

## FOCALIZACION DE SUBSIDIOS DE SALUD

**Nelson Alvis Guzmán<sup>1</sup>**

**Julio Orozco Africano<sup>1</sup>**

**Luis Alvis Estrada<sup>1</sup>**

*“El mundo . . . no es una fonda, sino un hospital», dijo Sir Thomas Browne hace más de tres siglos y medio, en 1643. Se trata de una interpretación del mundo desalentadora, si no totalmente sorprendente, hecha por el distinguido autor de Religio Medici y Pseudodoxia Epidemica. Pero es posible que Browne no estuviera completamente equivocado; incluso hoy, y no solo en la Inglaterra de Browne del siglo XVII, la enfermedad, de un tipo u otro, tiene una importante presencia en la vida de muchísimas personas. De hecho, hasta puede que Browne haya sido algo optimista en su analogía con un hospital, pues hoy día muchas de las personas más enfermas no reciben ningún tratamiento para sus dolencias ni usan medios preventivos eficaces [1]*

---

1. Universidad de Cartagena, Departamento de Investigaciones Económicas y Sociales -DIES- Grupo de investigaciones en Economía de la Salud. Correspondencia. Nelson Alvis Guzmán. Dirección: Crespo Calle 70 N° 7 - 33. Telefax 57+5+6568031 correo electrónico: nalvis@yahoo.com

## **RESUMEN**

*La optimización del uso de los recursos que se destinan a garantizar el acceso a los servicios de salud es una permanente preocupación de los formuladores de políticas públicas sanitarias. Las opciones de universalización y focalización parecen, para algunos, ser alternativas opuestas con racionalidades distintas que buscan, no solo garantizar la equidad de los servicios, sino maximizar la eficiencia asignativa. En este estudio se realiza una revisión de estos conceptos y se analiza la utilidad de los mismos al momento de asignar subsidios de salud.*

**Palabras Claves:** *Focalización, Equidad, Servicios de Salud .*

## INTRODUCCIÓN

La asignación de subsidios constituye una herramienta de política pública que los gobiernos pueden utilizar para mejorar la equidad en los distintos sectores responsables del desarrollo social, entre ellos la salud. El uso acertado de esta herramienta permite optimizar la asignación de los escasos recursos para lograr mayores ganancias posibles en cuanto a equidad. De esta manera, la asignación de subsidios es una herramienta para el logro de mayor equidad, entendida ésta como la posibilidad real que todo ciudadano tiene de ejercer su derecho a la salud.

El uso adecuado de esta herramienta permite que los gobiernos destinen subsidios para la salud a grupos de población más necesitados y/o más vulnerables. Por ejemplo, el gobierno puede construir centros de salud en barrios pobres con la esperanza que los beneficiarios de los servicios médicos públicos sean principalmente las personas de menor ingreso de la zona. También puede tratar de restringir la entrega de bonos para atención privada subsidiada a las personas que puedan dar pruebas de su estado de pobreza o de su capacidad de pago limitada para recibir atención privada, mediante encuestas que midan las capacidades de los hogares para acceder a los servicios. En tal sentido, la posibilidad de identificar adecuadamente a la población destinataria de los subsidios, es una condición esencial, no sólo para la asignación adecuada de los recursos, sino para el mejoramiento de las situaciones de inequidad existente.

La salud -en la definición de la OMS- como estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la carencia de enfermedad, está determinada, de alguna forma, por la manera como los Estados garantizan el logro de la misma. Este concepto pasa por uno más amplio que considera los determinantes ambientales, económicos, sociales, culturales, sanitarios, educacionales, de justicia distributiva de acceso a los bienes materiales, etc.

El objetivo del sistema de salud, en cualquier país, es mejorar la salud de la población e incrementar su esperanza de vida. Sin embargo, cada país organiza su sistema de salud de forma diferente, aunque todos coinciden en la búsqueda de continuas mejoras en el financiamiento, la organización, la prestación, la regulación de los servicios de salud y la generación de recursos humanos; funciones todas esenciales que responde a objetivos más amplios respecto a la equidad, eficiencia y eficacia de los sistemas de salud. Sin embargo, estos objetivos, aparentemente comunes, responden a conceptos de justicia, libertad y desarrollo, cuya definición e interpretación dependen de los valores dominantes en cada sociedad.

Por otra parte, la atención médica y la forma en que ésta se implementa (sistema de salud) es la manera como una sociedad responde al estado de indefensión en que una persona queda cuando pierde la salud. En nuestro concepto, éste es el punto central que toda reforma de salud debe considerar. Por lo tanto, su correcta, oportuna, eficiente e igualitaria atención es un derecho que se tiene por el mero hecho de pertenecer a una sociedad. No es un derecho que se gana porque se tiene más o menos dinero, o por pertenecer a determinado grupo social.

