vida realizada en 2003.

Nota: Los hogares de "usuarios" son aquellos que utilizan servicios hospitalarios y ambulatorios.

K= umbral de pagos catastróficos basado en la relación entre los desembolsos directos asociados a la salud y la capacidad de pago.

dificultades de acceso. Las estimaciones observadas son similares a las de los hogares que han recurrido a servicios de salud. Como es lógico, la proporción de hogares que cruzan el umbral de costo catastrófico es mucho menor. Estos resultados son un poco más elevados que los de Flórez y Hernández (2005), quienes descubrieron que la incidencia de los gastos catastróficos (utilizando un umbral del 30%) disminuyó del 13% en 1997 al 3% en 2003.

Gasto en salud con efecto de empobrecimiento

La sección anterior se centraba en la incidencia de los gastos catastróficos en hogares colombianos, pero no ofrecía información acerca del impacto de estas cargas en la pobreza. Se considera que un gasto directo relacionado con la salud tiene efecto de empobrecimiento si es lo suficientemente elevado para llevar a un hogar a situarse por debajo de la línea de pobreza. A fin de evaluar los gastos en salud con efecto de empobrecimiento, se consideran dos líneas de pobreza: la línea de pobreza nacional y una línea de pobreza endógena (según Xu, Kawabata, Evans et al., 2003; esta última se define como el punto en el cual el gasto promedio en alimentos de un hogar alcanza entre el percentil 45 y el 55 en relación con los gastos totales).

Incidencia de gastos con efecto de empobrecimiento en hogares que utilizan servicios de salud

La proporción de hogares pobres que utilizan servicios de salud es mucho más alta si se tiene en cuenta la línea de pobreza nacional que si se considera la línea de pobreza endógena:⁴ 39% frente a 17% (cuadro 5.8). Sin embargo, las estimaciones de la incidencia de gastos con efecto de empobrecimiento son similares para ambas definiciones: aproximadamente el 3% de los hogares que utilizan servicios de salud cruza la línea de la pobreza endógena debido a problemas de salud y casi el 4% cruza la línea de pobreza nacional (cuadro 5.8).

⁴ La línea de pobreza endógena calculada equivale a Col\$ 118.431 (2003); la línea de pobreza nacional para dicho año fue de Col\$ 224.255 para áreas urbanas y Col\$ 146.186 para áreas rurales.

La percepción de los efectos del seguro de salud en la incidencia del empobrecimiento es similar a la observada en la sección anterior: la proporción hogares no pobres que cruzan la línea de pobreza (ya sea nacional o endógena) es mayor entre los que no están asegurados que en los que sí lo están. El 7% de los hogares sin seguro, el 6% de los hogares del régimen subsidiado y solo el 1% de los hogares del régimen contributivo cruzaron la línea de pobreza endógena como consecuencia de gastos directos en salud. Las proporciones son 10%, 6% y 1%, respectivamente, debajo de la línea de pobreza nacional (cuadro 5.8).

Al observar la pequeña diferencia entre los hogares sin seguro y los del sistema subsidiado, debe tenerse presente que un alto porcentaje de hogares en el último grupo está cerca de la línea de pobreza: el 44% pertenece al quintil de ingresos más bajos de la población (frente a solo el 34% de aquellos sin seguro) y, por lo tanto, tiene una mayor probabilidad de cruzar la línea de pobreza. De hecho, al utilizar como referencia la línea de pobreza nacional, que es más elevada que la línea

CUADRO 5.8 Gastos con efecto de empobrecimiento en hogares que utilizan servicios ambulatorios y hospitalarios, por tipo de seguro (en porcentaje)

	Ya pobres	Cruzan la línea de pobreza	Pobres luego del shock de salud ^a
Según la línea de pobreza endógena			
Total de hogares usuarios	17,0	3,3	20,3
Sin seguro	29,2	6,9	36,1
Régimen subsidiado	40,1	6,3	46,4
Régimen contributivo	3,9	0,8	4,7
Según la línea de pobreza nacional			
Total de hogares usuarios	39,3	3,7	43,0
Sin seguro	52,6	9,5	62,1
Régimen subsidiado	70,9	5,6	76,5
Régimen contributivo	22,6	0,7	23,4

Fuente: Cálculos de los autores a partir de la Encuesta de Calidad de Vida realizada en 2003.

^a Empobrecimiento absoluto.

de pobreza endógena, se puede observar una incidencia mayor de empobrecimiento en los hogares sin seguro que en aquellos afiliados al régimen subsidiado (10% y 6%, respectivamente).

Incidencia del gasto en salud con efecto de empobrecimiento en todos los hogares

Al agrupar la muestra total en lugar de centrarse exclusivamente en hogares que utilizan servicios de salud, se observa que cerca del 1% de todos los hogares colombianos se empobreció a causa de los desembolsos directos que debieron realizar por motivos de salud. (Una vez más, los niveles de pobreza son mayores cuando se tiene en cuenta el nivel de pobreza nacional en lugar del nivel de pobreza endógena, pero la incidencia de los gastos en salud con efecto de empobrecimiento es similar.) Las diferencias entre los hogares sin seguro y los afiliados al régimen subsidiado han dejado de ser perceptibles (cuadro 5.9).

CUADRO 5.9 | Gastos con efecto de empobrecimiento de todos los hogares, por tipo de seguro (en porcentaje)

	Ya pobres	Cruzan la línea de pobreza	Pobres luego del shock de salud ^a
Según la línea de pobreza endógena			
Total de hogares usuarios	21,2	1,1	22,3
Sin seguro	31,7	1,9	33,6
Régimen subsidiado	45,1	2,1	47,2
Régimen contributivo	4,1	0,2	4,3
Según la línea de pobreza nacional			
Total de hogares usuarios	42,2	1,2	43,4
Sin seguro	57,0	1,9	58,9
Régimen subsidiado	71,0	1,8	72,8
Régimen contributivo	20,2	0,4	20,6

Fuente: Cálculos de los autores a partir de la Encuesta de Calidad de Vida realizada en 2003.

^a Empobrecimiento absoluto.

Esto podría obedecer, al menos en parte, al reducido tamaño de la muestra.

Impacto del seguro de salud sobre la protección financiera

En la siguiente sección, se presentan los resultados obtenidos a partir de la metodología de correspondencia del puntaje de propensión (PSM) utilizada en el régimen subsidiado y los resultados del enfoque de variable instrumental utilizado en el régimen contributivo, para medir el efecto atenuante del seguro en gastos catastróficos y con efecto de empobrecimiento.

Régimen subsidiado

Tal como se mencionó anteriormente, el impacto del seguro de salud subsidiado en Colombia sobre la incidencia de desembolsos directos catastróficos con efecto de empobrecimiento se obtuvo utilizando la metodología PSM. Esta metodología considera, por un lado, a los hogares del régimen subsidiado y, por otro, a los hogares no afiliados en función de su probabilidad de participar en el régimen subsidiado. En otras palabras, la metodología selecciona estadísticamente hogares con y sin seguro con características observadas similares que influyen en la afiliación al régimen subsidiado y en las variables de resultados (es decir, la incidencia de los gastos catastróficos con efecto de empobrecimiento).

Por lo tanto, el primer paso de la metodología de PSM es estimar la probabilidad de afiliación al régimen subsidiado; para ello se utiliza un modelo probit. Las diferencias obtenidas de las variables de resultados promedio de estos dos grupos pueden entonces atribuirse a la afiliación al régimen subsidiado. Las variables (características observadas) consideradas en el modelo probit abarcan: 1) características del lugar de residencia, tales como ubicación urbana/rural, población municipal, recursos de salud locales y desarrollo municipal, y 2) características del hogar, incluidos la cantidad de miembros de la familia, el acceso a servicios públicos, el ingreso per cápita del hogar y otras características socioeconómicas tales como la edad, el género y la educación del jefe de familia.

Los resultados de estas estimaciones confirman lo que muestran las estadísticas descriptivas: el seguro de salud subsidiado reduce la

incidencia de los pagos de gastos catastróficos. Los resultados que se presentan en el cuadro 5.10 indican que el seguro de salud reduce la incidencia de los pagos catastróficos que superen el 10% de la capacidad de pago del hogar. Asimismo, un umbral más alto de un 20% ó 30% reduce la incidencia en un 16% y un 11%, respectivamente. El seguro de salud parece seguir teniendo incidencia, aunque pequeña, cuando se eleva el umbral a un 40% de la capacidad de pago del hogar (-5%).

Los resultados no son concluyentes respecto del efecto atenuante del seguro de salud subsidiado en relación con la incidencia de gastos en salud con efecto de empobrecimiento. Tal como se observa en el cuadro 5.10, ninguna de las diferencias estimadas entre hogares con y sin seguro son significativas a nivel estadístico. La falta de relevancia podría estar relacionada con el reducido tamaño de la muestra de hogares que están por debajo de la línea de pobreza como consecuencia de desembolsos directos relacionados con la salud. De hecho, dado que el régimen de salud subsidiado está orientado a los pobres, solamente una pequeña porción de los hogares asegurados y de los hogares sin seguro se encuentra por encima de cualquiera de las líneas de pobreza definidas. Esta situación implica que solo una pequeña fracción de la muestra está en riesgo de situarse por debajo de la línea de pobreza como resultado de sus erogaciones en salud. Si bien cabe esperar diferencias entre poblaciones aseguradas y no aseguradas, no serían identificadas por nuestras estimaciones modelo, debido al tamaño reducido de la muestra.

Habida cuenta de este problema, se creó una nueva variable para gastos directos con efecto de empobrecimiento, con una medición de referencia más amplia. La nueva variable incluye hogares que pasan a ser pobres al cruzar la línea de pobreza oficial, así como aquellos que, pese a estar situados por debajo esta línea, se empobrecen aún más y cruzan la línea de la pobreza endógena. Aun así, los resultados de esta variable tampoco son significativos.

Resultados de estimaciones adicionales del método PSM, con control de las diferencias en el estado de salud

Los resultados mencionados establecen una correspondencia entre hogares asegurados y no asegurados junto con una serie de características observadas sin controlar las diferencias en el estado de salud.

CUADRO 5.10 Resultados de la PSM de gastos catastróficos con efecto de empobrecimiento (no contempla diferencias en la percepción del estado de salud)

	Comparaciones de medias simples				Correspondencia del puntaje de propensión			
	Hogares afil. a RS		Sin seguro		Diferencia		Tratados	
Gastos catastróficos (10% de la capacidad de pago)	0,379	0,639	0,639	-0,26	0,441	0,633	-0,19	***
Gastos catastróficos (20% de la capacidad de pago)	0,276	0,454	0,454	-0,18	0,293	0,453	-0,16	***
Gastos catastróficos (30% de la capacidad de pago)	0,208	0,34	0,34	-0,13	0,226	0,333	-0,11	***
Gastos catastróficos (40% de la capacidad de pago)	0,175	0,239	0,239	-0,06	0,183	0,232	-0,05	*
Hogares que cruzan la línea de la pobreza endógena	0,071	0,078	0,078	-0,01	0,070	0,059	0,01	—
Hogares que cruzan la línea de la pobreza nacional	0,048	0,091	0,091	-0,04	0,078	0,093	-0,01	—
Hogares que cruzan la línea de la pobreza nacional y endógena	0,026	0,029	0,029	0,00	0,116	0,135	-0,02	—

Fuente: Cálculos de los autores a partir de la Encuesta de Calidad de Vida realizada en 2003.

RS = régimen subsidiado

*** = $p < 0,01$; ** = $p < 0,05$; * $p < 0,10$.

En los hogares con más problemas de salud, posiblemente sea mayor la probabilidad de tener que afrontar gastos catastróficos en salud que en el caso de aquellos que gozan de un buen estado de salud, y los hogares con más problemas de salud podrían no estar igualmente distribuidos en el grupo de familias aseguradas. Debido a ello, y para controlar aún más las diferencias entre hogares asegurados y no asegurados, hemos repetido nuestras estimaciones de PSM, agregando una variable de percepción del estado de salud a nuestro procedimiento de correspondencia.

Con este fin, se creó una variable del estado de salud del hogar basada en el porcentaje de individuos que percibían su estado de salud como “delicado” o “muy delicado”. Las comparaciones entre promedios simples (cuadro 5.11) indican, de hecho, que los afiliados al régimen subsidiado tienen más probabilidades de percibir su estado de salud como delicado o muy delicado (6%) que aquellos que no lo están (4%). Al restringir la muestra a los hogares que utilizan servicios de salud formales, encontramos un incremento en las diferencias entre los grupos, que podría indicar que la gravedad de la enfermedad es peor entre grupos asegurados que entre grupos no asegurados; esto obedece a que los afiliados al régimen subsidiado son proclives a percibir su enfermedad. (Véase la explicación sobre la selección de la muestra en la sección “Datos y metodología”.) Suponiendo que la percepción del estado de salud fuera un indicador válido de dicho estado, al incluirlo en nuestra PSM previmos que entre las hipótesis nuevas y las ajustadas, el estado

CUADRO 5.11 Proporción de miembros del hogar que perciben su estado de salud como delicado o muy delicado

	Cantidad de observaciones	Porcentaje
Total de hogares (incluidos aquellos que no han utilizado servicios de salud)		
Sin seguro	2.490.297	4,0
Afiliados al régimen subsidiado	1.524.022	6,1
Total de hogares que utilizan servicios de salud		
Sin seguro	386.178	5,4
Afiliados al régimen subsidiado	345.233	10,0

Fuente: Cálculos de los autores a partir de la Encuesta de Calidad de Vida realizada en 2003.

de salud se deterioraría, lo que elevaría la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos en salud entre los grupos no asegurados y, como resultado de ello, aumentarían las diferencias entre grupos.

Es importante recordar que esta variable podría resultar endógena, dado que el estado de salud podría no estar solamente incidiendo en la cobertura del seguro de salud (los individuos más enfermos podrían optar por afiliarse primero, algo que parecen indicar las estadísticas descriptivas ya detalladas), sino que además el seguro de salud podría afectar en sí mismo el estado de salud (podría mejorar la percepción del estado de salud al brindar un mejor acceso). Por lo tanto, la incorporación de una variable de percepción del estado de salud en nuestros procedimientos de correspondencia podría sesgar los resultados. No obstante, si al incluir esta variable encontramos un impacto positivo del seguro de salud subsidiado, podría concluirse que, de hecho, existe un efecto atenuante del régimen subsidiado sobre la incidencia de gastos catastróficos.

Al introducir el estado de salud como una variable de control adicional (cuadro 5.12), el impacto aumenta según lo esperado. El seguro de salud subsidiado actualmente reduce la incidencia de costos catastróficos en un 21% cuando se utiliza el 10% de la capacidad de pago como umbral (en lugar del 19%). Las diferencias estimadas para los gastos catastróficos con umbrales más elevados no parecen modificarse ostensiblemente y aún se mantiene la relevancia estadística de nuestros resultados.

