

CAPÍTULO 2

EQUIDAD EN EL FINANCIAMIENTO DEL SGSSS

El principal objetivo de este capítulo es realizar una aproximación a la equidad en financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), mediante el examen de la evolución de los mecanismos de redistribución puestos en marcha con la reforma. Este documento presenta evidencia de los beneficios del esquema de aseguramiento implementado en Colombia que mantiene una proporción importante de su financiamiento basado en contribuciones, junto con el incremento de los recursos tributarios tradicionales, cuya articulación se plantea mediante mecanismos explícitos de solidaridad.

Diferentes estudios sobre el financiamiento del SGSSS han analizado en primer lugar el monto y evolución de los recursos públicos y privados orientados al sector y el estancamiento de los aportes al régimen contributivo asociado tanto a las tendencias del mercado laboral luego de la crisis de finales de la década anterior, como a problemas de incentivos para cotizar. También se ha señalado la creciente contribución de los impuestos para financiar el régimen subsidiado y el menor peso de los recursos de solidaridad. Este estudio se propuso ofrecer una mirada integral al financiamiento del sistema, destacando los aspectos de redistribución implícitos y explícitos.

Con este propósito, se midieron las mejoras en bienestar de la población con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en sus aspectos de financiamiento, focalización y servicios prestados. Se realizaron dos ejercicios de incidencia

(imputación de beneficios netos) que permitieron: i) estimar la magnitud y el impacto de los subsidios y/o transferencias en materia de servicios de salud que reciben los individuos a escala nacional, regional y según características socioeconómicas; ii) medir el aporte del sistema en la reducción de la pobreza, y iii) evaluar el grado de equidad (y solidaridad) en salud a través de indicadores de distribución del ingreso. Con el estudio de los módulos de salud de las encuestas de calidad de vida y de diferentes registros oficiales de diversos agentes del sector, se calibró además un modelo de equilibrio general para simular el efecto que pudieran tener distintos eventos económicos sobre las posibilidades de extender los beneficios del aseguramiento a un mayor porcentaje de población.

Se compararon dos momentos en el tiempo, 1997 y 2003, por la disponibilidad en estos años de encuestas de calidad de vida. No obstante, estos dos años se refieren a momentos con amplias diferencias en materia de ciclo económico, que no siempre permiten analizar de manera clara los cambios que el SGSSS promueve en materia de equidad. Entre estos dos años se produce en el país una crisis sin precedentes, que genera una reducción en los ingresos de las familias, cuyo efecto logra mitigar su afiliación en salud. Como se ha mostrado en otros estudios la crisis produce una reducción en el número de cotizantes y una mayor presión por la ampliación de los subsidios, con diferencias apreciables entre regiones del país.

Los resultados muestran un importante efecto distributivo del SGSSS, tanto en el total como entre regímenes, regiones o grupos de ingresos. Así mismo por quintiles de ingreso se confirma la importante redistribución a favor de los quintiles de menores ingresos. Sobresale también la capacidad del sistema para reducir la pobreza y la desigualdad. Este capítulo presenta en primer lugar la metodología y las fuentes de información utilizadas. En el segundo punto se presentan los resultados, tanto del análisis de incidencia como en los principales indicadores de pobreza y desigualdad.

2.1. MARCO ANALÍTICO Y METODOLOGÍA. ANÁLISIS DE INCIDENCIA

El análisis de incidencia es una de las técnicas utilizadas para la evaluación de impacto en bienestar de políticas fiscales. Inicialmente, este método se aplicaba al análisis de los efectos de las cargas tributarias, con el objetivo de determinar si los sistemas impositivos eran progresivos, esto es si el pago de impuestos era inversamente correlacionado con el ingreso. En este sentido, los trabajos de Harberger (1962), Musgrave et al. (1974) y Atkinson y Stiglitz (1980) son algunos de los exponentes más representativos de esta línea de investigación.

En años recientes, esta técnica se extendió al análisis del impacto del gasto público en los distintos programas sociales en el bienestar de la población. Específicamente, el análisis de incidencia en este campo parte del cálculo de los beneficios netos unitarios de algún programa particular, y la imputación de los mismos a la estructura de ingresos o gastos de la población objetivo. Hecho esto, se analizan las variaciones que ocurren en la distribución del ingreso respecto a la observada, desprendiéndose una serie de respuestas acerca de focalización y equidad. Este es precisamente el concepto que utilizará este estudio.

Trabajos como los realizados por Demery (2000) y Bourguignon y Pereira Da Silva (2003) muestran

en detalle, las bondades de esta metodología, su aplicación y también sus limitaciones. De igual manera, las evaluaciones realizadas por Davoodi et al. (2003) en los sectores de educación y salud para un conjunto de países del África Subsahariana, Lanjouw et al. (2001) en los mismos sectores para Indonesia, y Selden y Wasylenko (1992) para un grupo de países de América Latina y del sudeste asiático en distintos sectores asociados al gasto social, entre otros, son muestra de la relevancia actual de la metodología.

La técnica de análisis de incidencia exige considerar algunas limitaciones. En primer lugar, se trata de un análisis que solo puede medir el impacto inmediato o directo de una política, razón por la cual esta técnica es adecuada para la evaluación de la políticas que generan impactos directos en los hogares, tales como reformas en el sistema fiscal o en la estructura del gasto público. Sin embargo, es necesario tener presente que existen respuestas de los agentes ante los impuestos y ante los subsidios que los estudios de incidencia no pueden captar. Así mismo es conveniente tener presente que no siempre las personas en quien recae un impuesto o un subsidio son las normativamente señaladas.

En segundo lugar, es una técnica exigente en cuanto a la información tanto de encuestas como de registros administrativos. Se requiere inicialmente, información particular sobre los hogares y/o personas, lo que exige contar con encuestas de hogares para su clasificación de acuerdo con categorías socioeconómicas relevantes. El análisis de incidencia exige también el examen de flujos monetarios reales entre los individuos y los hogares y entre las agencias públicas y estos últimos. Es frecuente encontrar discrepancias substanciales, ya sea entre los flujos que se presupuestan y los que se desembolsan, o entre el objetivo alcanzado y el propuesto inicialmente. En algunos casos se requiere realizar inferencias de fuentes secundarias, de información no reportada en las encuestas o en los registros contables o estadísticos de las agencias públicas.

2.1.1. ESTUDIOS SOBRE INCIDENCIA DEL GASTO PÚBLICO EN COLOMBIA

En Colombia son conocidos varios estudios sobre los efectos redistributivos del gasto público. El trabajo pionero es elaborado por Selowsky (1979). Al inicio de la década de los años noventa, un equipo de investigadores de Fedesarrollo integrado por Carlos Gerardo Molina, Ursula Giedion, María Clara Rueda y Mauricio Alviar, realiza otro estudio sobre incidencia del gasto público social, (Molina y et al., 1994) que cubrió un análisis en salud y de la distribución de subsidios desde 1970 hasta 1992. Las primeras versiones de este trabajo, junto con otros estudios, contribuyeron a la reflexión de la Misión de Apoyo a la Descentralización y Focalización de los Servicios Sociales, creada por el gobierno nacional con el fin de preparar las principales reformas sociales en el marco de la Constitución de 1991.

Posteriormente, Carlos Eduardo Vélez reúne en una publicación integral el estudio sobre el impacto redistributivo de las finanzas públicas en Colombia (Vélez, 1995) y de la situación de los servicios sociales en el país. Otra de las evaluaciones realizadas en los noventa, realiza una comparación de los beneficios del gasto en servicios sociales entre 1993 y 1997 (Sánchez y Núñez, 1999). Más recientemente, en el contexto de la Misión de Estudios para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad (MERPD), Francisco Lasso, mide el impacto del gasto público social sobre la distribución del ingreso y la reducción de la pobreza y actualiza algunos de los resultados del estudio de Vélez (Lasso, 2005).

Específicamente en el área de salud, el estudio realizado por Molina et al. (1994) evaluó el Sistema Nacional de Salud (SNS) vigente en Colombia hasta la reforma de 1993, tanto a escala nacional como por localización urbana y rural y por regiones. Ese trabajo desarrolló un análisis del gasto público desde 1972 y de la organización institucional del sector salud. De acuerdo con este trabajo, para 1994 el Sistema Nacional de Salud cubría 26% de la población pero el 47% de

los subsidios llegaban al 60% de la población menos pobre. Por esta razón, entre otras, se estima que el SNS cubría tan solo el 14% de la población más pobre, al tiempo que el 12% de la población de los tres quintiles superiores (no pobres) recibían subsidios.

Por otra parte, este estudio mostró que, de la población atendida por el SNS y el Seguro Social (SS), 58% acudía a sistemas alternativos, especialmente servicios no especializados, reflejando el papel preponderante del gasto privado dentro del sector. Los autores recomendaron orientar las políticas hacia el desarrollo de servicios preventivos, el fortalecimiento de la capacidad institucional y el seguimiento de los programas, pero en especial, exhortaron a reforzar la solidaridad en salud por medio de un sistema subsidiado en el cual, la diferencia entre los aportes y los costos que generaban los afiliados del último quintil como contribución al sistema de \$13,800 por afiliado (pesos de 1994), podría incrementarse en el futuro dado que representaba menos del 0.1% de los ingresos totales de ese quintil.

El estudio reciente de Francisco Lasso (2004), realizado para la Misión de Reducción de la Pobreza y la Desigualdad, cuyo principal objetivo era determinar el impacto del gasto público sobre la distribución del ingreso y la reducción de la pobreza tanto a escala nacional como por zonas de residencia con base en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) de 2003, encontró que el régimen subsidiado en salud es el más redistributivo de los programas sociales vigentes en el país, con un coeficiente de concentración de -0,409, después que el 20% de la población más pobre recibió el 40,9% del total de subsidios y solo el 3,1% se destinó al quintil más rico. Al comparar los subsidios a la demanda otorgados a la población afiliada al régimen subsidiado y los subsidios de oferta a los que accede la población no asegurada, el autor encontró que 54,3% de los recursos asignados a subsidios de oferta se focalizan en los dos primeros quintiles de la población, mientras los subsidios de demanda cubren el 72,4% de estos mismos grupos.

2.1.2. METODOLOGÍA

Como lo advierten distintos autores, existen varias metodologías económicas de equilibrio parcial y general para el cálculo de los beneficios del gasto público o de los bienes provistos públicamente: i) incidencia de corto plazo que compara la situación de ingresos de la familia o persona antes y con posterioridad a recibir el subsidio; 2) evaluación ex post del costo beneficio que mida el impacto de estos insumos e inversiones del gasto público social en diferentes indicadores relativos a los hogares (empleo, remuneraciones, gasto), y 3) análisis de incidencia de largo plazo que mide el efecto de estas inversiones sobre la magnitud y la distribución del acervo de capital humano de los hogares y sus efectos posteriores en la distribución del ingreso. En razón de la información disponible, la mayor parte de los estudios ha optado por métodos de incidencia parcial que determinan el valor del subsidio entregado a cada uno de los hogares, y se computan como el costo neto que para el proveedor público tienen los diferentes servicios.

Estudios recientes sobre el sistema de salud colombiano profundizan sobre sus características, resaltando las ventajas del aseguramiento como protección financiera efectiva a los hogares en caso de eventos de salud²³. La pretensión de este trabajo es aproximarse a una medida del impacto del SGSSS en el ingreso de los hogares. Se utiliza un enfoque normativo contable, para imputar al ingreso de las personas, de acuerdo con su afiliación y uso de servicios reportados en las encuestas, los costos de estos servicios, obtenidos a partir de registros administrativos. En un primer ejercicio, se mide la capacidad potencial de redistribución del sistema, al imputar

el beneficio que potencialmente podría recibir una persona dependiendo del tipo de afiliación que tenga en el sistema. Así por ejemplo, con un costo per cápita equivalente al 12% de su ingreso, una persona afiliada al régimen contributivo (contribuyente) compra un paquete de servicios preestablecido (Plan Obligatorio de Salud –POS–) para él y su familia, que puede resultar superior en servicios al valor pagado (dependiendo de su nivel de ingreso, del tamaño de su familia y de la necesidad de uso) Sin embargo, solamente se imputa el valor de la unidad por capitación –UPC–, Por su parte, un afiliado al régimen subsidiado recibe servicios de salud de acuerdo con un plan obligatorio de salud subsidiado, (POSS) que equivale a la unidad de pago por capitación subsidiada, UPCS. Igual en este caso, independientemente del valor de los servicios recibidos se imputa la UPCS. En el caso de las personas no afiliadas, agrupados en el término *vinculados*, se determina un valor promedio de acuerdo con los recursos asignados a la provisión directa de servicios de salud, a través de la red pública de hospitales en forma de subsidio de oferta.

Un segundo ejercicio, sigue la metodología tradicionalmente usada por los trabajos de incidencia, que consiste en imputar el beneficio promedio neto que se deriva de la utilización de los servicios de salud reportados por las personas en las encuestas. Para ello es necesario identificar las personas que realizaron consulta ambulatoria, –preventiva y/o curativa– y las personas que reportaron en la encuesta una hospitalización en los últimos doce meses. Así mismo, se calcularon los costos promedio de atención ambulatoria y hospitalaria para cada régimen y para las distintas regiones, con el propósito de imputarlos al ingreso de las personas.

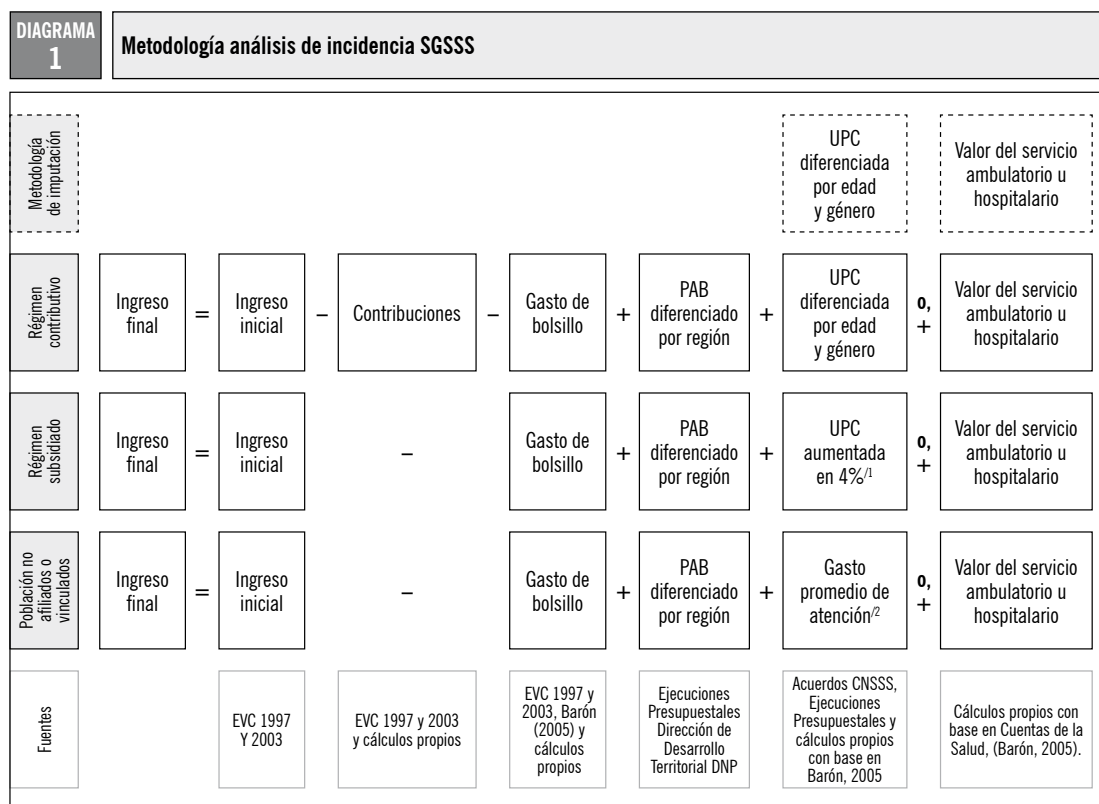
²³ Estos estudios serían: i) Panopoulos G. and Vélez C., (2001) *Subsidized health insurance, Proxy means Testing and the demand for health care among the Poor in Colombia. Poverty Report* vol. II, World Bank; ii) Bitran R, Giedion U, Muñoz R., (2004) *Risk pooling, ahorro y prevención. Estudio regional de políticas para la protección de los más pobres de los efectos de los shocks de salud. Estudio de caso de Colombia*. Banco Mundial; iii) Flórez C, E, y Hernández D. (2005) *Financing and the health system: Colombia case study*. OMS; iv) Trujillo A. J., Portillo J., Vernon J. A. (2005) *The impact of subsidized health insurance for the poor: evaluating the colombian experience*. University of Central Florida, y v) Ruiz F., Amaya L and Vanegas S (2006) "Progressive Segmented health Reform and Acces to Health Services". *Health Economics* (in press) Published on line in Wiley InterScience.

De manera general, el análisis de incidencia del gasto público consiste en evaluar el cambio en el ingreso de los hogares que resulta de imputar el beneficio (estimado cuantitativamente) derivado de tipo de afiliación al sistema de salud. En este sentido, la metodología implementada consiste en i) determinar el ingreso inicial per cápita de cada individuo; ii) estimar los gastos asociados al uso de los servicios de salud en los que incurre la persona (i. e. contribuciones, copagos, cuotas moderadoras y gastos de bolsillo); iii) agregar el paquete de beneficios definido de acuerdo con su vinculación al sistema de salud, o bien el costo estimado de los servicios recibidos, y iv) estimar el ingreso final o ajustado mediante la imputación del beneficio neto de gastos de salud al ingreso individual y analizar los cambios en la distribución del ingreso. El Diagrama 1 permite

visualizar el esquema de la metodología empleada para cada uno de los regímenes del SGSSS. Un análisis detallado de la metodología y de la construcción de las variables necesarias a partir de las encuestas de hogares se encuentra en el documento técnico n.º 1: 'Procesamiento de las encuestas' (Misas y Acosta, 2007).

