



Revista Sociedad y Economía

ISSN: 1657-6357

revistasye@univalle.edu.co

Universidad del Valle

Colombia

Botello Peñaloza, Hector Alberto

Eficiencia en la cobertura del régimen subsidiado de salud: una perspectiva departamental en
Colombia

Revista Sociedad y Economía, núm. 26, enero-junio, 2014, pp. 121-133

Universidad del Valle
Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99630967003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Eficiencia en la cobertura del régimen subsidiado de salud: una perspectiva departamental en Colombia¹

Efficient Coverage of Subsidized Health: A Regional Perspective in Colombia

Eficiência na cobertura do modelo subsidiado de saúde: uma perspectiva regional na Colômbia.

Hector Alberto Botello Peñaloza²

Docente Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga-Santander
hectoralbertobotello@gmail.com

Recibido: 16.01.14
Aprobado: 22.04.14

¹ Proyecto del Grupo de investigación en población, ambiente y desarrollo de la Universidad Industrial de Santander.

² Economista. Magíster en Ingeniería Industrial.

Resumen

Este trabajo evalúa la eficiencia regional en la cobertura del régimen subsidiado de Salud en Colombia entre el 2008 y el 2012, calculando simultáneamente el coste monetario asociado a esta ineficiencia. Se relacionan datos del ingreso de los individuos con el régimen en el que se encuentran inscritos y estos resultados se cruzan con los presupuestos en salud. Se evidencia que cerca del 17% de las personas dentro de este régimen han sido incorrectamente identificadas como beneficiarias costando cerca de 350 mil millones de pesos o el 22% del presupuesto de salud.

Palabras clave: Sistema de Salud, Eficiencia, Programas Sociales, Focalización, Pobreza.

Abstract

The development of social programs is a constant task the government has had towards strengthening its role in reducing the lack of opportunities that most vulnerable people face. In Colombia, one of the most important programs hosting this vision is subsidized health, covering about 48% of the population regime. Consequently, the aim of this work is to evaluate the coverage efficiency of this scheme between 2008 and 2012 with a regional scope. It also seeks to estimate the monetary cost associated to inefficiency in identifying and making reflections on actions that can be taken to alleviate this problem. Data related to individuals entry in their health system is then cross-checked with health budgets. It is evident that about 17% of people in the subsidized health system have been incorrectly identified as beneficiaries that cost about 350 billion pesos or 22% of the health budget.

Keywords: Health System, Efficiency, Social Programs, Targeting, Poverty.

Resumo

A busca de uma eficiência na prestação dos programas sociais sempre tem sido foco de interesse científico, na medida em que permite que os governos possam fortalecer seu papel na redução da falta de oportunidades que padece a população mais vulnerável. Na Colômbia, um dos programas que contem esta visão é o modelo subsidiado de saúde, pois cobre quase o 48% da população. Assim sendo, o objetivo deste trabalho é avaliar a eficiência deste modelo no nível regional durante o período 2008-2012, calculando simultaneamente os custos monetários associados com esta eficiência. Relacionam-se dados da remuneração dos indivíduos com o modelo de saúde no qual está inscrito e com o orçamento nacional em saúde. Evidencia-se que aproximadamente 17% das pessoas dentro do modelo subsidiado em saúde têm sido incorretamente identificadas como beneficiárias, custando quase 350 mil milhões de pesos colombianos, quer dizer, 22% de orçamento em saúde.

Palavras-chave: Sistema de Saúde, Eficiência, Programas Sociais, Focalização, Pobreza.



Introducción

Desde la Constitución de 1991, el Estado colombiano ha realizado una serie de reformas a los programas sociales implementados entre la población. Esta transformación ha ido desde la puesta en marcha de políticas universales de asistencia, es decir, aquellas dirigidas a los habitantes del país (vacunas, subsidios en alimentos, etc.), hasta un conjunto de políticas focalizadas, las cuales tienen como objetivo auxiliar únicamente a la parte vulnerable de la población (Sottoli 2000).

Según el pensamiento de Raczyński (1995), este cambio se efectúa en pro de la eficiencia, ya que los programas focalizados permiten garantizar un nivel de subsistencia digno a los sectores con mayor cantidad de vulnerabilidades (desnutrición, ingreso, vivienda, aprendizaje, etc.). Es una especie de discriminación positiva que busca aumentar la igualdad de oportunidades y la equidad social con la utilización más eficiente de los recursos públicos posibles (Grosh y Baker 1995); a diferencia de los altos costes que tiene la implementación de un esquema universal, situación que es crítica en países en desarrollo debido a las múltiples restricciones presupuestales de los gobiernos.

Con datos empíricos, Grosh y Baker (1995) señalan que los programas focalizados destinan al 40% de los hogares pobres el 57% de sus beneficios, mientras que los programas universales alcanzan a entregar a dicha población el 37% de sus beneficios. Sin embargo, Ocampo (2008) afirma que los programas universales deben estar asistidos con beneficios focalizados, ya que los individuos tienen derecho a acceder a ciertos servicios esenciales. Pero también hay una parte de la población que necesita ser mantenida con cierto nivel de solidaridad social para garantizar su acceso a servicios adicionales. Para Raczyński (1995), Chile es un caso de este fenómeno. Sin embargo, las restricciones de los presupuestos en muchos países de América Latina limitan esta complementariedad.