Curiosamente, al incluir un indicador del estado de salud en nuestras estimaciones de PSM, los resultados respecto del impacto del seguro sobre el empobrecimiento se tornan significativos. Al utilizar como referencia la línea de pobreza nacional oficial, se observan indicios de un impacto positivo del seguro de salud subsidiado: mientras que la probabilidad de situarse por debajo de la línea de pobreza como consecuencia de los gastos en salud es del 6,4% entre los hogares asegurados, en el caso de los no asegurados asciende al 10% cuando se utiliza un umbral del 10%. Asimismo, al considerar como referencias la línea de pobreza nacional y la endógena (última fila del cuadro 5.12), los resultados sugieren una vez más que la afiliación al sistema de seguro de salud subsidiado brinda una protección financiera para los hogares con problemas de salud. La probabilidad de situarse por debajo

CUADRO 5.12 Resultados de la PSM de gastos catastróficos y con efecto de empobrecimiento (estimado basado en observaciones, incluye indicador del estado de salud)

	Comparación de medias simples				PSM (incluye indicador del estado de salud)			
	Hogares afil. a RS		Sin seguro		Diferencia		Tratados	
Gastos catastróficos (10% de la capacidad de pago)	0,379	0,639			-0,26		0,394	0,608
								-0,21

Gastos catastróficos (20% de la capacidad de pago)	0,276	0,454			-0,18		0,278	0,420
								-0,14

Gastos catastróficos (30% de la capacidad de pago)	0,208	0,34			-0,13		0,203	0,314
								-0,11

Gastos catastróficos (40% de la capacidad de pago)	0,175	0,239			-0,06		0,159	0,196
								-0,04
								*
Hogares que cruzan la línea de la pobreza endógena	0,071	0,078			-0,01		0,061	0,051
								0,01
								-
Hogares que cruzan la línea de la pobreza nacional	0,048	0,091			-0,04		0,064	0,100
								-0,04
								*
Hogares que cruzan la línea de la pobreza nacional o endógena	0,026	0,029			0,00		0,099	0,141
								-0,04
								*

Fuente: Cálculos de los autores a partir de la Encuesta de Calidad de Vida realizada en 2003.
*** = $p < 0,01$; ** = $p < 0,05$; * $p < 0,10$.

de la línea de pobreza es menor para los hogares afiliados al régimen subsidiado que para las familias no afiliadas (9,9% frente a 14,1%). Por último, cuando se considera únicamente la línea de pobreza endógena, los resultados pierden relevancia estadística.

Por último, al comparar los resultados de nuestras estimaciones de PSM (con y sin control de diferencias en el estado de salud) con los resultados de nuestras estadísticas descriptivas, observamos una pequeña reducción en la magnitud del efecto del seguro de salud. Las comparaciones señalan que las estadísticas descriptivas simples parecerían establecer un sesgo ascendente sistemático pero este sesgo no es muy significativo. Este resultado indica que el sesgo de selección es un problema, aunque menor, o que nuestra metodología no controla todas las variables que inciden en el estado de salud así como también nuestras variables de resultados. Es importante recordar en este contexto que la metodología de PSM controla las diferencias únicamente en características observables. Podría suponerse que existen otras diferencias con incidencia en el proceso de afiliación. En este contexto, claramente se necesita una investigación más exhaustiva.

Régimen contributivo

Para evaluar el impacto del régimen contributivo sobre la protección financiera de los hogares se utilizó un método de variable instrumental. A fin de identificar las variables que podrían ser instrumentales, debe comprenderse qué factores son determinantes de la afiliación al seguro de salud contributivo en Colombia. Tener esto en claro resulta clave porque un instrumento válido debe relacionarse con el estado de salud y no con las variables de los resultados (restricción de la exclusión). En el régimen contributivo, la afiliación está estrechamente relacionada con la situación laboral. Por ley, los trabajadores asalariados deben estar afiliados por sus empleadores; la cobertura del seguro de salud forma parte de los contratos de empleo para la mayoría de los trabajadores del sector formal. Por el contrario, los trabajadores autónomos deben afiliarse por iniciativa propia (aun cuando, en teoría, están obligados por ley), pudiendo decidir por ellos mismos si lo hacen o no.

En consecuencia, los factores determinantes de la participación en el régimen contributivo serán distintos en estos dos grupos. Por ello,

se decidió realizar estimaciones separadas y variables instrumentales diferentes para cada grupo. Se dividió la muestra en: 1) hogares cuyo/a jefe/a de familia indicó que trabajaba en relación de dependencia, y 2) hogares cuyo/a jefe/a de familia indicó que trabajaba en forma autónoma.⁵ Se establecieron modelos independientes y se seleccionaron distintos instrumentos para cada grupo.

Se eligieron variables instrumentales en función de la solidez de la variable y de las restricciones de identificación. En el caso de los trabajadores por cuenta propia, se seleccionó el tamaño de la empresa (utilizando la empresa para la cual trabajaban por contrato). Para los trabajadores en relación de dependencia, se seleccionaron como variables el tamaño de la empresa y un modelo de la formalidad del empleo (contrato escrito). Ambas variables se relacionan con el grado de formalidad como un factor determinante clave de la probabilidad de afiliación.

Cabe destacar que la validez de la estrategia empírica depende en gran medida de las variables instrumentales seleccionadas. Para que el método sea válido, todos los instrumentos deben incidir en la decisión de afiliación; debe existir una estrecha relación entre las variables instrumentales y la variable de afiliación, aun después de controlar otras variables incluidas en el modelo de resultado. Asimismo, los instrumentos no deben relacionarse con la variable de resultado, ya sea directa o indirectamente, excepto a través de la afiliación al seguro de salud. Concretamente, el instrumento no debe relacionarse con variables no observables que deberían incluirse en la ecuación de resultado. Estos son los principales supuestos del enfoque de variable instrumental y es preciso que se evalúe cada variable instrumental, tanto en el plano teórico como en el empírico, para determinar si cumple con estos requisitos.

Las variables instrumentales seleccionadas cumplen con el primer requisito. En términos conceptuales, nuestros instrumentos están estrechamente relacionados con la formalidad del empleo y, tal como

⁵ En el cuestionario de la Encuesta de Calidad de Vida había dos categorías para identificar a los jefes de familia que trabajaban en relación de dependencia: empleados del sector privado o empleados del gobierno. Las categorías para los jefes de familia que trabajaban por cuenta propia eran: peón, mucama o criada; profesional independiente; trabajador independiente o por cuenta propia; propietario de empresa, o trabajador agrícola.

se mencionó anteriormente, la afiliación en la encuesta SGSSS está determinada ampliamente por la condición de empleo y el grado de formalidad; por lo tanto, los instrumentos deben estar estrechamente relacionados con la afiliación, según se requiera. Por otra parte, nuestros instrumentos arrojaron buenos resultados en las pruebas empíricas: han demostrado estar parcialmente correlacionados con la afiliación después de neutralizar otras variables exógenas incluidas en la ecuación de resultados.⁶

En lo que respecta al segundo requisito, sostenemos que nuestros instrumentos seleccionados también son válidos. Ni el tamaño de la empresa ni un contrato escrito inciden directamente en la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos o en empobrecerse, dado que ninguna de estas variables está teóricamente relacionada con la probabilidad de que ocurra un problema de salud, su gravedad o el costo asociado. Sin embargo, la formalidad del empleo podría incidir en la probabilidad de que se incurra en gastos catastróficos o con el efecto de empobrecimiento, debido a su asociación con el nivel de ingreso del hogar. En este sentido, podríamos concluir que el tamaño de la empresa y los contratos escritos posiblemente no sean buenas variables instrumentales, ya que podrían no cumplir la restricción de exclusión. Si los instrumentos se asociaran con nuestras variables de resultados a través de factores no observados o excluidos en el modelo de resultado variable, nuestros resultados no serían válidos. Este no es el caso, dado que el estudio controla una serie de variables que captan las condiciones socioeconómicas de hogares para gastos catastróficos y con efecto de empobrecimiento (la educación del/de la jefe/a de familia y el nivel de escolarización más alto alcanzado por uno de los miembros del hogar, los bienes, las condiciones de vivienda, la cantidad de miembros de la familia y el acceso a servicios, entre otras variables).

⁶ En la regresión probit de primera etapa, los instrumentos seleccionados fueron significativamente diferentes de cero, tanto individualmente como en conjunto. Los efectos marginales estimados y los errores estándar estimados en el probit de primera etapa para una muestra compuesta por hogares cuyo/a jefe/a de familia era un trabajador en relación de dependencia: 0,0029/ [0,0025] para tamaño de la empresa y 0,1232 [0,0343] para contrato escrito. En el caso de los hogares cuyo/a jefe/a de familia era un trabajador por cuenta propia, la primera etapa mostró un efecto marginal de 0,0290/[0,0138] para el instrumento tamaño de la empresa.

Además de estas consideraciones conceptuales, también evaluamos la validez de nuestros instrumentos siguiendo un procedimiento similar a la prueba de restricciones identificadas en exceso,⁷ lo cual resulta útil para evaluar indirectamente la restricción de exclusión cuando existen dos o más instrumentos. Esta prueba se utiliza mucho para elegir variables instrumentales de todos los candidatos propuestos. En la muestra en la cual el/la jefe/a de familia indicó que era empleado/a, decidimos elegir dos instrumentos (tamaño de la empresa y contrato escrito) y, de esa manera, pudimos aplicar la prueba de identificación en exceso, en la cual los instrumentos seleccionados dieron buenos resultados.⁸ En el caso de los hogares cuyo/a jefe/a de familia trabajaba por cuenta propia, si bien finalmente seleccionamos solamente un instrumento y, por lo tanto, no es posible calcular la prueba de identificación, el instrumento es el mismo.

En síntesis, podemos concluir que, tanto a nivel teórico como empírico (en la medida en que sea posible realizar pruebas), las variables instrumentales seleccionadas cumplen con los requisitos metodológicos y, por consiguiente, nuestros resultados deberían corregirse por endogeneidad y sesgo de selección.

Se estimaron dos modelos para ambos grupos (empleados y trabajadores por cuenta propia) y para cada variable de resultado (pagos catastróficos con distintos umbrales o gastos con efecto de empobrecimiento basados en distintas líneas de pobreza).

El primer modelo era un modelo probit que incluía una serie de variables de control (variables municipales tales como población, recursos de salud, instalaciones de salud, desarrollo municipal, cobertura de régimen contributivo y un índice de competencia en el mercado del seguro de salud en el municipio). También se introdujeron variables para los hogares, entre ellas: ubicación urbana/rural,

⁷ Seguimos el procedimiento de Waters (1999) y utilizamos una de las variables instrumentales para identificar la ecuación de afiliación; los otros fueron incluidos en la ecuación de resultados. Si el coeficiente estimado sobre el instrumento comprendido en la ecuación de resultados era significativamente diferente de cero, se rechazaba esa variable por no tratarse de una variable instrumental apropiada.

⁸ Los coeficientes estimados para las dos variables instrumentales (alternando la variable evaluada) son 0,0040/[0,0134] para tamaño de la empresa y 0,0508/[0,0498] para contrato escrito. Ninguno fue significativamente diferente de cero, lo que sugiere que se trata de buenos instrumentos.

características de la vivienda, acceso a servicios públicos, cantidad de miembros de la familia, ingreso per cápita del hogar, y otras características socioeconómicas tales como edad, sexo y educación del/ de la jefe/a de familia.

El segundo modelo fue un modelo probit de dos etapas y un probit bivariado que utilizaba nuestras variables instrumentales y, por lo tanto, se realizó un control del posible problema de endogeneidad en la afiliación al seguro de salud. A fin de determinar si la endogeneidad era, de hecho, un problema en este enfoque de variable instrumental, se realizó una prueba de Hausman para los modelos probit de dos etapas y una prueba de Rho-Wald para evaluar la exogeneidad del modelo bivariado.

El cuadro 5.13 muestra los resultados del impacto del seguro de salud contributivo sobre la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos tanto para hogares con jefes/as de familia empleados como para hogares con jefes/as de familia que fueran trabajadores/as por cuenta propia (cabe recordar que restringimos nuestra muestra a pacientes que utilicen servicios de salud formales).

Hogares cuyos jefes/as de familia son empleados/as formales

Los resultados de nuestras pruebas de endogeneidad indican que el estado del seguro de salud contributivo no es endógeno a los gastos catastróficos en el caso de los empleados. Esta situación parece ser congruente con el hecho de que los empleados no participan en la decisión de afiliarse; su afiliación depende del empleador y está vinculada al contrato del trabajador, y no a las decisiones y características individuales. Por lo tanto, no se requiere el enfoque de variable instrumental para evaluar la endogeneidad en el estado del seguro de salud de los empleados y sus familias. En este caso, preferimos un modelo probit con variables de control.

Dado que no encontramos indicios de afiliación endógena en estos modelos, estamos en condiciones de concluir que no existen variables no observables o excluidas que incidan simultáneamente en el resultado y en la afiliación. Por lo tanto, no hay necesidad de corregir ningún tipo de sesgo de selección (u otras fuentes de afiliación endógena) utilizando una técnica de variable instrumental. Por otra parte, se ha demostrado que al usar una variable instrumental cuando no existen regresores

endógenos se generan errores estándar significativos sobreestimados y, por lo tanto, se obtienen pruebas de hipótesis no fidedignas. Por dichas razones, elegimos el modelo probit en lugar del enfoque de variable instrumental. El modelo probit con variables de control genera errores estándar menos significativos que aquellos que se obtendrían si se utilizara el enfoque de variable instrumental.

Nuestros resultados demuestran que la cobertura del seguro de salud del régimen contributivo reduce significativamente la probabilidad de incurrir en pagos catastróficos entre los hogares cuyos/as jefes/as de familia son empleados/as: la cobertura reduce la probabilidad de incurrir en costos catastróficos en un 27% cuando se utiliza un umbral del 10% de la capacidad de pago del hogar y en un 13% cuando se utiliza un umbral del 20%. Tal como se esperaba, el efecto atenuante disminuye a medida que aumenta el umbral de gastos catastróficos; los resultados pierden relevancia cuando se utiliza un umbral del 40%.

Hogares cuyos/as jefes/as de familia son trabajadores por cuenta propia

A la inversa de lo que descubrimos con los hogares cuyos/as jefes/as de familia eran empleados/as formales, el estado del seguro de salud para los hogares con jefes/as de familia que trabajaban por cuenta propia no parecería, de hecho, ser endógeno a los gastos catastróficos (última parte del cuadro 5.13). En consecuencia, para este grupo se optó por un enfoque de variable instrumental. Nuestros resultados dan indicios de un impacto positivo significativo del seguro de salud contributivo sobre la probabilidad de tener que realizar pagos catastróficos. Para los hogares cuyos/as jefes/as de familia trabajaban por cuenta propia, el régimen contributivo parecería reducir la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos en salud, independientemente del umbral elegido.