2.1.3. FUENTES DE INFORMACIÓN: ENCUESTAS Y REGISTROS ADMINISTRATIVOS

El análisis de distribución de los beneficios netos resultantes del tipo de afiliación de las personas al SGSSS, resulta de relacionar el uso que hacen las personas de los servicios de salud reportados en las encuestas (Calidad de Vida 1997 y 2003) con los valores de estos servicios. Estos últimos resultan de cálculos a partir de registros adminis-



^{1/} La UPC se diferencia por edad y género (solo en 1997). Se aumenta en el 4% por que se estima que el valor de los servicios no POS que utilizan los afiliados al régimen subsidiado equivale al 4% de la UPC y la reciben el 10% de los afiliados, de acuerdo con estudios de los servicios de Bogotá y Medellín.

^{2/} Se toma la ejecución presupuestal de los entes territoriales y a este valor se le resta el 4% del gasto UPC de los afiliados al régimen subsidiado. El resultado de la diferencia anterior se divide entre el número de no afiliados clasificados en Sisbén 1,2 y 3.

trativos, como las ejecuciones presupuestales, o las estadísticas de las agencias responsables y también de la consulta a los resultados del proyecto de las Cuentas de la Salud (Barón, 2005)

2.1.3.1. Afiliación

Los cuadros 19 y 20 presentan los resultados de afiliación en 1997 y 2003 obtenidos tanto de las ECV como de los registros oficiales. Las diferencias totales son del 3% y se explican básicamente por los afiliados a regímenes especiales, que no han sido incorporados a este análisis por los problemas de definición de los subsidios que se generan en cada uno de ellos. Las diferencias encontradas entre los afiliados del régimen contributivo y del régimen subsidiado, se compensan y sugieren problemas de captura de la información sobre el tipo de afiliación de las personas en las encuestas.

El Cuadro 21 presenta las comparaciones entre los resultados de la ECV 2003 y los registros oficiales de afiliación al régimen contributivo y subsidiado por regiones. La ECV reporta un mayor número de afiliados al régimen contributivo (excepto en Antioquia) frente a los registros oficiales. Por el contrario, el número de afiliados al régimen subsidiado, de acuerdo con la información de los hogares obtenida por la Encuesta, es menor que el de los registros del Ministerio de la Protección Social.

2.1.3.2. Valor del paquete de servicios UPC y UPCS

La legislación del sistema general de seguridad social en salud establece que cada persona afiliada al régimen contributivo o subsidiado, tiene derecho a una serie de bienes y servicios incluidos en los planes obligatorios de salud. El valor per cápita que recibe cada persona equivale a la UPC

CUADRO 19 Estado de afiliación 1997

DATOS	ECV 1997	CIFRAS OFICIALES	DIFERENCIA	
			Valor	%**
Afiliados contributivo	13.902.486*	14.969.278	-1.066.792	-7,13%
Cotizantes	5.839.782	n. d.	n. d.	n. d.
Beneficiarios	8.062.704	n. d.	n. d.	n. d.
Afiliados subsidiado	7.848.321	7.026.690	821.631	11,69%
No afiliados	17.058.206	18.068.125	1.009.919	-5,59%
TOTAL	38.809.013	40.064.093	-1.255.080	-3,13%

Fuente: Ministerio de la Protección Social. *No incluye la población afiliada de los regímenes especiales (1.033.411 personas), para la cuales no se puede realizar un tratamiento regional. **La diferencia se realiza con respecto al valor de la cifra oficial

CUADRO 20 Estado de afiliación 2003

DATOS	ECV 2003	CIFRAS OFICIALES	DIFERENCIA	
			Valor	%
Afiliados Contributivo	15.425.803	13.805.201	1.620.601	11,7%
Cotizantes	6.213.964	5.833.693	380.271	6,5%
Beneficiarios	9.211.837	7.991.508	1.220.329	15,3%
Afiliados Subsidiado	10.020.866	11.867.947	-1.847.081	-15,6%
No afiliados	16.685.864	17.897.620	-1.211.756	-6,8%
TOTAL	42.132.532	43.570.768	-1.438.236	-3,3%

Fuente: Informes anuales del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud al Congreso de la República
No incluye la población afiliada de los regímenes especiales (1.584.641 personas), para la cual no se puede realizar un tratamiento regional.

definida oficialmente tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado, diferenciadas por edades y género.

El valor de la unidad de pago por capitación se obtuvo de los registros oficiales del Ministerio de la Protección Social. En específico, la UPC para el régimen contributivo, tanto para 1997 (\$174,989) como para 2003 (\$323,316) se diferenció según

las características de sexo y edad de la persona (Cuadro 22). De igual manera, la UPC se ajustó en 33% por la prima adicional considerada para aquellos municipios que por ley tienen este beneficio diferencial²⁴.

En el caso del régimen subsidiado, las unidades de pago por capitación de 1997 y 2003 (\$108,464 y \$180,622.80, respectivamente), se diferencian

Región	Contributivo MPS*	Contributivo ECV	Diferencia	Subsidiado MPS	Subsidiado ECV	Diferencia
Atlántico	1.892.448	2.403.767	511.319	2.713.719	2.472.596	-241.124
Oriental	2.207.027	2.653.238	446.211	2.383.306	2.259.592	-123.715
Central	1.365.980	1.443.517	77.537	1.492.939	1.266.488	-226.452
Pacífico	383.309	470.776	87.467	1.350.895	1.224.250	-126.646
Bogotá	3.643.301	4.017.926	374.625	1.369.970	997.824	-372.146
Antioquia	2.389.294	2.366.392	-22.902	1.230.576	1.072.894	-157.682
Valle	1.783.076	1.867.968	84.892	754.913	576.252	-178.661
San Andrés	22.605	35.038	12.433	18.493	10.975	-7.518
Amazonas	118.161	167.181	49.020	553.136	139.997	-413.139
TOTAL	13.805.201	15.425.803	1.620.602	11.867.947	10.020.866	-1.847.081

*Ministerio de la Protección Social
Fuente: ECV 2003, Ministerio de la Protección Social. Cálculos de los autores.

	1997		2003	
	Estructura de Costo	UPC	Estructura de Costo	UPC
UPC		174,989		323,316
UPC especial	1.33	232,735	1.33	430,010
Menor a 1 año	1.77	309,731	2.47	798,591
Entre 1 y 4 años	1.27	222,236	1.28	413,844
Entre 5 y 14 años	0.62	108,493	0.68	219,855
Hombre entre 5 y 44 años	0.74	129,492	0.60	193,990
Mujer entre 5 y 44 años	1.10	192,488	1.24	400,912
Entre 45 y 59 años	1.17	204,737	0.81	261,886
Mayor a 60 años	1.88	328,979	2.28	737,160

Fuente: CNSSS, Acuerdos n.ºs 50 de 1997 y 241 de 2003.

²⁴ Los acuerdos n.ºs 50 de 1997 y 241 de 2003 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud considera los siguientes departamentos para el ajuste de la UPC: Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, La Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y la región de Urabá. Excluyen de este ajuste adicional, las ciudades de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio, Yopal y sus respectivas áreas de influencia.

de forma similar por grupo etáreo y municipio²⁵. El Cuadro 23 muestra para estos ajustes el valor de la UPC.

2.1.3.3. Financiación

Este trabajo hizo una extensa revisión de distintas fuentes para examinar la evolución del financiamiento del SGSSS en Colombia. Una evolución detallada tanto de los ingresos como de los gastos del sector, está consignada en el documento técnico n.º 2: 'Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Colombia –SGSSS' de este trabajo (Lopera y Acosta, 2007). Una serie consistente de la evolución del gasto se encuentra en las Cuentas de la Salud (Barón, 2005). De acuerdo con esa fuente, el total del gasto en salud habría pasado de representar 6,2% del PIB en 1993 a 9,6% del PIB en 1997 para ubicarse en 7,7% en el 2003 (Cuadro 24). Este gasto supera el gasto promedio de los países de América Latina y el Caribe, que alcanza 7,040% del PIB (Banco Mundial, 2006)

El crecimiento real del gasto en salud entre 1993 y 2003 alcanzó 4,2% promedio anual. Se destacan las altas tasas de crecimiento anual del gasto en el régimen contributivo y especialmente en el régimen subsidiado. A partir de 1997 se presenta

una reducción en el gasto en subsidios de oferta y especialmente en el gasto de bolsillo, que provocan una reducción del gasto total en salud en promedio de 2,0% real anual. El gasto per cápita promedio ascendería en el período a un valor ligeramente superior a los 400 mil pesos del 2003 y a un valor cercano a los 180 dólares.

La reagrupación de este gasto en privado, seguridad social y público, muestra claramente los beneficios de la reforma: aumentaron la participación del gasto público y del gasto en seguridad social, que compensan el elevado gasto privado (seguros voluntarios y de bolsillo). Este último pasó de representar más del 50% del gasto en salud a 15,9% en el 2003. Por el contrario tanto el gasto público como el gasto en seguridad social aumentaron. El primero pasa de representar el 23,2% del gasto total en salud en 1993 a cerca de 40% en 2003, situándose aún por debajo del promedio de los países de América Latina y el Caribe, donde la participación del gasto público en el total alcanza algo más del 50% (Banco Mundial, 2006). El gasto en seguridad social (régimen contributivo) que representaba 25,7% del total en 1993, alcanza el 44,5% en el 2003, mientras en el promedio de los países de la región alcanza el 32,5%, de acuerdo con la misma fuente (Gráfico 17).

	1997		2003	
	Estructura de Costo	UPC	Estructura de Costo	UPC
UPC		108,464		180,623
UPC especial	1.25	135,580	1.25	225,779
Menor a 1 año	1.61	174,627	1.00	180,623
Entre 1 y 4 años	0.83	90,025	1.00	180,623
Entre 5 y 14 años	0.83	90,025	1.00	180,623
Hombre entre 5 y 44 años	1.57	170,288	1.00	180,623
Mujer entre 5 y 44 años	0.83	90,025	1.00	180,623
Entre 45 y 59 años	0.83	90,025	1.00	180,623
Mayor a 60 años	0.83	90,025	1.00	180,623

Fuente: CNSSS, Acuerdos n.os 50 de 1997 y 241 de 2002.

²⁵ Los acuerdos n.ºs 50 de 1997 y 241 de 2003 del CNSSS, consideran una prima adicional de 25% a los municipios mencionados en el pie de página anterior.

CUADRO 24 Evolución del gasto total y per cápita en salud
(porcentaje del PIB y en \$ de 2003 y US\$)

Periodo	Gasto total en salud	Gasto régimen contributivo	Gasto régimen subsidiado	Gasto subsidios de oferta	Gasto en seguros privados	Gasto de bolsillo	Otros gastos entidades públicas 1/	Gasto Per- cápita dólar	
								miles pesos 2003	US\$ 2/
1993	6,2	1,6		1,1	0,5	2,7	0,4	313,6	126,2
1994	6,8	1,6		1,4	0,4	2,7	0,7	353,2	147,0
1995	7,3	1,9	0,2	1,6	0,5	2,6	0,6	391,5	174,4
1996	8,8	2,5	0,4	2,2	0,5	2,6	0,6	450,7	200,1
1997	9,6	2,8	0,6	2,1	0,5	2,9	0,6	494,4	226,1
1998	9,3	3,4	0,8	1,9	0,5	2,1	0,6	467,2	215,3
1999	9,3	3,7	0,8	1,9	0,6	1,6	0,7	453,8	199,9
2000	7,7	3,0	0,7	1,8	0,6	0,9	0,6	387,8	170,4
2001	7,7	3,2	0,9	1,5	0,6	0,9	0,6	383,8	172,3
2002	7,6	3,0	1,0	1,5	0,6	0,8	0,8	374,5	164,9
2003	7,7	3,4	0,8	1,6	0,6	0,6	0,6	392,6	180,4
Variación en puntos del PIB	1,4	1,8	0,8	0,5	0,2	-2,2	0,2	Prom 405,7	Prom: 179,7
Tasa de crecimiento real anual prom. 1993 – 2003	4,2	10,0	18,8	6,0	5,6	-12,6	7,1		
Tasa de crecimiento real anual prom. 1997 – 2003	-2,0	4,8	7,2	-3,4	7,0	-22,3	1,6		

Fuente: elaborado a partir de Barón, 2005

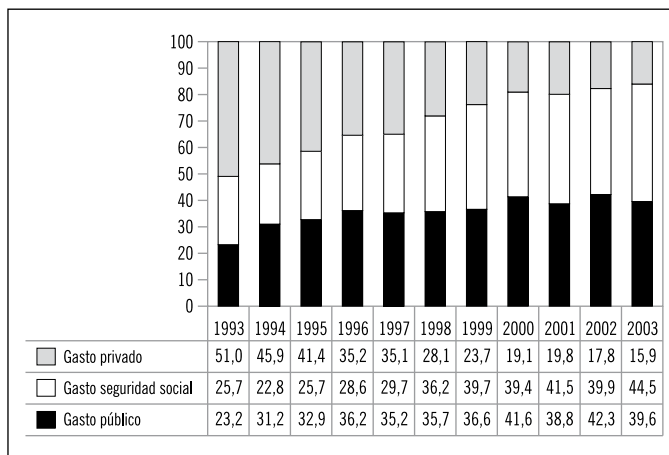
Los cuadros 25 y 26 presentan las principales variables de financiamiento utilizadas por este trabajo. En primer lugar, se registra el total de contribuciones calculadas a partir de los datos de ingreso de las encuestas tal como se explicó en los diagramas de la metodología y en detalle en el documento técnico n.º 1: 'Procesamiento de la encuestas' (Misas y Acosta, 2007) En este ejercicio, se observa una importante reducción en la diferencia entre las contribuciones calculadas a partir de las encuestas y las de los registros oficiales, que podrían sugerir una menor evasión y elusión de los aportes a salud. En 1997 la diferencia entre las contribuciones calculadas a partir de la ECV y aquellas que efectivamente ingresaron al sistema alcanzan el 30%, mientras en el 2003, esta diferencia se reduce al 17%.

El gasto contributivo hace referencia al valor total de las UPC –diferenciadas por edad y género– de los afiliados al régimen contributivo del año según las ECV. El gasto en afiliados al régimen

subsidiado, resulta igualmente de agregar el valor de todas las UPCS de los afiliados según lo reportado por las ECV. El gasto en vinculados se obtiene de la suma total de los recursos de oferta asignados para atención, descontando 4% que corresponderían a la atención de la población del régimen subsidiado en servicios no cubiertos con el POSS. En especial el gasto del régimen subsidiado para 1997 presenta diferencias significativas con relación a los registros obtenidos en la ECV. Estas podrían explicarse por los problemas que presenta la consolidación de las ejecuciones presupuestales municipales y departamentales utilizadas para este ejercicio. La información de registros oficiales mejora en 2003, pues sus diferencias con los cálculos a partir de la ECV se reducen de manera importante. Por el contrario en el caso de los seguros voluntarios y el gasto de bolsillo, las diferencias son mayores en el 2003.

La descomposición regional de las cifras de gasto que es posible calcular a partir de las ECV y de los

GRÁFICO 17 Composición del gasto en salud (%) 1993-2003



Fuente: elaborado a partir de Barón, 2005

CUADRO 25 Recursos totales SGSSS 1997 (Miles de millones de pesos corrientes)

Datos	ECV 1997	Cifras oficiales	Diferencia	
			Valor	%
Contribuciones	3.597,6	2.774,2	823,40	30
Gasto contributivo	2.623,7	3.462,70	-839,00	-24
Gasto subsidiados	940,6	747,99	192,61	26
Gasto vinculados	1.376,6	2.590,02	-1.213,42	-75
Seguros voluntarios	541,0	655	-114,00	-17
Gastos de bolsillo	2.903,3	3.514,60	-611,30	-17

Cálculos propios

Fuente: Barón, 2005 Para las cifras oficiales los datos para seguros voluntarios incluyen gasto en medicina prepagada y seguros. El gasto en vinculados incluye atención y aportes patronales y según la información suministrada para este año no es posible discriminar ambos conceptos. Según información del DNP para este año el gasto en este rubro fue de \$669.536 pesos corrientes.

CUADRO 26 Recursos totales SGSSS 2003 (Miles de millones de pesos corrientes)

Datos	ECV 2003	Cifras oficiales	Diferencia	
			Valor	%
Contribuciones	6.137,40	5.240,60	896,80	17
Gasto contributivos	5.427,10	5.524,37 *	97,0	-2
Gasto subsidiados	1.930,53	1.930,50	0,03	0
Gasto vinculados	1.666,10	1.628,10 **	38,00	2
Seguros voluntarios	812,3	1.171,38 ***	-359,08	-31
Gastos de bolsillo	1.689,60	1.314,80	374,80	29

Fuente: Barón, 2005. Cálculos propios

*No incluye el gasto de atención de la población de los regímenes especiales

** Para el caso del gasto en vinculados este valor solo se refiere al gasto en atención. El gasto total en este rubro según la fuente oficial es de \$3.582.827,1 miles de pesos corrientes

*** No incluye seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT)

registros oficiales también presenta diferencias, que aunque se compensen en el total, son significativas para algunas regiones. Para 2003 (Cuadro 27) las diferencias de las cifras son menores entre las fuentes comparadas, debido a que fue posible contar con las ejecuciones presupuestales municipales y departamentales y calcular con base en ellas el monto total por departamento y región destinado a subsidios a la demanda. Sin embargo, existen diferencias significativas en las regiones de Amazonas y San Andrés, para las cuales los datos de la ECV se encuentran subestimados en

70% y 45% con respecto al valor de la cifra oficial. Adicionalmente, el valor total del gasto en el régimen presenta una diferencia aceptable, en la medida en que se compensan las diferencias entre regiones.

