

SERIE DOCUMENTOS

DOCUMENTOS  
DE  
TRABAJO

No. 13 / Marzo 2007

**Aseguramiento para la población pobre: una  
herramienta de protección financiera**

Ramón Castaño  
Andrés Zambrano

*(Documento de Trabajo, citar con autorización del autor)*



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

## **Aseguramiento para la población pobre: una herramienta de protección financiera**

### **Insurance for poor people: a tool for financial protection\***

**Ramón Abel Castaño**

[ramon.castano@urosario.edu.co](mailto:ramon.castano@urosario.edu.co)

**Andrés Zambrano**

[jzamban@urosario.edu.co](mailto:jzamban@urosario.edu.co)

#### **Resumen:**

La financiación de los sistemas de salud en los países en desarrollo mediante esquemas de aseguramiento, presenta el desafío estructural de la informalidad de los mercados laborales. Ni el esquema de financiamiento comunitario ni el del subsidio a la oferta, parecen ofrecer una garantía de acceso a los grupos más vulnerables. Pero la extensión de esquemas de seguro subsidiado también implica mayores presiones sobre el gasto social. Este artículo es una revisión de la literatura sobre el tema, en el cual se revisan experiencias internacionales de los tipos mencionados, y se analiza su relevancia para Colombia.

Palabras clave: Seguro de salud, Colombia, protección financiera, economía informal

---

\* Las opiniones aquí expresadas son responsabilidad de los autores y por lo tanto no deben ser interpretadas como propias de la Facultad de Economía ni de la Universidad del Rosario

## **Abstract**

Insurance-based schemes for the financing of health care systems in developing countries face the structural challenge of labor-market informality. Neither community financing schemes nor supply-side subsidies seem to guarantee access to health care by the most vulnerable groups. But the expansion of subsidized insurance also implies higher pressures on social expenditure. This article is a review of the literature on this topic. It explores international experiences of the above mentioned types, and analyzes their relevance for Colombia.

Key words: health insurance, Colombia, financial protection, informal economy.

## **1. Introducción**

La Organización Mundial de la Salud ha planteado que las metas de los sistemas de salud son tres: 1) mejorar el nivel de salud agregado de la población; 2) responder a las expectativas legítimas de los usuarios; y 3) garantizar la equidad en la contribución para su financiamiento.<sup>1</sup> De esta última función se deriva la función de protección financiera, que ha sido implementada en Colombia mediante la aplicación del esquema de aseguramiento. Particularmente para la población pobre, el esquema de aseguramiento permite garantizar la protección financiera contra buena parte de los riesgos relacionados con la salud, pues la presencia de un tercero pagador que cubre la mayor parte de los gastos correspondientes a un siniestro evita que el hogar pobre empeore su condición de pobreza. En el siguiente artículo se hace una revisión de las diferentes estrategias de expansión del aseguramiento como mecanismo de protección financiera, con el fin de contribuir al debate nacional sobre la ampliación de coberturas del Régimen Subsidiado y subsidios parciales.

### **2. La función de protección financiera**

El gasto en salud es un importante generador de pobreza<sup>2, 3</sup>. Por ejemplo, en la China rural, el colapso del sistema de cooperativas médicas como consecuencia de las reformas de mercado de los ochenta, trasladó la mayor parte del gasto en salud directamente a los hogares, causando un incremento del 44% en el número de hogares que caían por debajo de la línea de pobreza como consecuencia del gasto de bolsillo.<sup>4</sup>

Hsiao también muestra que en la experiencia del Grameen Bank en Bangladesh, la causa más importante de incumplimiento en los pagos de créditos era la ocurrencia de eventos de salud en los hogares, que los llevaban a comprometer parte importante de su ingreso en pagos de bolsillo, y como consecuencia, a atrasarse en los pagos al banco.<sup>5</sup>

La lista de ejemplos podría hacerse interminable, pero es evidente que al ser un importante generador de pobreza, se requiere el diseño de mecanismos de protección financiera que garanticen que esto no suceda. La función de protección financiera consiste en poner a disposición de la población aquellos mecanismos que permitan evitar el gasto catastrófico asociado a la enfermedad o trauma, que pueda llevar a un hogar a la pobreza, o a empeorar su ya precario nivel de ingresos.\*

Ahora bien, la protección financiera es mucho más que un mecanismo de cruce de subsidios de ricos a pobres, de sanos a enfermos y de jóvenes a ancianos. Dicha protección contribuye por sí misma a mejorar el nivel de salud en la población. Este efecto se mantiene aun separando el efecto del ingreso y de otras variables típicamente asociadas con un mejor nivel de salud agregado.<sup>7</sup>

La protección financiera se logra mediante la mancomunación de recursos, de manera que los riesgos individuales se dispersen entre un grupo cada vez mayor de personas.<sup>1</sup> El nivel mínimo de mancomunación ocurre cuando un individuo paga completamente de su bolsillo el gasto en salud, en cuyo caso el valor puede variar desde muy poco gasto hasta un gasto impagable. En la medida que se generan grupos mas numerosos de personas que contribuyen periódicamente a financiar un fondo, de manera que en el momento de

---

\* El gasto catastrófico no debe definirse en términos absolutos sino en términos relativos al ingreso del hogar. Así definido, será aquel que represente una proporción importante, por ejemplo el 15%, del ingreso anual de un hogar. Este porcentaje es un asunto normativo mas que positivo.<sup>6</sup>

enfrentar un siniestro de salud éste es pagado por el fondo, cada individuo estará pagando una proporción mas pequeña de su gasto en salud, y el resto de dicho gasto lo habrá dispersado entre los demás miembros del fondo.