De forma similar a lo que descubrimos para los hogares cuyos/as jefes/as de familia son empleados, el impacto positivo del seguro de salud parecería disminuir a medida que aumenta la magnitud de los gastos catastróficos: la afiliación al régimen contributivo reduce en un 62% la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos que superen el 10% de la capacidad de pago del hogar, un porcentaje que se reduce al 13% si se utiliza un umbral del 40%.

CUADRO 5.13 | Impacto del régimen contributivo sobre la incidencia de los gastos catastróficos

	Empleados						Trabajadores por cuenta propia					
	Controles			Controles			Controles			Controles		
	Dif. simple	probit	Probit VI	Dif. simple	probit	Biprobit VI	Dif. simple	probit	Probit VI	Biprobit VI	Dif. simple	probit
Gastos catastróficos (10% de la capacidad de pago)	-0,3281 [0,0747]***	-0,2712 [0,0775]***	-0,2408 [0,0826]**	-0,4685 [0,0539]***	-0,5212 [0,0699]***	-0,3143 [0,1567]*	-0,4685 [0,0539]***	-0,5212 [0,0699]***	-0,6278 [0,2064]**	-0,6227 [0,1565]***		
N	1.117	1.117	1.117	1.031	1.031	1.117	1.031	1.031	1.031	1.031		
Prueba de Hausman	—	—	-0,1226	—	—	—	—	—	-0,1785	—		
Prueba de Rho-Wald	—	—	—	—	—	0,118	—	—	—	0,6952*		
Gastos catastróficos (20% de la capacidad de pago)	-0,2165 [0,0529]***	-0,131 [0,0376]***	-0,0716 [0,0275]**	-0,3685 [0,0436]***	-0,3274 [0,0440]***	-0,0786 [0,0633]	-0,3685 [0,0436]***	-0,3274 [0,0440]***	-0,5644 [0,1827]**	-0,6127 [0,0870]***		
N	1.117	1.117	1.117	1.031	1.031	1.117	1.031	1.031	1.031	1.031		
Prueba de Hausman	—	—	0,3579	—	—	—	—	—	-0,8916	—		
Prueba de Rho-Wald	—	—	—	—	—	-0,2479	—	—	—	0,8032*		

(continúa)

CUADRO 5.13 | Impacto del régimen contributivo sobre la incidencia de los gastos catastróficos (continuación)

	Empleados			Trabajadores por cuenta propia				
	Dif. simple	Controles probit	Probit VI	Biprobit VI	Dif. simple	Controles probit	Probit VI	Biprobit VI
Gastos catastróficos (10% de la capacidad de pago)	-0,141 [0,0371]***	-0,0419 [0,0228]	-0,0186 [0,0128]	-0,0174 [0,0221]	-0,292 [0,0396]***	-0,2727 [0,0350]***	-0,4283 [0,1153]***	-0,5174 [0,1070]***
N	1.117	1.117	1.117	1.117	1.031	1.031	1.031	1.031
Prueba de Hausman	—	—	-0,4097	—	—	—	-0,7733	—
Prueba de Rho-Wald	—	—	—	-0,3551	—	—	—	0,2356
Gastos catastróficos (20% de la capacidad de pago)	-0,1091 [0,0326]***	-0,0392 [0,0254]	-0,0185 [0,0116]	-0,0213 [0,0355]	-0,1861 [0,0410]***	-0,1394 [0,0303]***	-0,1467 [0,1041]	-0,2029 [0,1326]
N	1.117	1.117	1.117	1.117	1.031	1.031	1.031	1.031
Prueba de Hausman	—	—	0,124	—	—	—	0,1077	—
Prueba de Rho-Wald	—	—	—	-0,2528	—	—	—	0,2094

Fuente: Cálculos de los autores a partir de la Encuesta de Calidad de Vida realizada en 2003.

Nota: Cada variable incluye los resultados de las pruebas de Hausman y Rho-Wald, las cuales evalúan la exogeneidad de la variable. El primero corresponde al modelo probit (biprobit VI), y el segundo al modelo probit derivado (biprobit VI). Si se rechaza la prueba, la afiliación no es exógena en los modelos originales y se requiere realizar el modelo de VI. Si se acepta la hipótesis nula, se mantienen los modelos probit con controles, dado que la prueba indica que la afiliación no es endógena. Si la participación no es endógena, el sesgo de selección de la variable resultante se presenta solo en variables observables, las cuales se incluyen en el modelo. Basta con el uso del modelo probit, incluidos estos controles.

VI = variable instrumental.

Impacto del régimen contributivo en gastos con efecto de empobrecimiento

En el cuadro 5.14 se presentan los resultados del impacto de la afiliación al régimen contributivo sobre los gastos con efecto de empobrecimiento. En forma similar a los resultados obtenidos para el régimen subsidiado, la distribución de la población entre las líneas de pobreza seleccionadas y una pequeña muestra de los hogares que experimentan empobrecimiento dificultan la identificación del efecto atenuante del seguro. Sin embargo, los resultados indican un impacto positivo de la afiliación al régimen contributivo en los hogares cuyos/as jefes/as de familia son trabajadores/as por cuenta propia, ya que se reduce la posibilidad de cruzar la línea de pobreza nacional en cuatro puntos porcentuales (-4,1%). Si se utiliza un criterio menos riguroso de pobreza que considere hogares que cruzaron la línea de pobreza nacional o la línea de pobreza endógena, la afiliación al régimen contributivo reduce la incidencia del empobrecimiento en casi 6 puntos porcentuales. Por el contrario, los resultados no indican impacto alguno del régimen contributivo sobre el empobrecimiento para los hogares cuyos/as jefes/as de familia son empleados/as.

Resumen de resultados

Los resultados que se analizan en este capítulo indican que el régimen contributivo brinda una importante protección financiera frente a los gastos catastróficos. Este impacto es más significativo entre los hogares cuyos/as jefes/as de familia trabajan por cuenta propia. Esta situación podría estar relacionada con el hecho de que estos hogares muestran una mayor incidencia de gastos catastróficos y con efecto de empobrecimiento, parecerían ser más vulnerables a dificultades financieras producto de shocks de salud y, por lo tanto, tienen más posibilidades de mejorar cuando existe el seguro de salud.

Así pues, podemos concluir que el efecto atenuante del seguro disminuye al aumentar la magnitud de la catástrofe. El régimen contributivo tiene un plan explícito y limitado de beneficios que posee la capacidad de morigerar problemas de salud tratables con tecnología cubierta por el plan de beneficios. La tecnología no cubierta por los planes de beneficios podría asociarse a problemas de salud que generan

CUADRO 5.14 Impacto del régimen contributivo sobre la incidencia de los gastos con efecto de empobrecimiento

	Empleados			Trabajadores por cuenta propia		
	Dif. simple	Controles probit	Probit VI	Biprobit VI	Dif. simple	Controles probit
Cruzaron la línea de pobreza endógena	-0,0398 [0,0226]	-0,0287 [0,0166]	0 [0,0000]	0 [0,0000]	-0,0579 [0,0302]	-0,0127 [0,0073]
N	1.117	1.117	1.117	1.117	1.031	1.031
Prueba de Hausman	—	—	0,102	—	—	0,2549
Prueba de Rho-Wald	—	—	—	0,0047	—	—
Cruzaron la línea de pobreza nacional	-0,0389 [0,0228]	-0,0004 [0,0012]	-0,0001 [0,0003]	-0,0003 [0,0009]	-0,0799 [0,0212]***	-0,041 [0,0132]**
N	1.117	1.117	1.117	1.117	1.031	1.031
Prueba de Hausman	—	—	0,744	—	—	-0,5664
Prueba de Rho-Wald	—	—	—	-0,1545	—	—
Cruzaron la línea de pobreza nacional o endógena	-0,0387 [0,0228]	-0,0004 [0,0010]	-0,0001 [0,0002]	-0,0002 [0,0008]	-0,1282 [0,0246]***	-0,0599 [0,0198]**
N	1.117	1.117	1.117	1.117	1.031	1.031
Prueba de Hausman	—	—	0,7603	—	—	0,3244
Prueba de Rho-Wald	—	—	—	-0,1657	—	—

Fuente: Cálculos de los autores a partir de la Encuesta de Calidad de Vida realizada en 2003.

VI = variable instrumental.

costos catastróficos de al menos un 40% de la capacidad de pago del hogar; esta posibilidad podría explicar por qué el impacto del seguro de salud disminuye significativamente cuando llega a este umbral.

Los resultados relacionados con el empobrecimiento debido a problemas de salud, si bien son menos significativos, son similares a los obtenidos para los gastos catastróficos: el seguro cobra mayor relevancia para los trabajadores por cuenta propia.

Conclusiones

Los estudios existentes sobre el tema de los gastos en salud, tanto catastróficos como aquellos con efecto de empobrecimiento, se limitan a analizar la diferencia en la incidencia de dichos gastos entre poblaciones aseguradas y no aseguradas. El objetivo de este estudio fue examinar el impacto del seguro de salud universalizado en Colombia sobre la protección financiera de sus ciudadanos. Se utilizó la metodología de la correspondencia del puntaje de propensión para evaluar el impacto del seguro de salud subsidiado sobre los gastos catastróficos con efecto de empobrecimiento y un enfoque de variable instrumental para medir el impacto del régimen contributivo.

Si bien es complejo medir el impacto económico de las enfermedades, y los datos disponibles para analizar las consecuencias económicas de las mismas son limitados, el estudio se basó en métodos que permitieran realizar un examen más exhaustivo del impacto del seguro médico sobre la protección financiera. Para este análisis se consideraron las siguientes dificultades: en primer lugar, la falta de datos longitudinales limita la investigación a estimaciones del posible impacto y no del impacto real de los problemas de salud sobre los hogares. En forma similar, la muestra se circunscribió a los hogares cuyos miembros se encontraban todos afiliados al mismo régimen. En segundo lugar, se incluyeron métodos para realizar ajustes a las estimaciones a fin de convertir todos los gastos (ambulatorios y hospitalarios) al mismo período de referencia. Por último, debido a la falta de consenso internacional en relación con el umbral que define “catastrófico”, se utilizaron distintos umbrales de capacidad de pago para medir el impacto del seguro de salud.

La cobertura del seguro de salud se ha incrementado ostensiblemente en Colombia desde las reformas de salud en 1993. Los grupos de

bajo ingreso fueron los más favorecidos por este sistema de salud. Sin embargo, en 2003 más de una quinta parte de la población que requería servicios ya no tenía posibilidad de acceso por razones de oferta y demanda. Estas barreras afectaron mayormente a la población asegurada, incluida una gran cantidad de afiliados al régimen subsidiado. Por lo tanto, los gastos catastróficos podrían estar infravalorados si se limita el análisis a la incidencia de gastos catastróficos para la población en su conjunto, dado que los más pobres que no tienen acceso a servicios de salud podrían no estar incluidos. Por este motivo, el estudio se centra en el análisis de los hogares que utilizan servicios de salud y en aquellos que probablemente deban afrontar gastos catastróficos por tener que incurrir en desembolsos directos para cubrir gastos en salud.

La incidencia de los costos catastróficos es mayor en las personas no aseguradas que en las personas aseguradas en los regímenes subsidiado o contributivo. Al utilizar un bajo umbral de gastos catastróficos (10% de la capacidad de pago de un hogar), descubrimos que el 64% de los hogares no asegurados, el 38% de aquellos afiliados al régimen subsidiado y el 17% de aquellos afiliados al régimen contributivo experimentaron gastos catastróficos en salud. En forma similar, el 7% de los hogares no asegurados, el 6% de los afiliados al régimen subsidiado y el 1% de los afiliados al régimen contributivo cruzaron la línea de pobreza a causa de gastos relacionados con problemas de salud. Los trabajadores por cuenta propia afiliados al régimen contributivo fueron los más beneficiados por el seguro de salud.

Estas diferencias sugieren que el seguro atenúa el impacto financiero y el empobrecimiento generados por problemas de salud. Los resultados obtenidos mediante la metodología PMS y las variables instrumentales ratifican la hipótesis y corrigen el posible sesgo de selección. Utilizando un umbral de gastos catastróficos del 10%, la diferencia resultante en la incidencia de dichos gastos entre los individuos no asegurados que trabajan por cuenta propia y los afiliados al régimen contributivo es del 62%. Para los empleados formales y los afiliados al régimen contributivo, la diferencia es del 27% y para los trabajadores no asegurados y afiliados al régimen subsidiado, asciende al 21%.

El efecto atenuante del seguro, en ambos regímenes, es más eficaz para proteger a los hogares de gastos menores y desembolsos directos habituales que de altos costos. La protección financiera del seguro

disminuye a medida que aumenta el umbral de gastos catastróficos. Para los trabajadores por cuenta propia, el régimen contributivo reduce la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos en un 62% cuando el umbral de dichos gastos es del 10% de la capacidad de pago, en un 61% con un umbral del 20%, y en un 13% con un umbral del 40%. Para el régimen subsidiado, el impacto positivo disminuye del 21% al 4% a medida que aumenta el umbral.

No cabe duda de que el sistema de seguro de salud colombiano ofrece a los hogares una protección financiera del impacto de gastos en salud. Por otra parte, los trabajadores por cuenta propia se beneficiaron más que los empleados formales, lo que demuestra que el riesgo de sufrir una catástrofe financiera como resultado de problemas de salud varía según cada grupo de la población. Los beneficios de la protección financiera derivada del seguro de salud también difieren para cada grupo. A fin de mejorar la eficacia de la política de salud, será importante estudiar cuáles son los factores determinantes de los gastos catastróficos. Esto permitiría evaluar y modificar el diseño de la protección financiera actual en el sistema colombiano vigente, dado que se relaciona con los principales factores de riesgo detectados en este estudio.