## EQUIDAD EN SALUD Y LAS TEORÍAS DE JUSTICIA

La enfermedad y la salud deben tener un lugar destacado en cualquier discusión sobre equidad y justicia social y en tal sentido, la equidad en salud no puede dejar de ser una característica central de la justicia de los acuerdos sociales en general. El alcance de la equidad en el campo de la salud es inmenso. Pero hay en esta relación otra característica a la que también debemos prestar atención. La equidad en salud no concierne únicamente a la salud, vista aisladamente, sino que debe abordarse desde el ámbito más amplio de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas. La equidad en salud no trata solo de la distribución de la *salud*, por no hablar del campo todavía más limitado de la distribución de la *asistencia sanitaria*. En efecto, la equidad en salud tiene un alcance y una relevancia enormemente amplios [1].

Al referirnos a la equidad, encontramos que su definición es más difícil y esto tiene que ver con el sentido de justicia que debe existir en una sociedad. En tanto valor social, la justicia debe tener tres requisitos: proporcionalidad, igualdad y alterabilidad. Proporcionalidad, en cuanto existe equiparidad entre lo que se da y lo que se recibe, entre el aporte que se efectúa y los beneficios que se reciben; igualdad, porque en el sistema se debe guardar la debida equidad entre los casos que implican situaciones semejantes; y, alterabilidad, en el sentido de que participan en el sistema una multiplicidad de individuos relacionados entre sí [1].

Pero la equidad no se queda ahí, pues se «concibe una sociedad con dos rasgos fundamentales que son la libertad y la justicia. El valor fundamental para los individuos es la libertad y el otro valor tan importante es la justicia. A partir de lo cual se llega rápidamente al concepto de equidad, a la necesidad del hombre como individuo y, por lo tanto, también de las sociedades. Los valores sociales, libertades y oportunidades habrán de ser distribuidos igualitariamente, salvo que una distribución desigual de algunos de estos valores redunde en una ventaja para todos, especialmente para los que más necesitan»[2].

Para el análisis de la equidad en las políticas de salud, la diferencia más relevante se encuentra entre el enfoque igualitarista, que formula los objetivos de equidad en términos de igualdad, y el enfoque neoliberal, que los expresa en términos de niveles mínimos y maximización del bienestar agregado [3]. Ello plantea entonces, si el objetivo de equidad es el que todos los individuos deben tener el mismo acceso a los servicios de salud de acuerdo con sus necesidades (enfoque igualitarista), o si se debería definirse un conjunto limitado de servicios básicos de salud de acceso gratuito para los grupos de población con menos recursos (enfoque de niveles mínimos). El enfoque igualitarista se apoya en el concepto de justicia social de la filosofía comunitaria, que considera la solidaridad y la unidad social como algo bueno en sí mismo [4]. Se sobreestima la distribución de los recursos para alcanzar la igualdad de bienestar o la igualdad de recursos, por encima de los objetivos de maximización del bienestar económico de los individuos basados exclusivamente en criterios de eficiencia, que pueden conducir a la desigualdad entre grupos de población. Las políticas de salud cuyos objetivos de equidad están expresados en términos igualitaristas se dirigen a la eliminación de las desigualdades en los niveles de salud de la población. En este caso, se tenderá a diseñar e implementar sistemas de salud financiados públicamente y basa-

dos en el principio de capacidad de pago. La aportación del ciudadano debe estar relacionada con cuánto puede pagar y no con su consumo de servicios de salud o con cualquier otra variable. Un ejemplo de este tipo son las políticas que persiguen la universalización de la cobertura del sistema de salud de un país, con independencia de la capacidad de pago.

El enfoque neoliberal de la justicia social parte de tres principios básicos: a) el individualismo; b) el igualitarismo, entendido como la igualdad de oportunidades y no la igualdad de resultados; y c) la libertad, que se contempla como el derecho que tiene todo individuo a orientar su ámbito privado de acuerdo a sus propios intereses y preferencias. Los conceptos de justicia social que reflejan los valores neoliberales son los propuestos como niveles mínimos y la maximización del bienestar agregado [5]

El enfoque de niveles mínimos, desarrollado extensamente por Rawls en 1972, está firmemente anclado en la tradición liberal. Bajo este enfoque se justifica la acción pública en términos desiguales sólo para la mejora de las condiciones de la población más desfavorecida [6]. Por encima de los estándares mínimos, los individuos han de ser libres para procurarse en el mercado todos los bienes adicionales que deseen comprar. Por lo tanto, las políticas de salud basadas en estos valores se dirigen a garantizar a la población pobre un nivel básico mínimo de asistencia en salud.

El principio de justicia social que propugna el enfoque utilitarista es el de la maximización del estado de salud agregado de la población, sin importar su distribución. Esto implica que la acción pública se concentrará en los individuos con una mayor capacidad de beneficio, es decir, aquellos que puedan incrementar su nivel de salud (jóvenes). Uno de los instrumentos para llevar a la práctica el objetivo utilitarista de equidad es el análisis de costo-efectividad. Según este enfoque, las políticas con un mayor impacto sobre la salud de la población, medida en años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y en años de vida ajustados por calidad, (AVAC), serían aquellas que financian los tratamientos con un costo por AVAD más bajo. Este enfoque subyace en la política defendida explícitamente por el Banco Mundial, desde su informe de 1993 [6], de financiar con fondos públicos un paquete mínimo de prestaciones, integrado por las intervenciones más costo efectivas, esencialmente preventivas, y dejar libertad al indivi-

duo para que se financie de forma privada el resto de prestaciones, entre las que se incluiría la atención curativa.