En este orden de ideas, la focalización es sinónimo de eficiencia al poder enfocar los recursos públicos directamente hacia los beneficiarios, los cuales son elegidos si cumplen ciertas características demográficas o geográficas, por ejemplo el nivel de su ingreso. Sin embargo, esto conlleva el uso de instrumentos de selección sobre la población, incurriendo en costos adicionales debido a su diseño, aplicación y administración; además de otros costes no visibles como los psicosociales, por ejemplo, los de la estigmatización y del auto-reconocimiento del individuo como vulnerable (Franco 1996).

Por otro lado, el instrumento de selección de los beneficiarios no es inmune al efecto de los *free-riders*; es decir, a la presencia de personas con suficiente capacidad de pago que se hacen pasar como población vulnerable, debido a que dan respuestas falsas en las encuestas, pagan a terceros o usan sus contactos políticos para ser incluidas. Es por esto que la evaluación en la cobertura que proveen estos instrumentos es una tarea constante llevada a cabo por los gobiernos para continuar con el ahorro de recursos que provee la focalización³ (Mkandawire y UNRISD 2005).

³ En Colombia, las tareas que tienen los entes territoriales en términos de la eficiencia en la ejecución de sus presupuestos fueron establecidas en la Ley 715 de 2001.

Un ejemplo de focalización en Colombia⁴ es su sistema de salud. Despues de 1991, el sistema dio un mayor protagonismo al sector privado, cambiando de un enfoque de subsidios a los prestadores de servicios (oferta) hacia los consumidores (demanda). En este, el Estado controla el cauce de los recursos a travs de los trabajadores y beneficiarios, con las entidades financieras y las entidades prestadoras de salud. Bajo este esquema, la Ley 100 de 1993 creó dos regímenes: el contributivo y el subsidiado. En el primero, se encuentran todas las personas vinculadas a travs de contrato de trabajo, servidores públicos, pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Estos hacen un aporte mensual pagando directamente a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) lo correspondiente segn la ley para que a su vez estas contraten los servicios de salud con las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), o los presten directamente a todas y cada una de las personas afiliadas y sus beneficiarios (Bottia, Cardona y Medina 2008). Por su parte, en el segundo régimen, el Estado subsidia total o parcialmente la afiliación de la población considerada pobre y vulnerable⁵, sin capacidad de pago, que le permita cotizar al sistema (ingreso menor a dos salarios mínimos legales vigentes). Estos subsidios se financian con dos recursos fundamentales: las trasferencias de la nación a los departamentos y municipios y el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), que al mismo tiempo se financia de una contribución de tres puntos porcentuales de los otros regímenes de salud.

Las personas que ingresan al régimen son seleccionadas a travs de las entidades ejecutoras de programas sociales del Estado, a partir de la información del Departamento Nacional de Planeación (DNP) y otras fuentes de información como el Sistema de Selección de Beneficiarios a Programas Sociales (Sisben), los censos de comunidades indgenas y mediante la certificación de la población infantil abandonada expedida por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Al utilizar estos instrumentos se tienen en cuenta algunas características especiales de las personas para cuestiones de priorización: recién nacidos, menores desvinculados del conflicto armado, personas mayores de 65 años, población en situación de discapacidad, población del área rural y del área urbana de bajos recursos, población indgena.

En términos de cobertura, los datos mostrados en el Gráfico 1 indican que en 2004 el nmero de afiliados al régimen subsidiado era de 16 millones de personas, en 2012 esta cifra alcanza los 23 millones (un crecimiento del 5,5% efectivo anual), lo que representa una cobertura del 48% de la población en Colombia contra un 42% del régimen contributivo⁶. Segn el Banco Mundial, el coste de este programa alcanza el 4,9% del producto interno bruto (PIB), lo que lo convierte en uno de los gastos sociales más importantes del Estado. En este sentido, un trabajo de Angulo, Gómez y Pardo (2012) estimó que la ausencia del régimen subsidiado generaría un incremento del 23% en la población pobre en Colombia.

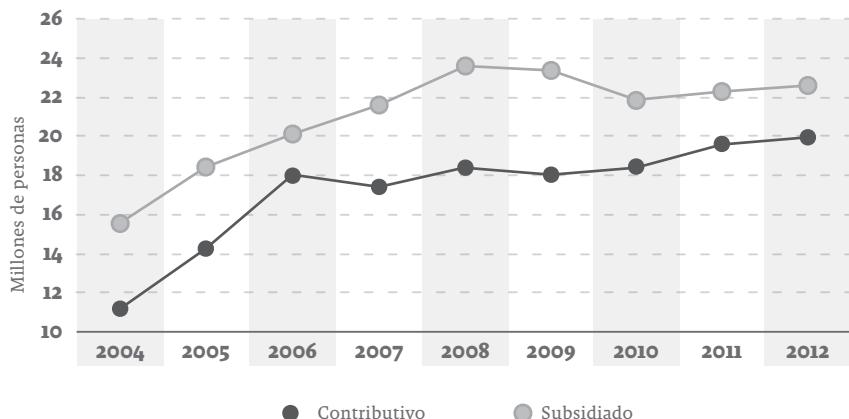
4 Se encuentra fijada por la Ley 715 de 2001, en los artículos 76 y 24.