Con respecto al gasto en salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda (cuadros 28 y 29) las diferencias entre las cifras de la ECV y las oficiales son relativamente pequeñas y aceptables para la confiabilidad de los resultados de la imputación de los subsidios

CUADRO 27 Gasto régimen subsidiado 2003
Millones de pesos corrientes

Datos	ECV 2003	Cifras oficiales	Diferencia	
			Valor	%
Amazonas	32.873,1	108.501,4	-75.628,3	-70
Antioquia	201.540,6	228.863,0	-27.322,4	-12
Atlántico	477.502,1	447.402,8	30.099,3	7
Bogotá	187.439,0	250.857,6	-63.418,5	-25
Central	243.232,1	264.301,1	-21.068,9	-8
Oriental	430.399,2	405.638,7	24.760,5	6
Pacífico	236.680,3	193.080,7	43.599,6	23
San Andrés	2.061,7	3.732,6	-1.670,9	-45
Valle	108.247,6	133.789,2	-25.541,6	-19
TOTAL	1.919.975,8	2.036.167,1	-116.191,3	-6

Fuente: Ejecuciones Presupuestales, Superintendencia Nacional de Salud

CUADRO 28 Gasto población pobre no cubierta
(solo atención) 1997 Millones de pesos corrientes

Datos	ECV 1997	Cifras oficiales	Diferencia	
			Valor	%
Amazonas	103.325,7	104.212,5	-886,8	-0,9
Antioquia	148.042,3	153.196,8	-5.154,5	-3,4
Atlántico	186.204,7	191.787,8	-5.583,1	-2,9
Bogotá	307.977,3	310.198,2	-2.220,9	-0,7
Central	165.629,5	170.995,0	-5.365,5	-3,1
Oriental	257.810,4	268.614,0	-10.803,6	-4,0
Pacífico	202.093,4	209.661,2	-7.567,7	-3,6
San Andrés	5.551,8	5.638,4	-86,6	-1,5
TOTAL	1.376.635,1	1.414.303,9	-37.668,8	-2,7

Fuente: Ejecuciones Presupuestales, Superintendencia Nacional de Salud y Transferencias de la Nación

realizada para el análisis de incidencia. Para 1997, el gasto total en régimen subsidiado según la ECV se encuentra subvalorado en 2,7% con respecto a la cifra oficial, mientras que en 2003 es del 4,4%.

2.1.3.4. Información para la imputación por uso de servicios de salud

Para el ejercicio de imputación por uso de servicios, fue necesario identificar las personas que realizaron consulta ambulatoria, compuesta por la preventiva y la curativa y las personas que tuvieron una hospitalización en los 12 últimos meses. El Cuadro 30 muestra las diferencias regionales del porcentaje de personas que realizaron consulta ambulatoria o que requirieron hospitalización.

CUADRO 29 Gasto población pobre no cubierta
(solo atención) 2003 Millones de pesos corrientes

DATOS	ECV 2003	CIFRAS OFICIALES	DIFERENCIA	
			Valor	%
Amazonas	89.283,1	90.546,9	-1.263,8	-1,4
Antioquia	228.717,5	236.478,3	-7.760,8	-3,3
Atlántico	254.024,7	272.365,9	-18.341,2	-6,7
Bogotá	224.683,0	231.896,0	-7.213,0	-3,1
Central	234.164,9	243.518,5	-9.353,5	-3,8
Oriental	383.833,7	400.395,2	-16.561,5	-4,1
Pacífico	96.844,3	105.946,1	-9.101,9	-8,6
San Andrés	6.534,5	6.613,8	-79,3	-1,2
Valle	151.001,4	155.165,2	-4.163,9	-2,7
TOTAL	1.666.116,8	1.742.926,0	-76.809,2	-4,4

Fuente: Ejecuciones Presupuestales, Superintendencia Nacional de Salud y Transferencias de la Nación.

CUADRO 30 Porcentaje de personas que realizaron consulta ambulatoria u hospitalaria 2003

Región	Contributivo		Subsidiado		Vinculado	
	Ambulatoria	Hospitalaria	Ambulatoria	Hospitalaria	Ambulatoria	Hospitalaria
Atlántico	64,1	6,7	49,0	6,4	32,2	5,0
Oriental	71,7	7,6	54,2	5,8	35,4	6,0
Central	71,1	7,7	59,7	8,3	36,4	5,2
Pacífico	63,2	9,0	39,8	6,5	20,9	4,5
Bogotá	77,9	6,0	68,6	7,5	48,1	5,1
Antioquia	61,1	5,6	42,0	6,6	27,1	4,6
Valle	67,2	6,4	60,4	6,2	33,5	6,3
San Andrés	58,7	8,5	52,5	5,6	39,7	3,4
Amazonas	67,6	9,6	61,2	14,7	35,7	6,8
Total	69,6	6,7	52,5	6,8	33,3	5,3

Fuente: ECV 2003, Cálculos de los autores

En el régimen contributivo, el costo de los servicios recibidos per cápita fue calculado a partir del valor de la atención ambulatoria y hospitalaria registrada en las cuentas calculadas por Barón (2005) y se dividieron de acuerdo con los porcentajes de uso de los dos tipos de servicio. Así, a los individuos que realizaron consulta ambulatoria se les asignó una transferencia per cápita de \$29.447 pesos y a quienes tuvieron una hospitalización se les asignó una transferencia de \$160.094 pesos mensuales por intervención (Cuadro 31). Cabe mencionar, que las consultas no son excluyentes, es decir, un individuo pudo haber tenido tanto consulta ambulatoria como hospitalaria. Las sumas imputadas por consultas y hospitalizaciones en el régimen subsidiado y en el vinculado presentan diferencias regionales, que dependen del monto total de recursos de que dispone cada región y del uso de estos servicios por su población.

2.2. RESULTADOS

Esta sección presenta los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la metodología anteriormente descrita, tanto para 1997 como para el 2003, años en que se dispone de la ECV. En primer lugar, se analiza el efecto redistributivo potencial resultante de la imputación de los beneficios

netos derivados de la afiliación al SGSSS. En segundo lugar se presentan los resultados utilizando la metodología tradicional de imputación por uso del sistema.

Para el total del país, puede afirmarse que Bogotá redistribuye recursos de quienes aportan al sistema para el resto de la población colombiana, afiliada o no, pues esta ciudad, en términos netos, aporta más de lo que recibe en beneficios de salud. Esta redistribución es consecuencia del diseño de sistema, que viabiliza recursos de la población de mayores ingresos a la población menos favorecida, de la población sana a la que requiere más servicios de salud y de las regiones con mayores posibilidades a las de menor capacidad económica.

En cuanto a la población del régimen contributivo, se encuentra que los afiliados en Bogotá, Valle, San Andrés, Antioquia, Atlántico y Pacífico subsidian a la población del mismo régimen de las regiones Oriental y Central, así como a la población afiliada al régimen subsidiado. Por su parte, el subsidio neto que reciben los afiliados al régimen subsidiado representó en el 2003 entre el 8% y el 15% de su ingreso, mientras que los subsidios a la oferta representaron cerca del 5% del ingreso promedio de la población no afiliada en varias regiones.

Región	Contributivo		Subsidiado		Población no afiliada	
	Ambulatoria	Hospitalaria	Ambulatoria	Hospitalaria	Ambulatoria	Hospitalaria
Atlántico	29.447	160.094	22.432	97.846	12.847	87.727
Oriental	29.447	160.094	22.432	79.663	26.512	99.277
Central	29.447	160.094	22.432	85.786	15.890	97.953
Pacífico	29.447	160.094	22.432	97.177	21.201	74.629
Bogotá	29.447	160.094	22.432	95.800	19.081	127.977
Antioquia	29.447	160.094	22.432	154.341	21.124	193.027
Valle	29.447	160.094	22.432	126.843	16.000	70.560
San Andrés	29.447	160.094	22.432	254.049	106.257	1.244.307
Amazonas	29.447	160.094	22.432	409.149	89.033	1.023.724
Promedio	29.447	160.094	22.432	155.628	19.744	107.842

Fuente: Cálculos de los autores con base en ECV 2003, Ejecuciones Presupuestales y Cuentas de la Salud (Barón, 2005)

El análisis por quintiles de ingreso permite observar de manera más contundente la capacidad de redistribución del sistema y su alta progresividad. Para el 20% más pobre de la población (primer quintil), sin tener en cuenta su afiliación o no al sistema, el subsidio representó el 50% de su ingreso y el 15% para el segundo quintil en 2003. Esta capacidad de redistribución y progresividad son confirmados cuando se analiza la población según el régimen de afiliación, cuyo detalle se presenta más adelante.

Con el propósito de brindar indicadores sintéticos de bienestar de la población, las dos secciones finales de este capítulo presentan los resultados en la reducción de la pobreza y en la mejor redistribución del ingreso, derivados del sistema.

2.2.1. PRIMERA METODOLOGÍA: INCIDENCIA POTENCIAL SEGÚN AFILIACIÓN AL SGSSS

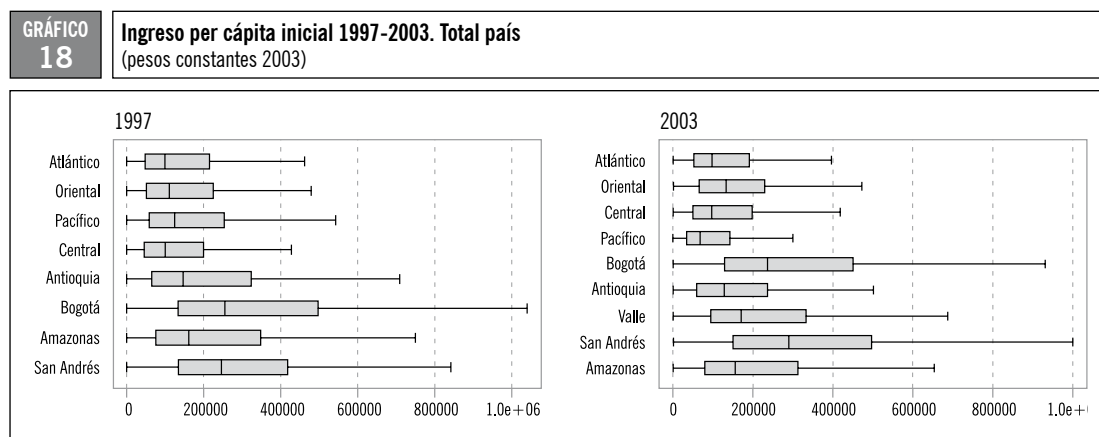
A continuación se presentan en primer lugar, los resultados del ingreso inicial de los hogares, tanto en 1997 como en 2003, agrupados por tipo de régimen; enseguida, se analiza la transferencia neta que se deriva del tipo de afiliación a la seguridad social como proporción del ingreso en cada región, el ingreso medio regional y la transferencia por quintiles de ingreso.

2.2.1.1 Análisis del ingreso inicial

Los gráficos 18 a 21 presentan los valores máximo y mínimo del ingreso per cápita inicial y en la barra horizontal (superpuesta y más oscura), se reportan los percentiles 25 y 75 y la mediana de dicho ingreso, datos que reportan el ingreso inicial de las distintas regiones del país²⁶. Como era de esperarse, al comparar los ingresos medios per cápita de la población en los diferentes tipos de afiliación al SGSSS, se observa que este ingreso inicial es mayor para los afiliados de régimen contributivo (Gráfico 19), seguido por el ingreso medio de la población no afiliada al sistema, el cual registra la mayor dispersión (Gráfico 21), y finalmente el menor ingreso medio corresponde a los afiliados al régimen subsidiado (Gráfico 20).

Entre 1997 y 2003 se presenta una caída en el promedio del ingreso que alcanza 10,9% en el 2003, más pronunciada para la población vinculada, que se reduce 21,7% del ingreso, seguida por un descenso del 8,9% en el de la población del régimen contributivo, y finalmente de 2,8% en el de la población subsidiada.

El desempeño por regiones es disímil, e incluso en las regiones Central, Oriental y San Andrés, no se presenta ningún descenso en el ingreso



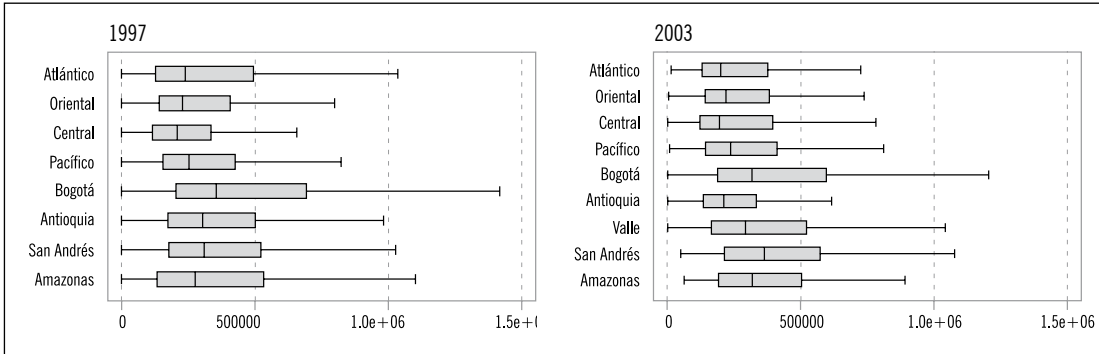
Fuente: ECV 2003, cálculos propios.

²⁶ Cuyas diferencias son estadísticamente significativas al 95% de confianza.

Avances y desafíos de la equidad
en el sistema de salud colombiano

GRÁFICO 19

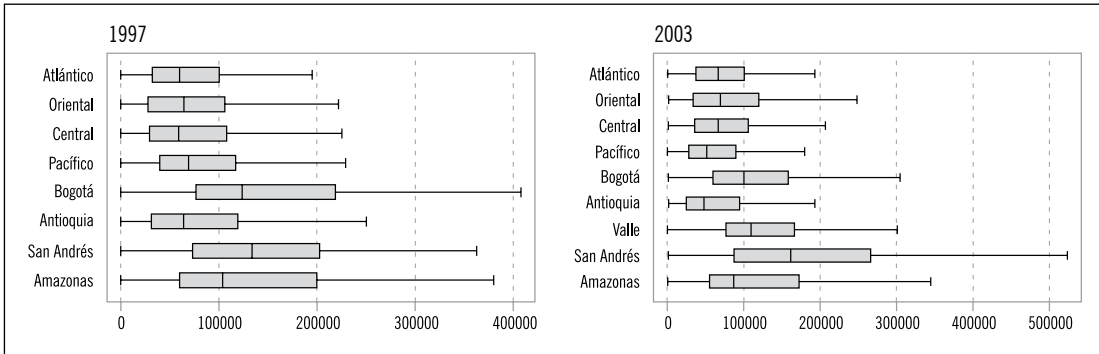
Ingreso per cápita inicial 1997-2003. Régimen contributivo
(pesos constantes 2003)



Fuente: ECV 2003, cálculos propios.

GRÁFICO 20

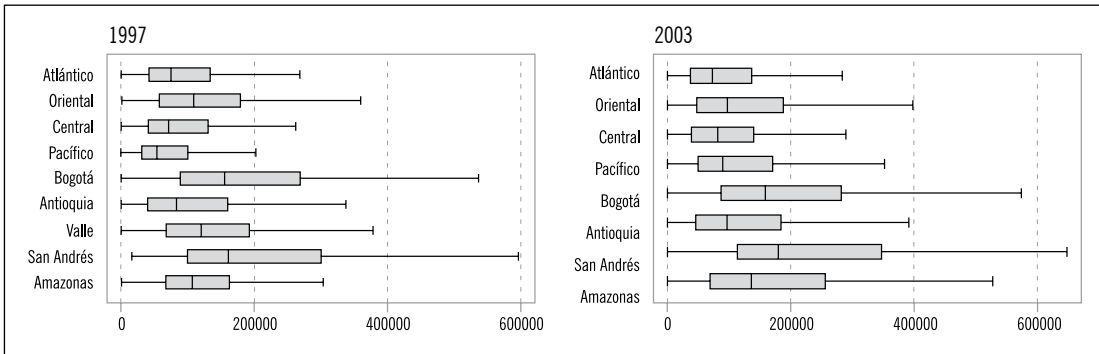
Ingreso per cápita inicial 1997-2003 - Régimen subsidiado
(pesos constantes 2003)



Fuente: ECV 2003, cálculos propios.

GRÁFICO 21

Ingreso per cápita inicial 1997-2003 - Población vinculada
(pesos constantes 2003)



Fuente: ECV 2003, cálculos propios.

promedio inicial. Por el contrario, Antioquia y Bogotá tuvieron el mayor deterioro en el ingreso con respecto al total nacional y en la población según tipo de afiliación al SGSSS. Desafortunadamente no es posible comparar las regiones Pacífico y Valle por cuanto en 1997, la primera se agrupó con el departamento del Valle, mientras que en el 2003, este departamento aparece de manera independiente.

Para todas las regiones, la distribución del ingreso no es normal (el valor de la mediana no es igual al valor de la media), lo que implica que existe concentración de los ingresos per cápita. Una proporción alta de la población reporta ingresos menores al promedio regional y una proporción baja, presenta niveles muy altos. A su vez es necesario resaltar que Bogotá presenta el valor más alto en la mediana del ingreso inicial, lo que indica que el 50% de la población de esta ciudad tiene un mayor ingreso per cápita promedio, comparado con otras regiones.