Referencias

- Baeza, C. y T. G. Packard. 2007. *Beyond Survival. Protecting Households from Health Shocks in Latin America*. Palo Alto, CA: Stanford University Press.
- Banco Mundial. 2007. *Healthy Development: The World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Barón, G. 2007. *Cuentas de salud de Colombia, 1993–2003*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Berki, S. E. 1986. A Look at Catastrophic Medical Expenses and the Poor. *Health Affairs* (Invierno).
- Bitrán, R., U. Giedion, R. Muñoz et al. 2004. *Risk pooling, ahorro y prevención: estudio regional de políticas para la protección de los más pobres de los efectos de los shocks de salud*. Estudio de caso de Colombia. Documento mimeografiado. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Centro de Estudios Regionales, Cafeteros y Empresariales. 2002. *Bases conceptuales para la creación de un Ministerio de Protección Social en Colombia*. Informe final. Bogotá: Ministerio de Salud.
- DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística). 1997. Encuesta Nacional de Calidad de Vida. Bogotá: DANE.
- . 2003. Encuesta Nacional de Calidad de Vida. Bogotá: DANE.
- Flórez, C. E. y O. L. Acosta. 2007. Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. Documento de trabajo No. 15. Bogotá: Fundación Corona.
- Flórez, C. E. y D. Hernández. 2005. Financing and the Health System: Colombia Case Study. Informe mimeografiado. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Giedion, U., B. Díaz y E. Alfonso. 2007. The Impact of the Contributory Regime on Access and Utilization. Informe mimeografiado. Washington, D.C.: Brookings Institution.
- Hsiao, W. C. y P. R. Shaw. 2007. *Social Health Insurance for Developing Nations*. World Bank Institute Development Studies. Washington, D.C.: Banco Mundial.

- Kawabata, K., K. Xu y G. Carrin. 2002. Preventing Impoverishment through Protection against Catastrophic Health Expenditure. *Bulletin of the World Health Organization* 80(8).
- Knaul, F. M., H. Arreola-Ornelas y O. Méndez. 2005. Protección financiera en salud: México, 1992–2004. *Salud Pública de México* 47(6):430–39.
- Ministerio de la Protección Social. 2007. Encuesta Nacional de Salud. Bogotá: Ministerio de la Protección Social/Colciencias.
- Molina, G. 1992. *Distribución del gasto público en salud*. Bogotá: Fedesarrollo/Banco Mundial.
- O'Meara, G., F. Ruiz y J. L. Amaya. 2003. *Impacto del aseguramiento sobre uso y gasto en salud en Colombia*. Bogotá: Universidad Javeriana.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2000. *Informe sobre la salud en el mundo: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS.
- Russell, S. 2004. The Economic Burden of Illness for Households in Developing Countries: A Review of Studies Focusing on Malaria, Tuberculosis, and Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 71(2 Suppl):147–55.
- Wagstaff, A. y E. van Doorslaer. 2003. Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics* 12(11):921–34.
- Waters, H. 1999. Measuring the Impact of Health Insurance with a Correction for Selection Bias—A Case Study of Ecuador. *Health Economics* 8:473–83.
- Wyszewianski, L. 1986. Financially Catastrophic and High-Cost Cases: Definitions, Distinctions, and Their Implications for Policy Formulation. *Inquiry* 23 (Invierno):382–94.
- Xu, K., D. Evans, K. Kawabata et al. 2003. Household Catastrophic Health Expenditure: A Multi-Country Analysis. *Lancet* 362:111–17.
- Xu, J. K., K. Kawabata, D. B. Evans et al. 2003. Household Health System Contributions and Capacity to Pay: Definitional, Empirical, and Technical Challenges. *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Ginebra: OMS.



CAPÍTULO 6

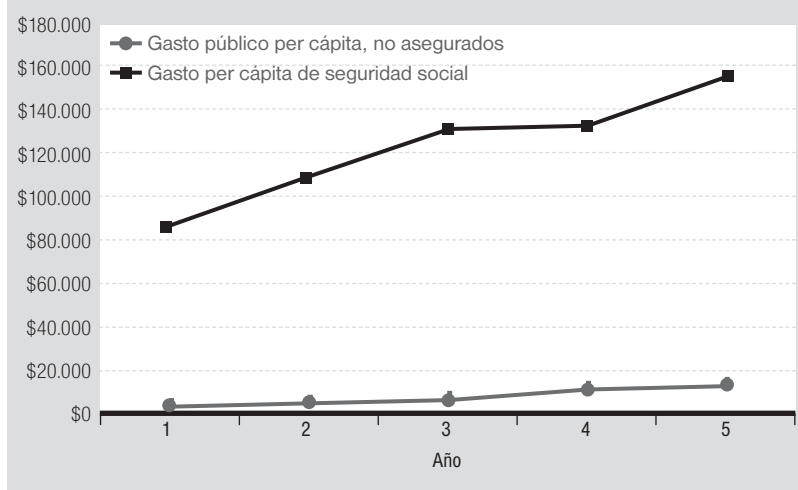
Diez años de reformas del sistema de salud: lecciones sobre el financiamiento de la salud en Colombia

*María Luisa Escobar, Úrsula Giedion,
Olga Lucía Acosta, Ramón A. Castaño,
Diana M. Pinto y Fernando Ruiz Gómez*

Antes de los cambios introducidos por las reformas financieras y de descentralización de la salud de 1993, el financiamiento público de la salud en Colombia se caracterizaba por grupos de riesgo atomizados, baja eficiencia y subsidios públicos que no llegaban a los pobres. En este capítulo se presenta evidencia del impacto que los cambios en el financiamiento de la salud han tenido sobre el nivel, la composición, la distribución y la equidad de la salud pública en Colombia. También se analizan los elementos que amenazan la sostenibilidad financiera de la reforma y se recogen lecciones útiles para Colombia y el mundo, a partir de las pruebas recopiladas a lo largo de 10 años de instrumentación de las reformas.

Antes de las reformas

Con anterioridad a las reformas, el costo económico de la atención de la salud era la barrera de acceso más importante: más de la mitad de la población de los grupos de ingreso más bajo no estaba en condiciones

GRÁFICO 6.1 Gasto público y de seguridad social per cápita, 1986-90

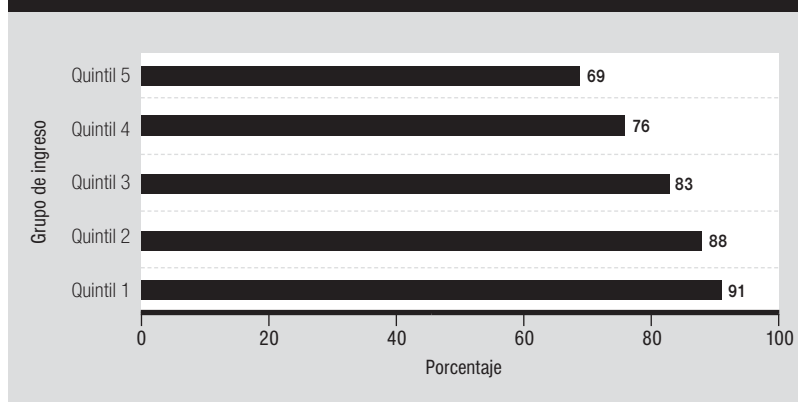
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del DANE (1993).

de recibir asistencia médica cuando la necesitaba debido a los costos. El sector privado era fundamental tanto para el financiamiento como para la prestación de los servicios de salud antes de las reformas, ya que proporcionaba el 40% de todas las intervenciones de salud y el 45% de todas las hospitalizaciones (véase el gráfico 6.1) (DANE, 1992).

A pesar de la gran red de prestación de servicios de salud de propiedad estatal, los pobres no solamente tenían un bajo acceso a la atención sanitaria, sino que además debían destinar una gran proporción de sus ingresos al pago de esta atención. Los subsidios públicos no llegaban a las personas pobres. Por citar un ejemplo, tan sólo el 20% de los individuos hospitalizados en instituciones públicas provenía del quintil de ingreso más bajo, mientras que casi el 60% eran individuos de ingreso medio o alto correspondientes al cuarto y quinto quintil (DANE, 1992). Además, mientras que el 91% de los pacientes más pobres admitidos en hospitales públicos incurría en desembolsos directos, en el caso de los más pudientes el porcentaje ascendía tan solo al 69% (gráfico 6.2).

El Sistema Nacional de Salud anterior a la reforma abarcaba tres subsectores separados e independientes: el “oficial” o sector público

GRÁFICO 6.2 Poblaciones que pagan por la atención hospitalaria en hospitales públicos, por nivel de ingresos (antes de la Ley 100 de 1993)



Fuente: Escobar y Panopoulou (2002); DANE (1993b).

(los centros de propiedad del gobierno), el sector de seguridad social para los trabajadores del sector formal, y el sector privado, utilizado tanto por los pacientes que contaban con seguro como por los que carecían de él. El financiamiento de salud se apoyaba en ingresos fiscales provenientes de impuestos generales y locales, contribuciones parafiscales y desembolsos directos, sin agrupamiento de las tres fuentes de financiamiento, lo que daba por resultado poca solidaridad y una gran desigualdad.

El financiamiento del subsector público, canalizado a través de presupuestos históricos, estaba orientado a los hospitales públicos, la atención primaria, los programas verticales destinados a combatir el paludismo, la tuberculosis, la lepra, los planes de vacunación y a la salud materno-infantil y reproductiva, así como también al control de enfermedades y a los gastos administrativos de las reparticiones centrales y descentralizadas del Ministerio de Salud. Fuera de los programas verticales, no existía ninguna asignación separada de recursos para la prevención de enfermedades y actividades de promoción de la salud, o actividades de salud comunitaria. En el cuadro 6.1 se detallan la estructura y las características del financiamiento del sistema de salud antes de la reforma en Colombia.

CUADRO 6.1 | Financiamiento del sistema de salud antes de 1993

Antes de las reformas	Financiamiento público	Seguridad social y otros seguros	Desembolsos directos
Fuente principal de ingresos	<ul style="list-style-type: none"> Financiamiento mediante impuestos generales destinados a salud y educación y asignados mediante transferencias del Tesoro (<i>situado fiscal</i>) Transferencias del gobierno central ("impuestos sin")^a Recursos departamentales y municipales 	<ul style="list-style-type: none"> 8% de contribuciones parafiscales de los empleados del sector formal Diversos niveles de aportes para regímenes más pequeños Solo el 21% de la población cubierta, la mayoría sin cobertura familiar Una porción minoritaria contaba con seguro privado 	<ul style="list-style-type: none"> Ingreso familiar
Agrupamiento	<ul style="list-style-type: none"> Agrupamiento limitado del financiamiento a través de impuestos generales 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de agrupamiento de recursos entre ricos y pobres, o personas no aseguradas empleadas o no empleadas, o entre grupos del sector de seguridad social 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de agrupamiento
Distribución	<ul style="list-style-type: none"> Grandes diferencias entre regiones: la asignación per cápita más alta por departamento era 81,5 veces mayor que la asignación más baja (1984) La mayor parte del presupuesto financiaba centros de salud públicos 	<ul style="list-style-type: none"> Mayormente urbano Grandes diferencias entre regiones 	<ul style="list-style-type: none"> Gran desigualdad La barrera más importante para el acceso a la atención era económica: el 57% de los pacientes más pobres no recibía atención cuando la necesitaba debido al alto costo

(continúa)

CUADRO 6.1 | Financiamiento del sistema de salud antes de 1993

Antes de las reformas	Financiamiento público	Seguridad social y otros seguros	Desembolsos directos
Nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Gasto público directo muy bajo en comparación con otros países de la región: 1,4% del PIB (prestación de servicios, agua, vigilancia, investigación, etc.) • 22% del gasto total de salud (1993) 	<ul style="list-style-type: none"> • 1,6% del PIB • El 26% del gasto total de salud cubría a menos del 25% de la población (1993) 	<ul style="list-style-type: none"> • 4% del PIB • 52% del gasto total de salud (1993); ocasiona mayor pobreza y no genera efecto redistributivo

Fuente: Elaboración propia, sobre la base de información de las Cuentas de Salud Nacionales; DANE (1993a); la oficina del contralor general, y Molina et al. (1993).

^a Impuestos al alcohol, al tabaco, a la lotería y otros juegos de azar, recaudados por los gobiernos locales en representación del gobierno nacional (*rentas cedidas*).

PIB = producto interno bruto.

El gasto público en salud con anterioridad a las reformas era bajo en comparación con el gasto de países limítrofes (PNUD, 1992). En 1988 el gasto público en salud representaba el 2,3 % del producto interno bruto (PIB) en México, el 2,1% en Chile, el 2% en Venezuela, el 1,7% en Brasil, el 1,5% en Argentina y menos del 1% en Colombia. Hacia 1993 el gasto público en Colombia representaba el 1,4% del PIB y el 22% del gasto total de salud (Molina et al., 1993). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2008 países como Guatemala y El Salvador y, hasta cierto punto, Bolivia y Ecuador, exhibían bajos niveles de gasto público y grandes desembolsos directos, una composición del gasto similar a la de Colombia antes de las reformas. En esa misma línea, Uganda, Kenya e India registran una relación entre el gasto público y el gasto total en salud similar a la de Colombia antes de las reformas.

Las reformas de salud de 1993

La Ley 100 de 1993 transformó el financiamiento y la prestación de la atención de salud, y construyó así una nueva arquitectura en la que los acuerdos financieros convergían con la consolidación de un proceso

de descentralización continuo.¹ Las características principales de esta nueva arquitectura incluyen:

- Mejor movilización y recaudación de fondos al aumentar las fuentes de financiamiento público y elevar la tasa de contribuciones parafiscales (impuesto sobre la nómina) al tiempo que disminuyen los desembolsos directos.
- Mayor agrupamiento de recursos con la creación de un fondo de equiparación nacional.
- Introducción de mecanismos de asignación de recursos para garantizar que los subsidios públicos lleguen a los pobres.
- Transformación de los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda, para que los recursos sigan al paciente.
- Discontinuación del sistema de presupuestación histórica e instrumentación de compra estratégica de un paquete de beneficios de salud obligatorio, en virtud del cual las entidades aseguradoras contratan proveedores de servicios públicos y/o privados.

El nuevo sistema se caracteriza por un seguro de salud universal obligatorio con dos regímenes. Los trabajadores del sector formal y los autónomos con un nivel de ingreso mínimo predeterminado deben suscribirse al régimen contributivo y pagar contribuciones parafiscales que ascienden a un 12,5%, y que son recaudadas por la aseguradora elegida. Las personas pobres e indigentes no hacen aportes al seguro y están cubiertas por el régimen de subsidios. Las contribuciones

¹ Si bien la descentralización comenzó en la década de 1980, la Ley 10/1990, la reforma constitucional de 1991 y la Ley 60/1993 consolidaron dicho proceso. La reforma constitucional de 1991 se comprometía con el gasto social, y asignaba una porción del presupuesto nacional a los sectores sociales (*situado fiscal*), con una administración descentralizada de los recursos y una asignación progresiva de los mismos hacia los departamentos y municipios. Al llevar la descentralización hacia los territorios nacionales, la Ley 60 definía normas de asignación basadas en la población y permitía la descentralización fiscal. Las enmiendas constitucionales (1995 y 2001) y la Ley 715/2001 introdujeron cambios al proceso de descentralización que esclarecieron las funciones de los distintos niveles de gobierno y reformaron el sistema de transferencias. Las dos fuentes principales de ingresos se fusionaron en un único sistema de transferencias hacia los gobiernos subnacionales con tres ventanas separadas: subsidios a la demanda para los seguros, subsidios a la oferta para los hospitales y salud pública. En 2008 el 23,5 % de las transferencias del gobierno estaban destinadas a salud.

parafiscales se canalizan al fondo de equiparación nacional, que tiene cuatro cuentas:

1. La cuenta de compensación, que actúa como un agrupamiento de riesgos virtual para el régimen contributivo y cumple una función fundamental en la agrupación de recursos en el orden nacional. Esta cuenta financia el seguro de sus afiliados, para lo cual el 11% de las contribuciones parafiscales son transformadas, a través de su proceso de compensación o equiparación, en primas individuales ajustadas en función del riesgo y reintegradas a las entidades aseguradoras.
2. La cuenta solidaria, que cofinancia las primas de seguros para los pobres en el régimen subsidiado, con el 1,5% de las contribuciones parafiscales y los fondos de equiparación provenientes de la recaudación general de impuestos (de manera proporcional).
3. Una tercera cuenta, que paga los gastos destinados a atender catástrofes.
4. Una cuarta cuenta, que financia las actividades de salud pública.