El enfoque neoliberal sobre la equidad apunta, por tanto, hacia una financiación de la salud esencialmente privada, apoyándose en el principio de capacidad de beneficio, de manera que cada ciudadano pague en función del beneficio que le reporta el consumo de servicios fruto de su elección individual. Este principio de capacidad de beneficio se concentra exclusivamente en objetivos de eficiencia económica, es decir en la maximización del beneficio individual, ignorando objetivos sociales como la redistribución de los recursos.

En síntesis, los enfoques igualitaristas y neoliberales de justicia social darán lugar a sistemas de salud financiados de manera diferente y con consecuencias distintas en cuanto a la distribución final de los recursos y de los resultados de salud en los diversos grupos sociales [4].

Por otra parte, existen situaciones que difícilmente pueden ser corregidas por un sistema de salud. Se trata de las diferencias biológicas, las ligadas a la raza, al género, la edad, etc. De igual modo, existe un grupo de diferencias generadas a partir de la cultura (por ejemplo, los grupos de elección de deportes de alto riesgo, consumo de tabaco, etc.), y del factor geográfico. Además, las características de desarrollo de nuestros países hace que la inequidad se acreciente con la concentración de recursos en las zonas urbanas y prósperas, frente a la escasez de recursos en zonas alejadas o pobres.

El análisis de la equidad en las políticas de reforma de los sistemas de salud lo realizaremos con base a dos aspectos fundamentales, por un lado, la equidad en la financiación, es decir, en la captación de los recursos y, por otro, la equidad en la prestación de servicios de salud, es decir, en la utilización de los recursos.

## **LA EQUIDAD EN LA FINANCIACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD**

La equidad en la financiación de los sistemas de salud, según los igualitaristas, significa crear las condiciones para que cada persona, independientemente de su situación social y creencias personales, tenga acceso a los bienes y servicios que

le permitan mantenerse sana, realizar sus aspiraciones y lograr un bienestar compatible con el desarrollo de la sociedad en que vive. Ellos distinguen entre equidad horizontal y equidad vertical [5].

**Equidad horizontal.** Se refiere al tratamiento igual para iguales. Es decir, que aquellos que poseen recursos iguales realicen pagos iguales, independientemente del género, estado civil, lugar de residencia, raza, etc. De esta manera, se produce inequidad horizontal cuando individuos con igual renta contribuyen de forma diferente a la financiación del sistema de salud, de acuerdo con ciertas características que no tienen que ver con su capacidad de pago. Podemos encontrar varias fuentes de inequidad horizontal en la financiación como, por ejemplo, la coexistencia de muchos seguros de enfermedad obligatorios con esquemas contributivos diferentes. En este modelo de financiación, dos individuos con la misma capacidad de pago pueden estar realizando aportaciones diferentes, dependiendo del fondo al que estén afiliados.

**Equidad vertical.** Se define como el tratamiento desigual para desiguales. En términos de financiación significa que aquellos con desigual capacidad de pago deben realizar pagos distintos al sistema. Así, aquellos que más recursos tienen contribuyen al sistema proporcionalmente a su nivel de renta. La equidad vertical de la financiación implica la redistribución final neta de la renta entre los miembros de una sociedad, de manera que los más ricos generarán recursos para los más pobres. La equidad vertical de una fuente de financiación equivale a la progresividad de la misma. Una fuente de financiación progresiva es aquella en la que las contribuciones que realiza un individuo como proporción de su renta aumentan conforme aumenta su renta. La equidad vertical de la financiación de un sistema de salud se mide con índices de progresividad como el índice Kakwani a partir de encuestas de hogares [7]. Este índice compara la renta que percibe cada decil de población con la contribución a la financiación de la salud que realiza. Si el sistema de financiación es progresivo, los más pobres pagan relativamente menos en comparación con su renta y los más ricos relativamente más.

Según un estudio sobre la equidad en la financiación, realizado en diez países europeos utilizando el índice de Kakwani, en orden de progresividad, encontraríamos las siguientes fuentes: impuestos, seguridad social, seguro privado y pagos directos [5]. Este orden se cumple en la mayoría de los países analizados.



Sin embargo, todas las fuentes de financiación pueden presentar elementos que disminuyen su progresividad o regresividad, según sea el caso (cuadro 1).

Debido a que el sistema de financiación de salud de un país está compuesto por más de una fuente (impuestos, seguros obligatorios, etc.), la equidad vertical de todo el sistema dependerá de la progresividad de cada una de las fuentes y de la proporción en que cada fuente contribuya a la financiación de la sanidad.