Este esquema, que corresponde a un seguro como cualquier otro, es el que permite evitar la catástrofe financiera a un hogar que por su nivel de pobreza es de por sí vulnerable ante cualquier evento que represente un gasto por pequeño que este sea. De hecho, la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS ha planteado como una de sus recomendaciones clave, el incrementar los esquemas de prepago (es decir, de aseguramiento), lo que implica convertir el gasto de bolsillo que hacen los hogares, en contribuciones a un sistema de seguro.

La pertinencia de un sistema de seguro para reducir la incertidumbre asociada al gasto en salud, es suficientemente obvia por sí misma. De hecho, los esquemas de seguridad social son formas de dispersión de riesgo que buscan proteger los hogares de las consecuencias financieras de los riesgos asociados a la discapacidad, la muerte del generador de ingresos, la vejez, y la enfermedad en general. Sus evidentes beneficios y en especial hacia los hogares más vulnerables, son razón mas que justificada para que casi todos los países del mundo hayan adoptado diferentes esquemas de seguridad social.

### 3. El problema del sector informal

Los esquemas de seguridad social en países en desarrollo, han fallado en su promesa de generar protección financiera a todos los hogares. Estos países muestran, con contadas excepciones, que la cobertura no se logra universalizar, y que a duras penas logra cobijar a aquellas personas que trabajan para las instituciones públicas, las fuerzas armadas, y en menor medida a los trabajadores del sector privado formal. El resto de la población, es

decir, aquella que trabaja en la informalidad, no ha podido ser incorporada a los esquemas de seguridad social, y mientras mas reducido sea el sector formal de la economía, las coberturas son consecuentemente mas bajas.

El problema de la informalidad se convierte así en el principal escollo para la ampliación de coberturas con esquemas de seguridad social que dependen críticamente de la formalidad del empleo. Aunque en la década de los setenta se esperaba que el crecimiento económico global iba a generar el empleo suficiente para reducir la informalidad, y por esta vía la seguridad social iba a lograr su objetivo de cobertura universal, la realidad en los noventa mostró que el empleo se volvió cada vez más informal, y en vez de crecer la cobertura de seguridad social, ésta se vio estancada.<sup>8</sup> Esta situación es tan evidente, que la misma Organización Internacional del Trabajo ha reconocido la necesidad de redefinir el concepto de seguridad social de manera que permita cobijar al sector de trabajadores informales.<sup>9</sup>

La situación de la informalidad en Latinoamérica no es la excepción a esta tendencia global. Gally y Kucera muestran que entre 1990 y 1997 ha habido una clara disminución en la proporción de empleados del sector público y grandes empresas, con un incremento concomitante en la proporción de empleados en microempresas, trabajadores por cuenta propia y de servicio doméstico.<sup>10</sup> En estos tres últimos, el empleo muestran niveles de informalidad mucho mas altos en comparación con el empleo en grandes empresas. En Colombia se estima que la tasa de informalidad del empleo es de cerca del 61%,<sup>11</sup> cifra que viene creciendo desde mediados de los noventa, y que se ubica en el promedio de Latinoamérica.

De este modo, podría decirse que los esquemas de seguridad social basados en el empleo son una alternativa poco viable para universalizar la cobertura de mecanismos de

protección financiera en países en desarrollo. Lo paradójico de esta situación, es que son precisamente los hogares más vulnerables y que más necesitan de dicha protección financiera, los que por estar en la informalidad están fuera del alcance de la seguridad social. Es en estos hogares donde el impacto del gasto de bolsillo es mayor, tanto en términos de gasto catastrófico como en términos de generación de pobreza.

#### 4. Protección financiera por la vía de los subsidios a la oferta

Un enfoque que se ha adoptado por décadas ha sido el de financiar la prestación de servicios por la vía de subsidios a la oferta, creando una red pública que presta servicios a bajo costo o gratuitamente, con la expectativa de que ello evitaría el gasto catastrófico de los hogares y facilitaría el acceso a los servicios. Se esperaba que estos servicios fueran auto-focalizados, es decir, que fueran solo usados por la población pobre y que los grupos de mejores ingresos usarían instituciones privadas.