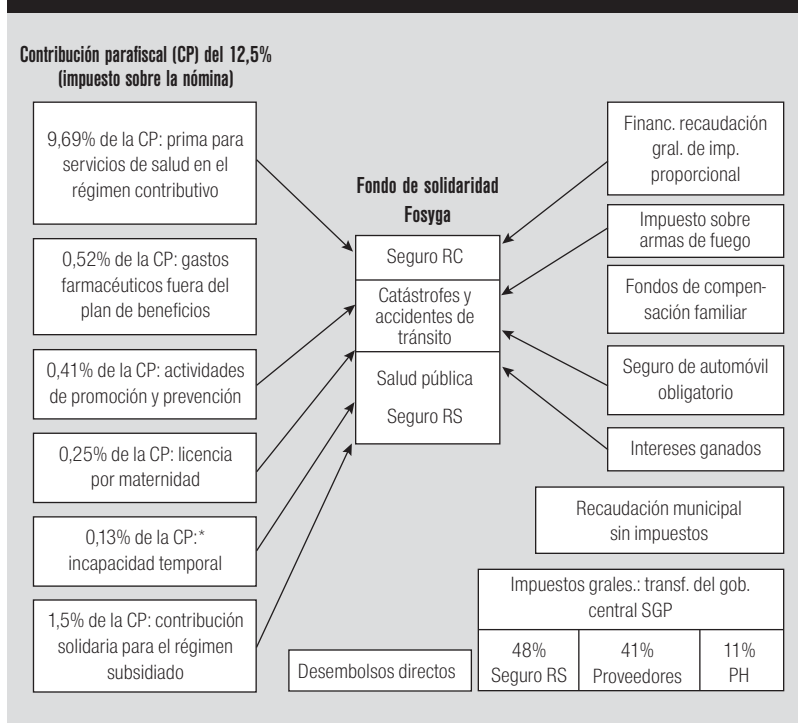
Por otro lado, el Tesoro también realiza transferencias descentralizadas para las primas de seguro del régimen subsidiado a fin de financiar hospitales públicos y actividades de salud pública. Estas transferencias a las primas de seguro complementan los recursos provenientes de la cuenta solidaria, y constituyen recursos adicionales para el seguro de los pobres que están fuera del fondo de equiparación. La recaudación local de los municipios también se destina al seguro.

Los individuos asegurados en ambos regímenes eligen a su aseguradora y a los proveedores de salud dentro de la red de prestadores de la aseguradora, y reciben un paquete de beneficios de salud adquirido por las entidades aseguradoras a proveedores públicos y privados mediante la suscripción de contratos. El plan de beneficios para el régimen contributivo es generoso y cubre todos los niveles de atención, con una prima que en 2007 ascendía en promedio a US\$207. La atención primaria, algunas atenciones hospitalarias y la atención en situaciones de catástrofe están cubiertas por el régimen subsidiado, mediante una

prima equivalente a US\$117. La atención de hospitales terciarios no está cubierta por el plan sino que es proporcionada por la red de hospitales públicos, puesto que se trata de la atención que se brinda a los no asegurados. De acuerdo con la ley, los subsidios a la oferta se irán transformando gradualmente en subsidios a la demanda a medida que la cobertura del seguro se expanda y se alcance finalmente la cobertura universal con un paquete uniforme para todos.

En el gráfico 6.3 se resume la arquitectura financiera, y se muestra cómo las transferencias y recursos descentralizados aportados al fondo de equiparación se complementan entre sí para financiar el seguro de salud nacional. Los bajos niveles de desembolsos directos y otros desembolsos privados complementan la arquitectura financiera del sistema.

GRÁFICO 6.3 Financiamiento del sistema de salud, por fuente



Fuente: Elaboración propia.

Nota: Distribución para 2004 del Sistema General de Participaciones (SGP); Datos del Departamento Nacional de Planeación.

*Según fue reintegrado en 2006.

Fosyga = Fondo de Solidaridad y Garantía; RC = régimen contributivo; RS = régimen subsidiado; PH = salud pública.

Los resultados de las reformas

Nivel y composición del gasto

Diez años después de las reformas, Colombia destinaba el 1,6% del PIB al gasto en salud de la población, lo que implica un aumento del gasto en salud per cápita en términos reales en la misma proporción que el crecimiento real de su PIB en el mismo período (cuadro 6.2). Por lo tanto, el gasto total creció del 6,2% del PIB en 1993 al 7,8% del PIB en 2003 (Barón, 2007).

La composición del financiamiento de la salud cambió radicalmente a partir de las reformas. El gasto en desembolsos directos de los hogares se redujo en un 78% entre 1993 y 2003, y fue gradualmente reemplazado por las contribuciones de la seguridad social, el financiamiento solidario y un mayor gasto gubernamental. Hacia 2003, más del 84% del gasto total era público y el 66% era asignado al seguro (OMS, 2007).

Distribución del gasto

La distribución del gasto también cambió notablemente a partir de las reformas, y repercutió de manera positiva en el alivio de la pobreza. En 1992 los colombianos recibían en promedio transferencias del sector salud equivalentes al 1,2% de su ingreso (Molina et al., 1993), y hacia 2003 ese porcentaje había ascendido al 1,9%. Antes de las reformas, el 20% más pobre de la población recibía beneficios del sistema de salud equivalentes al 62% del ingreso. Diez años después, este mismo grupo era acreedor de un subsidio de salud que equivalía al 50% de su ingreso, mientras que el 20% más rico de la población transfería el 2,9% de su ingreso a los que estaban en peores condiciones. Los hogares más pobres dentro del régimen subsidiado recibían subsidios de salud correspondientes al 120% de su ingreso en 2003 (Acosta et al., 2007b).

El subsidio para los pobres requirió un esfuerzo fiscal significativo. El régimen de subsidios absorbía alrededor de US\$1.400 millones en 2005, lo que equivalía al 1,1% del PIB (Pinto, 2006). Al comienzo de las reformas, el régimen subsidiado se apoyaba principalmente en los recursos solidarios del fondo de equiparación. Con el tiempo, este régimen se volvió menos dependiente de las contribuciones parafiscales

CUADRO 6.2 | Diez años de reforma

	1993	2003	Porcentaje del cambio
Población total	37.127.293	44.583.577	+20
Empleo (población empleada)	14.674.507	17.466.865	+19
Cantidad de aportantes individuales	4.975.706	6.757.644	+36
PIB (en millones de pesos colombianos constantes de 2000)	151.055.173	187.959.651	+24
PIB (en millones dólares estadounidenses constantes de 2000) ^a	77.148	95.996	+24
Gasto total en salud (millones de pesos colombianos constantes de 2000)	9.494.096	14.270.063	+50
Gasto total en salud (en millones de dólares estadounidenses constantes de 2000) ^a	4.850	7.289	+50
Gasto total en salud, porcentaje del PIB	6,2	7,8	+26
Gasto público directo, porcentaje del PIB	1,4	2,2	+57
Gasto en seguridad social, porcentaje del PIB	1,6	4,3	+169
Gasto público y de desembolsos directos, porcentaje del PIB	3,3	1,2	+64
Gasto en salud per cápita (en pesos colombianos constantes de 2000)	255.717	320.074	+26
Gasto en salud per cápita (en dólares estadounidenses constantes de 2000) ^a	131	163	+26
Promedio de gasto de desembolsos directos per cápita (en pesos colombianos constantes de 2000)	111.633	24.044	-78
Promedio de gasto de desembolsos directos per cápita (en dólares estadounidenses constantes de 2000) ^a	57,02	12,30	-78
Población asegurada, porcentaje	23	63	+174

Fuente: Cálculos de los autores basados en las Cuentas Nacionales de Salud, datos de población del DANE 1951–2015; Banco de la República y DANE para tasas de empleo y tipo de cambio; datos sobre seguros ENH 1992 y Encuesta Nacional de Calidad de Vida, 2003.

^a Tasa de cambio: US\$1 = Col\$ 1.958.

PIB = producto interno bruto.

y actualmente el 65% de los ingresos del régimen es financiado con recursos de la recaudación general de impuestos. Esto fue posible merced a los siguientes factores: el mandato constitucional de aumentar gradualmente las transferencias hacia los gobiernos locales para educación y salud (Sistema General de Participaciones, SGP), la transformación de los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda, un mayor cofinanciamiento de los gobiernos locales, y las restricciones fiscales impuestas al uso de los recursos de la cuenta solidaria del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) como consecuencia de la crisis económica.

Aun así, pese a las muchas ventajas asociadas a las reformas (véase el recuadro 6.1), la cobertura del seguro universal como estaba contemplada originalmente en 1993 no se ha alcanzado todavía. Las limitaciones a la asignación de recursos solidarios y a los niveles de los fondos de equiparación gubernamental complementarios para el seguro de salud redujeron significativamente las posibilidades de ampliar la cobertura entre los pobres (Escobar y Panopoulou, 2002). Además, la compleja economía política en torno a la transformación ha vuelto lento y engorroso este proceso (Giedion, López y Riveros, 2005), y ha

RECUADRO 6.1 | Ventajas de la nueva arquitectura financiera

- Mejoras en la equidad al:
 - Reducirse drásticamente los desembolsos directos
 - Dar protección financiera a más colombianos y a sus familias
 - Reducirse las brechas financieras entre las regiones geográficas
 - Asignar el mismo nivel de recursos para la salud a todos los individuos, con independencia de su ingreso
 - Hacer de los subsidios públicos a la salud el gasto gubernamental mejor asignado
- Aumento del nivel de recursos para la salud al:
 - Incrementarse el gasto gubernamental
 - Movilizarse más recursos provenientes de las contribuciones parafiscales
 - Elevar el número de trabajadores dependientes e independientes que aportan al sistema
- Protección de los recursos para la salud durante la crisis fiscal y económica con un efecto anticíclico a través del fondo de equidad
- Mejoras en cuanto al valor del dinero gracias a:
 - La agrupación de recursos en un fondo de solidaridad
 - La transformación de los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda
 - El hacer explícitos los beneficios y permitir las compras a proveedores públicos y privados

dilatado aún más la consecución de la meta de cobertura universal. De este modo, los afiliados al régimen subsidiado todavía reciben un plan de seguro más acotado que los afiliados al régimen contributivo, y entre los residentes más pobres todavía hay aproximadamente cuatro millones de personas que carecen de seguro.

El financiamiento del sistema de salud colombiano en el contexto internacional

En 2003 Colombia gastaba US\$522 (de acuerdo con la paridad del poder adquisitivo, PPA) per cápita en el sistema de salud, un porcentaje cercano al que desembolsaban México, Brasil y Panamá (PNUD, 2004), que tienen un PIB per cápita mayor que el de Colombia, pero un gasto público en salud como porcentaje del PIB mucho menor. Los países con un gasto de salud per cápita mayor al de Colombia, como Chile (US\$707 según PPA) y Argentina (US\$1.067 según PPA), financian sus sistemas con una amplia proporción de desembolsos privados y directos. La composición de los gastos de salud totales en Colombia difiere bastante de la de la mayoría de los países de América Latina, pero es muy similar a la de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que gastan entre cuatro y cinco veces más per cápita. El tamaño relativo del gasto público en salud expresado como proporción del gasto total en salud en Colombia está entre los más altos de América Latina, y es similar al de los países que exhiben un mejor desempeño de la OCDE (Banco Mundial, 2007; OMS, 2007).²

El gasto privado en los países de América Latina representa más de la mitad del gasto total de salud, salvo en Costa Rica, Cuba y Colombia, cuyos porcentajes en 2004 ascendían al 23%, 14% y 14% respectivamente. Los desembolsos privados y directos como porcentaje del PIB en Colombia se encuentran entre los más bajos del mundo (CEPAL, 2006; OMS, 2007). A pesar de que en 2004 el gasto privado como porcentaje del gasto total en salud del Reino Unido era tan solo un 0,3% más bajo

² Gasto en salud pública como porcentaje del gasto de salud total en 2004: Suiza, 58%; Países Bajos, 62%; Canadá, 70%; España, 71%; Alemania, 77%; Francia, 78%; Japón, 81%; Dinamarca, 82%; Noruega, 83%; Suecia, 85%; Colombia, 86%; Reino Unido, 86,3%.

RECUADRO 6.2 Preocupaciones respecto de la nueva arquitectura financiera

- Gran nivel de complejidad:
 - Numerosas fuentes de financiamiento, lo que aumenta el riesgo de contar con flujos de recursos que ingresen en el sistema en diferentes momentos y compliquen la planificación
 - Flujos de recursos de gran complejidad que provienen del Tesoro y del fondo de solidaridad para las entidades aseguradoras, y que pasan de allí a los prestadores de atención médica del régimen subsidiado
- Sostenibilidad financiera incierta:
 - Fuerte dependencia en el mercado laboral
 - Dificultad para inscribir a los trabajadores informales con capacidad de pago
 - Nivel y disponibilidad de recursos solidarios del fondo de equidad expuestos en gran medida a las decisiones sobre política fiscal que toman las administraciones del gobierno
 - Lenta transformación de los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda
 - Población envejecida del régimen contributivo
 - Paquete de beneficios generoso y abuso del sistema de defensa legal de los derechos de los pacientes
 - Costos crecientes generalizados de la tecnología y de la atención médica en el mundo

que en Colombia, el gasto privado como proporción del PIB en el Reino Unido era mayor que el de Colombia (Banco Mundial, 2007).³

Preocupaciones

A pesar de la importancia del aumento en la cobertura del seguro y de la mayor equidad logrados al cabo de una década, la sostenibilidad financiera del sistema y la viabilidad de la cobertura universal en virtud de los acuerdos actuales (recuadro 6.2) aún es tema de preocupación. Sin un incremento importante en el empleo formal y una mejora en la inclusión de los trabajadores por cuenta propia, el nivel de ingresos procedente de las contribuciones parafiscales podría no incrementarse en los próximos años y podría incluso disminuir. Estos factores, en combinación con una lenta transformación de los subsidios a la oferta

³ Desembolsos directos como porcentaje del gasto total en salud en 2004: Reino Unido, 13,7%; Dinamarca, 17,7%; Japón, 19%; Francia, 21,6%; Alemania, 23%; España, 30%; Canadá, 30,2%.

en subsidios a la demanda, un paquete de beneficios generoso y una población envejecida dentro del régimen contributivo, ponen en grave peligro la sostenibilidad financiera del sistema. Es poco probable que el Tesoro continúe aumentando el volumen de transferencias descentralizadas con posterioridad a 2008, lo cual podría afectar al financiamiento del régimen subsidiado si la transformación se estanca.