### **LA EQUIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.**

Desde la óptica igualitarista, son tres las definiciones de equidad en la prestación de la asistencia sanitaria: igual tratamiento para igual necesidad, igualdad de acceso e igualdad de salud [8]. El criterio de igualdad de tratamiento para igual necesidad significa que las personas con igual necesidad de atención sanitaria reciben el mismo tratamiento independientemente de cualquier característica personal que no tenga que ver con la necesidad (capacidad de pago, género, lugar de residencia, etc). El problema en la aplicación de este criterio reside en la dificultad de la definición de necesidad y tratamiento.

**Cuadro 1. Factores que inciden en el nivel de progresividad de las fuentes de financiación de los sistemas de salud.**

Fuente de financiación	Nivel de progresividad	Factores que mejoran la progresividad de la fuente	Factores que disminuyen la progresividad de la fuente
Impuesto directo sobre la renta	Fuente de financiación más <i>progresiva</i> (individuos con más renta pagan más que proporcionalmente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo impositivo creciente con la renta - Mínimos exentos de impuesto para niveles de renta de subsistencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fraude fiscal</li> <li>Tamaño elevado del trabajo informal (evasión)</li> <li>Procesos inflacionistas</li> <li>Desgravaciones en la base imponible</li> </ul>
Contribuciones obligatorias a seguros sociales	Fuente de financiación <i>proporcional</i> (porcentaje del salario)	Exención de la cotización de la población con niveles de renta de subsistencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Evasión y subcotización (tamaño de la economía informal, desempleo)</li> <li>Topes máximos en los tramos de cotización</li> <li>Traslación de la cuota del empresario al salario del trabajador o al precio de bienes de consumo</li> </ul>
Impuestos indirectos	Fuente de financiación <i>regresiva</i> (peso mayor del consumo en las rentas bajas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo impositivo reducido sobre artículos de primera necesidad (baja elasticidad-ingreso)</li> <li>Tipo impositivo elevado sobre bienes de lujo (elevada elasticidad-ingreso)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se aplican tipos impositivos diferentes según el tipo de bien</li> </ul>
Seguros de salud privados	Fuente de financiación <i>regresiva</i> (precio independiente de la capacidad de pago; mayor para los riesgos elevados que suelen coincidir con los individuos con menor renta)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguros privados suplementarios cuya cartera de servicios coincide con la pública (bien de lujo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Seguros privados complementarios al público (cartera de los servicios que no cubre el seguro público)</li> </ul>
Pagos directos ( <i>out of pocket</i> )	Fuente de financiación <i>regresiva</i> (gasto privado como porcentaje del gasto total mayor para hogares de renta baja)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estructura de precios con distintos tramos</li> <li>Exenciones en función de la renta</li> </ul>	

Fuente: Tomado de Vargas et al (2002)

La *igualdad de acceso* debería interpretarse como la igualación de los costos en que han de incurrir los pacientes para obtener atención médica de una determinada calidad. Según esta definición, se considerarían como costos de acceso: los precios de los servicios, los costos de transporte y el costo del tiempo invertido en la búsqueda de atención.

El criterio de *igualdad de salud* resulta aún más problemático, debido a la influencia que en la salud tienen otros factores, como la educación y la renta, sobre los que desde los servicios de salud no se tiene influencia. A esto se añade la dificultad de medir los niveles de salud. Las tres definiciones igualitaristas de equidad en la prestación no son equivalentes. Por un lado, el acceso al tratamiento es un fenómeno de la oferta, mientras que el tratamiento que finalmente se recibe es un fenómeno de la interacción entre oferta y demanda, es decir, el tratamiento no sólo depende de los costos de acceso sino también de la percepción del paciente sobre los beneficios de la asistencia sanitaria. Dos individuos pueden tener el mismo acceso a los servicios médicos y, sin embargo, uno puede preferir ir al médico y recibir tratamiento y el otro no. Por otro lado, la salud del individuo, tal y como se ha comentado, no sólo depende del acceso a los servicios en salud o al tratamiento adecuado, sino que también inciden otros factores.

Estudios empíricos basan la medición de la equidad en la prestación de servicios en el concepto de *igualdad de tratamiento para igual necesidad*, independientemente de características personales, como la renta, que no guardan relación con la necesidad [1, 2]. El tratamiento se mide por el gasto y la necesidad por alguna variable de morbilidad. El grado de equidad se determina comparando las distribuciones de enfermedad y gasto por deciles de renta, a través de la curva de concentración de la enfermedad y de la curva de concentración del gasto, respectivamente. Si el gasto en salud es equitativo, las dos curvas coincidirán, de manera que los individuos con las mismas necesidades de salud recibirán los mismos recursos, independientemente de su nivel de renta.