2.2.1.2. Análisis de la transferencia neta por regiones y tipo de afiliación

En un sistema perfectamente redistributivo, las regiones de mayor desarrollo y por tanto, de mayor ingreso per cápita, entregan transferencias a las de menor desarrollo. Una primera diagramación de la redistribución entre regiones que permite el sistema, se observa en los gráficos 22 a 25, en los cuales se presentan en barras la transferencia total de las regiones como porcentaje de su ingreso y con la línea se representa la tendencia del ingreso per cápita medio de la población, tanto en 1997 como en el 2003, a precios constantes de 2003. Cuando la transferencia neta es negativa, la región redistribuye hacia otras regiones, y si es positiva, la redistribución favorece la región.

En 1997, Bogotá era la región sobre la que recaía principalmente el proceso redistributivo, y marginalmente sobre Atlántico y Antioquia. En Bogotá, la transferencia neta per cápita era cercana al 5% del ingreso medio de los hogares y esto representaba el grueso de la redistribución que se dirigía al resto del país. La caída del ingreso que se

registra entre 1997 y 2003, es uno de los factores que explica porqué Bogotá pasó a ser la única región con transferencia neta negativa en el 2003 (Valle y San Andrés presentaron valores negativos pero cercanos a cero). Cabe destacar el caso de Antioquia que en este periodo pasó de aportar al proceso redistributivo, a ser beneficiaria de este. Sin tener en cuenta San Andrés, Bogotá es la región con el mayor ingreso per cápita promedio en ambos años, lo que puede explicar su capacidad de redistribución. (Gráfico 22).

Como era de esperarse, la capacidad redistributiva del Sistema recae principalmente sobre el régimen contributivo donde se reportan proporciones con respecto al ingreso de signo negativo, especialmente sobre los afiliados en Bogotá. Esto significa que los afiliados al régimen contributivo de Bogotá reciben en valor de los servicios menos de lo que aportan y por lo tanto transferirían una proporción de su ingreso. Cabe destacar en el régimen contributivo que en 1997, la población del Amazonas y de las regiones Oriental y Central en el 2003, se beneficiaron del proceso redistributivo y no aportaron a este (Gráfico 23).

En 1997, para la población del régimen subsidiado en todas las regiones, (Gráfico 24) las transferencias netas representaron una proporción importante del ingreso: cerca del 18% en Atlántico, Antioquia y en la Región Central; 15% en las regiones Oriental y Pacífica, 12% en Amazonas y San Andrés, y 8% en Bogotá. Estas proporciones se incrementaron en el 2003 en todas las regiones. En 1997 las mayores proporciones se dieron en Atlántico y Central, regiones con valores bajos de ingreso per cápita promedio; por el contrario en regiones como Bogotá, que presenta uno de los más altos valores de ingreso per cápita, la participación de la transferencia en el ingreso es la más baja en términos relativos.

Para la población por fuera del sistema se observan importantes variaciones entre un año y otro. Mientras que en 1997 Bogotá, Atlántico y Central redistribuyeron hacia otras regiones del país, en 2003 todas las personas sin afiliación en las distintas regiones se beneficiaron de la

GRÁFICO
22

Transferencia neta/ingreso regional e ingreso medio per cápita
Total población

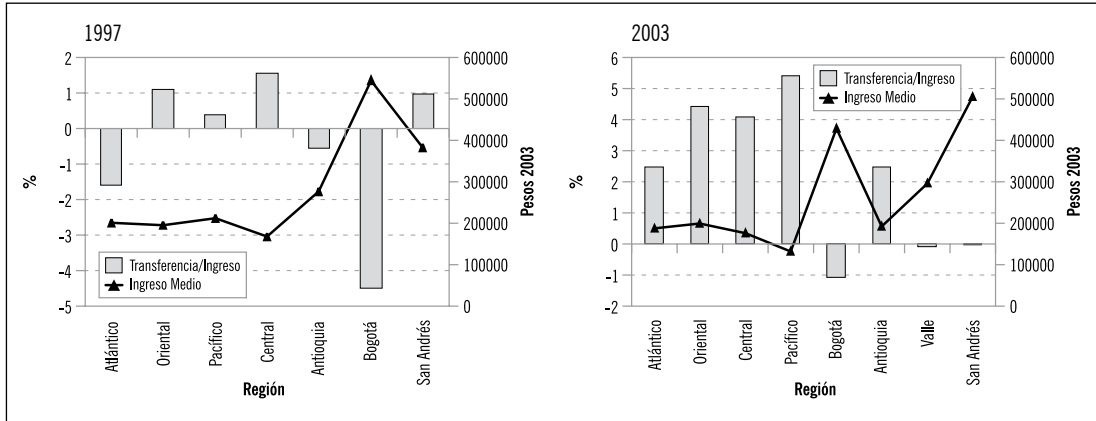


GRÁFICO
23

Transferencia neta/ingreso regional e ingreso medio per cápita
Régimen contributivo

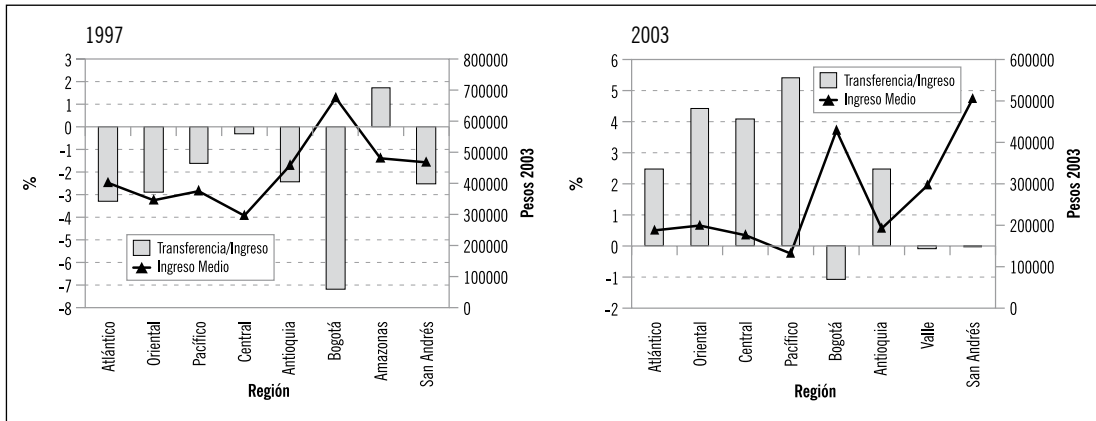


GRÁFICO
24

Transferencia neta/ingreso regional e ingreso medio per cápita
Régimen subsidiado

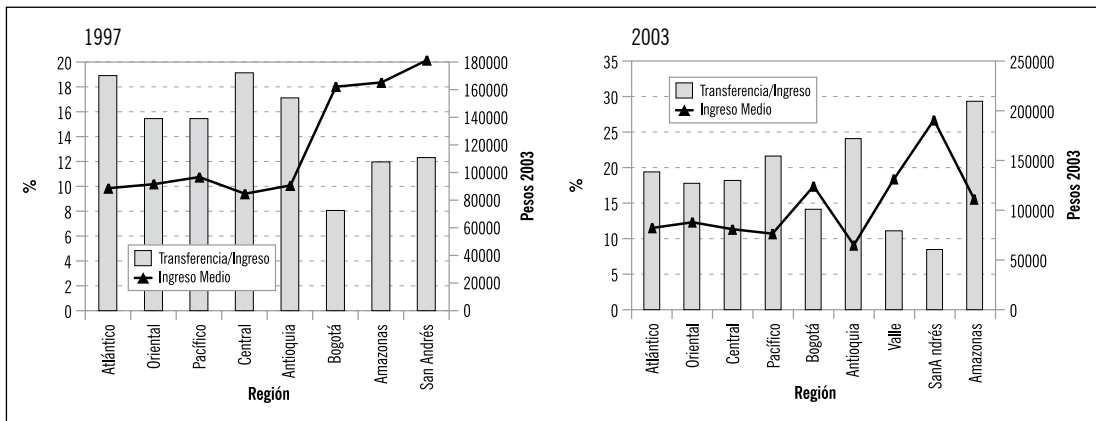
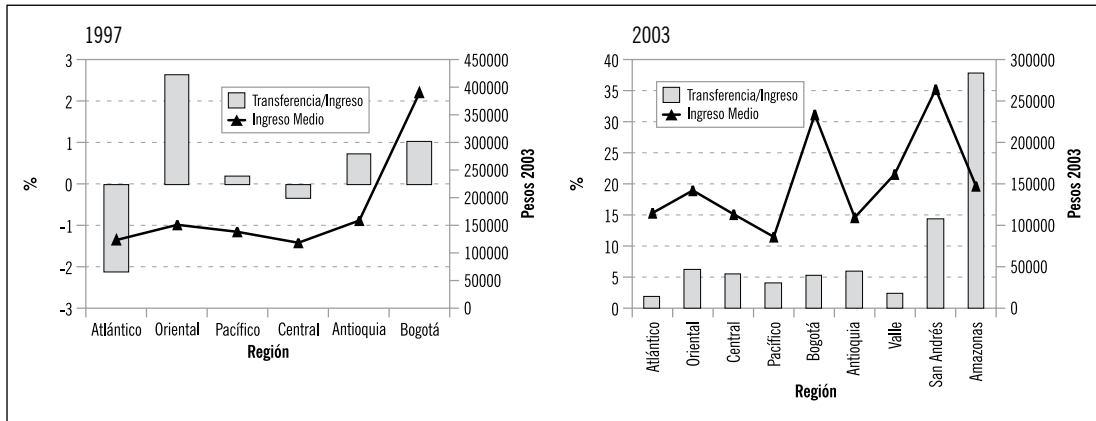


GRÁFICO 25 Transferencia neta/ingreso regional e ingreso medio per cápita
Población no afiliada o vinculada



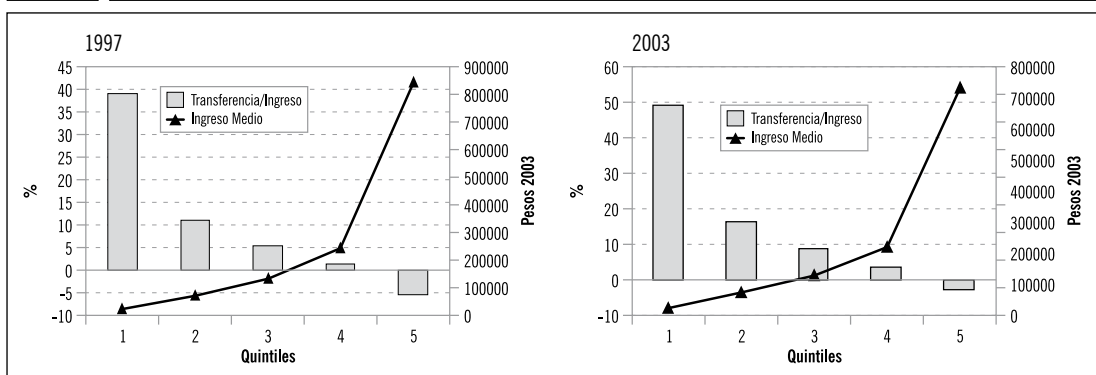
capacidad redistributiva del Sistema (Gráfico 25) mediante subsidios netos que alcanzaron a representar el 5% del ingreso en la mayor parte de las regiones. Esta situación indicaría que los recursos de oferta se están concentrando en la atención de personas sin capacidad de pago, y que independientemente de la región, el sistema ha ido convergiendo a un tipo de atención más homogéneo.

2.2.1.3. Análisis de la distribución de subsidios por quintiles y tipo de afiliación

Cuando se hace el análisis por quintiles de ingreso, se confirma la alta progresividad del SGSSS, que aumenta por el incremento de los

recursos públicos asignados, pero también por la solidaridad del sistema de salud que permite la transferencia del grupo de mayores ingresos a los de menores ingresos. El subsidio neto que recibió una persona del quintil de ingresos más bajo en el país representó en 1977 cerca del 40% de su ingreso y este porcentaje se incrementó a cerca del 50% en el 2003, luego del deterioro de ingresos, pero también debido a la mejor focalización de subsidios entre los más pobres (Gráfico 26). El subsidio o transferencia neta para el quintil dos estuvo alrededor de 10% en 1997 y se incrementó a cerca del 15% en el 2003. Se aprecia también claramente cómo la transferencia, como porcentaje del ingreso, es decreciente a lo largo de los quintiles y negativa para el quintil superior.

GRÁFICO 26 Transferencia neta/ingreso medio quintil e ingreso medio per cápita quintil
Total población



Este ejercicio permite además, aproximarse a la capacidad de redistribución dentro del régimen contributivo, cuyos beneficios generalmente no son tenidos en cuenta en las evaluaciones del sistema. Los dos quintiles superiores de ingreso realizan un aporte que beneficia los otros grupos de ingreso. Este aporte llegó a representar 8% del ingreso del quintil superior y 3% del quintil 4 en 1997. En el 2003, ambos quintiles siguen aportando, pero porcentajes inferiores, de su ingreso: un poco más de 1% en el caso del quintil 4 y cerca del 5% el quintil 5. (Gráfico 27).

En cuanto a la capacidad potencial de redistribución del sistema, el ejercicio muestra la gran

capacidad de beneficiar el grupo más pobre de población en el régimen subsidiado (quintil 1). Para este grupo de población, el subsidio neto podría representar un valor similar al que tiene como ingreso. Para el quintil 3 la transferencia representa cerca del 20% del ingreso y para la población subsidiada que está en los quintiles cuatro y cinco de ingresos, que son una mínima proporción, aunque se beneficie del sistema por estar en el régimen subsidiado, lo hacen en una menor proporción que los otros quintiles. (Gráfico 28).

Finalmente, la población no afiliada al sistema es un grupo muy heterogéneo en el que hay per-

GRÁFICO 27

Transferencia neta/ingreso medio quintil e Ingreso medio per cápita quintil
Régimen contributivo

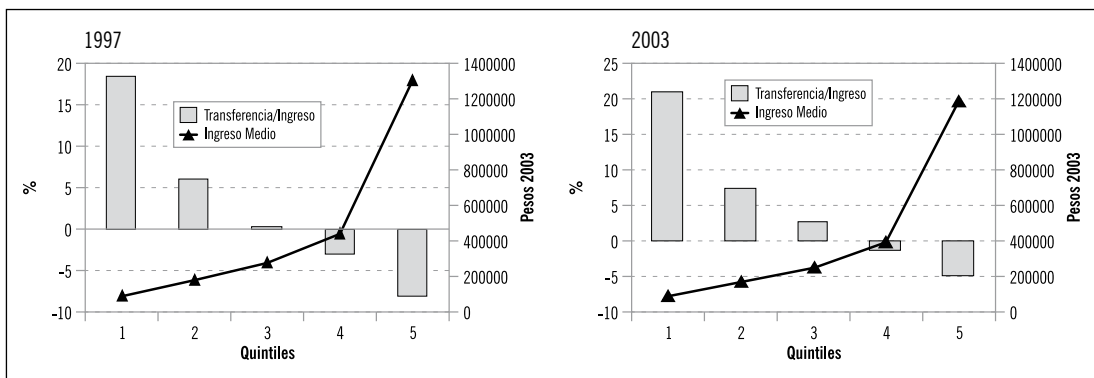
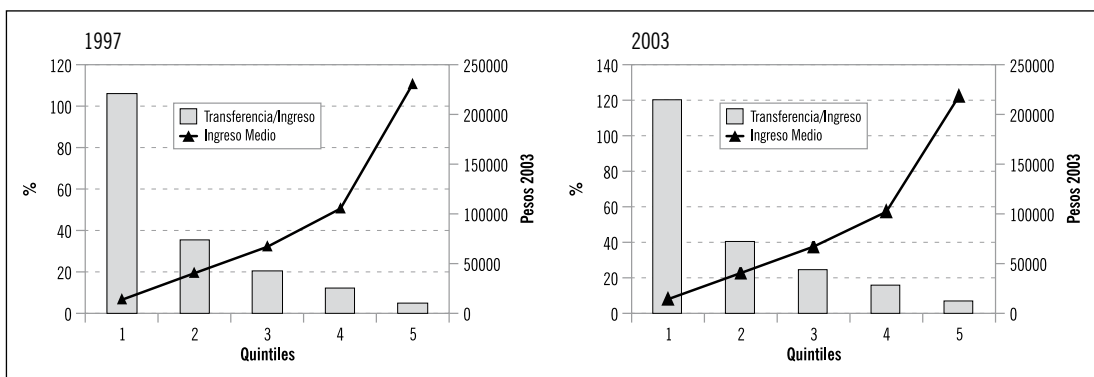


GRÁFICO 28

Transferencia neta/ingreso medio quintil e Ingreso medio per cápita quintil
Régimen subsidiado



sonas de todos quintiles de ingreso. Al igual que en los otros regímenes, se evidencia la capacidad del sistema para ofrecer el mayor subsidio a las personas de menores ingresos (progresividad). En 1997, el quintil superior de ingresos para este grupo, aporta ligeramente más de lo que recibe (la transferencia en proporción del ingreso es negativa) al sistema; esta situación cambia para 2003, año en el que todos los quintiles se benefician de la capacidad del Sistema, tanto por la caída de ingresos entre estos dos años, pero también por la homogeneización de los servicios. Sin embargo en los dos años se evidencia progresividad: para los quintiles bajos la transferencia es una proporción mayor de los ingresos que para los quintiles superiores. (Gráfico 29)

2.2.2. SEGUNDA METODOLOGÍA: INCIDENCIA DISTRIBUTIVA POR USO DE LOS SERVICIOS DEL SISTEMA

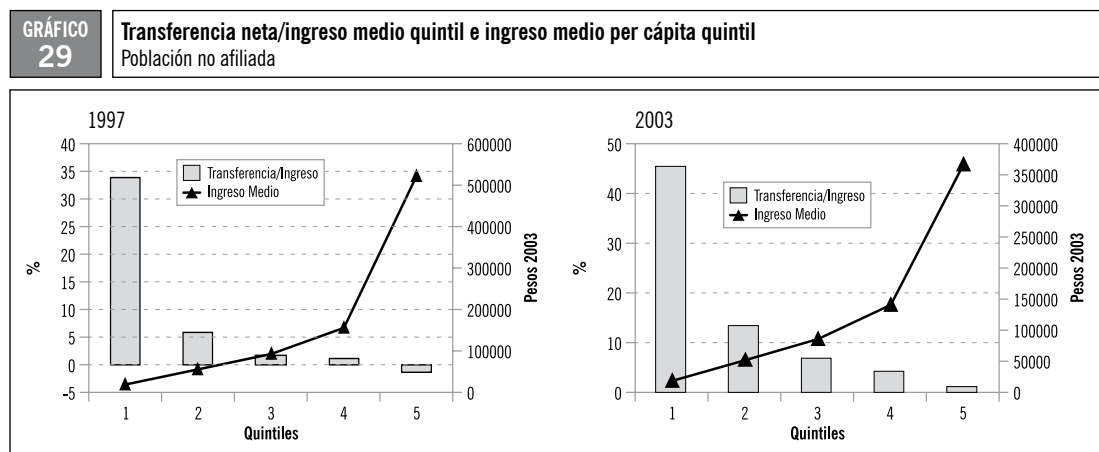
La metodología tradicionalmente usada para el análisis de incidencia de los subsidios, imputa los valores estimados del costo de los servicios a la población que reporta el uso de servicios ambulatorios y hospitalarios. En este caso, en lugar de imputar del valor del paquete de servicios según la UPC contributiva y subsidiada o el promedio del gasto en el caso de la población no afiliada, (como en los resultados expuestos en la sección anterior) se imputa el valor promedio de consulta ambulatoria u hospitalaria definidos

anteriormente, a la población que reporta el uso de los servicios. A continuación se examinan sus resultados y se comparan con la redistribución potencial que se obtuvo del ejercicio anterior.