Análisis

Equidad del financiamiento

El análisis de la incidencia de los beneficios del gasto público brinda información sobre la orientación de los subsidios públicos hacia los residentes más necesitados. La equidad del financiamiento mejora cuando las personas con menos capacidad de pago reciben más beneficios que las que están en condiciones de pagar. Los resultados se consideran un indicio del rendimiento general del sistema de salud (OMS, 2000).

Mejor asignación de subsidios

La distribución de los subsidios públicos para la salud no había cambiado en Colombia en las dos décadas anteriores a las reformas (Selowsky, 1979). Cerca de un cuarto de la población tenía seguro, el 60% de todos los subsidios públicos para la salud beneficiaba a los grupos de ingreso medio y alto, y más del 10% de los subsidios favorecía a los pacientes más ricos (Molina et al., 1993). Las reformas de 1993 hicieron de los subsidios públicos para la salud el subsidio gubernamental mejor asignado del país (Lasso, 2006).

Existe consenso sobre la mejora sustancial de la asignación de recursos gubernamentales en el marco del nuevo sistema; Sánchez y Núñez (2000) comprobaron que, de acuerdo con los datos de la Encuesta de Calidad de Vida, en 1997 dos tercios de los subsidios públicos para la salud canalizados a través del régimen subsidiado alcanzaban al 40% más pobre de la población, y que tan solo un 2% de estos subsidios beneficiaba al 20% más rico de la población (DANE, 1993b, 1997, 2003). La asignación de subsidios a la oferta es todavía menos eficiente que la asignación de subsidios utilizados para financiar el seguro, también

denominados subsidios a la demanda. Un estudio confirmó estos hallazgos en 2003 (Lasso, López y Núñez, 2004): el 20% más pobre de la población afiliada al régimen subsidiado recibe el 41% del total de los recursos públicos a través de subsidios a la demanda, mientras que el quintil más pudiente recibe solo el 3%. Mientras tanto, los más pobres absorben el 28% y los más ricos el 8% de los subsidios a la oferta. La progresión de los subsidios del sector salud medida por un índice de concentración ha aumentado de 0,26 antes de las reformas a -0,4 para el régimen subsidiado, y tiene un valor de -0,2 en el caso de los recursos que todavía se administran según el sistema anterior de subsidios a la oferta (Lasso, 2006).

Nueva ingeniería financiera

La nueva ingeniería financiera para administrar los subsidios públicos ha tenido un importante impacto en la distribución del ingreso y ha ayudado a reducir la pobreza. Colombia, al igual que Brasil, México y Chile, muestra la distribución de ingresos más desigual de América Latina (PNUD, 2004). De acuerdo con el Departamento Nacional de Planeación, en 2003 el 52% de la población vivía por debajo de la línea de pobreza nacional, y el 17% por debajo de la línea de pobreza extrema nacional. La mitad de la población solo recibía un 14,2% de la recaudación total, como lo refleja el coeficiente de Gini, de casi 0,6 en 2005 (Montenegro, 2006).⁴

Dada la desigualdad sustancial del ingreso y la pobreza en Colombia, los legisladores nacionales han tenido especial interés en evaluar hasta qué punto las reformas del sector salud de 1993 han contribuido a reducir la desigualdad y a mitigar la pobreza. Varios autores (Acosta et al., 2007b; Lasso, 2006; Sánchez y Núñez, 2000) han concluido que las reformas redujeron efectivamente la desigualdad de ingreso y la pobreza. Antes de su implementación, tanto los ricos como los pobres recibían subsidios del sector salud (Molina et al., 1993; Selowsky, 1979). A partir de las reformas, comenzó a haber transferencias netas de los ricos a los pobres; el nivel de transferencias aumenta con el ingreso. De

⁴ El coeficiente de Gini es una medida de la desigualdad en la distribución del ingreso, en donde 0 representa la equidad perfecta y 1 la desigualdad total.

acuerdo con Lasso (2006), aunque los subsidios a la demanda del sector salud representan solo el 9% de los subsidios del sector social público, son responsables del 18% del impacto total redistributivo y reducen el coeficiente de Gini en 0,015.

En un sentido similar, otros investigadores han concluido que los subsidios provenientes de la recaudación tanto de contribuciones para-fiscales como de impuestos generales redujeron la pobreza de ingreso en un 3%, y el coeficiente nacional de Gini bajó de 0,58 a 0,55. El beneficio más importante se observa entre los que se encuentran dentro del régimen subsidiado, ya que en este grupo el coeficiente de Gini cae de 0,46 a 0,39, lo que indica que la desigualdad entre los afiliados disminuyó en mayor medida que en la población en su conjunto (Acosta et al., 2007b).

Redistribución del ingreso dentro del régimen contributivo

El diseño de agrupamiento de riesgos del régimen contributivo colombiano ha tenido efectos destacados en la redistribución del ingreso. Los beneficios recibidos son independientes de los pagos para-fiscales efectuados, y del tamaño de la familia, las características socioeconómicas y los factores de riesgo de los afiliados. En Acosta et al. (2007) se da cuenta de que los más pobres dentro del régimen contributivo reciben un subsidio equivalente a más del 20% de su ingreso, proporcionado por la transferencia neta que representa más del 6% del ingreso de los dos quintiles más ricos. Como consecuencia de ello, el coeficiente de Gini para los 16 millones de beneficiarios de este régimen se reduce de 0,51 a 0,49 (Ministerio de la Protección Social, 2006). En otras palabras, la mecánica del financiamiento de la salud dentro del régimen contributivo reduce la desigualdad del ingreso en este grupo.

Protección financiera

En vista de que la barrera más importante para recibir atención sanitaria antes de las reformas era el costo económico, la protección financiera resultó crítica para el diseño del nuevo sistema. La evaluación robusta del impacto de las reformas sobre la protección financiera ha sido de gran interés para investigadores y legisladores por igual, a pesar de las dificultades metodológicas que surgen de las diferencias en los planes

de beneficios y en los procesos de afiliación a los distintos regímenes. Este desafío ha motivado la realización de algunos estudios a partir de 2001. La metodología de la OMS para estimar la incidencia de los gastos catastróficos y el empobrecimiento ha sido muy utilizada (OMS, 2001; Xu, 2005). Siguiendo este enfoque, los autores concluyen que en promedio el 10% de los hogares colombianos incurre en gastos para atender catástrofes, definidos estos como los costos en salud que superan el 10% del ingreso disponible. La incidencia cae al 3% si el umbral de gasto catastrófico asciende al 40% del nivel de ingreso disponible (Baeza y Packard, 2007; Kawabata, Xu y Carrin, 2002; Xu et al., 2003).

Pese a la limitada posibilidad de comparación entre los estudios, todos los autores que se han dedicado al caso colombiano (Bitrán, Giedion y Muñoz, 2004; Castaño et al., 2002; Flórez, Giedion y Pardo, 2007; O'Meara, Ruiz y Amaya, 2003; Panopoulou, 2001; Trujillo y Portillo, 2005) coinciden en lo siguiente:

- La incidencia del gasto para atender catástrofes en Colombia se redujo a partir de las reformas.
- La incidencia del gasto catastrófico es menor en la población asegurada que en la no asegurada.
- La incidencia del gasto catastrófico aumenta a medida que disminuye el ingreso.
- El grupo más vulnerable tiene una mayor incidencia de gastos catastróficos y mayores probabilidades de caer por debajo de la línea de pobreza.

Asimismo, Bitrán et al. (2004) hallaron que entre los no asegurados la incidencia del gasto para atender catástrofes en 2003 era mayor en el caso de los gastos asociados a la atención hospitalaria que en atención ambulatoria. Flórez y Hernández (2005) observaron que la incidencia de gastos catastróficos disminuyó entre 1997 y 2003, pero que la probabilidad de que el grupo más pobre cayera debajo de la línea de la pobreza creció en dicho período como resultado de la crisis económica. Utilizando un análisis prospectivo de una cohorte de población en cuatro ciudades colombianas, Ruiz y Venegas (2007) comprobaron que el seguro aumenta la probabilidad de utilizar los servicios y reduce el gasto para atender catástrofes, en particular en el caso de los pobres.

Análisis de desigualdad y protección financiera

Dada la gran desigualdad en Colombia, es importante analizar la protección financiera por nivel de ingreso. No sorprende que los ricos estén mejor protegidos que los pobres y que los asegurados estén mejor protegidos que los que carecen de un seguro. No obstante, por más útil que sea este tipo de resultados de incidencia, es preciso atender dos consideraciones.

En primer lugar, los resultados podrían estar subestimando la incidencia del gasto catastrófico porque el método no tiene en cuenta el hecho de que no todas las personas que se enferman usan efectivamente los servicios de atención de salud: en promedio, un 20% de las personas que se enfermaron en 2003 no buscó atención médica. Las personas enfermas de bajos recursos y las no aseguradas usan los servicios con menos frecuencia que los ricos (Giedion y Díaz, 2007; Ruiz y Venegas, 2007). Cuando se considera exclusivamente a la población que utiliza los servicios, los investigadores observan que el 28% de los hogares incurre en gastos catastróficos, definido este tipo de gasto como un 10% del ingreso disponible. Esta estimación se reduce al 8,3% cuando se emplea el 40% del ingreso disponible como umbral. Los resultados del cuadro 6.3, clasificados por nivel de ingreso, permiten apreciar la importancia de considerar este efecto en el nivel de acceso.

CUADRO 6.3 | Estimaciones de incidencia para gastos catastróficos, 2003

Nivel de ingreso	Incidencia del gasto catastrófico, todos los hogares (porcentaje)	Incidencia del gasto catastrófico, hogares usuarios de servicios (porcentaje)
Quintil 1	12	41
Quintil 2	12	38
Quintil 3	9	25
Quintil 4	7	19
Quintil 5 (más rico)	6	19
Población total	10	28

Fuente: Flórez et al. (2007).

En segundo lugar, las diferencias en la incidencia del gasto catastrófico entre los asegurados y los no asegurados no pueden interpretarse directamente como resultado del seguro. Las diferencias en las características observadas y no observadas tanto de los asegurados como de los no asegurados pueden desviar tendenciosamente los resultados de la incidencia, e impedir establecer una causalidad.

Impacto del seguro en el gasto catastrófico y el empobrecimiento

Para establecer la causalidad hay que evaluar el impacto del seguro en la protección financiera, usando experimentos controlados o modelos semi-paramétricos. Es necesario agrupar individuos con características similares pero con diferente condición frente al seguro para establecer la causalidad con cierto grado de confianza. Los resultados del único análisis de este tipo para el caso colombiano (Giedion, Flórez y Díaz, 2008) dan cuenta de que las personas aseguradas tienen una menor probabilidad de enfrentar gastos catastróficos y empobrecimiento que las personas no aseguradas. Como es lógico, estas probabilidades disminuyen a medida que el umbral de ingreso utilizado aumenta del 10% al 40% del ingreso disponible.

En el cuadro 6.4 se muestra (utilizando el 10% del ingreso disponible como umbral para el gasto catastrófico en el caso del régimen subsidiado) que los afiliados tienen un 21% menos de probabilidad de enfrentar gastos catastróficos y un 4% menos de probabilidad de mayor empobrecimiento que sus pares no asegurados.

Se ha comprobado en general que las reformas en Colombia proveen de protección financiera al mitigar significativamente el impacto financiero de las situaciones de conmoción de salud en los hogares. El régimen contributivo brinda una mejor protección que el subsidiado, lo cual es esperable dadas las diferencias en los paquetes de beneficios y el hecho de que los trabajadores independientes/informales están en mejor situación cuando poseen un seguro.

Sostenibilidad financiera

Las reformas de 1993 permitieron que las entidades aseguradoras de los sectores público y privado recaudaran las contribuciones a la seguridad social en representación del gobierno. Al haber muchos agentes a cargo

CUADRO 6.4 | Impacto del seguro en el gasto catastrófico y el empobrecimiento, 2003

Asegurados	Diferencia de probabilidad de enfrentar gastos catastróficos (porcentaje)		Diferencia de probabilidad de caer por debajo de la línea nacional de pobreza (porcentaje)
	10% del ingreso	40% del ingreso	
Régimen subsidiado	-21	-4	-4
Régimen contributivo, trabajadores en relación de dependencia	-40	-1 ^a	No significativo
Régimen contributivo, trabajadores por cuenta propia e informales	-71	-8	-3,35

Fuente: Flórez et al. (2007).

Nota: Puntaje de propensión que coincide con los resultados del régimen subsidiado; variable instrumental o resultados de probabilidad para el régimen contributivo.

de recaudar las contribuciones parafiscales, el sistema pudo aumentar considerablemente la recaudación. El diseño y la implementación de las reformas poseen varias características que afectan a la sostenibilidad financiera del sistema; estas características merecen cierta atención. En esta sección se analizan algunas de ellas a la luz de la función financiera del sistema (OMS, 2000).

Recaudación de fondos

Cuestiones de instrumentación. La realidad económica durante la década de 1990 fue muy distinta de las expectativas macroeconómicas positivas de 1993 respecto del crecimiento económico y el impacto positivo en los mercados de trabajo para el resto de la década (Ministerio de Salud, 1994; DANE, 1993a). Las proyecciones mostraban un crecimiento anual del 3,5% en el empleo; del 2,1% en el caso de los trabajadores por cuenta propia, y del 1,8% en los salarios generales, que se sumaban a los bajos niveles de evasión de contribuciones parafiscales. En estas

circunstancias, el sistema habría sido totalmente sostenible, con una cobertura universal que proveyera los mismos beneficios para todos.

Las tasas del empleo informal siguieron siendo elevadas (Herrera, 2005) y la economía entró en una profunda recesión económica tan solo cinco años después de la introducción de las reformas. El desempleo alcanzó el 18% y las tasas de dependencia treparon durante la crisis económica, lo que limitó la afiliación al régimen contributivo (DANE, 1993a; Pinto, 2006). El número de contribuyentes del sistema cayó en el año 2000 para luego recuperarse lentamente hasta llegar a los 7,5 millones en 2005. De acuerdo con el Ministerio de la Protección Social, más del 40% de la población recibe subsidios, mientras que la afiliación al régimen contributivo está lejos del 70% inicial de la población objetivo.