## LA EFICIENCIA

En términos generales, la noción de eficiencia se refiere al mejor uso de recursos escasos. Sin embargo, es posible distinguir tres tipos de eficiencia: a) Eficiencia Técnica, significa maximización de la producción con factores de producción

dados o mediante la minimización de uso; b) Eficiencia de gestión, implica maximización de la producción con costos dados o mediante la minimización de costos; y c) Eficiencia Económica o asignativa se refiere a producción al menor costo social de bienes y servicios que más valora la sociedad y distribución de los mismos de una forma socialmente óptima. Es la eficiencia de mayor nivel y presupone la existencia de eficiencia de gestión [<sup>3,4</sup>].

Para evaluar la eficiencia de la financiación de un sistema de salud es necesario tener en cuenta dos aspectos: en primer lugar, los costos asociados a la administración del sistema (eficiencia técnica) y, en segundo lugar, el grado de eficiencia económica del sistema de financiación. El segundo tipo de costos viene determinado por la distorsión que, en el mercado, puede producir la introducción de un impuesto o una contribución obligatoria, por ejemplo, en forma de mayores costos para las empresas, o por los fallos que llevan a que el mercado de seguros no sea eficiente, principalmente la selección adversa y el riesgo moral.

## LOS SUBSIDIOS EN SALUD

El propósito último de las políticas orientadas a mejorar la equidad es facilitar el acceso de las personas de bajos ingresos a servicios de salud de buena calidad, para así contribuir a reducir brechas en el estado de salud entre pobres y no pobres. La focalización de los subsidios públicos para salud constituye una de las políticas centrales disponibles para mejorar la equidad en el sector. Sin embargo, el concepto y las técnicas de focalización han sido poco usados por los gobiernos, en parte tal vez porque aún son mal comprendidos o algo desconocidos [<sup>5</sup>].

El financiamiento gubernamental de bienes públicos obedece a consideraciones de eficiencia económica. Se puede definir la salud como un bien público, a partir de reconocer que existen diferentes tipos de servicios que benefician a todos los miembros de la sociedad y no sólo a individuos específicos. Ejemplos de ello son las campañas de información, como por ejemplo, aquellas para la promoción de hábitos de higiene o de prácticas sexuales saludables, o los programas de fumigación para erradicar vectores. Sin un financiamiento gubernamental adecuado, el monto de recursos financieros privados sería insuficiente o inexistente para estos servicios y, por lo tanto, su nivel de provisión sería bajo o nulo. Al destinar

fondos para financiar estas atenciones, el gobierno garantiza que el nivel de provisión sea apropiado, lo cual beneficia a la sociedad en su conjunto.

De otro lado, se advierte que existen diversos tipos de servicios que benefician sólo al individuo que ha perdido su salud y que intenta recuperarla, mediante la búsqueda de atención médica. Estos bienes se denominan privados y las posibilidades de acceso a los mismos están determinadas por la educación del individuo, su nivel de renta, y otras variables que podrían explicar tales posibilidades de acceso [13]. Ejemplos de bienes privados incluyen muchos medicamentos (por ejemplo la aspirina o las drogas usadas en la quimioterapia del cáncer) y un gran número de atenciones curativas y preventivas otorgadas en los niveles ambulatorio y hospitalario (el control del embarazo y la apendectomía). Puesto que algunas de estas atenciones tienen un alto costo de producción, no son económicamente accesibles para las personas de bajos recursos. Si el gobierno no destinara fondos para financiar esas atenciones, muchos pobres serían incapaces de comprar dichos servicios con recursos propios, lo cual redundaría en un deterioro de su estado de salud. La mayoría de los gobiernos opta por financiar tales servicios, pero la manera como se hace suele ser diferente en los distintos países. A dicho financiamiento, por parte del gobierno, se le denomina subsidio y puede ser parcial o total, y cubrir ciertos bienes privados de salud para el beneficio de los pobres. Ello responde a consideraciones de justicia social, o de equidad.

Subsidios públicos de salud es el término que usaremos para referirnos a la suma de todos los recursos, expresada en términos monetarios, que el gobierno asigna al sector salud. Pero ¿qué es exactamente un subsidio público? o ¿cuándo podemos afirmar que el gobierno está entregando un subsidio? Generalmente, se está asignando un subsidio cuando los recursos públicos se usan para rebajar a menos del costo unitario, el precio de un bien o servicio prestado a grupos específicos de la población.

En el sector salud, los gobiernos recurren usualmente a distintos tipos de subsidios con el fin de mejorar la equidad. Por ejemplo, la provisión pública sin cobro directo a los consumidores de atención curativa de salud ha sido históricamente uno de los subsidios más comúnmente asignados por el gobierno en la salud. Su intención es eliminar las barreras financieras al acceso que enfrentan los consu-

midores y así aumentar la probabilidad que todas las personas –particularmente los más pobres– exijan y obtengan servicios de salud aún cuando carezcan de los recursos financieros necesarios para pagar por ellos.