Sin embargo, esta expectativa tampoco se cumplió. Por una parte, la garantía del subsidio a la oferta llevó a que en las instituciones públicas se debilitara la preocupación por la satisfacción de las expectativas del usuario, y se empezara a dar más importancia a las preocupaciones internas de la institución.

Adicionalmente, tampoco era cierto que los servicios eran auto-focalizados, especialmente los de alta complejidad y de hospitales universitarios. Por ejemplo, en un estudio de acceso a los servicios de salud en el Perú se encontró que de cada diez personas del decil más bajo de ingresos, 9 acuden a centros de salud y 1 acude al hospital. Para el decil mas alto de ingreso, estas cifras son de 6 y 4. El mismo estudio muestra que el acceso a los servicios hospitalarios es regresivo, mientras que el acceso a servicios ambulatorios es ligeramente progresivo.<sup>12</sup> En una revisión amplia de la literatura sobre el subsidio inverso, Gwatkin



muestra cómo el fenómeno del Perú se replica en los países en desarrollo, donde es particularmente regresivo el gasto en atención terciaria.<sup>13</sup> Experiencias como esta, han motivado la búsqueda de otros mecanismos de protección financiera por la vía del aseguramiento.

##### 5. Movilización de recursos mediante esquemas de financiamiento comunitario

El diseño de esquemas de protección financiera por la vía del aseguramiento adquiere características diferentes cuando se trata de abordar la población del sector informal. La falta de una relación laboral explícita hace difícil el establecimiento de las contribuciones, así como la periodicidad del recaudo y la posibilidad de hacerles seguimiento. Pero si los hogares del sector informal aún gastan una proporción importante de su bolsillo en pagos directos a prestadores de servicios, o en consumo de medicamentos, ¿cómo hacer que dichos pagos se conviertan a un esquema de prepago, para lograr la mancomunación y a la vez hacer mucho más eficiente la compra de servicios y medicamentos?<sup>5</sup>

El gasto de bolsillo de los hogares no es despreciable en comparación al gasto agregado en salud de un país. En la medida que el gasto de bolsillo es una proporción mayor del gasto agregado en salud de un país, la urgencia por convertirlo en una fuente organizada de financiación es mucho mayor. Incluso el mismo Colin Gillion, Director de la OIT en 1999, planteaba en aquel entonces que había dos vías para incrementar las coberturas con miras a la universalización: incrementando el gasto público y desarrollando esquemas locales o por ocupación, que se adecuaran mejor a las particularidades del sector informal.<sup>9</sup> Pero dado que la primera vía no es pertinente para países pobres, pues sus ya estrechas finanzas difícilmente permiten incrementar el gasto, Gillon plantea que la mayor esperanza la ofrece la segunda vía.

En este punto entra en escena el concepto de movilización de recursos que ha concentrado la atención de los analistas, investigadores y formuladores de políticas en los países en desarrollo, especialmente en los más pobres. Dicha movilización implica crear mecanismos explícitos para que los recursos gastados por los hogares se conviertan en fuentes formales de financiación del sector. Una de las fuentes de financiación que no es del todo informal pero que tampoco se ubica en el sector formal, es la financiación por medio de esquemas comunitarios. Estos esquemas surgen usualmente por iniciativa de líderes locales, o de ONGs que trabajan en la lucha contra la pobreza.

Los esquemas de financiamiento comunitario muestran grandes debilidades estructurales, entre ellas: el reducido tamaño de su población afiliada; la exposición a la selección adversa y a la captura por parte del prestador; y la falta de capacidad gerencial para el manejo adecuado de los recursos y del proceso de afiliación, recaudo, y compra de servicios.<sup>3, 14</sup>

Pero también estos esquemas muestran fortalezas importantes. Por una parte, movilizan recursos que de otra manera no sería posible movilizar, pues el alcance de las instituciones formales no es suficiente para cobijar la población urbana pobre y la población rural.<sup>14, 15</sup> Aunque no ha sido posible cuantificar detalladamente la contribución de estos esquemas a la financiación total del sector, es evidente que son un mecanismo importante de movilización de recursos.

Por otra parte, los esquemas de financiamiento comunitario se convierten en escenarios de fortalecimiento del capital social en cuanto generan espacios de control colectivo que no requieren la intervención del Estado, empoderan la comunidad, y fortalecen la rendición de cuentas y la respuesta de los prestadores y reguladores a las expectativas de la comunidad.<sup>16</sup>

Pero, ¿por qué el análisis de alternativas de universalización de la protección financiera debería interesarse en los esquemas de financiamiento comunitario? Por dos razones fundamentales: Primero, porque estos esquemas se constituyen, como se mencionó arriba, en un mecanismo para extender la cobertura hacia este segmento de la población. Y segundo, porque demuestran que entre la población informal y pobre sí hay disponibilidad a prepagar la atención en salud.