2.2.2.1. Incidencia por uso de servicios de salud según afiliación y región

La metodología de incidencia por uso solo se realizó para el año 2003 y sus resultados, medidos con el indicador de transferencia neta en proporción del ingreso inicial, se presentan en el Cuadro 32. A partir de estos resultados, es posible confirmar la capacidad total del sistema de redistribuir ingresos que provienen del aporte superior que realizan los afiliados al régimen contributivo, frente a los servicios que demandan en favor de la población afiliada al régimen subsidiado y a la población no afiliada, en su orden.

Para el total nacional, Cuadro 32, Panel A, la transferencia total del sistema equivale al 3% del ingreso, siendo más favorable que la distribución potencial del primer ejercicio propuesto. En las regiones, se aprecia una mayor redistribución para aquellas con mayores necesidades, como es el caso de Amazonas y Pacífico, donde las transferencias representan el 26,8 y 6,1% de su ingreso respectivamente. En contraste para Bogotá, el signo negativo representa su capacidad de redistribuir hacia el resto del país.



Avances y desafíos de la equidad

en el sistema de salud colombiano

La población del régimen contributivo, Cuadro 32 panel B, redistribuye el 0,75% de su ingreso al resto de la población, porcentaje menor al que se obtuvo del primer ejercicio de capacidad potencial. En contraste con el primer ejercicio, en estas las regiones de Bogotá, Valle, San Andrés, Antioquia y Atlántico, tienen capacidad de redistribución en el régimen contributivo, mientras que las regiones Oriental, Central y Pacífica, reciben el beneficio.

La población del régimen subsidiado, Cuadro 32 Panel C, recibe en promedio el 21,4% de su ingreso en transferencias por uso de servicios de salud, proporción mayor a la del ejercicio

de capacidad potencial. Además de Amazonas, las regiones de Antioquia y Central, reciben una proporción mayor al promedio nacional, lo que tiene que ver con el total de recursos asignados regionalmente a la prestación de servicios y al uso por consultas ambulatorias y hospitalarias que realiza su población.

La población vinculada, Cuadro 32 Panel D, abajo a la derecha, recibe como transferencia por el uso de servicios de salud en promedio 7,5% en proporción de su ingreso, también ligeramente superior a la capacidad potencial estimada inicialmente. Este beneficio es mayor en las regiones de Amazonas, San Andrés, Antioquia, Central y Oriental.

**CUADRO
32**

Transferencia per cápita por regiones y por tipo de afiliación al SGSSS, 2003

Incidencia por uso e incidencia por tipo de afiliación (potencial)

Transferencia/ per cápita nacional (panel A)			
Región	Transferencia/Ingreso		Diferencia (%)
	Uso (%)	Afiliación (%)	
Atlántico	3.4	2.5	0.9
Oriental	5.6	4.4	1.2
Central	5.8	4.1	1.7
Pacífico	6.1	5.4	0.7
Bogotá	-0.2	-1.1	0.8
Antioquia	3.6	2.5	1.1
Valle	0.6	-0.1	0.7
San Andrés	1.6	0.0	1.6
Amazonas	26.8	13.7	13.1
Total	3.0	1.9	1.1

Transferencia/per cápita régimen contributivo (panel B)			
Región	Transferencia/Ingreso		Diferencia (%)
	Uso (%)	Afiliación (%)	
Atlántico	-0.33	-0.40	0.07
Oriental	2.20	1.15	1.05
Central	2.10	1.13	0.96
Pacífico	0.48	-0.40	0.88
Bogotá	-2.38	-3.01	0.63
Antioquia	-1.06	-0.45	-0.61
Valle	-1.90	-1.92	0.01
San Andrés	-1.84	-2.31	0.47
Amazonas	3.97	4.37	-0.40
Total	-0.75	-1.16	0.40

Transferencia/per cápita régimen subsidiado (panel C)			
Región	Transferencia/Ingreso		Diferencia (%)
	Uso (%)	Afiliación (%)	
Atlántico	20.9	19.4	1.5
Oriental	18.1	17.7	0.4
Central	23.3	18.2	5.1
Pacífico	20.2	21.6	-1.4
Bogotá	19.5	14.1	5.4
Antioquia	29.4	24.0	5.4
Valle	15.4	11.1	4.4
San Andrés	14.0	8.5	5.4
Amazonas	76.1	29.3	46.8
Total	21.4	18.2	3.3

Transferencia/per cápita población no afiliada (panel D)			
Región	Transferencia/Ingreso		Diferencia (%)
	Uso	Afiliación (%)	
Atlántico	4.4	1.8	2.6
Oriental	8.5	6.2	2.3
Central	7.7	5.5	2.2
Pacífico	6.1	4.1	2.0
Bogotá	6.2	5.2	0.9
Antioquia	11.8	6.0	5.8
Valle	4.2	2.5	1.8
San Andrés	24.3	14.4	9.9
Amazonas	77.1	37.9	39.2
Total	7.5	4.7	2.8

Fuente: Cálculos propios con base en ECV 2003, Ejecuciones Presupuestales, Cuentas de la Salud, Barón, 2005

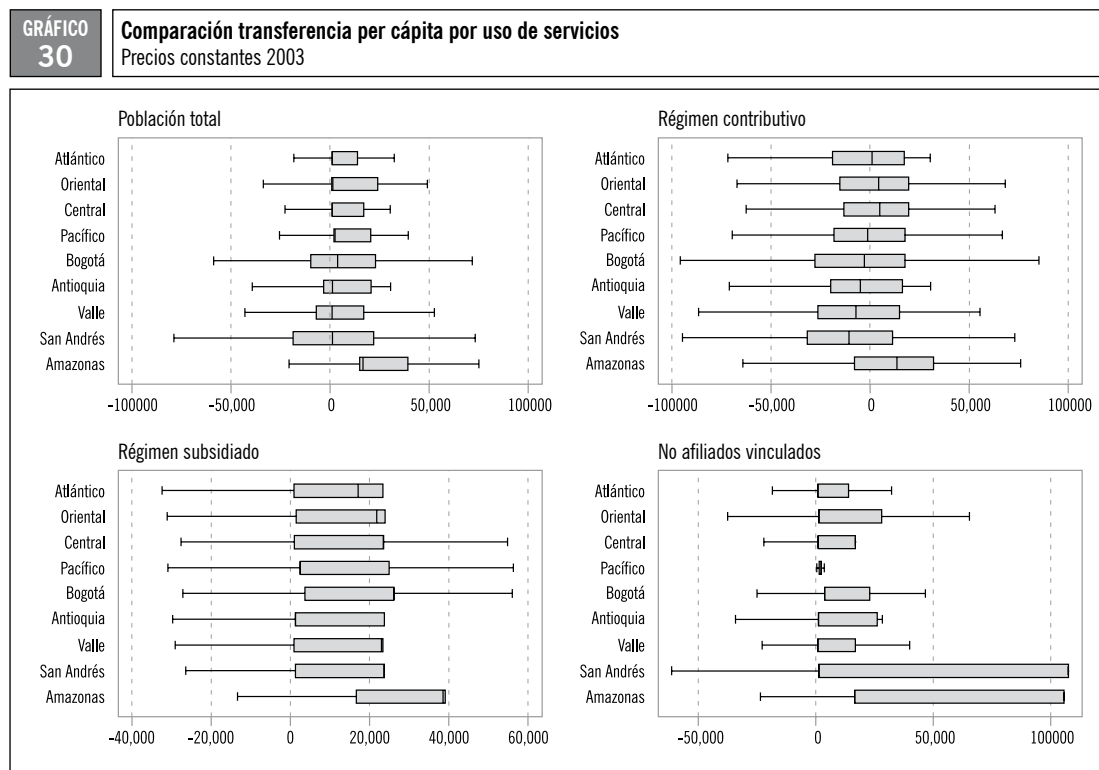
El Gráfico 30 permite observar el valor de la transferencia neta en el 2003, tanto para el total de la población como para las diferentes regiones por tipo de régimen. Allí se destaca nuevamente el aporte en pesos del 2003, de la población afiliada al régimen contributivo, y su amplia dispersión entre valores positivos (recepción neta de subsidios) y negativos (aportes mayores al costo de los servicios recibidos), siendo los más extremos los de Bogotá.

Para la población afiliada al régimen subsidiado, la distribución de la transferencia per cápita no presenta diferencias significativas entre las regiones del país y todas reciben transferencias positivas; adicionalmente se observa que Bogotá y las regiones Central y Pacífica tienen los valores máximos de las transferencias per cápita. En contraste, las transferencias netas per cápita de la población no afiliada presentan diferencias significativas entre las regiones. La región Oriental tiene la distribución más amplia de las transferencias,

seguida por Antioquia y Valle. Cabe resaltar que para la región Pacífica es muy baja comparada con la distribución de las otras regiones y que para San Andrés y Amazonas, la poca confiabilidad de los datos no permite hacer inferencias sobre el desempeño de esta variable.

2.2.2.2. Transferencia neta en proporción del ingreso por regiones y por quintiles

El Gráfico 31 permite ver el proceso redistributivo del SGSSS, de acuerdo con el uso de servicios, tanto por regiones como por quintiles. Para el total de la población, la transferencia neta representa en promedio el 3% de su ingreso. Este promedio contiene una transferencia negativa de Bogotá equivalente a -0,2% del ingreso per cápita y transferencias positivas que representan desde 0,6% del ingreso per cápita del Valle, alrededor del 3% en la región Atlántica y Antioquia, hasta transferencias cercanas al 6,0% para las regiones Pacífica, Oriental y Central; estos valores se



Fuente: Cálculos propios con base en ECV 2003, Ejecuciones Presupuestales, Cuentas de la Salud, Barón, 2005

reportan el Cuadro 32. Por quintiles de ingreso y para el total de la población, se observa que el proceso de redistribución es ampliamente progresivo debido a que la transferencia neta es positiva en los quintiles más bajos, decreciente cuando aumentan los quintiles de ingreso y negativa para el último quintil.

De acuerdo con el régimen de afiliación, la capacidad redistributiva del Sistema recae principalmente sobre el régimen contributivo en las regiones de Bogotá, Valle y Antioquia, quienes transfieren en promedio 2,38%, 1,9% y 1,06% de su ingreso respectivamente. Así mismo, las regiones que más se benefician son la Oriental (2,2%) y la Central

GRÁFICO 31 Transferencia neta/ ingreso inicial por regiones y por quintil de ingresos 2003

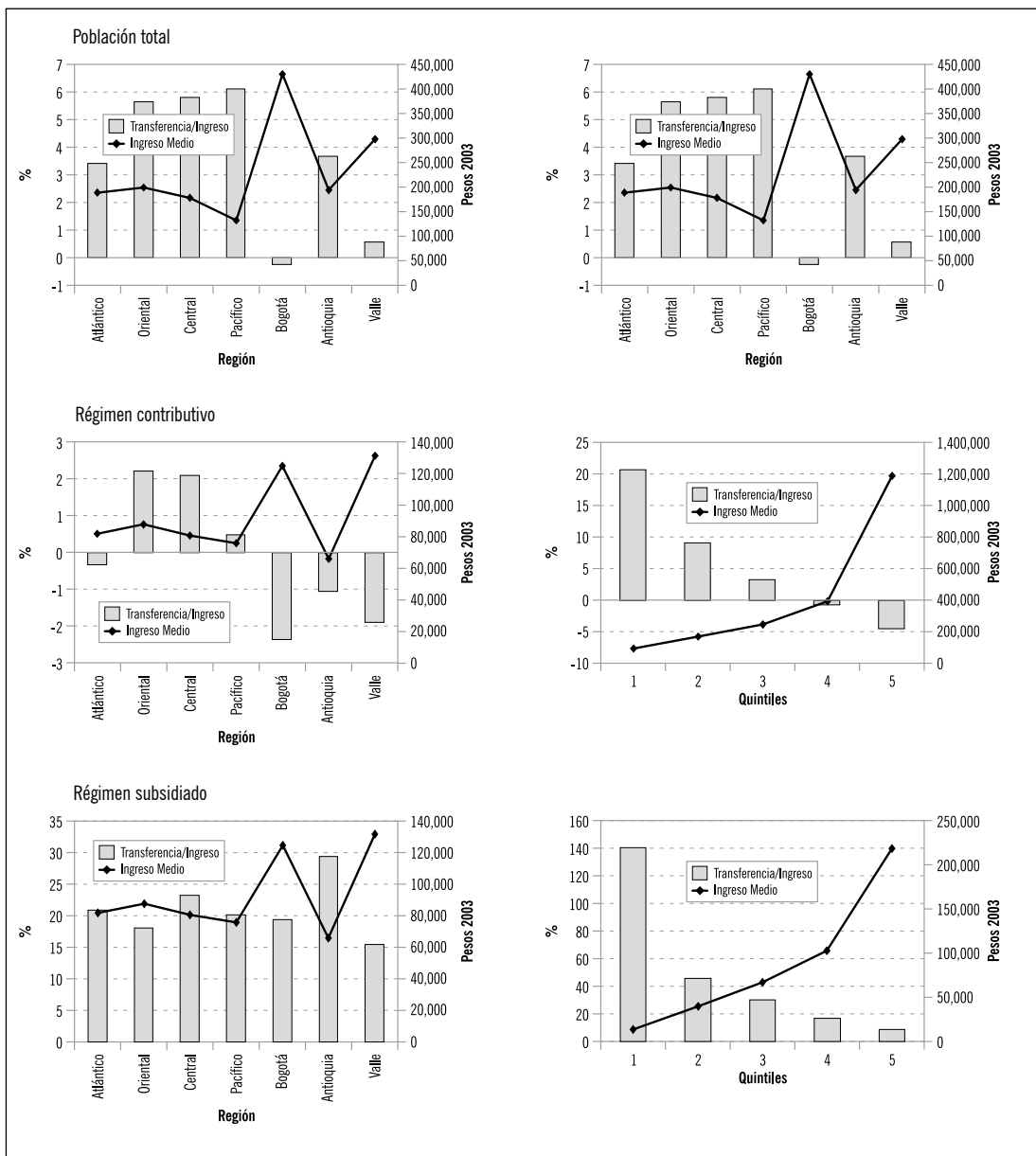
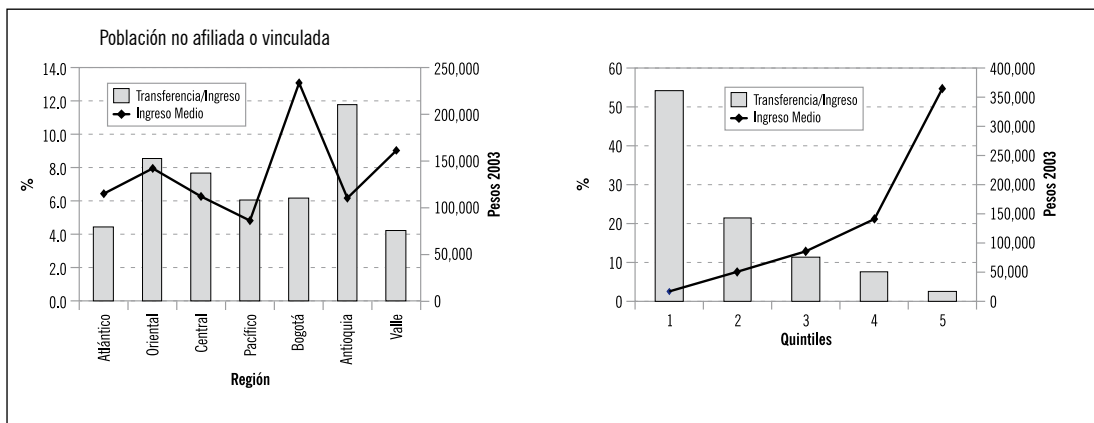


GRÁFICO
31

Transferencia neta/ ingreso inicial por regiones y por quintil de ingresos
2003 (continuación)



(2,1%) las cuales reciben un mayor porcentaje de las transferencias con respecto a su ingreso. De manera similar por los resultados a escala nacional y dentro del régimen contributivo, se hace evidente que el proceso redistributivo es progresivo y en este caso, la población del cuarto quintil de ingresos también aporta (presenta transferencias negativas).