Aunque menos común, otro subsidio público en la salud consiste en la entrega por parte del Estado de bonos que permiten a las personas de ingresos medios y bajos obtener, a precios más bajos, ya sea atención de salud o un seguro de salud por parte de proveedores privados. Cabe señalar que no todos los subsidios para la salud son públicos. La seguridad social para la salud –un sistema que establece una contribución obligatoria de un porcentaje del salario, usualmente compartido en el sector privado por empleados y empleadores, resulta ser con frecuencia un sistema de subsidios implícitos entre los beneficiarios. Estos subsidios para la salud, que surgen del hecho de que los beneficios de seguridad social son usualmente los mismos para todos los beneficiarios, independientemente de sus contribuciones, son de carácter privado porque no involucran fondos públicos, puesto que, por lo general, las contribuciones de seguridad social por parte de las personas y empleadores son obligatorias.

Desafortunadamente, los gobiernos no siempre consiguen canalizar sus subsidios públicos para la salud hacia los más necesitados. De hecho, puede que sólo dispongan de información limitada para determinar la mejor forma de asignar sus subsidios para la salud o también que carezcan de la capacidad adecuada para diseñar medios efectivos de focalizar sus subsidios o, incluso, que estén bajo presión para que destinen tales subsidios de manera que éstos beneficien a los que no son pobres.

## **LA FOCALIZACION EN SALUD**

La focalización es el acto mediante el cual el gobierno canaliza sus subsidios hacia una población objetivo o un grupo específico de la población. Un gobierno que trata de introducir una mayor equidad en el sector salud tendrá éxito en materia de focalización de sus subsidios de salud si todos o la mayor parte de los mismos alcanzan a personas de escasos recursos –por ejemplo, a quienes tienen menor acceso, ya sea físico o financiero, a una atención de salud apropiada. Un gobierno no tendrá éxito en materia de focalización si una fracción importante de

sus subsidios para la salud no logra alcanzar a los beneficiarios objetivos y termina beneficiando a otros grupos de la población.

Existen múltiples maneras de focalizar los subsidios públicos para la salud, cada una de las cuales se caracteriza por su costo y su efectividad. El costo de focalización es el valor económico de todos los recursos que se destinan al esfuerzo de focalización. Por ejemplo, si un subsidio se concede en función de la condición socioeconómica de una persona, entonces los costos de focalización pueden incluir una encuesta domiciliaria nacional para evaluar su condición socioeconómica o también los sueldos de los trabajadores sociales a quienes se encarga dicha evaluación. La efectividad de la focalización es la proporción del subsidio que alcanza a los beneficiarios objetivos.

Al combinar el costo y la efectividad, es posible deducir cuán eficiente (o, lo que equivale a ello, cuán costo-efectiva) puede resultar una política particular de focalización. Por ejemplo, consideremos una estrategia que no incluye ningún esfuerzo de focalización y, por lo tanto, en que la mayoría de los subsidios se fugan hacia personas no pobres. Esta sería una estrategia ineficiente. Del mismo modo, también sería ineficiente una estrategia cuyo esfuerzo de focalización resulte tan costoso que queden pocos subsidios para los beneficiarios objetivos.

Una política de focalización de mayor éxito sería aquella de bajo costo o sin costo alguno, que logre encauzar la mayor parte de los subsidios hacia el grupo de población objetivo.

## **FOCALIZACION Y EQUIDAD EN SALUD EN COLOMBIA**

En Colombia, la Constitución de 1991 reconoce explícitamente la salud como un derecho inalienable de los ciudadanos y define la seguridad social como un servicio público que debe ser provisto bajo la dirección del Estado, con base en los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. En 1993, fue promulgada la Ley 100, por la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Esta ley establece los principios generales del nuevo sistema en cuanto a regulación, financiación, organización y prestación de servicios de salud. En cuanto a la financiación de los servicios de salud, se creó un Fondo Nacional de Salud (Fondo de Solidaridad y Garantía – FOSYGA-), que debía absorber todos

los fondos anteriores. Este, a su vez, está dividido en cuatro subcuentas: de compensación del régimen contributivo, de solidaridad del régimen subsidiado, de promoción y prevención y de enfermedades catastróficas y accidentes de tránsito. La población, por su parte, está afiliada a un régimen de carácter contributivo o subsidiado, que da derecho a diferentes tipos de prestaciones. El régimen contributivo para asalariados y trabajadores independientes, da derecho a un Plan Obligatorio de Salud (POS) y a la posibilidad de ampliar sus beneficios con la compra de un plan complementario. El POS integra servicios básicos para el cuidado: de prevención, promoción de salud, atención de primer nivel y riesgos catastróficos. El régimen de seguro subsidiado da acceso a un plan (POS-S) que, inicialmente, sólo cubre los cuidados primarios de salud, orientados a combatir las enfermedades transmisibles y proveer la atención materno infantil. No obstante se han incluido algunos procedimientos terapéuticos y reaseguro para enfermedades de alto costo, la intención era que para el 2001 los servicios del POS – S fuesen equivalentes a los del POS.