Las promesas incumplidas representaron un problema para la instrumentación. Durante el período de implantación de la reforma, el Tesoro no asignó al seguro el nivel de recursos que exigía la Ley 100. Por ejemplo, los fondos de equiparación de las contribuciones solidarias se redujeron, parte de los ingresos de dichas contribuciones del fondo de equiparación se utilizó para manejar el déficit fiscal, y la transformación de subsidios a la oferta en subsidios a la demanda se interrumpió, lo que limitó la expansión del seguro. La divergencia entre el diseño y las normas de implementación reales para las asignaciones del gobierno y para el uso de las finanzas del sistema de salud ilustra la vulnerabilidad del financiamiento estatal, en particular en el entorno de ajuste fiscal y de complejidades de la economía política que rodean a las reformas de gran escala.

La evasión de contribuciones parafiscales, tanto en términos de la falta de afiliación como de la subdeclaración de salarios, tiene sus orígenes en el diseño y en la implementación de la reforma. La aplicación deficiente del gobierno y la falta de sistemas sofisticados de información fueron algunos de los problemas de implementación que contribuyeron a la evasión. Se cree que las afiliaciones y las irregularidades en la declaración de salarios en el régimen contributivo explican la brecha del 30% entre los ingresos por aportes esperados y los efectivamente recaudados en el año 2000 (Panopoulou, 2001; Bitrán et al., 2002).

Cuestiones de diseño. La falta de incentivos apropiados para que las entidades aseguradoras recauden aportes basados en las contribuciones

reales de salarios contribuye a la evasión. Bitrán et al. (2002) estimó que la reducción del 10% en la recaudación de aportes en 2000 obedeció a la subdeclaración de ingresos. El proceso de equiparación del régimen contributivo es un excelente mecanismo de optimización de la solidaridad. Sin embargo, al mismo tiempo, toda la carga del riesgo financiero de la subdeclaración de ingresos y de las altas tasas de dependencia recae sobre el fondo. Ni las entidades aseguradoras ni los contribuyentes cuentan con incentivos para realizar aportes basados en el ingreso real. A fin de identificar a los evasores, el gobierno ha tomado recientemente medidas específicas que parecen estar rindiendo frutos: la brecha del 30% se redujo al 17% en 2003 (Acosta et al., 2007). No obstante, deben crearse incentivos para que las aseguradoras recauden aportes sobre la base del ingreso real.

Existe preocupación acerca de los altos costos laborales en Colombia, su efecto sobre el empleo y, por ende, sobre la movilización de recursos para la salud. Un estudio sugiere que las contribuciones parafiscales más altas resultantes de las reformas de 1993 han afectado negativamente al empleo (Kugler, 2002). Una de las mayores crisis económicas sufridas por el país coincidió con el período del estudio; sin embargo, se deben realizar otros análisis similares después de que la economía atraviase varios años de crecimiento.

La falta de movilidad automática entre los regímenes de seguros ante un cambio en la condición laboral de las personas pobres es considerada una de las causas del lento crecimiento del empleo formal y de las afiliaciones al régimen contributivo (Gaviria, Medina y Mejía, 2006). El efecto parece profundizarse con las oportunidades de empleo formal temporal de los pobres, lo cual trae aparejada la introducción de medidas del gobierno para facilitar la movilidad entre los regímenes. Sin embargo, los problemas asociados a los niveles salariales, la combinación de capacidades y el empleo temporal en algunos segmentos de la población no pueden solucionarse únicamente a partir del sistema de salud.

Los efectos de las contribuciones parafiscales en los niveles de empleo deben estudiarse con más detalle a fin de analizar la relación existente entre las contribuciones parafiscales y el empleo formal, paralelamente a los efectos asociados a la mayor carga impositiva general de la economía. Un dato interesante es que durante los primeros 10 años

de las reformas el número de contribuyentes creció un 36%, mientras que el empleo subió tan solo un 20%. Los contribuyentes del sector de trabajadores por cuenta propia e independientes aumentaron más que los de cualquier otro sector (Giedion et al., 2008). El rápido ritmo de afiliaciones al régimen contributivo se ralentizó notablemente en los últimos años.

Pese a no haber evidencia empírica para el caso colombiano, los hospitales públicos que actúan como redes de seguridad para todos los ciudadanos podrían desalentar la afiliación de los no asegurados (Chernew y McLaughlin, 1997). Aunque la ley establece un período mínimo de contribución para acceder a los beneficios, controlar una selección adversa se vuelve muy difícil cuando los pacientes optan por transitar libremente por el sistema, afiliarse cuando se enferman (las entidades aseguradoras están obligadas a afiliar a todas las personas que soliciten el seguro) y obtener asistencia legal para sus expectativas.

Agrupamiento

Diseño y mecanismos de implementación para respaldar la sostenibilidad. La articulación del financiamiento de la salud dentro de la arquitectura del sistema reformado ha contribuido positivamente a la eficiencia y a la protección financiera de una amplia porción de la población. La mezcla de recursos provenientes de las contribuciones solidarias con la recaudación de impuestos generales permite implementar subsidios cruzados para los pobres en el régimen subsidiado. En 10 años, el 36% de los contribuyentes parafiscales permitió que el sistema asegurase a un 80% más de personas tan solo en el régimen contributivo.

El fondo de equiparación ha demostrado ser eficaz como mecanismo de financiamiento anticíclico. Una disminución de la recaudación producto de la reducción del salario promedio, el aumento del desempleo y mayores índices de dependencia no afectarían el nivel de los recursos disponibles para proveer seguro, siempre y cuando existan reservas adecuadas, como fue el caso durante la crisis económica de 1998–2001. Agotadas las reservas a principios de 2002, fue necesario reducir las primas del seguro en términos reales para el año 2003; esta medida, que coincidió con un período de crecimiento económico, restableció

las reservas del fondo. Las contracciones macroeconómicas se neutralizan adecuadamente, en la medida en que se preserve el mecanismo de financiamiento anticíclico (Castaño, 2004).

Compras

Cuestiones de diseño e implementación. La definición y la tarificación de un paquete de beneficios puede constituir uno de los aspectos más difíciles y controvertidos de la reforma, pero es un factor determinante de la sostenibilidad financiera. Los generosos beneficios de la seguridad social que existían antes de la reforma influyeron en la aprobación de un paquete generoso para el régimen contributivo, lo que impuso una gran carga financiera a la cobertura universal que tiene un solo plan de beneficios. Aunque deseable en gran medida, solucionar las diferencias en el nivel de la cobertura de los dos regímenes resulta difícil en el corto plazo; transcurridos 10 años del comienzo de la reforma, está claro que la dimensión total del paquete contributivo debe ser revisada a conciencia para lograr las metas de la reforma. Otra amenaza grave para la viabilidad financiera es la utilización de un sistema jurídico concebido para proteger de manera razonable los derechos de los pacientes que a menudo dictamina en contra del sistema y le exige hacerse cargo de beneficios que están fuera del paquete (Giedion, 2006). A menos que se introduzcan cambios en el paquete de beneficios y se encare una profunda reestructuración de los hospitales públicos para acelerar la transformación de los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda, la cobertura universal con un plan de seguros para todos está todavía lejos de lograrse.

La regulación de los contratos suscritos entre las entidades aseguradoras y los prestadores públicos de atención de la salud en el régimen subsidiado (Ministerio de la Protección Social, 2007) puede generar inflación artificial y una asignación deficiente de recursos. Las contrataciones forzadas no les permiten a las entidades aseguradoras competir en calidad y costo de servicios ni elegir a los mejores prestadores; también limitan la elección que hacen los pobres e impiden a los hospitales públicos mejorar su eficiencia, dado que sus servicios podrían ser comprados por ley. Se necesitan datos para evaluar el impacto de esta medida.

Conclusiones

Diez años después de la reforma de 1993 en materia de atención de la salud en Colombia, los resultados muestran una notable mejora en el nivel, la distribución y la composición relativa del financiamiento de la salud. En promedio, todos los grupos de la población se beneficiaron de la reforma, pero los más beneficiados fueron los pobres.

La evidencia apoya la teoría de que la ingeniería financiera del sistema de salud colombiano ha tenido un importante efecto redistributivo, que tanto permitió reducir la desigualdad del ingreso como proveyó de protección financiera a una vasta porción de la población. La experiencia colombiana pone de manifiesto que cambiar de un sistema de subsidios a la oferta a un sistema de subsidios a la demanda es beneficioso para los pobres, dada la capacidad redistributiva del sistema y su metodología de asignaciones. Además, el fondo de equiparación nacional ha sido central no solo para mejorar la solidaridad sino también por su efecto anticíclico durante los tiempos económicos negativos.

A pesar de estos logros, sin embargo, la transformación del viejo al nuevo sistema de salud ha sido un proceso arduo que todavía no se ha completado. Para consolidar la reforma se precisa coherencia en las políticas del gobierno, lo cual no ha sido siempre el caso durante el período 1993–2003.

Quizá los autores de la reforma de 1993 hayan subestimado la complejidad de la economía política de la transformación de subsidios a la oferta en subsidios a la demanda y sus implicancias para las metas de la reforma. La gestión financiera descentralizada y la propiedad de las instalaciones públicas, la grave rigidez laboral asociada a la capacidad fijada y los poderosos grupos de intereses especiales son tan solo algunos de los desafíos que enfrenta el sistema a medida que continúa remodelando su financiamiento para alcanzar la cobertura universal. La transformación de los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda fue más lenta de lo esperado y requirió un apoyo mayor que la reforma de hospitales contenida en la Ley 100/1993 y la asignación de recursos del Tesoro de la equiparación “uno a uno” de las contribuciones solidarias. La voluntad política, las complejas negociaciones con los gobiernos locales y la inversión extranjera han conformado algunos de

los ingredientes que apoyaron el proceso necesario, altamente complejo y continuo de los hospitales públicos.

Las regulaciones de protección de los derechos de los pacientes son importantes, siempre y cuando las finanzas del sistema no se vean menoscabadas por el dilema ético de proveer a los pacientes no asegurados servicios que no están siquiera contemplados en el ya de por sí generoso plan de beneficios.

La consolidación de la visión de la reforma exige persistencia para mantener su sostenibilidad financiera, y considerar al mismo tiempo varios de sus aspectos determinantes:

- El paquete de beneficios y el cumplimiento de sus límites.
- La eficiencia del gasto público que llama a una acelerada transformación de los subsidios públicos y a una reestructuración de los hospitales públicos.
- La coordinación de los incentivos para lograr la mayor recaudación posible de parte de todos, de acuerdo con el nivel de ingreso y con independencia de las alternativas del mercado laboral.
- La aplicación de estrategias innovadoras para expandir la cobertura atrayendo al sector informal hacia el régimen contributivo y subsidiando solo parcialmente a las personas de bajos recursos.

Lecciones para Colombia

El mejoramiento de la asignación de subsidios públicos se ve facilitado en gran medida por el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisben). Aún está pendiente determinar la frecuencia de las actualizaciones y cómo abordar los cambios de condición de las personas ya aseguradas, así como también sus implicancias financieras.

Las dificultades para hacer cumplir los límites de un paquete de beneficios inherentemente generoso que surgen del mecanismo predominante de defender los derechos de los pacientes podría fácilmente poner en riesgo la sostenibilidad financiera y la equidad del sistema. La cobertura universal sin límites no es sostenible.

El efecto de la agrupación en el régimen contributivo es el mejor ejemplo de sus beneficios, no solo en términos de los subsidios

cruzados sino también en cuanto al efecto anticíclico del fondo en la recaudación.

La solidaridad constituye un principio fundamental del sistema de salud colombiano. Pero las contribuciones basadas en los salarios y no ajustadas en función del tamaño de la familia en el régimen contributivo aprietan las finanzas del sistema, y proveen pocos incentivos para el contribuyente o la aseguradora para mantener información precisa sobre los salarios y el tamaño familiar.

La transformación de los subsidios a la oferta en subsidios a la demanda ha demostrado ser un mecanismo necesario pero insuficiente para modificar los procesos de presupuestación del sistema de salud y para mejorar la equidad. La experiencia demuestra que es necesario continuar apoyando este proceso mientras se reestructuran los hospitales públicos, a fin de mejorar aún más la asignación y la eficiencia del financiamiento público.

El cobro de contribuciones parafiscales por parte de un gran número de entidades aseguradoras ha demostrado ser una manera eficaz de recaudar recursos significativos en períodos breves. La pequeña base impositiva y el débil sistema de recaudación fiscal de 1993 no hubieran podido respaldar una movilización equivalente de recursos para la salud si el sistema se hubiese apoyado solamente en la carga impositiva general. No obstante, dadas las preocupaciones sobre los altos costos laborales y el fortalecimiento continuo de los sistemas de recaudación y administración tributaria, podría ser posible comenzar a identificar alternativas de financiamiento del sistema de salud colombiano en el futuro.

La incorporación del método “todo en uno” para recaudar las contribuciones parafiscales —que unifica la base de ingresos salariales de los individuos para las jubilaciones y la salud— parece ser un paso en la dirección correcta hacia la coordinación de incentivos y el aumento de la recaudación.

Los cambios en el perfil demográfico ya se están identificando en el régimen contributivo. La población envejecida afiliada en el grupo de ingreso más alto podría convertirse en una carga financiera mayor para el sistema en algunos años. En 2008 las finanzas del régimen dependían en gran medida de las contribuciones de estas personas. Es necesario comenzar a trazar estrategias sobre cómo manejar las implicaciones financieras de la población que envejece.

Lecciones para el mundo

Es posible mejorar el nivel y la distribución del gasto público en salud; la estructura financiera y la mecánica de los flujos de recursos son factores clave del éxito. Se requiere voluntad y respaldo político para mantener acuerdos financieros que benefician a los pobres. Antes de las reformas, la composición del gasto en salud de Colombia era comparable con la de Kenya, India y varios países de América Latina.

La recaudación de contribuciones parafiscales en un régimen de seguro social no es una tarea fácil en las economías con una gran proporción de empleo informal. Por su parte, el financiamiento basado solamente en la carga impositiva general puede requerir una reforma fiscal a fin de lograr un sistema tributario progresivo con una amplia base fiscal para evitar que se menoscabe el principio de equidad. Se deben analizar las implicaciones de la relación entre equidad y eficiencia de las fuentes alternativas de financiamiento según el contexto particular propio de cada país. Es imposible concebir la sostenibilidad financiera de un sistema de salud sin tener en cuenta la evolución general de la economía, independientemente de cuál sea la fuente principal de financiamiento del sistema.