5 Segn el Decreto 2357 de 1995 el nivel uno del Sisben paga un 5% del valor de los servicios de salud recibidos en hospitales, sin exceder el equivalente a un salario mímico mensual legal vigente (SMMLV). En el nivel dos cancelarán un 10% del valor de los servicios, sin exceder el equivalente a dos SMMLV. En el nivel tres se pagará hasta el 30% sin superar el valor de tres SMMLV.

6 En el Anexo 1 se observan las tasas de cobertura departamentales en los años de estudio.



Gráfico 1. Inscritos en el sistema de salud por tipo de régimen en Colombia 2004-2012



Fuente: Ministerio de Salud. Datos sobre cobertura de salud 2004 – 2012. ht

Entre los estudios empíricos que evalúan la eficiencia de la focalización en el Sistema de Salud en Colombia se encuentra el de Bautista (2003). El autor estima que en 1997 existían 8,9 millones de personas pobres incluidas dentro de los niveles de cuidado del Sisben, lo que representa menos de la mitad de los 19 millones de pobres. Por otro lado, cerca de 1,6 millones de personas fueron encontradas como no pobres pero sí hacen parte del sistema, con lo cual el error de cobertura es del 14,9 por ciento. Estas grandes limitaciones llevaron al cambio en la metodología del Sisben en el año 2003. Bottia, Cardona y Medina (2008) estudiaron cómo estos cambios en el Sisben influenciaron el proceso de focalización. Los resultados muestran que el cambio metodológico del instrumento mejoró el grado de focalización, dada la introducción que ponía en marcha nuevas preguntas sobre la realidad de los encuestados. Asimismo, sugirieron que esta estrategia convirtió el instrumento en una herramienta regresiva pues conduce a que una quinta parte de los beneficiarios del régimen de salud logren ser incluidos en el programa sin ser elegibles.

La revisión de estos trabajos permite observar una falta de estudio a nivel regional; igualmente investigan únicamente un año específico o recurren al Sisben como reflejo de la eficiencia del régimen subsidiado, cuando esta es solo una de las encuestas utilizadas por los agentes territoriales para la asignación de los beneficios. En este sentido, el presente artículo quiere ser un aporte a la evaluación regional de la eficiencia en la focalización del programa subsidiado de salud en Colombia entre 2008 y 2012. La aproximación metodológica busca responder si las personas beneficiarias del régimen subsidiado estaban siendo seleccionadas correctamente y cuáles son los costes que le representan al sistema los errores en la selección.

El artículo se organiza de la siguiente manera: en la primera parte se expone la metodología y los datos a utilizar. En la segunda sección se presentan los resultados de las estimaciones realizadas. Finalmente, en la tercera sección se exponen las conclusiones.

1. Metodología

1.1 Tipos de evaluación de impactos

Para estudiar la eficiencia de los programas sociales, existen tres tipos de metodologías:

- Análisis de impacto cuantitativos: se estudia el impacto en las características de los individuos por pertenecer al programa, comparándolos con un grupo de control. Las diferencias deben ser estadísticamente significativas para calificar el programa como efectivo. Ejemplos de estos estudios son los de Hernández (2002) y Angulo, Gómez y Pardo (2012).
- Análisis de eficiencia financiera: se observa si cada peso invertido en el programa genera un flujo de recursos que remuneran la inversión. Son estudios agregados; no estudian a los individuos ni a sus familias, sino a los presupuestos de los entes que ejecutan los programas. Ejemplos de estudios que abordan este aspecto son Maza, Vergara y Navarro (2012); Quessada, Maza y Blanco (2010); y Alfonso y Aubyn (2005).
- Análisis de eficiencia en cobertura: evalúan si la focalización se ha llevado a cabo correctamente. Es decir, si las personas identificadas como beneficiarios del programa cumplen las características necesarias para ser vinculadas a este. Sirven de ejemplo los estudios que se expusieron en la revisión teórica.

Este último enfoque es el escogido para el presente trabajo y se detalla a continuación.

1.2 Eficiencia de cobertura

El problema de la focalización de cualquier programa social consiste en que haya personas con el suficiente poder adquisitivo para no pertenecer al mismo; sin embargo, se han identificado como beneficiarias del programa dados los errores en el instrumento de identificación o las fallas institucionales. En este orden de ideas, la eficiencia en la cobertura del régimen subsidiado de salud se evalúa a partir de la capacidad de pago de los agentes que están inscritos, ya que esa es la característica que deben tener los individuos para ser favorecidos. En este sentido, se identifica la proporción de personas que están en el sistema pero no deberían estarlo, ya que su capacidad les permitiría vincularse al régimen contributivo.