Respecto a la focalización, en Colombia, la Constitución Nacional de 1991, dentro del ámbito de Estado Social de Derecho, establece la necesidad de focalizar o dirigir el gasto social a la población más pobre y vulnerable por parte del gobierno nacional y de los gobiernos departamentales y locales. Para cumplir con este mandato, los responsables de la administración pública deben contar con mecanismos técnicos y objetivos que garanticen una total transparencia en la identificación de las necesidades reales y en la selección de los potenciales beneficiarios para los programas sociales.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, dispuso la creación de un Régimen Subsidiado de Salud, destinado a garantizar el acceso de las personas sin capacidad de pago (pobres y vulnerables), a los servicios de salud. Para ello, se especifica en la ley, que el gobierno escogerá las herramientas apropiadas para asignar dichos subsidios.<sup>2</sup>

---

2 Ley 100 de 1993. Art. 213..... Parágrafo: “El Gobierno Nacional, bajo los lineamientos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establecerá un régimen de focalización de los subsidios entre la población más pobre y vulnerable del país, en el cual se establezcan los criterios de cofinanciación del subsidio por parte de las entidades territoriales” (El subrayado es nuestro).



De igual forma, en el artículo 176 de dicha ley (De las Funciones de la Dirección Seccional, Distrital y Municipal del Sistema de Salud.) se ordena a los entes territoriales: "Preparar para consideración del Consejo territorial de Seguridad Social en Salud los instrumentos y metodologías de focalización de los beneficiarios del régimen subsidiado en el área de su jurisdicción y orientar su puesta en marcha"

De otro lado, con la expedición de la ley 60 de 1993 se establece claramente que el gobierno contará con un mecanismo de FOCALIZACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES.<sup>3</sup>

El artículo 30 de la ley 60 de 1993, define la focalización de subsidios como "... el proceso por el cual se garantiza que el gasto social se asigna a los grupos de población más pobres y vulnerables. Para esto, el CONPES Social, definirá cada tres años los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y para la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales". El CONPES social 22 del 21 de enero de 1994 definió estos criterios que fueron acogidos por medio de la resolución 65 de marzo 25 de 1994, la cual dispuso que "los beneficiarios del gasto social se identificarán a través de la estratificación socioeconómica y de la ficha de clasificación socioeconómica".

Para la identificación de hogares, familias o individuos pobres, de acuerdo con esta resolución, se adoptó a partir de enero de 1995, el modelo de ficha de clasificación socioeconómica conocido como SISBEN<sup>4</sup>. Esta ficha se utiliza para la identificación de beneficiarios de programas especiales de auxilios a ancianos indigentes a los que se refiere el artículo 257 de la Ley 100 de 1993; así como para la selección de beneficiarios del régimen subsidiado de Seguridad Social en Salud, como lo estableció el Acuerdo No 23 de diciembre de 1995 del Consejo

---

3 Ley 60 de 1993. Art. 30.... DEFINICION DE FOCALIZACION DE LOS SERVICIOS SOCIALES. Defínase focalización de subsidios al proceso por el cual se garantiza que el gasto social se asigna a los grupos de población más pobres y vulnerables. Para esto, el CONPES social, definirá cada tres años los criterios para la determinación, identificación y selección de beneficiarios y para la aplicación del gasto social por parte de las entidades territoriales.

4 Sistema de identificación y clasificación de potenciales beneficiarios para programa sociales

Nacional de Seguridad Social en Salud y, en general para todos los programas de gasto social que impliquen subsidio a la demanda.<sup>5</sup>

En 1997 se expide el CONPES social 040, mediante el cual se recomienda mantener los criterios de focalización y realizar una evaluación del impacto social de la política mediante la realización de la Encuesta de Calidad de Vida.

En el 2001 se expide la ley 715, que reforma la ley 60 de 1993, y en ella se reafirma la focalización como herramienta de asignación de subsidios para la inversión social.

La evaluación del SISBÉN propuesta en el CONPES No. 40 de 1997 y realizada por la Misión Social del DNP y el Ministerio de Salud, en 2000 - 2001 "Evaluación Integral del SISBÉN", para validar o redefinir los criterios del instrumento, señaló como problemas: la posibilidad de manipulación del instrumento por parte de los actores involucrados, deficiencias en la captura de información, debilidades en el índice SISBÉN para discriminar pobreza, filtraciones de carácter político en la escogencia de potenciales beneficiarios para programas sociales, mecanismos poco eficaces de control y vigilancia, y debilidad del control social. De acuerdo con lo anterior, el CONPES Social expidió el documento 055 de 2001, el cual aprobó la reforma al sistema de focalización individual del gasto social.

En síntesis, la focalización se convierte en una herramienta de gestión de la política pública, destinada a generar mayor equidad en la distribución de los beneficios de la inversión social. En tal sentido el proceso de identificación, selección y priorización de beneficiarios del Régimen Subsidiado de Salud, es el mecanismo mediante el cual se logra que las personas pobres y vulnerables accedan a los servicios de salud y ejerzan su ciudadanía en el marco del Estado Social de Derecho.