La existencia de dos regímenes de seguro simultáneos presenta dificultades tanto en materia de equidad como de traspaso. La actualización frecuente de los puntajes de asignación de recursos y el seguimiento de los cambios en el mercado laboral pueden mejorar la movilidad entre los regímenes de seguros, y disminuir el riesgo que implica aceptar empleos temporales.

Definir una lista positiva de beneficios es una tarea difícil en términos políticos, pero hacer cumplir sus límites resulta aún más complejo. En países en vías de desarrollo con escasez de recursos, un paquete de beneficios menos abarcador para todos tiene más probabilidades de ser viable y de no afectar negativamente la sostenibilidad financiera y la equidad en el largo plazo.

El logro de una cobertura universal presenta varios obstáculos, no solo por las consideraciones financieras de la economía en su conjunto, sino también por la existencia de prestadores de redes de seguridad que actúan como sustitutos de seguros y proveen incentivos para acceder gratuitamente al sistema.

Tampoco debe subestimarse la resistencia de los hospitales públicos a renunciar a los subsidios a la oferta, debido a la visibilidad política de los hospitales y de los desafíos que imponen las decisiones tomadas en el pasado.

Agradecimientos

Queremos agradecer a todos los investigadores de Colombia que dedicaron su tiempo y esfuerzo al análisis de las reformas del sistema de salud colombiano de 1993. También queremos agradecer a las instituciones colombianas y extranjeras que contribuyeron durante los últimos 15 años al desarrollo de análisis técnicos de los diversos aspectos de la experiencia colombiana. Algunas de las conclusiones de investigaciones aquí reflejadas recibieron en diferentes momentos el apoyo de organizaciones tales como la Fundación Corona, la Asociación de Entidades de Medicina Integral (ACEMI), el Centro de Proyectos para el Desarrollo (Cendex) de la Universidad Javeriana, el Departamento de Economía de la Universidad de Rosario, el Centro para Estudios Económicos y de Desarrollo (CEDE) de la Universidad de los Andes, la Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo (Fedesarrollo), el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). También vaya nuestro agradecimiento a Nelcy Paredes por sus aportes, a Amanda Glassman por sus valiosos comentarios sobre versiones anteriores de este trabajo, a Yamillet Fuentes y a todos los otros miembros del Equipo de Trabajo de Financiamiento de Salud, y a la Iniciativa Global de Salud de The Brookings Institution de Washington D.C., por su apoyo.

Referencias

- Acosta, O., C. Karl, J. Misas et al. 2007a. *Capacidad potencial de redistribución del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá: Universidad del Rosario, Fundación Corona.
- . 2007b. *Equidad en el financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia*. Documento de trabajo No. 15. Bogotá: Fundación Corona, Departamento Nacional de Planeación, Universidad de los Andes y Universidad del Rosario.
- Baeza, C. y T.G. Packard. 2007. *Beyond Survival. Protecting Households from Health Shocks in Latin America*. Palo Alto, CA: Stanford University Press.
- Barón, G. (ed.). 2007. *Cuentas de salud de Colombia 1993–2003. El gasto de salud y su financiamiento*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Banco Mundial. 2007. World Development Indicators Online. Washington, D.C.: Banco Mundial. Disponible en: www.theworldbank.org.
- Bitrán, R. et al. 2002. *Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos públicos y privados encargados de la afiliación, pago y recaudo de aportes al SGSSS*. Bogotá: Econometría, Ministerio de Salud.
- Bitrán, R., U. Giedion y R. Muñoz. 2004. *Risk pooling, ahorro y prevención: estudio regional de políticas para la protección de los más pobres de los efectos de los shocks de salud. El caso de Colombia*. Santiago, Chile: Bitrán y Asociados/Banco Mundial.
- Castaña, R. A. 2004. *Elementos fundamentales del equilibrio financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que inciden en las decisiones de ajuste del POS y/o de la UPC*. Documento de trabajo. Bogotá: Fundación Corona.
- Castaña, R., U. Giedion, J. Arbeláez et al. 2002. Equitable Financing, Out-of-Pocket Payments and the Role of Health Care Reform in Colombia. *Health Policy and Planning* 17(90001):5–11.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). 2006. *Shaping the Future of Social Protection: Access Financing & Solidarity*. Montevideo: CEPAL.
- Chernew, M. F. K. y C. G. McLaughlin. 1997. The Demand for Health Insurance Coverage by Low-Income Workers: Can Reduced Premiums Achieve Full Coverage? *Health Services Research*, 32:453–70.

- DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística). 1992. Encuesta nacional de hogares. Bogotá: DANE.
- . 1993a. *Las estadísticas sociales en Colombia*. Bogotá: DANE.
- . 1993b. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional—CASEN. Bogotá: DANE.
- . 1997. Encuesta Nacional de Calidad de Vida. Bogotá: DANE.
- . 2003. Encuesta Nacional de Calidad de Vida. Bogotá: DANE.
- Escobar, M. L. y P. Panopoulou. 2002. Health. In: M. M. Giugale, O. Lafourcade y C. Luff (eds.), *Colombia: The Economic Foundation of Peace*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Flórez, C. E., U. Giedion y R. Pardo. 2007. *Financial Protection in Colombia: The Mitigating Impact of Social Health Insurance*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Flórez, C. E. y D. Hernández. 2005. *Financing and the Health System: Colombia Case Study*. Informe. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Gaviria, A., C. Medina y C. Mejía. 2006. Evaluating the Impact of Health Care Reform in Colombia: From Theory to Practice. Center for Economic and Development Studies, Documento No. 6. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Giedion, U. 2006. *Análisis comparativo de los trabajos sobre tutelas y recobros*. Informe. Bogotá: Banco Mundial.
- Giedion, U. y B. Díaz. 2007. *The Impact of Health Insurance on Access, Utilization and Health Status: The Case of Colombia*. Documento de trabajo. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- Giedion, U., C. E. Flórez y B. Díaz. 2008. *The Impact of Health Insurance on the Incidence of Catastrophic Health Expenditures: The Case of Colombia*. Washington, D.C.: Centro de Estudios Económicos y Sociales: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Giedion, U., A. López y H. Riveros. 2005. *Opciones para la transformación de subsidios de oferta a demanda*. Washington, D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Herrera, C. 2005. Informalidad y salarios relativos en Colombia, 1992–2004: factores de oferta y demanda. Tesis para el master. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Kawabata, K., K. Xu y G. Carrin. 2002. Preventing Impoverishment through Protection against Catastrophic Health Expenditure. *Bulletin of the World Health Organization* 80(8).

- Kugler, A. K. M. 2002. *Effects of Payroll Taxes on Employment and Wages: Evidence from the Colombian Social Security Reform*. Center for Research on Economic Development and Policy Reform. Documento de trabajo. Berkeley, CA: Stanford University.
- Lasso, F. J. 2006. Incidencia del gasto público sobre la distribución del ingreso y la reducción de la pobreza. In: *Reporte de la Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- Lasso, F., H. López y J. Núñez. 2004. *Incidencia del gasto público social sobre la distribución del ingreso y la reducción de la pobreza*. Bogotá: Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad, Departamento Nacional de Planeación.
- Ministerio de la Protección Social. 2006. Registros de Afiliación. In: *Demanda, DDL*. Bogotá: Gobernación de Colombia.
- . 2007. Ley 1122 de enero de 2007. Reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Gobernación de Colombia.
- Ministerio de Salud. 1994. *La reforma a la seguridad social en salud*. Vol. 5: *La definición del valor del plan obligatorio de salud*. Bogotá: Carrera Séptima.
- Molina, C. G., M. C. Rueda, M. Alviar et al. 1993. *Estudio de incidencia del gasto público social: el gasto público en salud y distribución de subsidios en Colombia*. Bogotá: Banco Mundial/Fedesarrollo.
- Montenegro, S. 2006. Estimaciones de pobreza e indigencia en Colombia 2005. In: *La pobreza en Colombia*. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación.
- O'Meara, G., F. Ruiz y J. L. Amaya. 2003. *Impacto del aseguramiento sobre uso y gasto en salud en Colombia*. Bogotá: Centro Editorial Javeriano.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). s/f. Statistical Information System. Disponible en: <http://www.who.int/whois/en/index.html>.
- . 2000. *Health Systems: Improving Performance*. Ginebra: OMS.
- . 2001. *Technical Consultation on Fairness in Financial Contribution to Health Systems*. Documento de apoyo. Ginebra: OMS.
- Panopoulou, G. 2001. *Affiliation and the Demand for Health Care by the Poor in Colombia*. Sussex, UK: University of Sussex Department of Economics.

- Pinto, D. 2006. *Good Practices in Expanding Health Care Coverage: Lessons from Colombia*. Washington, D.C.: Banco Mundial.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). 1992. *Human Development Report: Global Dimensions of Human Development*. Nueva York: Oxford University Press.
- . 2004. *Human Development Report: Global Dimensions of Human Development*. Nueva York: Oxford University Press.
- Ruiz, F. A. J. y S. Venegas. 2007. Progressive Segmented Health Insurance: Colombian Health Reform and Access to Health Services. *Health Economics* 16:3–18.
- Sánchez, F. y J. Núñez. 2000. Descentralización, pobreza y acceso a los servicios sociales. ¿Quién se benefició del gasto público social en los noventa? Serie Política Fiscal No. 113. Santiago, Chile: CEPAL.
- Selowsky, M. 1979. *Who Benefits from Government Expenditure? A Case Study from Colombia*. Nueva York: Oxford University Press.
- Trujillo, A. J. y J. E. Portillo. 2005. The Impact of Subsidized Health Insurance for the Poor: Evaluating the Colombian Experience Using Propensity Score Matching. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 5:211–39.
- Xu, K. 2005. *Distribution of Health Payments and Catastrophic Expenditures. Methodology*. Documento de análisis No. 2. Ginebra: OMS.
- Xu, K., D. Evans, K. Kawabata et al. 2003. Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis. *Lancet* 362:111–17.

Colaboradores

Capítulo 1

- María Luisa Escobar, Economista Principal en Salud del Banco Mundial, y miembro no residente del cuerpo docente de The Brookings Institution, Washington, D.C.
- Úrsula Giedion, investigadora independiente, Bogotá.
- Antonio Giuffrida, Especialista en Salud del Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.
- Amanda L. Glassman, Especialista Principal en Desarrollo Social del Banco Interamericano de Desarrollo, y miembro no residente del cuerpo docente de The Brookings Institution, Washington, D.C.

Capítulo 2

- Amanda L. Glassman, Especialista Principal en Desarrollo Social del Banco Interamericano de Desarrollo, y miembro no residente del cuerpo docente de The Brookings Institution, Washington, D.C.
- Diana M. Pinto, de la Fundación para el Desarrollo Económico y Social, y del Departamento de Epidemiología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Leslie F. Stone, Especialista en Desarrollo Social del Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.
- Juan Gonzalo López, de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

Capítulo 3

- Úrsula Giedion, investigadora independiente, Bogotá.
- Beatriz Yadira Díaz, Gerente de proyecto, Oficina de Evaluación del Impacto, Departamento Nacional de Planeación de Colombia.
- Eduardo Andrés Alfonso, Analista científico, Oficina de Evaluación del Impacto, Departamento Nacional de Planeación de Colombia.

- William D. Savedoff, Senior Partner, Social Insight, Portland, Maine.

Capítulo 4

- Teresa M. Tono, Directora del Programa de Reforma de Salud, Ministerio de Protección Social de Colombia.
- Enriqueta Cueto, Coordinadora Técnica, Programa de Modernización de la Red Hospitalaria, Ministerio de la Protección Social de Colombia.
- Antonio Giuffrida, Especialista en Salud del Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C.
- Carlos H. Arango, Director de Sinergia Consultores.
- Álvaro López, consultor independiente.

Capítulo 5

- Carmen Elisa Flórez, Universidad de los Andes, Bogotá.
- Úrsula Giedion, investigadora independiente, Bogotá.
- Renata Pardo, Ministerio de Protección Social de Colombia.
- Eduardo Andrés Alfonso, Analista científico, Oficina de Evaluación del Impacto, Departamento Nacional de Planeación de Colombia.

Capítulo 6

- María Luisa Escobar, Economista Principal en Salud del Banco Mundial, y miembro no residente del cuerpo docente de The Brookings Institution, Washington, D.C.
- Úrsula Giedion, investigadora independiente, Bogotá.
- Olga Lucía Acosta, Departamento de Economía, Universidad del Rosario, Bogotá.
- Ramón A. Castaño, Departamento de Economía, Universidad del Rosario, Bogotá.
- Diana M. Pinto, de la Fundación para el Desarrollo Económico y Social, y del Departamento de Epidemiología Clínica de la Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Fernando Ruiz Gómez, Director del Centro de Proyectos para el Desarrollo, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.

SALUD

Salud al alcance de todos es el primer análisis exhaustivo de las reformas del sistema de salud que se llevaron a cabo en Colombia en 1993. Describe la creación del seguro médico, que incluye un plan subsidiado para los pobres, y examina las repercusiones de estas y otras reformas durante un período aplastante de recesión y conflictos internos que desplazaron a medio millón de personas en el país.

Antes de las reformas, solo la cuarta parte de la población colombiana tenía seguro médico. Los subsidios no llegaban a los pobres, que eran vulnerables a las consecuencias económicas catastróficas de la enfermedad. No obstante, para 2008 el 85% de la población contaba con seguro médico y con los beneficios que ello implica.

En *Salud al alcance de todos* se detallan las dificultades y las ventajas de las reformas sociales en materia de salud en un país en desarrollo, y se estudian el financiamiento, las reformas institucionales y los efectos de la voluntad política en la atención de la salud, entre otros temas. Las reformas ofrecen enseñanzas importantes no solo para la continuación del proceso de cambios en Colombia, sino también para otras naciones que se enfrentan con retos similares.

* * * *

“Entre los esfuerzos para alcanzar la cobertura universal del seguro médico en los países de ingreso bajo y mediano, Colombia se destaca por el largo período de implementación (desde 1993) y por la minuciosidad con la cual se ha analizado y evaluado la experiencia. Todo lo que un investigador o legislador quisiera saber sobre el progreso del país, los retrocesos y las adaptaciones a los cambios en las circunstancias económicas y políticas está aquí, en un solo tomo impresionante.”

Philip Musgrove
Editor Adjunto
Revista *Health Affairs*

“Colombia es el sueño de un investigador: reformas interesantes, datos excepcionalmente buenos y una comunidad académica y legislativa dinámica. Sin embargo, no se sabe mucho sobre el país porque hay muy pocas obras dirigidas a un público internacional. Este libro cierra esa brecha en el caso de la reforma del sistema de salud al poner de relieve uno de los logros más notables del mundo en desarrollo.”

Mauricio Cárdenas
Miembro y Director, Iniciativa para América Latina
The Brookings Institution



BROOKINGS
www.brookings.edu

978-1-59782-111-7