El primer argumento ya ha sido planteado arriba, pero es preciso resaltar otro punto importante: el hecho de que los esquemas de financiamiento comunitario sean voluntarios, deja ver muchos aspectos del comportamiento del consumidor frente al seguro de salud que resultan muy relevantes a la hora de expandir los esquemas de seguridad social subsidiada, como por ejemplo, cuáles son las variables, mas allá del precio del seguro, que determinan el que un individuo se afilie a un esquema voluntario.

En cuanto al segundo argumento, la evidencia empírica muestra que a pesar de la selección adversa, muchos hogares de bajo riesgo también prefieren pagar una cuota previa que enfrentar por sus propios medios el gasto en salud. Hsiao argumenta que esta disponibilidad es mayor si el gobierno contribuye a la financiación, si existe confianza en las personas e instituciones que manejan los fondos de prepago, y si los beneficios percibidos son superiores a los costos.<sup>5</sup>

Un ejemplo relevante es el de la India, donde cerca del 90% de las familias perciben su ingreso en el sector informal.<sup>17</sup> En un contexto particularmente crítico, como el distrito textil de Erode en la provincia de Tamil Nadu (India), donde una muy alta proporción de los trabajadores carece de relación laboral formal, perciben un ingreso precario, y carecen de cualquier tipo de seguridad social, se encontró que había una clara disponibilidad a

pagar por parte de los trabajadores, para contar con un esquema de protección financiera frente a los riesgos en salud.<sup>18</sup> Aunque es evidente que los riesgos ocupacionales jugaban un papel importante en esta disponibilidad, también es claro que a pesar de su escaso ingreso estos trabajadores estaban dispuestos a sacrificar parte de éste para evitar el riesgo financiero asociado a un evento en salud.

Un elemento clave que resalta Hsiao es la presencia de un mayor capital social: las comunidades que tienen mayor nivel de preocupación por el bienestar colectivo, muestran una mayor tendencia a participar en esquemas de financiamiento comunitario.<sup>5</sup> Bennett et al. también señalan que los esquemas de financiamiento comunitario de mayor tradición, ocurren en aquellas sociedades con un mayor sentido de fraternidad y confianza.<sup>15</sup> Sin embargo, estas variables solo empiezan a ser reconocidas recientemente, pues los análisis de estos esquemas se han basado en datos cuya unidad de análisis es el individuo o el hogar, mientras que estas variables no son tenidas en cuenta y no se recolectan datos sobre ellas.<sup>19</sup>

Por su parte, Bennett et al. también llaman la atención sobre los efectos diferenciales del capital social frente a dos tipos genéricos de aseguramiento: el catastrófico y el básico.<sup>15</sup> Por una parte, la demanda de seguro catastrófico, que cubre gastos hospitalarios o aquellos que tienen un mayor impacto sobre el ingreso de un hogar, responde más a intereses individuales. Por esta razón, este tipo de seguro está más expuesto a selección adversa. Por otra parte, la demanda de seguro básico, que cubre el acceso a servicios de atención primaria y de baja complejidad, responde más a una preocupación colectiva por garantizar un conjunto mínimo de bienes para todos por igual, con el fin de mejorar el bienestar colectivo. Según este argumento, es de esperarse entonces que un alto capital social

contribuya mas a la consolidación de esquemas de prepago para el segundo tipo de seguro que para el primero, aunque la protección financiera que proporciona el segundo es bastante limitada.

En contraposición a esto, Hsiao señala que los hogares prefieren la cobertura del tipo básico a la cobertura catastrófica, pues aparentemente no hay una percepción clara de la probabilidad de ocurrencia de un gasto catastrófico.<sup>5</sup>

#### 6. Universalización mediante la extensión de beneficios

Entre la población de pobreza media no cubierta por la seguridad social, el precio del seguro es solamente una de las variables que determinan el estatus de no asegurado. En este campo, la literatura científica estudia dos tipos de fenómenos separados: por un lado, la demanda de seguros propiamente dicha, en la cual la decisión de asegurarse es voluntaria por parte del individuo. Por otro lado está la literatura sobre la toma de beneficios, planes o programas subsidiados por el gobierno, en los cuales el precio no es la variable de decisión para el individuo pues estos son gratuitos.

En los Estados Unidos, la cobertura en salud para la población se proporciona a través del Medicaid, mientras que los mayores de 65 años están cubiertos por el Medicare. La población del medio está en su mayoría cubierta por esquemas de seguro privado ligados al empleo, pero aún queda una porción que fluctúa alrededor del 15% del total de la población, que permanece sin seguro de salud.