Para la población del régimen subsidiado en todas las regiones, las transferencias netas representan una proporción importante del ingreso, registrándose en Antioquia la mayor proporción, cercana al 30% del ingreso inicial de esta población, en contraste con Valle, en donde la transferencia para la población del régimen subsidiado alcanza alrededor del 15% del ingreso inicial promedio per cápita. Por quintiles de ingreso, la transferencia neta por uso de servicios para la población del quintil 1 llegaría a representar 140% del ingreso inicial promedio per cápita, mientras para los quintiles 2 y 3, representa el 40% y el 30% respectivamente.

Finalmente, para la población no afiliada al Sistema, la transferencia por uso de servicios representa los mayores porcentajes en proporción del ingreso en Antioquia y en las regiones Central y Oriental. En cuanto a quintiles se presenta también una alta progresividad en la entrega de subsidios a la población vinculada.

2.2.2.3. Comparación de estos resultados con los de otros estudios.

La metodología de imputación por uso de servicios permite comparar uno de los principales resultados del estudio realizado a comienzos de 1990 por Molina y Giedion (Fedesarrollo 1994). Para el año 1992, los investigadores del equipo de Fedesarrollo, encontraban que los beneficios agregados del Sistema Nacional de Salud y del Instituto de Seguros Sociales, representaron un 1,2% del ingreso de los hogares. Así mismo establecieron la progresividad de los mismos en la medida en que su porcentaje disminuye en cuanto el hogar pertenece a un quintil de más altos ingresos. En contraste con el escaso avance que los autores encontraron en materia de progresividad entre 1974 (año del estudio de Selowsky) y el año 1992, los resultados obtenidos por el presente estudio para 2003 muestran un favorable adelanto.

Como lo presenta el Cuadro 33, el avance logrado con la reforma de 1993 es destacable en varios aspectos. En primer lugar, la transferencia promedio en proporción del ingreso para toda la población pasa de 1,2% en 1992 a 1,9% en el 2003. En segundo término se mantiene y se profundiza la progresividad. Por una parte, el incremento de las contribuciones provoca una importante redistribución desde el quintil 5. Este 20% de la

Quintil	1992	2003			
	(Molina, Giedion 1995)	(Este estudio)			
	Población Total	Población Total	Pob Afil Reg Contributivo	Pob Afil Reg Subsidiada	Población No afiliada
1	6,2	49,2	20,9	120,1	45,4
2	3,7	16,2	7,5	40,4	13,4
3	1,8	8,7	2,7	24,4	7,0
4	1,0	3,7	-1,3	15,3	4,1
5	0,1	-2,9	-4,8	7,1	1,3
Promedio	1,2	1,9	-1,2	18,2	4,7

Fuente: Molina, Giedion 1992, pp. 44 y cálculos propios.

población aporta recursos que equivalen al 2,9% de su ingreso que favorecen a los de mayores necesidades del régimen contributivo, así como a los afiliados al régimen subsidiado. Por otra parte, a medida que se incrementa el ingreso disminuye la proporción de la transferencia.

Tanto la caída en el ingreso que se comentó en este trabajo, como el aumento en el acceso a servicios que promovió la reforma de 1993, confluyen en la explicación del considerable incremento en las transferencias del sistema en salud. El subsidio para el quintil 1 de la población que ascendía a 6,2% de su ingreso en 1992, se incrementa hasta representar 49,2% de su ingreso en 2003. El del quintil 2 pasa de 3,7% a 16,2% en estos mismos años (Cuadro 33).

Así mismo, es posible examinar la redistribución operada en cada uno de los regímenes. En el *régimen contributivo* la población del quintil 1 recibe el 20,9% de su ingreso en beneficios del sistema, mientras que los quintiles 4 y 5, aportan montos equivalentes a 1,3% de su ingreso en el primer caso y 4,8% en caso del quintil de mayores ingresos. En el *régimen subsidiado* la transferencia promedio alcanzó el 18% del ingreso de la población de este régimen, con amplias diferencias dependiendo del quintil, que muestran claramente el gran poder redistributivo que despliega la

reforma en salud. La *población no afiliada* también recibe beneficios que en promedio representan el 4,7% de su ingreso, muy favorables para los quintiles de menor ingreso.

2.2.3. MEDICIÓN DE LA CAPACIDAD DE REDISTRIBUCIÓN DEL SGSS

Como lo mostró el análisis de incidencia, el SGSS ocasiona cambios en el ingreso, dependiendo del régimen de afiliación, del quintil de ingresos y de la región del país. En esta sección, mediante indicadores sintéticos, se evaluarán de manera más precisa las mejoras en equidad logradas con el sistema, asociadas principalmente al esquema de aseguramiento que reduce barreras financieras para la atención.

A partir de los índices Foster-Greer-Thorbecke (FGT), de la curva de Lorenz, del coeficiente de Gini y Atkinson y Theil, que se explican en el glosario, se evalúa el impacto del ajuste que se hace al ingreso para determinar cómo varía la incidencia de la pobreza y la concentración del ingreso. La comparación de estos indicadores calculados antes y después del ajuste a los ingresos, permite identificar el carácter redistributivo del sistema y los efectos sobre la concentración en la distribución de estos. El índice FGT es el único de los indicadores utilizados que se refiere al análisis de pobreza; la curva de Lorenz y las medidas de Gini, Atkinson y Theil se refieren al análisis de concentración o desigualdad en la distribución. Un análisis detallado de los resultados en materia de distribución con las metodologías de incidencia del SGSS usadas por este trabajo se encuentra en el documento técnico n.º 3: "Impacto redistributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud", que hace parte de este estudio. (Forero y Acosta, 2007)

Los principales resultados indican que: i) hay mejoras en los indicadores de pobreza y de equidad cuando el ingreso es ajustado por los beneficios que otorga el SGSS, cualquiera que sea la metodología de imputación utilizada, y ii) entre 1997 y 2003 los indicadores de pobreza y de distribución se deterioraron. Es necesario advertir que los

resultados en materia de pobreza difieren de los indicadores oficiales, pues este trabajo no realiza todas las imputaciones al ingreso que se realizan en la metodología convencional de medición de ese estado, ya que su propósito no era determinar el porcentaje de personas en tal situación, sino el cambio que tienen debido a los beneficios que proporciona su afiliación al SGSSS.

2.2.3.1. Efectos del SGSSS sobre la pobreza

Existen tres medidas principales en materia de pobreza: incidencia, intensidad y severidad. La incidencia se refiere a la proporción de personas por debajo de la línea de pobreza; en este estudio, la línea utilizada diferencia los centros poblacionales. Para 1997, de acuerdo con los datos de Misión Pobreza del Departamento Nacional de Planeación, la línea de pobreza se ubicaba en un ingreso de \$110.039 mensuales para la zona urbana y \$77.264 para las áreas rurales. En 2003 estos valores se ajustan a \$206.960 y \$145.317 respectivamente.

La intensidad estima cuánto dinero le hace falta a todos los pobres para alcanzar la línea de pobreza, como proporción del total de ingreso en la economía si todas las personas vivieran exactamente con la línea de pobreza. Cuanto mayor sea el valor de este indicador, se dice que hay mayor rezago de los ingresos promedio de los pobres para alcanzar esta línea.

La severidad es una medida de desigualdad en la distribución de los ingresos de los pobres. Es importante saber cuántos pobres hay (incidencia) y qué tan distantes están de la línea de pobreza (LP) (brecha o intensidad). Sin embargo, no es lo mismo que una persona pobre esté muy cerca de la LP o que no tenga, por ejemplo, ningún ingreso. En este caso la desigualdad entre los pobres sería alta y las medidas de política para enfrentar el problema serían distintas. Esto indica que es relevante saber cómo se distribuye el ingreso

dentro de la población pobre y es la lectura que proporciona el indicador de severidad.

El Cuadro 34 presenta los resultados de estos tres indicadores de pobreza, tanto en 1997 como en 2003, antes y después de la imputación de los beneficios del SGSSS. Para el 2003, se comparan también los resultados de la imputación de la UPC, (primer método) con los de imputar por uso de servicios (segundo método). El porcentaje de pobres (incidencia) para el total del país, se reduce de 67,05% en el 2003, antes de cualquier imputación, a 64,94% luego de imputar el beneficio neto potencial o UPC, de acuerdo con su afiliación al SGSSS, o bien a 63,84%, con el método de imputación por uso de servicios. En otras palabras los beneficios netos del SGSSS, recibidos por la población reducen en 3,21 puntos porcentuales el número de pobres. En las regiones Central, Oriental y Bogotá²⁷, la reducción en el porcentaje de personas pobres es aún mayor.

Por su parte, la intensidad o la brecha de pobreza también se reduce en cerca de cuatro puntos porcentuales, luego de la imputación de los beneficios del SGSSS, por cualquiera de los dos métodos utilizados. Así mismo, son las regiones Central, Oriental y Bogotá las que presentan la menor brecha en el ingreso de la población pobre para alcanzar la línea de pobreza.

Para confirmar la capacidad redistributiva del SGSSS, la medida de severidad de la pobreza también mejora luego de la imputación de beneficios, al pasar de 0,25 a 0,21 en el total nacional en el 2003. En contraste con las dos medidas anteriores, la imputación de beneficios con base en el uso de servicios deteriora la severidad de la pobreza, es decir, agrava la desigualdad en el ingreso de los pobres.

Estos tres indicadores de pobreza se pueden apreciar con el Gráfico 32 o gráfica TIP²⁸ (tres índices de pobreza) en la cual, se observa que la

²⁷ Las mayores reducciones en porcentaje de pobres luego de las imputaciones realizadas son en San Andrés y en Amazonas, pero como se ha advertido en distintas secciones de este informe, estas regiones tienen un menor peso relativo y una menor confiabilidad en los datos de las encuestas y en los registros oficiales.

²⁸ Para una consulta más técnica, ver Jenkins y Lambert, (1997).

CUADRO 34 Efectos sobre las medidas de pobreza del SGSSS, 1997 – 2003

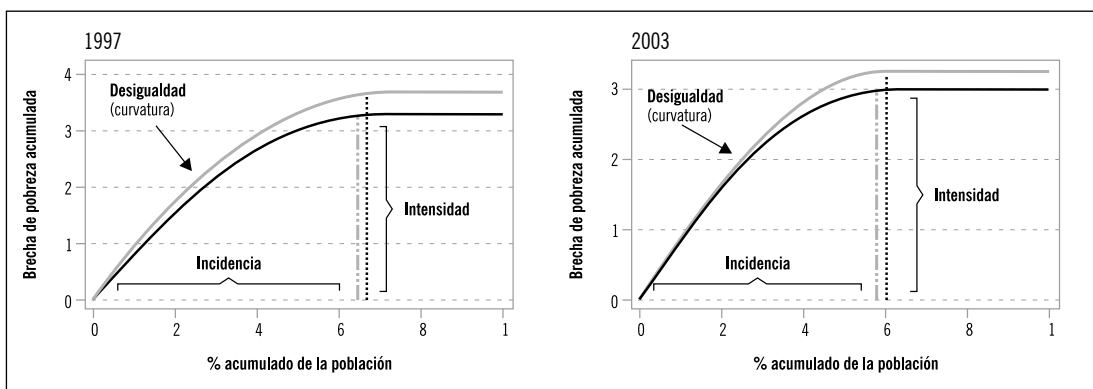
Tipo de Afiliación	Imputando la UPC de acuerdo con la afiliación al SGSSS				Imputación por Uso de Servicios
	1997		2003		2003
	Inicial	Final	Inicial	Final	Final
Incidencia					
Contributivo	31.10%	28.30%	40.07%	37.22%	37.10%
Subsidiado	86.04%	83.10%	90.73%	88.97%	86.47%
No Afiliados	74.47%	73.42%	82.15%	80.49%	79.07%
Total	60.03%	58.19%	67.05%	64.94%	63,84%
Intensidad					
Contributivo	0.12	0.10	0.14	0.11	0.125
Subsidiado	0.52	0.45	0.57	0.49	0.482
No Afiliados	0.42	0.41	0.48	0.45	0.448
Total	0.33	0.30	0.37	0.33	0.328
Severidad					
Contributivo	0.06	0.05	0.07	0.06	0.063
Subsidiado	0.37	0.29	0.41	0.31	0.326
No Afiliados	0.29	0.28	0.34	0.31	0.319
Total	0.22	0.20	0.25	0.21	0.220

Fuente: ECV97, ECV03- DANE. Cálculo de los autores.

proporción de población por debajo de la línea de pobreza (*incidencia*) está dada por la distancia horizontal entre el origen y el punto en el eje de las abscisas en el que la curva empieza a ser horizontal. En 1997 se aprecia que la incidencia pasa de 60,3% a 58,1% después de los ajustes o imputaciones a los ingresos. En el 2003 la incidencia pasa de 67,0% a 64,9% después de los

ajustes. La altura de la curva en el punto en el que la proporción acumulada de la población es igual a 1, indica la *intensidad o brecha de la pobreza*. En 1997 la intensidad se reduce de 0,33 a 0,30 luego de ajustes y en el 2003 de 0,37 a 0,33. Por último, la curvatura de la gráfica en el intervalo entre el origen y el punto donde empieza a ser horizontal, indica la desigualdad en la distribución

GRÁFICO 32 Tres medidas de pobreza (Antes y después de ajustes al ingreso)



Fuente: ECV03, Dane. Cálculo de los autores.

del ingreso entre los pobres o *severidad*. En 1997 la severidad se reduce de 0,22 a 0,20 y en el 2003, en una mayor proporción al pasar de 0,25 a 0,21.

2.2.3.2. Efectos del SGSSS sobre la distribución

Dos indicadores que permiten apreciar la redistribución que posibilita el SGSSS son la curva de Lorenz y el coeficiente de Gini, cuyas definiciones se incluyen en el glosario. Como se observa en el Gráfico 33, la distribución del ingreso para 1997 después de la imputación realizada, se acerca a la línea de equidistribución (línea de 45°). Para 2003, también indica que con los ajustes a los ingresos hay una mejora en cuanto a menor concentración. Esto quiere decir que las imputaciones realizadas al ingreso, derivadas del SGSSS, mejoran la distribución. Teniendo en cuenta las curvas de Lorenz ilustradas en el Gráfico 33, es posible decir que en términos distributivos, a partir del ingreso y después del ajustes, se da una situación preferible a la obtenida con los ingresos iniciales.

Aunque el desplazamiento observado en la gráfica no parece significativo, su importancia se ilustra en la variación del coeficiente de Gini; gráficamente este coeficiente corresponde al doble del área entre la curva de Lorenz y la recta de distribución totalmente equitativa. Más claramente, como lo muestra el Cuadro 35, el coeficiente de Gini se reduce luego de la imputación de los beneficios

del SGSSS, en 1997 de 0,609 a 0,583 y en el 2003 pasa de 0,587 a 0,553 y a 0,555 con la imputación del valor de los servicios demandados, mostrando un mayor efecto en este último año. El ingreso ajustado, luego de imputar los beneficios que se derivan del SGSSS, reduce más la desigualdad en 2003 que en 1997, cualquiera que sea el método de imputación (UPC o uso de servicios).

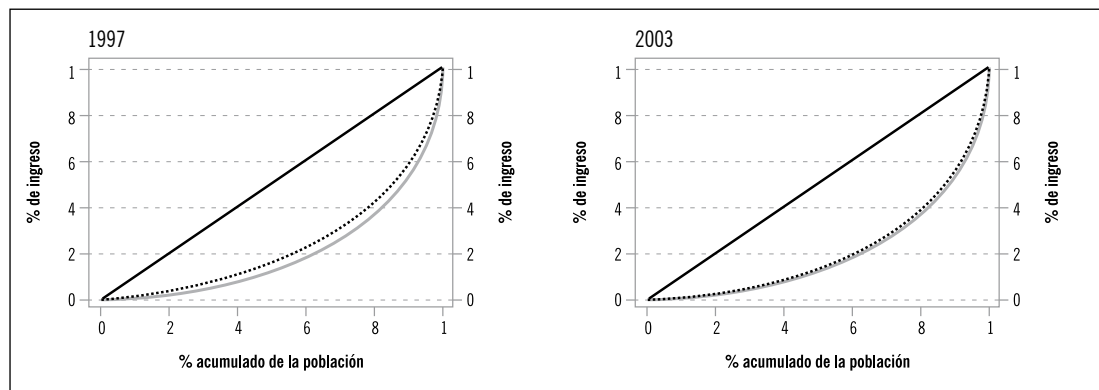
Una de las ventajas de esta medida de concentración radica en que satisface la condición Pigou-

CUADRO 35 Coeficientes de Gini por regiones 1997 – 2003

Región	Imputación de la UPC de acuerdo con la afiliación al SGSSS				Imputación por uso de servicios
	1997		2003		2003
	Inicial	Ajustado	Inicial	Ajustado	Ajustado
Atlántica	0.594	0.578	0.595	0.564	0.568
Oriental	0.561	0.527	0.528	0.488	0.492
Central	0.553	0.525	0.577	0.540	0.543
Pacífico	0.547	0.524	0.596	0.551	0.565
Bogotá	0.611	0.590	0.560	0.531	0.529
Antioquia	0.590	0.561	0.546	0.504	0.512
Valle	-	-	0.545	0.521	0.522
San Andrés	0.516	0.477	0.566	0.531	0.537
Amazonas	0.579	0.491	0.545	0.458	0.491
Nacional	0.609	0.583	0.587	0.553	0.555

*Para 1997 Pacífico incluye Pacífico y Valle.
Fuente: ECV97, ECV03- DANE. Cálculo de los autores.