Uno de los problemas comunes dentro de los estudios de eficiencia de cobertura es fijar el nivel de poder adquisitivo. Algunos autores (Cardarelli y Rosenthal 1998; Székely y Rascón 2005) plantean la línea de pobreza como barrera para que las personas puedan utilizar su ingreso disponible en otros usos. Sin embargo otros artículos (Bautista 2003; Bottia, Cardona y Medina 2008) afirman que incluso un nivel por encima de dicha línea no permite el gasto adicional en otros aspectos tales como la salud. En consecuencia, si la línea de pobreza en



Colombia es equivalente al corte del quinto decil de ingreso (Núñez y Ramírez 2002; Bottia, Cardona y Medina 2008), en el presente trabajo se asumirá que las personas pertenecientes al séptimo, octavo, noveno y décimo decil de ingreso tienen suficientes recursos para pertenecer al régimen contributivo y que precisamente el régimen subsidiado no debería beneficiarlos.

Los datos para realizar lo previsto proceden de las Encuestas de Hogares (GEIH) que realizó en Colombia el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) entre los años 2008 y 2012. Es así como se analizaron en total 96 millones de personas, aplicando los factores de expansión, en 24 departamentos tanto en el área urbana (cabecera) como en la rural. La GEIH no realizó investigaciones en los denominados nuevos departamentos hasta la segunda mitad del 2013. El alcance sobre la población objetivo, es decir, los inscritos en el régimen subsidiado de salud fue cercano al 95%, lo que hace la muestra estudiada bastante significativa.

A partir del conjunto de información, se separan los grupos de hogares por deciles de ingreso y se controlan diferentes variables para analizar la eficiencia de cobertura en diferentes niveles: por departamentos, cabecera (urbana) y rural (resto) y capitales.

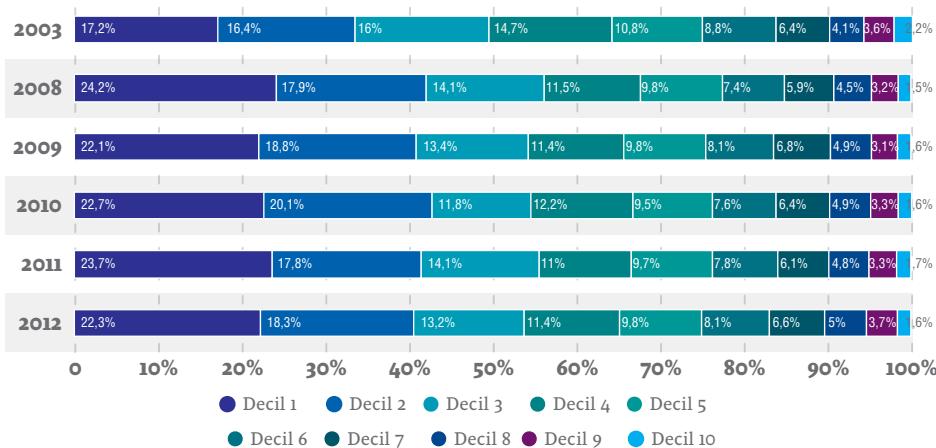
Logrado lo anterior, se calcula el coste que le representa al sistema subsidiado de salud colombiano esta ineficiencia, con base en los datos de presupuesto y el gasto promedio por persona.

2. Resultados y análisis

En el Gráfico 2 se muestra la distribución por deciles de ingreso de las personas inscritas en el régimen subsidiado de salud. Se aprecia que en 2012 el 22% de los inscritos pertenecían al decil uno del ingreso, el 18% al segundo, 13% al tercero y así sucesivamente. Si una persona se encuentra en un mayor decil de ingreso, mayor poder adquisitivo tendrá. Con esta distribución se puede afirmar que en el sistema subsidiado de salud existen problemas en la focalización, ya que en 2012 cerca de 2,6 millones o un 16,91% de las personas inscritas en él, están por encima del sexto decil de ingreso. Este porcentaje se ha mantenido estable desde 2003 cuando era del 16,24%. Estos resultados son más altos que los estimados en 1997 por Bautista (2003), pero marginalmente más bajos que los estimados por Bottia, Cardona y Medina (2008) que fueron del 20%.

Explorando el análisis por tipo de localización, se aprecia en la Tabla 1 que en las cabeceras municipales el problema de focalización es mayor que en las áreas rurales; estas últimas muestran un porcentaje de personas beneficiarias sobre el sexto decil del 6,4% contra el 23,3% del sector urbano. Esta tendencia es similar cuando se evalúa la eficiencia en la cobertura en ciudades capitales contra otros municipios con un 27% y un 12% respectivamente.

Gráfico 2. Conformación del régimen subsidiado de salud por deciles de ingreso* del beneficiario



Nota: Los grupos de deciles de ingreso se calcularon para cada año.

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la GEIH-DANE 2008 – 2012.