Las propuestas que se han venido ventilando en las dos últimas décadas para reducir la brecha de los no asegurados, se clasifican en dos: 1) otorgar un crédito tributario para incentivar a esta población a comprar un seguro por su cuenta, o 2) ampliar el gasto público

para que los programas sociales lleguen a la población del medio. Gruber ubica estas propuestas, respectivamente, en la derecha republicana y la izquierda democrática.<sup>20</sup>

Ambas alternativas han recibido una dosis importante de atención por parte de los investigadores. Con relación al primer grupo de propuestas, un estudio clásico de Gruber y Poterba muestra que reducir el precio del aseguramiento por la vía del crédito tributario tiene un efecto muy limitado sobre la expansión de la cobertura, y que la demanda agregada de seguro muestra una elasticidad precio muy baja (-0.252).<sup>21</sup>

Con relación al segundo grupo de propuestas, las de corte democrático, Madden et al analizaron la experiencia del Estado de Washington, el cual puso en el mercado un plan subsidiado para población no asegurada, a finales de la década de los ochenta.<sup>22</sup> Los resultados de este análisis mostraron que no había selección adversa, y que la mayor probabilidad de afiliación ocurría entre las familias que tenían niños o aquellas con mujer cabeza de hogar. Este estudio también encontró una alta elasticidad precio entre el grupo de no asegurados. La ausencia de un presupuesto suficiente para mercadear el plan podría explicar la poca acogida que tuvo entre las familias mas pobres, por sus dificultades para absorber la compleja información relacionada con un plan de salud.

Una variable que ha sido analizada en ambos tipos de estudios es la presencia de sustitutos del aseguramiento como desincentivo hacia la compra de seguros. En la medida que exista oferta subsidiada, bien de otro tipo de seguro, o de servicios de salud, es menos probable que los hogares decidan tomar un seguro subsidiado o aprovechar un crédito tributario para dicha compra.<sup>23</sup>

Chernew et al sugieren que el desincentivo es claro en la medida que si un individuo acude a un hospital en los Estados Unidos sin ningún tipo de seguro, es elegible para ser atendido

gratuitamente, mientras que si tiene algún tipo de seguro no lo es.<sup>23</sup> Para ciertos grupos poblacionales de bajo riesgo y de ingresos no muy bajos, esta alternativa es mucho mejor que comprar un seguro subsidiado que les implicara mas gasto de bolsillo, en vez de menos gasto.

La escasa respuesta de la población objeto de ampliación de coberturas ha sido también analizada por estos y otros autores. El fenómeno de demanda inferior a la esperada cuando los programas son ofrecidos gratuitamente, también fue analizado a fondo por Craig en cuanto a programas sociales en general.<sup>24</sup> Este autor argumenta que existen tres tipos adicionales de costos asociados a la toma de un programa subsidiado: costos de información, de procesamiento, y de estigma. Entre los primeros se encuentran aquellos asociados a la dificultad de entender la información relacionada con el programa, a los requerimientos de reporte y al hecho mismo de no tener conocimiento de la existencia del programa. Entre los costos de procesamiento se incluyen los gastos de transporte y otros gastos indirectos, que son cubiertos por el aplicante, y el costo de oportunidad del tiempo requerido para el proceso de aplicación. Los costos de estigma se refieren a la des-utilidad que el individuo enfrenta por el hecho de ser identificado como pobre ante la sociedad, y la posible exclusión que ello generaría.

El efecto del ingreso y de las preferencias ha sido estudiado por Levy y DeLeire,<sup>25</sup> quienes concluyen que aunque un menor ingreso disminuye la probabilidad de comprar seguro, lo cual es un hallazgo sistemático en los demás estudios analizados, también hay una parte de la población no asegurada que simplemente prefiere no comprar seguro. Las propuestas de disminución de precio del seguro, por la vía de los créditos tributarios o la expansión del gasto, solamente incrementarán la cobertura en el primer grupo de personas, mientras que

el segundo grupo siempre será refractario. Los autores sugieren que una vez se ha llegado al límite de la población que responde a las bajas en el precio, las opciones de política para universalizar la cobertura son ciertamente limitadas. Por estos factores mencionados, Chernew et al estiman que un 10% de la población seguirá sin seguro, a pesar de todos los subsidios que se han propuesto.<sup>23</sup>

Pero aun si las bajas en precios incrementaran la demanda de seguro, la universalización no se lograría puesto que muchos empleadores optarían por cancelar los seguros de salud que proporcionan a sus empleados, ya que estos resultarían elegibles para el seguro subsidiado. Este efecto de sustitución posiblemente contribuya a la baja elasticidad precio del seguro.

Gruber resume en cuatro los efectos de los cambios en los precios de los seguros o de la ampliación de los criterios de elegibilidad para programas totalmente subsidiados: el primero es, obviamente, un incremento en las coberturas, aunque mucho menor que el esperado; el segundo es la migración de individuos que antes estaban asegurados por su empleador, hacia el plan subsidiado; el tercero es que muchos empleadores simplemente dejarían de pagar el seguro y sus empleados pasarían a ser no asegurados; y el cuarto efecto es que si la expansión se hace solamente a través de seguros privados, desaparecería totalmente la afiliación en los programas públicos. La conclusión general del autor es que sí hay un efecto de “crowding out” sobre la población actualmente asegurada.<sup>20</sup>