GRÁFICO 33 Curva de Lorenz (Antes y después de ajustes al ingreso)



Fuente: ECV03, Dane. Cálculo de los autores.

Dalton (Petrecolla, 1997), de acuerdo con la cual “toda transferencia de ingresos de una unidad de mayores ingresos a otra de menores reduce el valor del índice”. Teniendo en cuenta esta propiedad del coeficiente de Gini es posible afirmar que su reducción con la imputación en los dos años puede estar relacionada con tres hechos: i) los subsidios cruzados que se presentan entre la población del régimen contributivo, en el que las personas de mayores ingresos contribuyen más que las de bajos ingresos; ii) con el punto de solidaridad de los afiliados al régimen contributivo que se orientan a la financiación de los subsidios de demanda del régimen subsidiado, y (iii) con los subsidios que reciben quienes pertenecen al régimen subsidiado y la población no afiliada (PAB, Red Hospitalaria, entre otros)²⁹.

Finalmente, de acuerdo con el tipo de afiliación al SGSSS, los coeficientes de Gini muestran más claramente el efecto que tiene la imputación de los beneficios del sistema, en especial para la población afiliada al régimen subsidiado. El índice de Gini en el 2003 (indicador de desigualdad) se reduce de 0,461 a 0,391, es decir, 7 puntos porcentuales, si se imputa la UPC, y a 0,418, es decir 4,3 puntos porcentuales si se imputan los beneficios por uso reportado de servicios (Cuadro 36). La población del régimen contributivo y la población no afiliada también se benefician pero en menor proporción que la del régimen subsidiado.

2.2.4. ANÁLISIS DE ALTERNATIVAS PARA EXTENDER EL ASEGURAMIENTO

Con el propósito de explorar posibilidades de extender el aseguramiento a la población pobre que aún no se encuentra afiliada al SGSSS, se realizaron otros ejercicios cuyos resultados se comentan brevemente en esta sección. En el primero se efectuó una clasificación de la pobla-

CUADRO 36 Coeficientes de Gini por tipo de afiliación 1997 – 2003

Región	Imputación de la UPC de acuerdo con la afiliación al SGSSS				Imputación por uso de servicios
	1997		2003		2003
	Inicial	Final	Inicial	Final	Final
Contributivo	0.520	0.493	0.512	0.484	0.489
Subsidiado	0.475	0.417	0.461	0.391	0.418
No afiliados	0.588	0.580	0.521	0.498	0.504
Total	0.609	0.583	0.587	0.553	0.555

Fuente: ECV97, ECV03- DANE. Cálculo de los autores.

ción vinculada en dos grupos, uno de ellos con mayores posibilidades de ser sujeto de algún tipo de subsidio. Con base en esta información y con el fin de examinar los posibles efectos de algunas políticas en el aseguramiento, en el segundo ejercicio se calibró un modelo de equilibrio general (MEG).

El propósito de realizar una caracterización más detallada de la población no afiliada busca especificar las posibilidades de adelantar políticas de subsidio parcial. Se determinaron dos grupos uno y se examinaron sus características socioeconómicas. En el primero, se agrupó a la población vinculada que no tiene capacidad de pago, y que no reúne todos los requisitos para recibir el subsidio total. El segundo subgrupo se caracteriza por tener niveles de ingreso promedio similares al de la población afiliada al régimen contributivo, grupo que no constituye población objetivo de subsidio parcial. A continuación se comentan los principales resultados de este análisis.

2.2.4.1. Caracterización de la población susceptible de recibir subsidios

Tal como se describe en detalle en el documento técnico n.º 4: “Caracterización población susceptible de recibir subsidios parciales”, el primer

²⁹ Con el fin de verificar la robustez de los resultados encontrados a partir del Gini, se calculan los indicadores de Atkinson y Theil. El índice de Atkinson es una medida de desigualdad, que toma valores entre cero y uno. Valores bajos del indicador reflejan una distribución del ingreso más equitativa, así como el coeficiente de Gini. El índice de Theil es una medida de dispersión en la distribución del ingreso. Entre las ventajas de este indicador se encuentra que es invariante a la escala en que se mida el ingreso y que es sensible a las transferencias de ingreso entre individuos de diferentes niveles de ingreso (Medina, 2001).

ejercicio consistió en realizar una caracterización de la población no asegurada (vinculados) de los niveles I, II y III del Sisbén. Se buscó precisar las características de un subgrupo de esta población cuyas condiciones sociodemográficas fundamentaran la necesidad de diseñar un nuevo tipo de subsidio³⁰.

La población potencial, niveles I, II, y III del Sisbén que podrían ser sujetos potenciales de subsidio asciende a 1.834.019 personas, de las cuales el 23% (429.065 individuos) se encuentran clasificados en Sisbén I; el 7,4% (136.180 personas) en Sisbén II, y el 69,1% (1.268.774 personas) en Sisbén III. El 28% de esta población se dedica a actividades del sector agrícola, el 16% al sector comercio, el 11% al servicio doméstico³¹ y el 5% restante a la construcción.

Esta población se agrupó de acuerdo con su ingreso, tipo de gasto y condiciones socioeconómicas en dos grupos que se denominaron Vinculado 0 y Vinculado 1. Se estima que las personas agrupadas en la categoría de vinculado 0 tienen capacidad de contribución pero que no están afiliados al sistema. Entre los vinculados 1 se agrupan aquellos hogares que no poseen capacidad de contribución pero que por sus características socioeconómicas no pertenecen al régimen subsidiado.

El vinculado 0 está conformado por población más heterogénea, con ingresos laborales o de otros tipos consistentemente mayores, y cuyo consumo tiene más semejanzas con el consumo de la población afiliada al régimen contributivo que al de del régimen subsidiado. Por su parte el gasto medio y promedio de la población del grupo de vinculado 1, es inferior a la del régimen subsidiado en la totalidad de categorías analizadas.

Por regiones del país, la población agrupada en la categoría vinculado 1, que puede ser susceptible de subsidio parcial, está localizada el 25,8% en la región Atlántica, el 16,2% en la región Oriental, el 14,9% en la región Central. Aquellas regiones que presentan el menor número de personas de este grupo son San Andrés y Amazonas. En Bogotá se encuentran el 9,3% y en la región Pacífica el 10,3%.

2.2.4.2. Políticas favorables a la extensión del aseguramiento

Con el objeto de evaluar los efectos de diferentes situaciones económicas (choques) factibles sobre el aseguramiento, con base en los resultados del ejercicio anterior, se calibró el Modelo de Equilibrio General MEG con los dos grupos diferenciados de población no afiliada (vinculados 0 y 1).

El modelo de equilibrio general, MEG, que se ha venido trabajando para el análisis de políticas de aseguramiento en salud³² (Ramírez et al., 2006), fue calibrado, con los dos grupos de población no afiliada descritos anteriormente, con el propósito de sugerir opciones de política que permitan avanzar en el propósito de universalizar la cobertura del seguro de salud en Colombia. El documento técnico n.º 5 'Modelo para el análisis de políticas de aseguramiento en salud' (Karl y Corredor, 2007), que hace parte de esta investigación, presenta de manera detallada la metodología y los principales resultados.

Con el propósito de obtener datos que ilustraran los efectos de diferentes simulaciones del modelo para el análisis de políticas de aseguramiento en salud, se construyó, con base en la ECV 2003, una cadena de Markov, de tal manera que permitiera identificar las probabilidades de transición

³⁰ Metodología desarrollada por el Departamento Nacional de Planeación.

³¹ Abarca las actividades de hogares privados que emplean personal doméstico de todo tipo, como sirvientes, cocineros, camareros, ayudas de cámara, mayordomos, jardineros, niñeras, etc.

³² Con los aportes del equipo de investigación de la Línea de Investigación de Política Social de la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario.

o movimiento entre los distintos regímenes de aseguramiento en el sistema de salud.

Se realizaron simulaciones con: i) el incremento de 0,5% en la tarifa de cotización a cargo del Empleado; ii) la eliminación generalizada de aranceles, EGA, en el cual se reduce el gasto público por los menores ingresos percibidos y, finalmente iii) un incremento de 20% en los flujos de capital hacia el país, que podría resultar de un mejor desempeño económico nacional o de una eliminación de las restricciones a los flujos de capital.

Con respecto al incremento en medio punto porcentual en la tarifa de contribución, el ejercicio sugiere que desde el punto de vista macroeconómico y de seguridad social, este debería haberse fijado a cargo de los empleados y no a cargo del empleador, como lo estableció la Ley 1122 de 2007. Este impuesto a cargo del empleador afecta la generación de empleo, o bien es trasladado en la forma de menores salarios a los trabajadores.

Por su parte, la eliminación generalizada de aranceles tiene efectos positivos importantes que posibilitan una mayor transición hacia el régimen contributivo mientras que un incremento en el ahorro externo no tiene un efecto relevante sobre la situación original de vinculación al sistema.

De los ejercicios de simulación realizados, el escenario de eliminación generalizada de aranceles es el que muestra los mayores efectos sobre la transición entre regímenes; el Cuadro 37 describe los cambios marginales de las probabilidades de transición. También se pudo determinar que se reducen sustancialmente las probabilidades de migrar hacia el régimen subsidiado o ingresar al grupo de vinculado 0 y esta reducción se compensa por un incremento en las posibilidades de transición hacia el régimen contributivo. Este hecho se explica principalmente por las mejores condiciones económicas que genera un mayor nivel de ingreso para los hogares. Incluso, en aquellos hogares que ya contribuyen se aumenta la probabilidad de continuar afiliados³³.

CUADRO 37 Transición entre tipos de vinculación al sistema
Efectos marginales sobre las probabilidades

	Vinculado 0 (%)	Vinculado 1 (%)	Subsidiado (%)	Contributivo (%)
Vinculado 0	-0,20	0,0	-0,09	0,26
Vinculado 1	-0,35	-0,01	-0,16	0,56
Subsidiado	-0,11	-0,6	-0,06	0,11
Contributivo	-0,10	-0,0	-0,03	0,50

Fuente: Documento Técnico n.o 5 Karl y Corredor.

³³ Los resultados detallados de esta y de las otras simulaciones realizadas se encuentran en el documento técnico n.o 5, "Modelo para el análisis de políticas de aseguramiento en salud" (Karl y Corredor, 2007) que hace parte de este trabajo.

GLOSARIO

Índice Foster-Greer-Thorbecke (FGT): este índice se utiliza en el análisis de pobreza, más que en el de concentración como los indicadores anteriores. De acuerdo con el valor de α en la expresión

$$FGT\alpha = \frac{1}{Nz^\alpha} \sum_{j=1}^j (z-y_j)^\alpha,$$

se definen los índices *FGT0* (Proporción personas por debajo de la línea de pobreza o incidencia), *FGT1* (Brecha de pobreza) y *FGT2* (Severidad de la pobreza).

En la expresión j , se refiere al subgrupo de individuos con un ingreso menor al de la línea de pobreza (z), N es el total de personas en la muestra y y_j es el ingreso del individuo j .

El *FGT1* indica el déficit de ingreso del total de los pobres, respecto a la línea de pobreza. Cuanto mayor sea el valor de este indicador, se dice que hay un mayor rezago de los ingresos promedio de los pobres respecto a la línea de pobreza. El *FGT2* indica la desigualdad en la distribución de los ingresos de los pobres.

Coefficiente de Gini: es una medida de concentración del ingreso que toma valores entre cero y uno. Cero indica equidad absoluta y uno concentración absoluta. Así, cuanto más pequeño sea el valor del coeficiente más equitativa es la distribución del ingreso. El coeficiente se deriva de la curva de Lorenz y se puede obtener como el doble del área de concentración de la curva de Lorenz.

Curva de Lorenz: es una herramienta gráfica que permite mostrar la distribución del ingreso dentro de una población; se utiliza como indicador de desigualdad. La curva relaciona los porcentajes acumulados de la población con los porcentajes acumulados de los ingresos, indicando así qué proporción del ingreso tiene cierto porcentaje de la población. En el eje horizontal se encuentra la población ordenada según el nivel de ingresos y en el eje vertical, los ingresos.

Si la curva de Lorenz coincide con la recta de 45 grados indica que los ingresos de todos los individuos son los mismos, de modo que el área de concentración (distancia entre la recta de 45 grados y la curva de Lorenz) es cero. Cuanto menor sea esta área, la distribución del ingreso es más equitativa y cuanto más grande sea, la distribución es más desigual.

Índice de Atkinson: es una medida de desigualdad obtenida a partir de $1 - \frac{y_e}{\mu}$

donde y_e es el nivel ingreso que si todos tuvieran, el bienestar de toda la población sería igual al de la distribución del ingreso observada. El valor de y_e se obtiene a partir de

$$y_e = \left(\sum_{i=1}^n f(y_i) y_i^{1-\epsilon} \right)^{\frac{1}{1-\epsilon}},$$

donde el parámetro ϵ indica la preferencia o aversión de la sociedad hacia la igualdad. Los valores altos de ϵ indican una mayor sensibilidad a las diferencias de ingreso en la parte inferior de la distribución. El índice de Atkinson es el único en su clase que toma en cuenta este tipo de juicios normativos.

El índice toma valores entre cero y uno. Valores bajos del indicador reflejan una distribución del ingreso más equitativa, así como el coeficiente de Gini.

Índice de Theil: es una medida de dispersión o desigualdad en la distribución del ingreso. Se calcula a partir de la expresión

$$T = \sum_i x_i \frac{\ln(x_i n)}{\ln(n)},$$

donde n es el número de individuos receptores de ingreso y x_i son sus participaciones en el ingreso total.

Cuando la distribución del ingreso es perfecta (todos tienen el mismo ingreso) el índice toma el valor de cero. Esto ocurre porque todas las participaciones x_i son en este caso iguales a $\frac{1}{n}$ y el numerador de la expresión sería cero ($\ln 1 = 0$). En el caso opuesto en el que hay concentración total del ingreso, el índice tiende asintóticamente a uno. Entre las ventajas de este indicador se encuentra que es invariante a la escala en que se mida el ingreso y que es sensible a las transferencias de ingreso entre individuos de diferentes niveles de ingreso.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los resultados presentados en este documento evidencian ganancias significativas en la cobertura del aseguramiento y el uso de los servicios de salud en el país, con grandes avances hacia la equidad. En esto, la reforma en salud de 1993 ha tenido un importante papel a través de la implementación del régimen subsidiado, sin embargo, aún falta camino para lograr los objetivos de universalidad y equidad en el aseguramiento y uso de los servicios planteados en ella.

Alcanzar esos objetivos requerirá, además de difundir el gran poder de distribución que tiene el sistema, de un mejor marco de incentivos para promover la afiliación al régimen contributivo, de diseñar esquemas más automáticos y expeditos de cobertura para contribuyentes y beneficiarios de subsidios totales o parciales, y de mejorar los instrumentos de focalización del régimen subsidiado, entre otros, factores sobre los cuales también insisten varios estudios.

Estas conclusiones se orientan, más que a resumir los principales resultados encontrados, a señalar las posibilidades de profundizar en las ventajas que presenta el sistema y en los retos que se plantean para la política pública.

1. El aseguramiento como mecanismo eficaz de protección de la población

Tanto la tendencia favorable en el acceso y uso de servicios de salud, como los resultados en reducción de la pobreza y mejora en la distribución del ingreso imputables al SGSSS confirman sus efectos positivos, en ocasiones desconocidos y en otros velados tras los problemas de regulación y de gestión que enfrenta el sistema. El reto con-

siste en ilustrar sobre la conveniencia del aseguramiento para la población, y promoverlo sobre la base de políticas coherentes. La universalidad en el aseguramiento ya sea como contribuyentes o receptores de subsidios debe seguir consolidándose como uno de los ejes de la política pública. La reducción en el gasto de bolsillo de la población viabilizada por el esquema de aseguramiento, es un activo logrado con la reforma.

2. Continuar avanzando en la afiliación al régimen contributivo de la población con capacidad de pago

El esquema propuesto por la reforma logró apalancar recursos de los aportes que permitieron ampliar la cobertura de aseguramiento a las familias de los contribuyentes. Los esfuerzos recientes en materia de supervisión y control de la población que cuenta con ingresos, deben fortalecerse y acompañarse de políticas claras de incentivos a la afiliación al régimen contributivo. Resulta necesario fortalecer los dispositivos de contribución por el valor real de los ingresos de las familias y no únicamente por los mínimos. El trabajo mostró la importante capacidad del régimen contributivo como política redistributiva, aún dentro de los mismos afiliados que aportan al sistema.

Así mismo, se encontró en una proporción importante de la población no afiliada, características socioeconómicas similares a las de la población afiliada al régimen contributivo, y por lo tanto, capacidad para realizar aportes así en algunos casos estos sean de carácter parcial. Un aspecto sobre el que presenta evidencia este trabajo es cómo el SGSSS permite cruzar los subsidios entre quienes aportan y quienes no tienen la

capacidad de hacerlo, entre los contribuyentes de ingresos más altos y los de menores ingresos, de regiones más ricas a las más necesitadas, o hacia las que requieren más servicios de salud. Subsisten, sin embargo, diferencias en los servicios que reciben las personas que deberían haber desaparecido con una mejor regulación y supervisión del sistema.

3. Consolidar los progresos en la eficiencia de la focalización del régimen subsidiado

Tanto el capítulo de equidad en la salud, el acceso y el uso de servicios, como el que profundiza sobre aspectos de financiamiento, muestran los beneficios otorgados a la población afiliada al régimen subsidiado. Sin embargo, se insiste en la necesidad de profundizar la cobertura en los grupos de población más pobres y en las regiones y departamentos menos desarrollados, sin descuidar los aspectos de supervisión, de control y de mayor participación local en los instrumentos de focalización.