Tabla 1. Porcentaje de los inscritos en el régimen subsidiado ubicados por encima del sexto decil de ingreso, discriminados por localización

| Variable | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-----------|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Clase | Cabecera | 20,58% | 22,26% | 21,66% | 21,75% | 23,34% |
| | Resto | 6,19% | 6,66% | 6,90% | 5,97% | 6,41% |
| Capitales | No | 10,45% | 11,70% | 11,37% | 11,33% | 12,00% |
| | Si | 25,64% | 26,62% | 26,68% | 25,82% | 27,58% |

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la GEIH-DANE 2008 – 2012.

En este orden de ideas, la Tabla 2 muestra la distribución regional sobre la ineficiencia en la cobertura del régimen de salud subsidiada entre el 2008 y 2012. Entre los resultados se aprecia que Chocó (8%), Nariño (7%) y Cauca (6%) son los departamentos con el menor porcentaje de personas que cuentan con un ingreso por encima del séptimo decil que son beneficiarias del régimen subsidiado, mientras que Atlántico (26%), Bogotá (39%) y Santander (2%) enseñan los mayores porcentajes. Se aprecia que en los departamentos con mayor ingreso *per cápita*, existe una focalización más deficiente en este programa social.



Tabla 2. Porcentaje de los inscritos en el régimen subsidiado ubicados por encima del sexto decil de ingreso

| Departamento | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Var. 2008-12 | Valor ineficiencia en 2012 (miles de \$) |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------------|--|
| Antioquia | 15,33% | 17,99% | 17,49% | 17,51% | 19,44% | 4,11% | 30.883 |
| Atlántico | 18,80% | 21,50% | 20,44% | 23,92% | 25,84% | 7,03% | 10.663 |
| Bogotá | 35,05% | 34,87% | 37,30% | 35,52% | 38,78% | 3,73% | 176.991 |
| Bolívar | 11,77% | 12,34% | 13,61% | 14,14% | 16,81% | 5,04% | 7.987 |
| Boyacá | 7,08% | 10,70% | 10,02% | 11,11% | 12,19% | 5,11% | 4.778 |
| Caldas | 9,36% | 10,15% | 11,27% | 9,50% | 12,60% | 3,25% | 3.459 |
| Caquetá | 9,16% | 8,53% | 9,52% | 9,57% | 8,73% | -0,44% | 3.589 |
| Cauca | 7,29% | 6,53% | 6,52% | 6,29% | 5,95% | -1,34% | 3.702 |
| Cesar | 9,19% | 12,04% | 13,44% | 13,78% | 14,98% | 5,79% | 4.995 |
| Córdoba | 9,79% | 8,92% | 8,07% | 6,75% | 8,62% | -1,17% | 5.983 |
| Cundinamarca | 19,22% | 22,63% | 22,42% | 25,16% | 20,42% | 1,20% | 15.100 |
| Chocó | 6,52% | 8,53% | 8,35% | 6,92% | 8,26% | 1,74% | 1.827 |
| Huila | 10,50% | 10,83% | 10,92% | 12,17% | 12,28% | 1,78% | 4.362 |
| La Guajira | 10,89% | 14,34% | 14,25% | 11,51% | 12,96% | 2,07% | 5.157 |
| Magdalena | 11,09% | 12,33% | 11,73% | 10,19% | 15,36% | 4,27% | 6.296 |
| Meta | 22,01% | 18,87% | 18,37% | 18,20% | 17,96% | -4,05% | 6.531 |
| Nariño | 9,76% | 8,43% | 6,63% | 7,47% | 6,85% | -2,92% | 4.370 |
| Norte de Stder. | 14,10% | 15,67% | 15,50% | 15,96% | 16,60% | 2,50% | 7.865 |
| Quindío | 12,46% | 10,82% | 10,94% | 11,63% | 14,58% | 2,12% | 2.431 |
| Risaralda | 16,18% | 21,11% | 14,80% | 14,26% | 13,33% | -2,85% | 2.996 |
| Santander | 21,82% | 25,66% | 22,37% | 19,38% | 22,41% | 0,59% | 12.382 |
| Sucre | 8,64% | 9,26% | 8,83% | 11,14% | 13,70% | 5,05% | 4.239 |
| Tolima | 10,78% | 9,79% | 11,30% | 9,79% | 11,05% | 0,27% | 4.935 |
| Valle del Cauca | 21,76% | 20,05% | 20,70% | 19,58% | 18,03% | -3,73% | 19.459 |
| Total | 15,16% | 16,41% | 16,21% | 15,90% | 16,91% | 1,80% | 350.981 |

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la GEIH del DANE 2008 al 2012 y datos del Ministerio de Salud.

En la evolución de la ineficiencia en la focalización, 17 departamentos muestran incrementos del porcentaje de personas que no deberían ser beneficiarias de los subsidios de salud entre el 2008 y 2012. La lista la encabezan Atlántico y Cesar con un 7% y 6% respectivamente. Entre los que presentaron reducciones están Meta y Valle del Cauca con -4%⁷.