Otros países también han tenido experiencias en la expansión de programas sociales hacia grupos no cubiertos. Un caso ampliamente analizado es el del programa “carnet de salud” de Tailandia,<sup>26</sup> que pretendía cubrir la población de ese país que no era cubierta por otros programas de asistencia social en salud. Parte del éxito de este programa se debió a que el gobierno subsidiaba el esquema aportando una suma igual a la que aportaba el afiliado, lo



que estimulaba la afiliación entre la población objetivo del programa.<sup>5</sup> Este esquema fue abandonado en 2002, cuando un nuevo esquema de aseguramiento llamado Esquema de Cobertura Universal, juntó todos los programas existentes en uno solo, conocido como el esquema de los 30 Bhat.<sup>27</sup>

En un estudio piloto realizado en 1995, Supakankunti encontró que cerca de la mitad de la población objetivo permanecía por fuera del esquema, y que las variables que mejor explicaban la probabilidad de estar afiliado, eran el nivel educativo (efecto negativo), el riesgo en salud (efecto positivo) y la cercanía de un hospital (efecto positivo). Este estudio llama la atención sobre el problema de selección adversa que se evidenció desde la creación de este programa.<sup>26</sup>

Otra experiencia reportada en VietNam, muestra que el esquema de seguro voluntario, orientado a la población escolar, empleados por cuenta propia y trabajadores informales, ha sido prácticamente inoperante. El 99% de los pobres elegibles aún siguen dependiendo de la asistencia social y no se han vinculado al seguro voluntario, mientras que entre la población escolar solamente un 20% de ellos se han afiliado.<sup>28</sup>

## 7. Relevancia para Colombia de las experiencias internacionales

En cuanto a los esquemas de financiamiento comunitario, es preciso hacer claridad sobre el rol que han desempeñado en países en desarrollo, y su relevancia para Colombia. La mayoría de la literatura se refiere a casos de países en el Africa Subsahariana, India, y sudeste asiático, en los cuales la población mas pobre y vulnerable no alcanza a ser cobijada por la red pública y menos aún por la seguridad social. En estos países la experiencia ha mostrado que los esquemas de financiamiento comunitario no alcanzan a cubrir a los mas pobres de los pobres, sino que ubican su población cubierta en un nivel de

ingresos ligeramente superior,<sup>3</sup> por lo cual la población mas pobre sigue quedando excluida de los esquemas de protección social.

Este punto es relevante para Colombia, en la medida que el Régimen Subsidiado se ha focalizado en la población más pobre. Aún a pesar de presentar errores de filtración de entre el 25 y el 30%,<sup>29</sup> es claro que a este nivel se han logrado avances importantes en cobertura de aseguramiento. En consecuencia, y específicamente para el caso de Bogotá, el problema de ampliación de coberturas se concentra en los niveles intermedios de pobreza.

Otro aspecto a tener en cuenta en el análisis de la literatura, es que se asume la población pobre e informal como estática, cuando en realidad parte de ella pasa temporal y repetidamente al sector formal. Ninguno de los estudios analizados en esta revisión de la literatura tiene en cuenta este aspecto, o cuando más lo asume como parte de la dinámica de la población informal. Es claro que para el caso Colombiano es importante saber el impacto que tiene esta alta rotación del empleo sobre la viabilidad de esquemas de cobertura subsidiada.

En cuanto a las experiencias de extensión de los esquemas de aseguramiento o de los programas sociales, Panopoulou muestra que entre aquellos que evaden su afiliación al Régimen Contributivo en Colombia, un mejor estatus de salud y/o la ausencia de enfermedades crónicas en algún miembro de la familia aumentan la probabilidad de evadir la afiliación entre los trabajadores del sector privado y entre los trabajadores independientes.<sup>30</sup> En buena parte de esta población es difícil el obligarlos a cumplir con la afiliación al Régimen Contributivo, por las mismas características de su empleo, lo cual en la práctica convierte para ellos la afiliación en un asunto voluntario.

Pero otra parte de la población de pobreza media no tiene ningún vínculo formal de empleo, o trabajan por cuenta propia pero con ingresos superiores a los dos salarios mínimos, lo cual los hace inelegibles para el Régimen Subsidiado. En esta población la afiliación a un esquema parcialmente subsidiado tiene características de ambos aspectos revisados: la toma de beneficios subsidiados, y la decisión de comprar un seguro.

## 8. La situación del aseguramiento en Colombia

La evolución de la cobertura de aseguramiento en Colombia ha sido positiva en términos generales, aunque una revisión mas a fondo revela que buena parte de los avances en cobertura de Régimen Contributivo se debieron a la extensión de los derechos a la familia del trabajador y no a la inclusión de nuevos grupos de trabajadores.<sup>31</sup> En cuanto a los avances en cobertura del Régimen Subsidiado, a pesar de que fueron importantes durante los primeros cinco años, posteriormente se ha venido estancando la afiliación.

El estudio de Restrepo y Salazar muestra que el estancamiento en la cobertura del seguro se explica por dos razones.<sup>31</sup> Por un lado los mecanismos de afiliación de los trabajadores independientes presentan barreras a la entrada, tanto por los bajos ingresos de este grupo, como por trabas de índole administrativa. La situación de los independientes es realmente preocupante y sobre ellos se han adoptado medidas arbitrarias como la fijación de un ingreso mínimo de afiliación.

Por otro lado, el deterioro de la economía ha llevado a una expansión del sector informal que se ve reflejado en un aumento de los trabajadores por cuenta propia sin contratos laborales, que no cuentan con un seguro de salud y quienes no tienen los suficientes incentivos para pagar la contribución, por el hecho de tener que cubrir en su totalidad los aportes patronales y del trabajador. Adicionalmente, no puede desconocerse que la

persistencia de la informalidad en el mercado laboral está relacionada con los costos de la mano de obra, incluyendo los impuestos. En un estudio de Kugler y Kugler, se mostró que los impuestos de seguridad social que incrementó la Ley 100 de 1993 tuvieron un efecto negativo sobre el empleo. Los autores estimaron una elasticidad precio de -0.04, que debe ser tomada en cuenta a la hora de pensar en nuevos impuestos a la nómina para financiar el sistema de salud.<sup>32</sup>

El comportamiento de la afiliación parece centrarse sólo en trabajadores con empleos formales en el Régimen Contributivo, mientras que las personas más pobres quedan restringidas al Régimen Subsidiado. Esto ha llevado a que la población no asegurada entre los trabajadores independientes y personas de bajos ingresos sea muy alta, pues a la vez que no cuentan con recursos para costear la contribución, no son tan pobres como para ser objeto del subsidio.

De datos mostrados por Restrepo y Salazar la cobertura en el régimen contributivo es de 82% en trabajadores dependientes y sólo cercana al 40% en los trabajadores independientes.<sup>31</sup> Además, observando la Encuesta de Calidad de Vida de 2003 el porcentaje de empleados independientes que cuenta con un seguro es de 56%, mientras que este porcentaje se eleva a 72% en trabajadores asalariados, es decir una diferencia de 16 puntos porcentuales.<sup>33</sup>

En lo concerniente al gasto de bolsillo, Castaño et al. muestran que cerca de un 6% del gasto total de los hogares urbanos en 1997 representaba gasto de bolsillo, el cual muestra un patrón regresivo.<sup>34</sup> Utilizando la Encuesta de Calidad de Vida del 2003, Zambrano obtiene que los no asegurados y las personas del régimen subsidiado gastan un mayor

porcentaje en gasto de bolsillo que aquellos del régimen contributivo.<sup>33\*</sup> En otro estudio realizado en una muestra representativa de hogares en Bogotá, O'Meara et al también encontraron que los hogares afiliados al Régimen Subsidiado aún gastan una parte importante de su ingreso como gasto de bolsillo, lo cual se explica por la parte del plan de beneficios que no es cubierta por este Régimen sino por la oferta pública.<sup>35</sup>

Estos hallazgos muestran que efectivamente los hogares gastan importantes sumas de dinero en co-pagos, cuotas de recuperación, o pagos directos a prestadores de servicios, o por compra de medicamentos.

## 9. Conclusión

Los desafíos para garantizar mecanismos de protección financiera para los hogares pobres en países en desarrollo están crucialmente determinados por la informalidad de la economía. Las alternativas de financiamiento comunitario o basado en ocupaciones, así como la alternativa de subsidiar la oferta para prestar servicios sin costo, parecen no ser alternativas efectivas de protección financiera por su limitado alcance a nivel de la población más pobre. Por su parte, extender la cobertura a un mayor número de personas implica nuevas fuentes de financiación que tienen efectos sobre los mercados laborales y la economía en general. Sin embargo, la efectiva protección financiera que ofrecen los esquemas de aseguramiento amerita la búsqueda de alternativas de financiamiento que sean sostenibles y que generen el menor efecto negativo posible sobre el resto de la economía.

---

\* Con esta fuente se obtiene que a nivel nacional el porcentaje del gasto total de los hogares dedicado al gasto de bolsillo es del 2%, este porcentaje es similar para los hogares urbanos. Dado que esta es una fuente distinta a la utilizada por Castaño et al. las cifras no deben ser comparadas entre los dos años, lo importante es que esta proporción sigue mostrando patrones regresivos.

## Reconocimientos

ASSALUD y la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario agradecen a Colciencias el apoyo financiero para la realización de esta investigación. Agradecemos también los comentarios y sugerencias de Manuel Ramírez y Francisco Yepes.

## Referencias

1. WHO. The World Health Report. Geneva: World Health Organization; 2000.
2. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Economics* 2003; 12(11):921-34.
3. Preker AS. Health care financing for rural and low-income populations. Commission on Macroeconomics and Health. WHO; 2002.
4. Liu Y. Development of the rural health insurance system in China. *Health Policy and Planning* 2004; 19(3):159-165
5. Hsiao WC. Experience of community health financing in the Asian Region. In: Health care financing for rural and low-income populations. Commission on Macroeconomics and Health. WHO; 2002.
6. Wyszewianski L . Financially catastrophic and high-cost cases: Definitions, distinctions, and their implications for policy formulation. *Inquiry* 1985; 23:382-394.
7. Carrin G, Zeramdini R, Musgrove P, Poullier JP, Valentine N, Xu K. Impact of risk sharing on the performance of health system. In: Health care financing for rural and low-income populations. Commission on Macroeconomics and Health. WHO; 2002

8. Unni J, Rani U. Social protection for informal workers. *The Indian Journal of Labor Economics* 2001; 44(4):561-75
9. ILO. Social security for the excluded majority. Case studies of developing countries. Edited by Wouter VanGinneken. Geneva: International Labor Office; 1999.
10. Galli R, Kucera D. Informal employment in Latin America: Movements over business cycles and the effects of worker rights. International Institute for Labor Studies. Discussion paper DP/145/2003; 2003.
11. DANE. Encuesta continua de hogares: resultados hasta junio/2003. Boletín de prensa; 2003.
12. Petrera M. Análisis y tendencias en la utilización de servicios de salud, Perú 1985-2002. OPS/OMS/MINSA. Mimeo; 2003.
13. Gwatkin DR. From whom to buy? Are free government health services the best way to reach the poor? In: *Spending wisely*, edited by AS Preker and JC Langenbrunner. Washington: The World Bank; 2005.
14. Jakab M, Krishnan C. Review of the strengths and weaknesses of community financing. In: *Health care financing for rural and low-income populations*. Commission on Macroeconomics and Health. WHO; 2002.
15. Bennett S, Creese A, Monasch R. Health insurance schemes for people outside formal sector employment. WHO, ARA paper # 16; 1998.
16. Atim C. Contribution of Mutual Health Organizations to financing, delivery and access to health care: Synthesis of research in nine West and Central African countries. Technical report No. 18. Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc; 1998.

17. Gumber A. Health insurance for the informal sector: problems and prospects. Indian Council for Research on International Economic Relations. Working Paper # 90; 2002.
18. Ambalavanan V, Madheswaran S. Social protection for urban informal sector workers: micro evidence from Erode district, Tamil Nadu. *The Indian Journal of Labor Economics* 2001; 44(4):601-19.
19. Mignone J. Measuring social capital. Canadian Institute for Health Information. Mimeo; 2003.
20. Gruber J. Evaluating alternative approaches to incremental health insurance expansion. *American Economic Review* 2003; 93(2):271:276.
21. Gruber J, Poterba J. Tax incentives and the decision to purchase health insurance from the self-employed. NBER Working Paper # 4435; 1993.
22. Madden CW, Cheadle A, Diehr P, Martin DP, Patrick DL, Skillman SM. Voluntary public health insurance for low-income families: the decision to enroll. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 1995; 20(4):955-72.
23. Chernew M, Frick K, McLaughlin CG. The demand for health insurance coverage by low-income workers: can reduced premiums achieve full coverage? *Health Services Research* 1997; 32(4):453-70.
24. Craig P. Costs and benefits: a review on take-up of income-related benefits. *Journal of Social Policy* 1991; 20(4):537-65.
25. Levy H, DeLeire T. What do people buy when they don't buy health insurance and what does that say about why they are uninsured? NBER Working Paper # 9826, 2003.



26. Supakankunti S. Future prospects of voluntary health insurance in Thailand. *Health Policy and Planning* 2000; 15(1):85-94.
27. Jongudomsuk P, Thammatuch-Aree J, Chittinanda P. Pro-poor health financing schemes in Thailand: a review of country experience. Mimeo; 2003.
28. Jowett M, Contoyannis P, Vinh ND. The impact of public voluntary health insurance on private health expenditures in Vietnam. *Social Science and Medicine* 2003; 56:333-42.
29. DNP. Quien se beneficia del SISBEN? Evaluación Integral. Bogotá: Misión Social, DNP, UNDP; 2003.
30. Panopoulou P. Health Insurance and the Utilization of Health Care Services: The Case of Colombia after the Reform of 1993. Tesis Doctoral, University of Sussex, England; 2002.
31. Restrepo J, Salazar V. El seguro obligatorio de salud en Colombia: evolución y determinantes de la cobertura. *Coyuntura Social* 2002; 26:121-149.
32. Kugler, A., and M. Kugler. Effects of Payroll Taxes on Employment and Wages: Evidence form the Columbian Social Security Reform. Center for Research on Economic Development and Policy Reform Working Papers, 134; 2002.
33. Zambrano A. Diferencias regionales en salud. Mimeo; 2006.
34. Castaño RA, Arbelaez JJ, Giedion UB, Morales LG. Equitable financing, out-of-pocket payments and the role of health care reform in Colombia. *Health Policy and Planning* 2002; 17:5-11.
35. O'Meara G et al. Impacto del aseguramiento sobre el uso y gasto de los servicios de salud en Colombia, 2002. Bogotá: CEJA; 2003.