Por último, es importante resaltar que el principio de equidad que se expresa en la Constitución colombiana es el de igualdad en el acceso a los servicios de salud

---

5 A junio de 1997 el SISBEN se había realizado en 98% de los municipios del país y había cubierto 6.200.000 personas en las zonas urbanas y 6.500.000 en las rurales.

que deben ser responsabilidad pública (aunque no necesariamente de su propiedad). El derecho colectivo es a la salud y no sólo a la protección de la misma. A pesar de que este principio de equidad expresado en la Constitución es igualitarista, en la práctica, se ha establecido un Sistema de Seguridad Social basado en un enfoque liberal de la equidad. En primer lugar, se ha segmentado el acceso a los servicios de salud en función de la capacidad de pago del individuo y de su estatus laboral; en segundo lugar, en el diseño del POS y del plan subsidiado, se han empleado instrumentos de costo-efectividad, siguiendo un enfoque utilitarista de equidad.

En cuanto a la financiación, se pueden identificar adicionalmente diversas fuentes de inequidad. La regresividad del modelo de financiación colombiano viene determinada por el importante peso de la financiación privada de la asistencia sanitaria (más de la mitad de la misma), ya que el gasto privado en salud es proporcionalmente mayor en los grupos de renta baja, que además son los que más enferman. Otro factor que contribuye a incrementar la inequidad en la financiación del sistema de salud es el aumento de la subcotización, debido a la extensión del empleo informal.

En cuanto a las prestaciones, la reforma del sistema de salud en Colombia propone inicialmente un modelo que es inequitativo, ya que segmenta el acceso a los servicios de salud en función de variables que no dependen de la necesidad de salud de los individuos, como son la capacidad de pago y el estatus laboral. La igualdad en el acceso a los servicios de salud en Colombia dependerá, en cierta medida, de que se logren los objetivos de extender el aseguramiento obligatorio. No obstante, el mecanismo utilizado con este propósito, basado en la desconcentración del aseguramiento a las EPS, crea incentivos contrarios.

Los principios de equidad se basan en enfoques igualitarios, y definen objetivos de universalización de los sistemas de salud. No obstante, los mecanismos para universalizar el aseguramiento público utilizado en Colombia, ha buscado extender el aseguramiento, con una oferta de servicios desigual, según la capacidad adquisitiva de la población. Debido a la magnitud de la pobreza, de la economía informal y de los incentivos a la selección de riesgos, es improbable que, a medio plazo, se alcance el objetivo de la universalización del aseguramiento obligatorio con igualdad de prestaciones, al menos que se reoriente la política pública de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- SEN, Amartya. *¿Por qué la equidad en salud?*. Rev Panam Salud Publica, May/June 2002, vol.11, no.5, p.302-309.
- CAVIEDES, Rafael. en *La Salud en Chile. Evolución y Perspectivas: Subsidios a la demanda en salud. Una alternativa viable*. Centro de Estudios Públicos. Santiago de Chile 1994, págs. 215 - 256.
- GONZÁLEZ Ginés. *Salud y equidad*, en *Jornadas Internacionales de economía de la Salud*. AES Argentina. Buenos Aires 1993. Pág. 37.
- VARGAS I, VASQUEZ M, Jané E. *Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica* Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4):927-937, jul-ago, 2002
- WAGSTAFF, A. & van DOORSLAER, E., *Equity in the finance and delivery of health care: Concepts and definitions*. In: *Equity in the Finance and Delivery of Health Care An International Perspective* (A. Wagstaff, E. van Doorlaer, & F. Rutten, ed.), pp. 85-103, Oxford: Oxford University Press, 1992.
- PEREIRA, J., *La interpretación económica de equidad en salud y atención sanitarias*. En *salud y equidad*, In: VIII Jornadas de Economía de la Salud, Anales, pp. 31-52. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988.
- WORLD BANK, *World Development Report 1993. Investing in Health*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- KAKWANI, N. C., 1977. *Measurement of tax progressivity: An international comparison*. *Economic Journal*, 87:71-80.
- WAGSTAFF, A.; van DOORSLAER, E. & BACI, P., *Equity in the finance and delivery of health care: Some tentative cross-Country comparisons*. In: *Providing Health Care: The Economics of Alternative Systems of Financing and Delivery* (A. McGuire, P. Fenn & K. Mayhew, ed.), pp. 141-171, Oxford: Oxford University Press, 1991.
- HURST, J. W., *Financing Health Services in the United States, Canada and Britain*. London: King Edward's Hospital Fund, 1985.
- LE GRAND, J., *The distribution of public expenditure: The case of health care*. *Económica*, 45:125-142, 1978.
- ORTÚN RUBIO Vicente: *La Economía en sanidad y medicina: Instrumentos y limitaciones*. Editorial La Llar del Llibre. 2a impresión. Catalunya. 1992.
- CASTAÑO YEPES RA. *MEDICINA, ETICA Y REFORMAS A LA SALUD*. Ed. Fundación Crecer. Bogotá 1999
- BITRAN R., MUÑOZ C., *Focalización en Salud: Conceptos y Análisis de Experiencias*. Bitran y asociados, 2000.