Con relación al coste, en el año 2012 cerca de 351 mil millones de pesos se pierden al atender a las personas que tienen capacidad adquisitiva para pagar sus servicios de salud. Aproximadamente esto es el 17% del total del presupuesto anual de salud en Colombia. Bogotá es el ente territorial con mayores pérdidas, cercanas a los 176 mil millones o el 39% del presupuesto en salud, a causa de que concentra la mayor parte de las personas que se benefician del sistema subsidiado de salud, continúa Antioquia con 30 mil millones (19%) y Valle del Cauca con 19,4 mil millones de pesos (18%).

3. Discusión y conclusiones

La mejora de los programas sociales es una tarea constante para fortalecer el papel del Estado con el fin de reducir la desigualdad y la falta de oportunidades de los más necesitados. Es por esto que la focalización, es decir, la identificación acertada de los beneficiarios de los programas sociales, es un proceso de revisión por parte de los actores de la política así como de la literatura científica.

En este sentido, este trabajo evaluó la eficiencia en la cobertura del Régimen Subsidiado de Salud en Colombia entre el 2008 y el 2012 con una inclusión regional, controlando capitales y área de localización del individuo. El análisis de la eficiencia se hizo mediante la estimación de cuántas personas inscritas dentro del régimen subsidiado tienen el suficiente poder adquisitivo para pagar su propio servicio. A continuación se calculó el coste monetario asociado a la ineficiencia en la identificación con relación a los presupuestos de salud de cada departamento.

Los resultados muestran que cerca del 17% de las personas dentro del régimen subsidiado de salud han sido incorrectamente identificadas como beneficiarias, siendo esta problemática más sensible en las áreas urbanas y capitales con cerca del 23% y el 27% respectivamente. El análisis arroja que no han sucedido cambios significativos en la mejora de la identificación entre 2008 y 2012, incluso con la introducción del nuevo instrumento del Sisben versión 3 en 2011. De hecho, en 17 de los 24 departamentos analizados hubo un incremento en el porcentaje de personas mal identificadas. Igualmente, se encontró que los departamentos con menor ingreso *per cápita* son los más afectados con este fenómeno. En términos de costes, cerca de 350 mil millones de pesos, es decir, el 22% del presupuesto anual de salud en Colombia, se malgasta en este grupo de personas. Esta situación lleva a preguntarse ¿por qué se presenta una población que escapa a los controles de medición de los más pobres, revelando los límites de la focalización del gasto?

7 En el Anexo 2 se puede observar el número de inscritos en este régimen por departamentos en los años de estudio.



En primera instancia, este trabajo permite apreciar las grandes dificultades técnicas para lograr un mecanismo de identificación efectiva que permita razonablemente incluir a las poblaciones más pobres, de acuerdo a su capacidad de pago, y a excluir a quienes la tienen. A pesar de sus continuas reformas, los mecanismos de identificación como, por ejemplo, el Sisben aún sigue sin lograr captar adecuadamente una alta proporción de las situaciones particulares de privación de capacidades para el disfrute de la salud, y su aplicación para la selección de beneficiarios, bajo la perspectiva de los ingresos, conduce a errores de exclusión demasiado elevados. Asimismo evidencia que algunos grupos dedicados a la captura de rentas (Kalmanovitz 2001) siguen teniendo la oportunidad de aprovecharse de los sistemas políticos de subsidios gracias a favores políticos.

En este orden de ideas, las mejoras en eficiencia según Cohen y Franco (2005) y CAF (2007) deben venir de la mano de un perfeccionamiento de los instrumentos de focalización como, por ejemplo, el Sisben, además del fortalecimiento de la institucionalidad para evitar la corrupción de los funcionarios. No obstante, según Scott (2000), la descentralización evita que estas acciones sean controlables dada la fragmentación de los entes y la abundante burocracia. Al final, solucionar estas problemáticas permitiría reorientar recursos de las regiones con mayor riqueza hacia los departamentos con necesidades más grandes e incrementar el gasto por persona asegurada.

Referencias bibliográficas

- Alfonso, Antonio, y Miguel St. Aubyn. «Non-Parametric Approaches to Education and Health Efficiency in OECD Countries». *Journal of Applied Economics*, Vol. VIII, No. 2, 2005: 227-246.
- Angulo, Roberto, Natalie Gómez y Renata Pardo. «¿Quién se beneficia de los programas sociales en Colombia? Análisis desde una perspectiva multidimensional». Documento presentado en Seminario CEDE, Bogotá, Universidad de los Andes, 14 de agosto de 2012. Último acceso 3 de enero de 2014, http://economia.uniandes.edu.co/content/download/44596/380771/file/Quien_se_beneficia_programas_sociales.pdf
- Bautista, Óscar. «La focalización en el régimen subsidiado de salud: elementos para un balance». *Revista de Salud Pública*, Vol. 5, No. 3, 2003: 653-663.
- Bottia, Martha, Lina Cardona y Carlos Medina. «Bondades y limitaciones de la focalización con Proxy Means Tests: el caso del Sisben en Colombia». *Borradores de Economía*, No. 539, 2008: 1-33.
- CAF – Banco de Desarrollo de América Latina. «Integralidad y eficiencia para una mejor política social». En *Oportunidades en América Latina. Hacia una mejor política social. RED 2007-2008 Reporte de Economía y Desarrollo*, 2007: 51-76.
- Cardarelli, Graciela y Mónica Rosenfeld. *Las participaciones de la pobreza: programas y proyectos sociales*. Buenos Aires: Paidós, 1998.
- Cohen, Ernesto y Rolando Franco. *Gestión social: cómo lograr eficiencia e impacto en las políticas sociales*. México, D.F.: Siglo XXI, 2005.
- Franco, Rolando. «Los paradigmas de la política social en América Latina». *Revisita de la CEPAL*, No. 58, 1996: 9-22.

- Grosh, Margaret y Judy L. Baker. *Proxy Means Test for Targeting Social Programs: Simulation and Speculation*. Serie Living Standards Measurement Study LSMS, No. 118. Washington, D.C.: World Bank, 1995.
- Hernández, Mario. «Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia». *Cadernos de saúde pública*, Vol. 18, No. 4, julio-agosto de 2002: 991-1001.
- Kalmanovitz, Salomón. *Las instituciones colombianas en el siglo XX*. Bogotá: Alfaomega, 2001.
- Mkandawire, Thandika y United Nations Research Institute for Social Development. *Targeting and Universalism in Poverty Reduction*. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development, 2005.
- Maza Ávila, Francisco Javier, Juan Carlos Vergara Schmalbach y Jorge Luis Navarro España. «Eficiencia de la inversión en el régimen subsidiado en salud en Bolívar-Colombia». *Investigaciones Andina*, Vol. 14, No. 24, abril-septiembre de 2012: 386-400.
- Núñez, Jairo y Juan Carlos Ramírez. *Determinantes de la pobreza en Colombia: años recientes*. Serie Estudios y perspectivas-Oficina de la CEPAL en Bogotá, No. 1. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, Oficina de la CEPAL en Bogotá, 2002.
- Ocampo, José Antonio. «Las concepciones de la política social: universalismo versus focalización». *Nueva Sociedad*, No. 215, 2008: 36-61.
- Quesada, Víctor Manuel, Francisco Javier Maza e Ingrid del C. Blanco. «Análisis envolvente de datos aplicado a la cobertura educativa en el departamento de Bolívar-Colombia (2007-2008)». *Omnia*, Vol. 16, No. 3, 2010: 77-100.
- Raczynski, Dagmar. «Focalización de programas sociales: lecciones de la experiencia chilena». En *Políticas económicas y sociales en el Chile democrático*, de Joaquín Vial, Dagmar Raczynski y Crisóstomo Pizarro, 217-255. Santiago de Chile: CIEPLAN, UNICEF, 1995.
- Scott, John. «Descentralización, focalización y pobreza en México». En *Las políticas sociales de México al fin del milenio. Descentralización, Diseño y Gestión*, coordinado por Rolando Cordera y Alicia Ziccardi, 481-496. México: Miguel Ángel Porrúa, Coordinación de Humanidades, Facultad de Economía, UNAM, 2000.
- Sottoli, Susana. «La política social en América Latina bajo el signo de la economía de mercado y la democracia». *Revista mexicana de sociología*, Vol. 62, No. 4, octubre - diciembre de 2000: 43-65.
- Székely, Miguel y Ericka Rascón. «México 2000-2002: Reducción de la pobreza con estabilidad y expansión de programas sociales». En *Números que mueven al mundo: la medición de la pobreza en México*, de Miguel Székely, 309-358. México: Secretaría de Desarrollo Social - Centro de Investigaciones y Docencia Económicas - Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, Miguel Ángel Porrúa, 2005.

Leyes

- Colombia. «Ley 100 de 1993 (diciembre 23), “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”». *Diario Oficial*, No. 41.148, 1993: s.p.



_____. «Ley 715 de 2001 (diciembre 21) “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros”. *Diario Oficial*, No. 44.654, 2001: s.p.

_____. «Decreto 2357 de 1995 (diciembre 29), “Por medio del cual se reglamentan algunos aspectos del Régimen Subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud” (derogado el capítulo III por el decreto 574 de 2003)». *Diario Oficial*, No. 67890' 42.171, 1995: s.p.

Bases de datos utilizadas

Gran Encuesta Integrada de Hogares del DANE 2008 al 2012. <http://www.dane.gov.co/index.php/mercado-laboral/empleo-y-desempleo>. Último acceso 12 de diciembre de 2013

Ministerio de Salud. Datos sobre cobertura de salud 2004 – 2012. <http://www.minsalud.gov.co/estadisticas/Paginas/Indicadores.aspx>. Último acceso 12 de diciembre de 2013

Anexo 1. Cobertura del régimen de salud por departamento 2008-2012

| Departamento | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Antioquia | 41,8% | 40,1% | 41,1% | 39,1% | 30,6% |
| Atlántico | 41,2% | 44,6% | 48,1% | 46,9% | 35,6% |
| Bogotá | 21,6% | 25,1% | 24,6% | 22,1% | 16,1% |
| Bolívar | 58,0% | 60,0% | 60,7% | 60,4% | 44,1% |
| Boyacá | 64,9% | 59,9% | 61,6% | 58,3% | 45,7% |
| Caldas | 54,6% | 55,4% | 55,0% | 53,8% | 41,8% |
| Caquetá | 61,6% | 68,7% | 70,0% | 71,2% | 53,4% |
| Cauca | 53,9% | 58,8% | 60,7% | 63,8% | 50,6% |
| Cesar | 61,5% | 59,7% | 59,3% | 57,0% | 42,6% |
| Córdoba | 47,4% | 57,8% | 61,8% | 62,7% | 51,4% |
| Cundinamarca | 46,7% | 41,7% | 45,3% | 42,4% | 32,3% |
| Chocó | 72,2% | 80,5% | 79,1% | 80,0% | 53,2% |
| Huila | 68,7% | 65,5% | 63,4% | 64,5% | 46,9% |
| La Guajira | 58,7% | 66,2% | 63,8% | 64,4% | 42,2% |
| Magdalena | 50,1% | 54,1% | 50,0% | 50,0% | 38,9% |
| Meta | 30,1% | 42,9% | 43,6% | 42,7% | 33,2% |
| Nariño | 73,3% | 75,2% | 76,2% | 74,2% | 58,5% |
| Norte de Stder. | 44,6% | 51,9% | 51,9% | 53,2% | 41,0% |
| Quindío | 45,4% | 53,7% | 50,2% | 50,5% | 37,8% |
| Risaralda | 47,0% | 52,8% | 49,4% | 48,8% | 37,7% |
| Santander | 37,1% | 41,0% | 42,0% | 42,4% | 32,3% |
| Sucre | 59,6% | 68,6% | 68,1% | 67,8% | 52,8% |
| Tolima | 41,1% | 46,8% | 49,1% | 49,3% | 39,6% |
| Valle del Cauca | 32,3% | 32,0% | 32,5% | 33,3% | 26,5% |
| Total | 43,9% | 46,1% | 46,6% | 45,8% | 35,0% |

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la GEIH del DANE del 2008 al 2012 y datos del Ministerio de Salud.



Anexo 2. Inscritos en el régimen de salud por departamento 2008-2012

| Departamento | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Antioquia | 2.346.122 | 2.291.227 | 2.362.518 | 2.240.933 | 1.768.334 |
| Atlántico | 903.732 | 1.052.189 | 1.157.249 | 1.138.739 | 867.900 |
| Bogotá | 1.546.041 | 1.818.237 | 1.805.383 | 1.648.931 | 1.213.427 |
| Bolívar | 1.178.226 | 1.179.945 | 1.205.135 | 1.230.095 | 909.592 |
| Boyacá | 957.667 | 774.958 | 803.172 | 764.537 | 603.912 |
| Caldas | 616.161 | 534.237 | 576.659 | 556.561 | 435.226 |
| Caquetá | 317.318 | 379.993 | 403.912 | 410.795 | 314.129 |
| Cauca | 717.906 | 820.632 | 818.625 | 869.880 | 705.120 |
| Cesar | 629.819 | 621.114 | 624.717 | 605.961 | 461.378 |
| Córdoba | 618.562 | 823.391 | 893.738 | 920.236 | 759.948 |
| Cundinamarca | 1.130.108 | 866.726 | 963.667 | 900.657 | 700.518 |
| Chocó | 319.562 | 544.394 | 542.299 | 555.862 | 377.213 |
| Huila | 729.192 | 661.803 | 629.891 | 661.752 | 483.923 |
| La Guajira | 390.423 | 543.151 | 525.105 | 534.326 | 360.558 |
| Magdalena | 668.977 | 598.862 | 563.518 | 570.618 | 454.993 |
| Meta | 252.343 | 390.417 | 384.278 | 384.473 | 303.053 |
| Nariño | 1.278.568 | 1.190.233 | 1.253.781 | 1.235.437 | 966.934 |
| Norte de Stder. | 573.174 | 771.154 | 786.952 | 816.578 | 630.221 |
| Quindío | 275.736 | 365.396 | 349.980 | 385.284 | 291.795 |
| Risaralda | 476.644 | 575.726 | 527.780 | 534.514 | 414.717 |
| Santander | 651.971 | 854.242 | 885.698 | 912.702 | 698.162 |
| Sucre | 511.246 | 565.399 | 567.986 | 570.024 | 456.648 |
| Tolima | 521.264 | 614.510 | 640.292 | 650.159 | 534.859 |
| Valle del Cauca | 1.337.933 | 1.306.176 | 1.342.976 | 1.389.673 | 1.121.882 |
| Total | 18.948.695 | 20.144.112 | 20.615.311 | 20.488.727 | 15.834.442 |

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la GEIH del DANE del 2008 al 2012 y datos del Ministerio de Salud.