4. Articulación del SGSSS a otros programas sociales

La salud de las comunidades no puede ser el resultado de intervenciones aisladas de los organismos encargados de ella, sino que deben ir acompañadas de acciones estatales que influyan en los ingresos, el contexto social y la calidad de vida de la población. En el 2005, se observan mayores inequidades en el estado de salud que en el uso de los servicios, probablemente debidas a que el aseguramiento es necesario pero insuficiente para garantizar mejoras en él. Por esta razón se llama la atención sobre la necesidad de articular a los efectos favorables del aseguramiento y del uso de los servicios de salud que reporta este estudio, programas sociales orientados a la nutrición, prevención de enfermedades y educación, entre otros.

5. Mejorar la calidad de los servicios de salud

Las inequidades encontradas en el estado de salud de la población, a pesar del mayor uso y ampliación en la cobertura, reiteran la necesidad de aumentar los esfuerzos orientados a elevar la calidad de los servicios de salud. De manera general este trabajo recomienda la necesidad de profundizar en los determinantes del estado de salud de la población. Se requieren estudios multivariados que permitan identificar el papel de la reforma, a través del aseguramiento –contributivo y subsidiado– y el papel de otros aspectos socioeconómicos, tanto en el nivel como en las inequidades del estado de salud.

De manera más específica los resultados de este trabajo muestran la necesidad de dos acciones concretas: la primera, la inclusión de la mamografía en el POSS e incentivar su uso como medida preventiva del cáncer de mama; la segunda, profundizar el entendimiento de la alta incidencia de las complicaciones posparto. En este trabajo, estos resultados (posibles gracias a la DHS que indaga sobre la salud sexual y reproductiva) se convierten en trazadores que sugieren que la calidad de los servicios y la integridad del plan de atención también son definitivas para la equidad y para los resultados deseados en el estado de salud de la población.

6. El SGSSS, y sus mecanismos de solidaridad, efectivo instrumento de política social

Pocas veces se presentan los beneficios del SGSSS en cuanto a la cohesión social que podría fomentar el correcto entendimiento de los alcances de esta política. El poco conocimiento, e incluso las interpretaciones equivocadas sobre el sistema, explican la percepción generalizada en el país sobre el grado de solidaridad de los colombianos, al ubicarse entre los de menor solidaridad en el contexto latinoamericano³⁴.

³⁴ Solidaridad, cuyo significado según la Real Academia Española, es la "adhesión circunstancial a la causa o a la empresa de otros" [...] "especialmente aquella que se presta en situaciones difíciles", en Cohesión social y sentido de pertenencia en América Latina. (2007) Cepal, Agencia Española de Cooperación Internacional y Secretaría General Iberoamericana, p. 87.

La protección financiera que brinda el sistema, expresada aquí por el subsidio que se otorga a los más pobres y a los que requieren servicios de salud, fortalece, de acuerdo con elaboraciones recientes, la inclusión social, pues reducen el efecto de eventos que de otra forma serían catastróficos (Cepal et al. 2007). El beneficio de la combinación de recursos de carácter estrictamente públicos (derivados de impuestos) con recursos de contribuciones (parafiscales) para alcanzar los resultados en materia de reducción de la incidencia de la pobreza y de mejor distribución del ingreso lo convierte en una de las más eficaces políticas sociales.

7. Focalización y pertinencia del gasto

Los debates en torno al gasto en salud y el aporte que realizan recientes estudios sobre la totalidad del gasto en el sector (Barón, 2007) muestran la necesidad de pasar a estudios más específicos que examinen de forma comparativa los mejores resultados que obtienen algunas regiones, con esfuerzos locales y mejor gestión y supervisión de los mismos. La línea de base departamental que ofrece este estudio, es un primer paso en esa dirección.

8. Nuevas herramientas para el diseño de políticas

El análisis del SGSSS, integrado a un modelo del funcionamiento global de la economía, como el utilizado en este estudio, constituye una herramienta para el diseño de políticas. Como se mostró en uno de los ejercicios, el aumento de la contribución a cargo del empleador no favorece el empleo y antes bien, priva al sistema de recursos para otorgar subsidios. Así mismo, de forma más hipotética, en un supuesto de mayor integración a la economía mundial basada en una reducción de aranceles, se reducirían los ingresos públicos, sin embargo, los resultados muestran que la menor capacidad para ofrecer subsidios se compensaría ampliamente con los efectos positivos sobre el empleo y por lo tanto sobre la posibilidad de una mayor afiliación de la población al régimen contributivo. Es necesario entonces evaluaciones más integrales que den cuenta de los efectos en todas las variables económicas, y no solo en aquellas del sector.

Más allá de estas pruebas concretas, lo que resulta evidente es que hoy en día las ciencias sociales ofrecen una serie de herramientas, que con la observación estricta de sus condiciones y limitaciones como modelos prospectivos, pueden ayudar a evaluar o predecir las políticas públicas antes de que sean implementadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersen, R. y Aday, A. (1974). "A Theoretical Framework for the Study of Access to Medical Care". *Health Services Research*. vol 9. n.º 3. pp. 208-220.
- Alleyne, G. (2002). Herramientas para la búsqueda de la equidad y la justicia social para todos. *Revista Panamericana de la Salud Pública*, vol. 12, n.º 6. p.i-ii.
- Atkinson, A. B., and J.E. Stiglitz (1980). *Lectures on Public Economics*, McGraw-Hill.
- Barón, G. (2005). *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003: El gasto nacional en salud y su financiamiento*. Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de la Protección Social, Próximo a publicarse.
- Bourguignon, F. y L. A. Pereira Da Silva (2003, agosto, mayo). *The Impact of Economic Policies on Poverty and Income Distribution*, Banco Mundial.
- Casa Editorial El Tiempo, Fundación Corona, Cámara de Comercio de Bogotá. Informe de evaluación los primeros dos años de la Administración Distrital 2004-2008, Bogotá, [en línea] disponible en http://www.fundacioncorona.org.co/descargas/Informe_Garzon_2005.pdf, consultado en octubre de 2006.
- Castaño R., et al. (2001). 'Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud' en serie *Financiamiento para el desarrollo*, Cepal, Chile, disponible en <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/7092/lcl1526e.pdf>, consultado en: agosto del 2006.
- Castaño, R. A., J. J. Arbeláez, U. Giedion y L. G. Morales (2001). "Evolución de la equidad en el sistema colombiano de salud", en *Serie Financiamiento del Desarrollo*, n.º 108, Cepal.
- Cepal (2006) "La protección social de cara al futuro": Acceso, financiamiento y solidaridad. Documento del trigésimo primer período de sesiones.
- Cepal, Agencia Española de Cooperación, Secretaría General Iberoamericana (2007) "Cohesión Social": Inclusión y Sentido de Pertenencia en América Latina y el Caribe.
- Céspedes, et al. (2000, julio). 'Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud' en *Revista Salud Pública*, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, [en línea] vol. 2, n.º 2, pp. 145-164, disponible en <http://www.revmed.unal.edu.co/revistas/v2n2/Rev223.htm>, consultado en agosto del 2006.
- Cruz, L. F. et al. (2003, enero-marzo). 'Coberturas de vacunación en el Valle del Cauca, 2002', en *Colombia Médica*, vol 33, n.º 1, Pp. 17-23.
- Cutler, D. M. y R. J. Zeckhauser (2000). "The Anatomy of Health Insurance", en *Handbook of Health Economics*, vol. 1, cap. 11, North-Holland.
- Dachs, N. et al. (2002, mayo-junio). 'Inequalities in Health in Latin America and the Caribbean: Descriptive and Exploratory Results from Self-reported Health Problems and Health Care in Twelve Countries', en *Revista Panamericana de la Salud*, vol. 11, n.ºs 5-6, pp. 335-355.
- Davoodi, H. R., E. R. Tiongson and S. S. Asawanuchit (2003). "Benefit Incidence Analyses of Public Education and Health Spending?", en *IMF Working Papers*, n.º 227, noviembre, Fondo Monetario Internacional.
- Demery, L. (2000, julio). *Benefit Incidente: a Practitioner's Guide*, Mimeo, Banco Mundial.
- Florez, C. E. (2002, noviembre). "La equidad en el sector salud: una mirada de diez años", en *Documentos de Trabajo* n.º 6, Fundación Corona.
- Flórez, C. E. y Tono, T. (2002). 'Determinantes del acceso y uso de los servicios de salud y del estado de salud', monografías 1 y 3, *Informe a la Fundación Corona*, Bogotá, Cede y Centro de Gestión Hospitalaria.
- Flórez, C. E. y Nupia, O. (2001). 'Inequidades en el acceso a salud: estado de salud y utilización de los servicios de atención a la salud. Utilizando datos secundarios para apoyar la toma de decisiones. Colombia'.

- Informe final. Estudio multicentrico de la Organización Panamericana de la Salud*, Bogotá, Cede, Universidad de los Andes.
- Flórez, C. E. y Hernández, D. (2005). 'Financing and the Health System: Colombia Case Study'. Informe final para la OMS. Bogotá, Cede, Universidad de los Andes.
- Flórez, C. E. y Soto V. 2006. 'Documento metodológico: las variables de salud y condición socioeconómica en las encuestas de Demografía y Salud', Informe Cede-Universidad de los Andes. Fundación Corona, DNP, PNUD.
- Flórez, C. E. y Ruiz M. (2006). 'Análisis de situación para la formulación del programa de cooperación del UNFPA con el país para el periodo 2008-2012'. Informe al UNFPA.
- Gaviria, A., C. Mejía y C. Medina (2006, enero). "Evaluating the Impact of Health Care Reform in Colombia: From Theory to Practice", en *Documento Cede* n.º 2006-06, Universidad de los Andes.
- Giedion U. y Acosta O. L., (1998). 'Como reorientar el sector de la salud. Retos y desafíos para los próximos 4 años', en *Debates de Coyuntura Social*, n.º 11, Bogotá, Fedesarrollo- Fundación Corona, pp. 8-23.
- Giedion, U., A. Wüllner y Fedesarrollo (1996). *La unidad de pago por capitación y el equilibrio financiero del sistema de salud*, Fundación Corona, Fundación Antonio Restrepo Barco y Fundación para la Educación Superior.
- Glassman, A. (2004). 'Documento conceptual de proyecto (DCP) Colombia. Proyecto Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones'. IDB, [en línea], disponible en <http://www.iadb.org/exr/doc98/pro/ccol1002.pdf>, consultado en octubre del 2006.
- Grupo de Economía de la Salud (2001, diciembre). "Condiciones de acceso a los servicios de salud" en *Observatorio de la Seguridad Social*, Universidad de Antioquia, año 1 n.º 3. [en línea], disponible en <http://agustinianos.udea.edu.co/~wwwmngreconomia/ges/observatorio/observatorios/Observatorio10.pdf>, onultado en agosto del 2006.
- Grupo de Economía de la Salud (2005, junio). 'Equidad en salud: panorama de Colombia y situación en Antioquia' en *Observatorio de la Seguridad Social*, Universidad de Antioquia, Año 4, n.º 10, [en línea], disponible en <http://agustinianos.udea.edu.co/~wwwmngreconomia/ges/observatorio/observatorios/Observatorio10.pdf>, consultado en agosto del 2006.
- Harberger, A. C. (1962). "The Incidence of the Corporation Income Tax", en *Journal of Political Economy*, vol. 70, pp. 215-240.
- Jenkins, S y P. Lambert, 1997. *Three 'I's of Poverty Curves, with an Analysis of UK Poverty Trends*. Oxford Economic Papers, vol 49, n.º 3.
- Lanjouw, M., M. Pradhan, F. Saadah, H. Sayed and R. Sparrow (2001, diciembre). "Poverty, Education and Health in Indonesia", en *Policy Research Working Papers*, n.º 2739, Banco Mundial.
- Lasso, F. (2004, diciembre). *Incidencia del gasto público social sobre la distribución del ingreso y la reducción de la pobreza*. Mimeo, Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad, DNP.
- Loyola, E. et al. (2002, diciembre). 'Los sistemas de información geográfica como herramienta para monitorear las desigualdades de salud' en *Revista Panamericana de la Salud*, vol. 12. n.º 6. pp. 415-418.
- Málaga, et al. (2000). Equidad y reforma en salud en Colombia. [en línea], disponible en <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistas/v2n3/Rev231.htm>, consultado en julio del 2004.
- Medina, M. (2006). 'El descenso de la mortalidad infantil en Colombia. Patrones de cambio en las últimas décadas'. Manuscrito.
- Molina, C. G., U. Giedion, M. C. Rueda y M. Alviar (1994, enero). *El gasto público en salud y distribución de subsidios en Colombia*. Mimeo, Fedesarrollo.
- Muñoz, S.(1999). Coberturas de vacunación. Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI. 'Boletín fin de milenio', [en línea] disponible en <http://www.col.ops-oms.org/pai/cobertura.htm>, consultado en sgocto del 2006.
- Musgrave, R. A., K. E. Case, and H. Leonard (1974), "The Distribution of Fiscal Burdens and Benefits", en *Public Finance Quarterly*, n.º 2, pp. 259-311.
- Petrecolla, D. (1997). *Distintas descomposiciones del coeficiente de Gini para el Gran Buenos Aires, 1980-1995*.
- Pinto, D. (2006). "Comparación de los beneficios de los paquetes del RC, RS y SP". Manuscrito.
- Profamilia, 1990. Salud sexual y reproductiva en Colombia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1990, Resultados.
- Profamilia, 1995. Salud sexual y reproductiva en Colombia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 1995, Resultados.
- Profamilia, 2000. Salud sexual y reproductiva en Colombia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2000, Resultados.
- Profamilia, 2005. Salud sexual y reproductiva en Colombia, Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005, Resultados.

- Ramirez, M., F. Yépez y C. Karl (2006) *Construcción de una matriz de contabilidad social para el análisis de políticas de seguridad social en salud*. Borrador de Investigación n.º 89. Facultad de Economía Universidad del Rosario.
- Rutstein S., Oscar and Kiersten Johnson (2004). The Demographic and Health Survey Wealth Index. DHS Comparative Reports, n.º 6. ORC Macro. Calverton, Maryland, USA.
- Schneider, M. C. et al. (2002). 'Métodos de medición de las desigualdades de salud' en *Revista Panamericana de la Salud Pública*, vol. 12, n.º 6, pp. 398-415.
- Selden, T. M. y M. J. Wasylenko (1992, noviembre). "Benefit Incidence Analysis in Developing Countries", en *Policy Research Working Papers*, n.º 1015, Banco Mundial.
- Selowsky, M. (1979). *Who Benefits from Government Expenditure? A Case Study of Colombia*. New York: Oxford University Press y Banco Mundial.
- Starfield, B. (2001). Improving equity in health: A research agenda. *International Journal of Health Services*, vol. 31, n.º 3, pp. 545-66.
- Starfield, B. (2006, febrero). *State of the Art in Research on Equity in Health* en *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 31, n.º 1, pp. 11-32.
- Trías, J (2004). *Determinantes de la utilización de los servicios de salud: El caso de los niños en la Argentina*. Documento de Trabajo n.º 9. Centro de Estudios Distributivos, Laborales y Sociales.
- Vadillo, M. (2004). 'La disonancia cognitiva, o cómo el ser humano se convierte en esclavo de sí mismo', *Psicoteca*, España. [en línea], disponible en <http://paginaspersonales.deusto.es/matute/psicoteca/articulos/Vadillo04.htm>
- Vélez, C. E. (1995). *Gasto social y desigualdad: Logros y extravíos*. Departamento Nacional de Planeación, Misión Social.
- World Bank (2006). *Health Financing Revisited. A Practitioners's Guide*.
- Wagstaff, Kakwani y Doorslaer. 1997. Socioeconomic Inequalities in health: Measurement, Computation and Statistical Inference. *Journal of Econometrics*, vol 77.
- Whitehead, M.(1992). 'The Concepts and Principles of Equity and Health' en *International Journal of Health Services*, n.º 2, pp 430-445.
- Zambrano, J. (2005) *Determinantes del estado de salud en Colombia y su impacto según área urbana y rural: Una comparación entre 1997 y 2003*. Documento para aspirar al título de Maestría en Economía de la Universidad del Rosario.



Documentos de trabajo es una serie de publicaciones de la Fundación Corona, que hace parte de su estrategia de comunicaciones dirigida a divulgar la producción de conocimiento científico y de saber práctico en sus campos de acción. El objeto de esta serie es aportar insumos para calificar los debates públicos y promover espacios de discusión, reflexión e intercambio de planteamientos y experiencias en torno a problemáticas específicas de interés para el país.

Luego de casi quince años de implementación y desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, se presenta la posibilidad de comenzar a evaluar el desarrollo de los principios fundamentales que rigen el modelo, así como su impacto en el acceso y uso de los servicios de salud y en el estado de salud de la población a la que se dirige.

Este documento de trabajo recoge los principales hallazgos y recomendaciones del estudio 'Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano' y plantea una serie de recomendaciones para mantener los avances alcanzados y continuar el desarrollo del sistema de salud hacia la universalidad.

En el primer capítulo, desarrollado por el Cede de la Universidad de los Andes, se evalúan las tendencias de la equidad en el acceso a los servicios y estado de salud de la población colombiana entre 1990 y 2005 y se formula una línea de base para futuras investigaciones del tema en el ámbito departamental. El segundo reporta los resultados de la investigación realizada por la Facultad de Economía del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario con el objeto de identificar la capacidad del sistema de salud para generar equidad y desplegar la solidaridad a través de los mecanismos de financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Este documento de trabajo fue promovido por la Fundación Corona y el Departamento Nacional de Planeación a través del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD.