

Inequidad regional en la financiación de la salud en Colombia, 2008

Nelson Alvis, Luis Alvis, Robinson Castro*

**–Introducción. –I. Métodos. –II. Resultados. –Conclusiones.
–Bibliografía.**

Primera versión recibida en diciembre 2008; versión final aceptada en junio de 2009

Introducción

El debate sobre las transferencias se refiere, entre otras cosas, a distribución territorial del poder político y presupuestario de la nación, financiación del desarrollo humano, política de descentralización, autonomía de las entidades territoriales, desequilibrios entre regiones y entre municipios, pobreza, desigualdad y mantenimiento del consenso político que legitima a un Estado. Además, Rodado afirma que existe una sostenible inequidad vertical y una grave inequidad horizontal (Rodado, 2006).

En los noventa Colombia implementó reformas tendientes a reducir la intervención directa del Estado y a fortalecer los mecanismos de mercado

* Nelson Alvis Guzmán: Grupo de Investigaciones en Economía de la Salud, Departamento de Investigaciones Económicas y Sociales –DIES–, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Cartagena. Dirección electrónica: nalvis@yahoo.com. Dirección postal: Universidad de Cartagena, campus Piedra de Bolívar, Avenida El Consulado Calle 30 # 48-152. Luis Alvis Estrada: Grupo de Investigaciones en Economía de la Salud, Facultades de Medicina y Enfermería Universidad de Cartagena. Dirección electrónica: alvisluis@gmail.com. Dirección postal: Universidad de Cartagena, campus Piedra de Bolívar, Avenida El Consulado Calle 30 # 48-152. Robinson Castro Ávila: Grupo de Investigaciones en Economía de la Salud. Dirección electrónica: castroavila2305@yahoo.es. Dirección postal: Universidad de Cartagena, campus Piedra de Bolívar, Avenida El Consulado Calle 30 # 48-152

en la provisión de bienes y servicios. En salud, la Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) dirigido a universalizar la cobertura de servicios, bajo un esquema de aseguramiento en el cual el Estado se declara regulador de mercados y financiador de subsidios de la población más pobre y vulnerable, asignados con criterios de focalización consagrados en la constitución política de 1991 y desarrollados en la Ley 60 de 1993 (Vargas, 2004).

Según Álvarez (2005), la reforma en el sistema sanitario colombiano se basó en los conceptos del pluralismo estructurado (Londoño y Frenk, 1997) y de la atención administrada o *managed care* y la competencia regulada (Enthoven, Alain). La reforma se fundamentó moralmente en la teoría liberal, que privilegia el respeto a los derechos civiles y políticos denominados negativos (a la vida, la integridad física, la libertad, la propiedad privada y el voto) (Álvarez, 2005). Así, los sistemas de salud centrados en la doctrina liberal se basan en modelos de atención; en estos modelos los servicios curativos se someten a las leyes del mercado con resultados diferenciados relacionados con la capacidad de pago, y la salud pública se deja en manos del Estado (Álvarez, 2005). En el caso colombiano, la concepción utilitarista se utilizó como herramienta de contención de los costos y fue presentada como un conjunto de indicadores que permitían mejorar la asignación de los recursos para la salud, de acuerdo con la importancia relativa de las diferentes enfermedades o grupos de enfermedades, la carga de enfermedad en diferentes poblaciones y los beneficios ganados en las diferentes intervenciones de salud (Morrow y Bryant, 1995).

Según el Informe sobre la salud en el mundo, Colombia ocupaba el primer lugar en equidad financiera del sistema de salud entre los 191 países estudiados (World Health Organization, 2000); sin embargo, múltiples fueron las reacciones que generó dicho informe entre académicos, en cuanto a la precisión y los alcances del significado de “equidad financiera” en el sistema de salud colombiano. La OMS utiliza el indicador *fairness of financial contribution*, el cual debe ser traducido como imparcialidad de la contribución financiera; imparcialidad y equidad son conceptos muy diferentes, el sistema de salud colombiano puede ser imparcial, como dice la OMS, pero no es equitativo (González, 2001).

La imparcialidad financiera se caracteriza por: i) referirse al aseguramiento como mecanismo que neutraliza la incertidumbre en el mercado sanitario, ii) ser universal, distinto al modelo bismarkiano donde sólo se aseguran aquellos que contribuyen, iii) reconocer un umbral de subsistencia; según el cual, en la financiación del sistema de salud únicamente participan los hogares cuyos ingresos sean superiores al valor de los requerimientos alimenticios, y iv) ser proporcional, pues la imparcialidad está basada en la proporcionalidad, siendo consistente con el aseguramiento y la solidaridad, pero no compatible con la equidad. La equidad implica ir más allá de la proporcionalidad, dado que ésta no corrige las desigualdades previas sino que las mantiene (González, 2001).

De otro lado, la medición de las desigualdades en el campo de la salud es una condición indispensable para avanzar en la mejoría de la situación de salud de las regiones, donde el análisis de los valores promedios ha dejado de ser suficiente (OPS 2004). De acuerdo con Whitehead (1991) y Schneider (2002) desigualdad no es sinónimo de inequidad. La inequidad es una desigualdad injusta y evitable, y en esto radica su importancia para las instancias decisorias. Calificar una desigualdad como inequidad implica conocer sus causas y poder fundamentar un juicio sobre la injusticia de dichas causas (Whitehead, 1992; Schneider *et al.*, 2002). En tal sentido, para la Sociedad Internacional por la Equidad en Salud, las inequidades son las diferencias sistemáticas, y potencialmente remediables, en uno o más aspectos del estado de salud de poblaciones o subgrupos poblacionales social, económica, demográfica o geográficamente definidos (International Society for Equity in Health 2002).

La teoría de Wilkinson dice que las desigualdades en indicadores socioeconómicos constituyen un riesgo para la salud de las poblaciones (Wilkinson, 1996) y esto es consistente con los modelos que abordan cómo el estatus social afecta la salud, tanto en poblaciones humanas como animales. Sin embargo, otros estudios realizados sobre el tema de las desigualdades contrastan en sus resultados, pues muestran que factores como la tecnología médica y la raza, pueden nublar la relación existente entre variables como el ingreso y el estado de salud de las poblaciones; además, dicha relación no es determinista (Preston, 1975; Deaton, 2001; Deaton y Lubotsky, 2001; Deaton y Paxson, 2001).

En Colombia el Sistema General de Participaciones (SGP) creado por la Ley 715 de 2001, contiene las reglas de distribución de los recursos destinados a la inversión social: educación (58,5%), salud (24,5%) y propósito general (17,0%). Esta ley establece los usos de los recursos destinados a la salud así: i) financiación o cofinanciación de subsidios a la demanda de manera progresiva hasta lograr y sostener la cobertura total, ii) prestación del servicio de salud a la población pobre en aquellos servicios no cubiertos con subsidios a la demanda, y iii) acciones de salud pública, definidos como prioritarios para el país por el Ministerio de Salud. Las fórmulas de distribución de los recursos para estos usos se establecen en los artículos 48, 49 y 52 respectivamente (Congreso de la República de Colombia, 2001).

A pesar de estar claramente establecidos los criterios de distribución, existen evidencias sobre inequidades en la distribución de los recursos del SGP entre las regiones colombianas. En tal sentido, partiendo de la hipótesis que señala que la distribución de los recursos destinados a la financiación de la salud es inequitativa en Colombia y que su aplicación genera ineficiencia asignativa, este estudio propone, mediante el análisis del SGP, indagar las desigualdades regionales en materia de financiamiento del desarrollo social, particularmente el relacionado con la financiación de la salud, con miras a formular recomendaciones de política.

El trabajo se divide como sigue: en la primera sección se describen los métodos utilizados, estableciendo los posibles escenarios de distribución de recursos en que se pueden situar las regiones y los criterios a tener en cuenta en el análisis; en la segunda, se describen los resultados encontrados y finalmente se analizan los resultados a la luz de evidencia previa.

I. Métodos

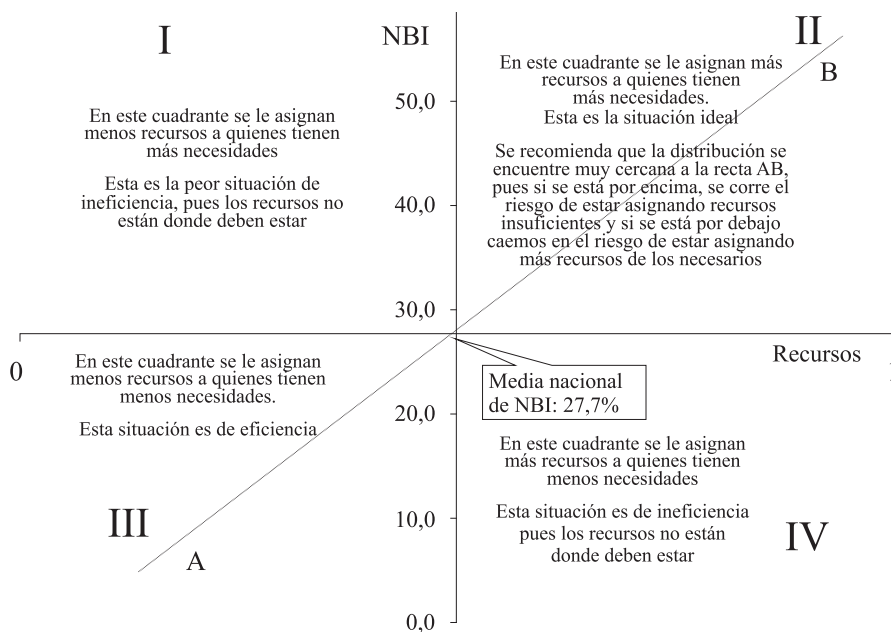
Se trata de un estudio exploratorio que usa fuentes secundarias de información para indagar sobre la equidad en la distribución de los recursos destinados a la financiación de los servicios de salud, gestionados desde los entes territoriales. Como periodo de estudio se toma del año 2002 al 2006.

Como fuentes de información se utilizan los documentos Conpes Sociales con sus respectivos anexos técnicos, los cuales están disponibles en la página web del DNP 2007a y DNP 2007b. En cuanto a los datos demográficos y las

mediciones del índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI), se toma la información disponible en la página web del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE, 2008). Se analizan los departamentos agrupados en las regiones Caribe, Central, Oriental, Pacífica, los Nuevos Departamentos, Bogotá y Antioquia.

Para el análisis de la información se toman como base los criterios de distribución de los recursos citados en la ley 715; los cuales destacan la focalización de los recursos hacia la población más pobre y vulnerable como elemento de eficiencia asignativa, incorporando nuevas variables como la proporción urbana y rural de la población, y la eficiencia administrativa y fiscal de los entes territoriales, con miras a mejorar la eficiencia frente a la equidad. En tal sentido, asumiendo que la variable más importante para la distribución de recursos es la pobreza, se toma el índice NBI como un *proxy* de esta variable, por lo que se espera que el gradiente de distribución de los recursos esté relacionado de manera positiva con dicho indicador. Es necesario resaltar las limitaciones del NBI como indicador de pobreza, entre ellas, la pérdida a través del tiempo de su capacidad discriminatoria, dados los aumentos en cobertura de servicios públicos y de educación (Baltazar *et al.*, 2007).

Es de esperarse que los departamentos y regiones con mayores niveles de NBI deberían recibir proporcionalmente más recursos; lo cual permite elaborar un modelo explicativo que utilice la media nacional de NBI y las respectivas medias nacionales del resto de variables, para crear un plano de distribución potencial de los recursos del SGP integrado por cuatro cuadrantes, como se ilustra en el gráfico 1: el cuadrante I es el peor escenario de distribución, seguido por el cuadrante IV; el cuadrante III es de eficiencia asignativa y el cuadrante II es el mejor de los escenarios cuando las necesidades están por encima de la media nacional. Ubicados en el cuadrante II, las asignaciones no deben estar tan alejadas de la recta AB, recta que divide el cuadrante en dos planos: uno superior en el cual se asignarían recursos insuficientes dentro de límites eficientes y el plano inferior del cuadrante II excede la asignación de recursos en límites de la eficiencia.



Fuente: cálculo de los autores.

Gráfico 1. *Plano de distribución de los recursos relacionados con las NBI*

Para el análisis de la eficiencia de la cobertura de Régimen Subsidiado se asume el mismo esquema, pero en lugar de asignar recursos *per cápita* en el eje de las X, se ubica la razón afiliación/NBI; es decir que, aunque el Sisbén es la herramienta que permite focalizar la asignación de los recursos del Régimen Subsidiado de Salud, el índice de NBI es un buen *proxy* para saber si dichos recursos se asignan adecuadamente. Se parte de la premisa según la cual toda población con NBI debe estar cubierta por el Régimen subsidiado de Salud en caso de no estar laborando formalmente, y por lo tanto vinculada al Régimen Contributivo del SGSSS. De esta forma, una razón de 1 es ideal; menor a 1 indica la peor condición —pues no se han logrado las coberturas adecuadas— y cuando se está por encima de 1 se incurre en situación de ineficiencia, probablemente asignando subsidios cruzados a población que realmente no la necesita.

A. Ajustes por población NBI

Partiendo del criterio según el cual las transferencias están orientadas al desarrollo social y dado que su asignación se hace de manera focalizada,

éstas deben asignarse en proporción a los niveles de pobreza de las regiones. Así, para el cálculo de las distribuciones *per cápita* de las transferencias se utilizan dos indicadores: i) un indicador en el cual el denominador corresponde a la población total y ii) el denominador corresponde a la proporción de población NBI, como se expresa en las siguientes relaciones:

$$PC_t = \frac{T}{P_{Total}} \quad (1)$$

Donde: PC_t = *per cápita* de la transferencia, T = transferencias, P_{total} = población total

$$PC_t = \frac{T}{P_{NBI}} \quad (2)$$

Donde: PC_t = *per cápita* de la transferencia, T = transferencias, P_{NBI} = proporción de población NBI

Dado que Bogotá dista del resto del país al ser constraída en relación con las medidas monetarias y no monetarias de pobreza (Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá. Subsecretaría de Planeación Socioeconómica 2007), se toma a dicha ciudad como el referente de comparación por poseer la mejor situación. Del mismo modo, el análisis se realiza teniendo en cuenta que, el desarrollo de ciertas instituciones claves en el proceso de manejo de los recursos, como el clientelismo entre otros, ha sido distinto y ha tenido diferentes matices en las regiones del país (Guerra *et al.*, 2006).

II. Resultados

En Colombia las transferencias a las regiones a través del Sistema general de participaciones, entre el 2002 y el 2006, tuvieron un crecimiento no ajustado del 36,5%; aunque el acumulado de la inflación en ese periodo fue del 29,4%, lo cual deja un crecimiento real de sólo 7,1%. Únicamente las regiones Oriental y Central tuvieron crecimiento por debajo del promedio nacional, el crecimiento más alto fue para la región Caribe seguida por Antioquia, (ver tabla 1). Las transferencias *per cápita*, no ajustadas por NBI, en el 2006 estuvieron entre 214,2 mil pesos en Bogotá y 627,2 mil en los nuevos departamentos; sin embargo, en los nuevos departamentos se dieron variaciones muy amplias (mínimo 400 mil y máximo 1,03 millones). Las transferencias *per cápita* promedio a nivel nacional (no ajustadas por NBI) estuvieron en 358 mil pesos para el 2006.

Tabla 1. *Crecimiento de transferencias por regiones. Colombia 2002 -2006 millones de pesos corrientes*

Región	Transferencias 2002	Transferencias 2006	%	Transferencias Per cápita 2006	Mínimo	Máximo	DE
Caribe	2.474.795	3.683.412	48,8	422,9	265,9	478,3	67,2
Pacífica	2.003.662	2.768.622.	38,2	435,9	266,9	586,1	114,8
Nuevos Dptos	600.654	816.779	36,0	627,2	400,0	1035,1	191,4
Oriental	1.661.352	2.053.486	23,6	457,8	395,1	545,9	64,2
Central	2.588.323	3.297.412	27,4	384,8	317,2	436,8	33,8
Antioquia	1.262.307	1.818.662	44,1	314,0	314,0	314,0	-
Bogotá	1.080.161	1.487.543	37,7	214,2	214,2	214,2	-
Nacional	11.671.257	15.925.920	36,5	358,1	358,1	358,1	158,1

Fuente: Departamento Nacional de Planeación.

La región Caribe posee el 20% de la población y tiene el 49% de NBI, éste es el índice más alto entre las regiones, es más de cinco veces el índice de Bogotá y casi dos veces el promedio nacional; junto a la Región Pacífica y los nuevos departamentos comparte la mayor población en pobreza; su distribución urbano-rural está por debajo de la media nacional.

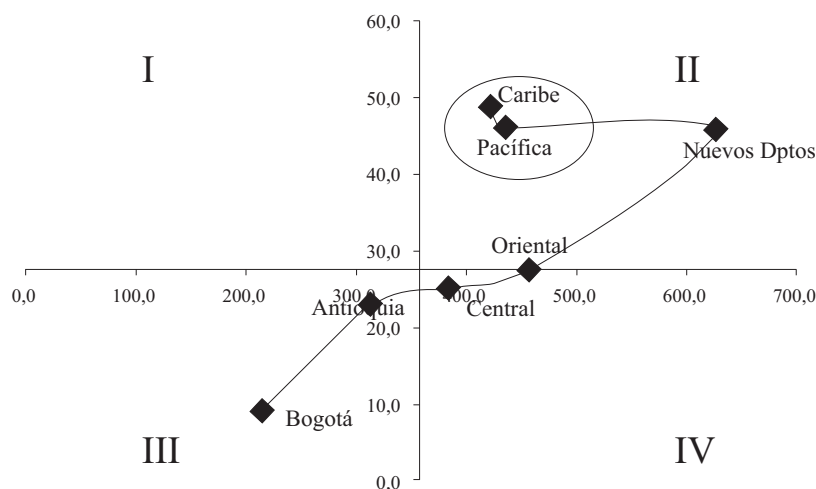
Tabla 2. *Distribución de la población por regiones y NBI. Colombia 2005*

Región	Dptos	Pob. total	% Pob	Total NBI	% Pob Urbana	%Pob. Rural
Caribe	7	9.231.092	20,8	49,0	71,9	28,1
Pacífica	4	7.754.742	17,4	46,2	67,4	32,6
Nuevos Dptos	9	1.494.149	3,4	45,8	54,0	46,0
Oriental	3	4.582.329	10,3	27,7	67,8	32,2
Central	8	8.678.806	19,5	25,2	67,6	32,4
Antioquia	1	5.792.069	13,0	23,0	76,1	23,9
Bogotá		6.944.020	15,6	9,2	99,8	0,2
Nacional	32	44.477.207	100,0	27,7	74,4	25,6

Fuente: Censo DANE – 2005.

A. Transferencias Totales

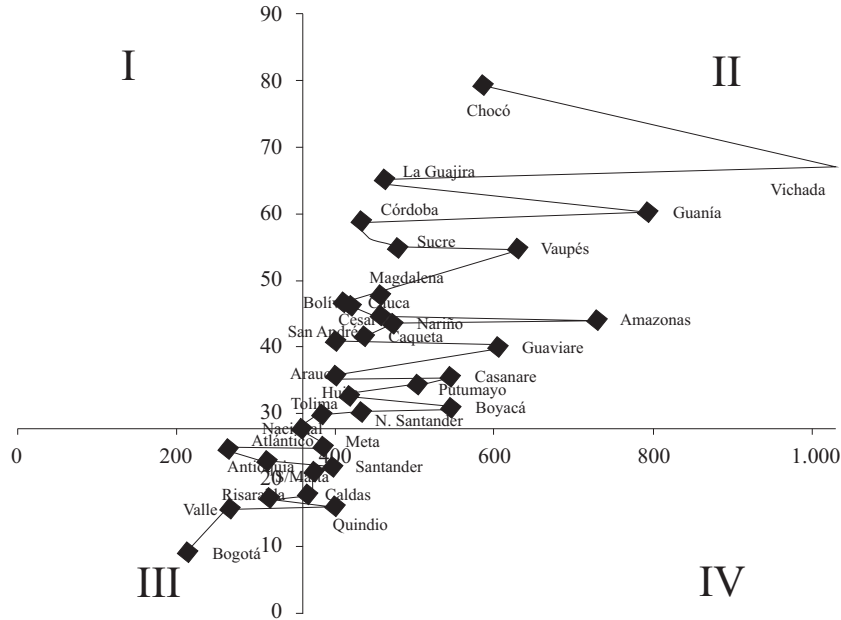
Respecto a la distribución *per cápita* de las transferencias totales sin ajuste por población NBI, los gráficos 2 y 3 muestran cómo a pesar de que las regiones Caribe, Pacífica y los Nuevos Departamentos están en el cuadrante adecuado (II); las regiones Caribe y Pacífica están más cerca del cuadrante I, que es el peor, y los nuevos departamentos estarían en una posición relativamente adecuada. Ello de notar una situación de clara insuficiencia de recursos de transferencias hacia las regiones Caribe y Pacífica.



Fuente: cálculo de los autores.

Gráfico 2. Relación entre NBI y *per cápita* de transferencias totales por regiones. Colombia 2006

Por su parte, las transferencias *per cápita* totales ajustadas por población NBI, muestran el rezago de las regiones Caribe y Pacífica (ver tabla 3). La razón de Bogotá con respecto a la región Caribe es de 2,6, lo que significa que Bogotá recibe más del doble de recursos por habitante con NBI. Esto hace que, como se observa en los gráficos 4 y 5, las regiones Caribe y Pacífica se ubiquen en la peor de las situaciones de ineficiencia, cuadrante I.



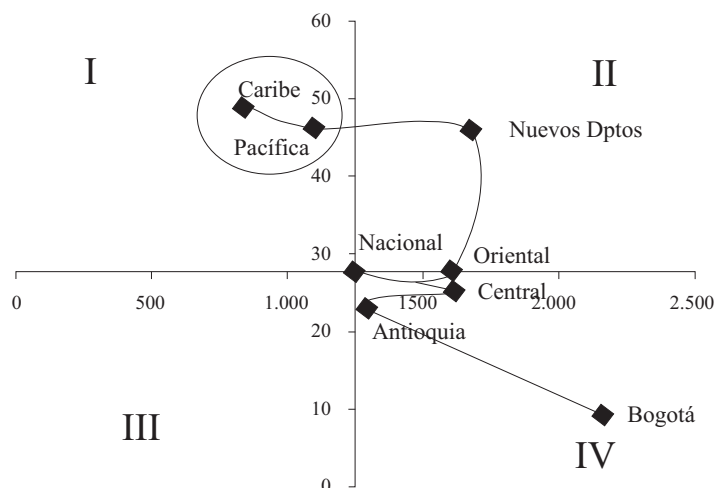
Fuente: cálculo de los autores

Gráfico 3. NBI y per cápita de transferencias totales por departamentos. Colombia 2006

Tabla 3. Transferencias per cápita, totales ajustadas por población NBI, por regiones en miles de pesos corrientes. Colombia 2006

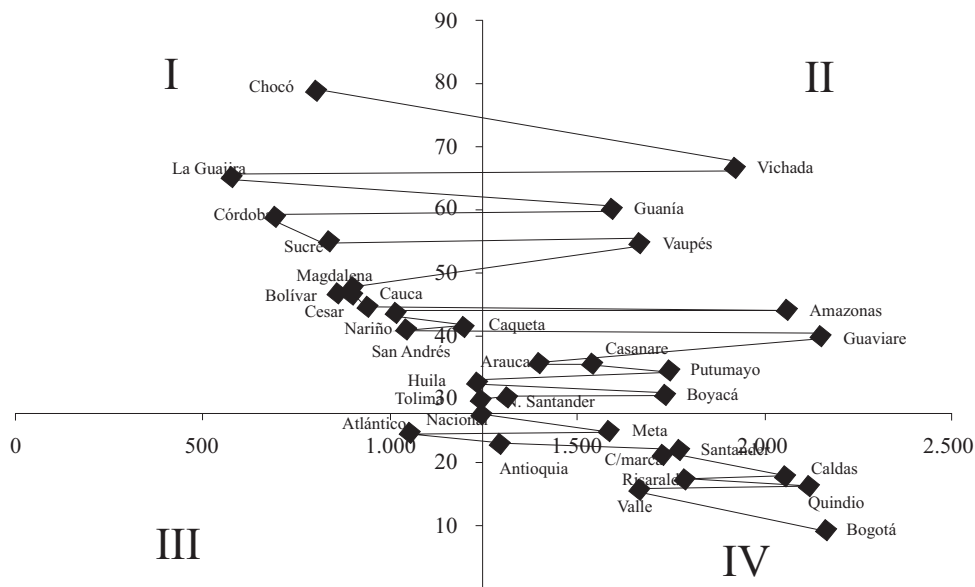
Región	Total NBI	Total	Razón respecto a Bogotá
Caribe	49,0	839,3	2,6
Pacífica	46,2	1098,9	2,0
Nuevos Dptos	45,8	1677,0	1,3
Oriental	27,7	1604,6	1,3
Central	25,2	1617,1	1,3
Antioquia	23,0	1293,2	1,7
Bogotá	9,2	2162,4	1,0
Nacional	27,7	1248,8	1,7

Fuente: cálculo de los autores a partir de DNP.



Fuente: cálculo de los autores.

Gráfico 4. Relación entre NBI y per cápita de transferencias ajustadas por población NBI, por regiones. Colombia 2006



Fuente: cálculo de los autores.

Gráfico 5. Relación entre NBI y per cápita de transferencias ajustadas por población NBI, por departamentos. Colombia 2006

B. Transferencias para salud

Respecto a la distribución *per cápita* de las transferencias de salud ajustadas por población NBI, la tabla 4 muestra que Bogotá recibe recursos de transferencias para salud más de dos veces en relación con las regiones Caribe y Pacífica, la peor situación la tiene la región Caribe. Si desagregamos estos *per cápita* en las aplicaciones de prestación de servicios, salud pública y régimen subsidiado, se observa que la situación es más desventajosa en el área de prestación de servicios; esto implica que para la prestación de servicios de la población pobre no asegurada, y de los servicios no cubiertos con subsidios a la demanda, Bogotá cuenta con casi tres veces los recursos disponibles para la región Caribe. (Ver tabla 4)

Tabla 4. *Transferencias per cápita de salud, ajustadas por población con NBI, por regiones en miles de pesos corrientes. Colombia 2006*

Región	Total NBI	Totales	Razón respecto a Bogotá	Prestación de servicios de salud	Razón respecto a Bogotá	Salud pública	Razón respecto a Bogotá	Para régimen subsidiado	Razón respecto a Bogotá
Caribe	49,0	225,7	2,7	80,4	2,9	23,9	2,2	121,4	2,6
Pacífica	46,2	265,2	2,3	102,9	2,3	27,2	1,9	135,1	2,4
Nuevos Dptos	45,8	411,4	1,5	189,9	1,2	74,7	0,7	146,8	2,2
Oriental	27,7	334,8	1,8	120,3	1,9	31,0	1,7	183,5	1,7
Central	25,2	401,9	1,5	159,4	1,5	40,8	1,3	201,8	1,6
Antioquia	23,0	323,1	1,9	143,5	1,6	34,3	1,5	145,3	2,2
Bogotá	9,2	606,9	1,0	234,2	1,0	52,6	1,0	320,1	1,0
Nacional	27,7	313,1	1,9	122,0	1,9	32,5	1,6	158,7	2,0

Fuente: cálculo de los autores a partir de DNP.

C. Eficiencia de las transferencias para el Régimen Subsidiado

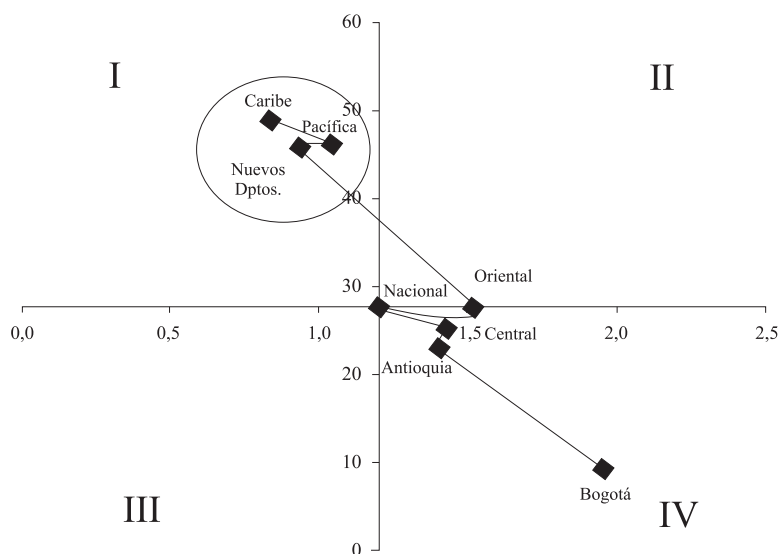
La tabla 5 y el gráfico 6 muestran la razón de afiliados al Régimen Subsidiado de Salud respecto a la población NBI de la respectiva región; esto es una forma indirecta de visualizar la eficiencia en la aplicación de los recursos. Se observa que las regiones Caribe, Pacífica y los Nuevos

Departamentos aparecen en la zona de máxima ineficiencia asignativa, dado que reciben mucho menos de lo esperado según su condición de pobreza. La región Oriental cuenta con dos afiliados al RSS por cada habitante en situación de NBI.

Tabla 5. *Eficiencia de las transferencias para el Régimen Subsidiado. Colombia 2006*

Región	Total NBI	Razón Afiliado RSS/Pob NBI
Caribe	49,0	0,8
Pacífica	46,2	1,0
Nuevos Dptos.	45,8	0,9
Oriental	27,7	2,0
Central	25,2	1,5
Antioquia	23,0	1,4
Bogotá	9,2	1,4
Nacional	27,7	1,2

Fuente: cálculo de los autores.



Fuente: cálculo de los autores.

Gráfico 6. *Eficiencia por regiones en la cobertura del Régimen Subsidiado de Salud por población con NBI. Colombia 2006*

Conclusiones

Respecto a las transferencias totales, el estudio de Bonet (2006) señala que, si bien en teoría el sistema de transferencias colombiano involucra ciertos elementos de equidad, en la práctica estos elementos se ven seriamente limitados, porque los recursos van fundamentalmente dirigidos a mantener el nivel de coberturas vigente en los distintos entes territoriales. Se consideró que frente a las enormes disparidades vigentes, se incluyera un componente redistributivo en las transferencias que permitiera mover recursos de las regiones ricas a las pobres (Bonet, 2006). Adicionalmente, Barón y Meisel (2004) propusieron la creación de un fondo de compensación fiscal interregional que transfiriera recursos a los entes departamentales con menores ingresos fiscales *per cápita* (Barón y Meisel, 2003).

Por otro lado, el uso de las NBI como un referente para la evaluación de la distribución de recursos, ha sido utilizado para medir desigualdades interregionales en la distribución de recursos de educación (Fernández y García, 1999).

Respecto a las transferencias de salud, el presente estudio muestra la consistencia de afirmaciones que exponen la existencia de serias inequidades en la financiación de la salud en la región Caribe y Pacífica frente al promedio nacional. Además, reafirma lo expuesto por Jaramillo (2007), al referirse al Acto Legislativo 001 de 2007 que reforma el régimen de transferencias del gobierno central a los entes territoriales, en el que dice que se reducirá en 30% la participación del Sistema General de Participaciones —SGP— en los Ingresos Corrientes de la Nación en 2018, con lo cual se perderán 17 puntos de participación de la política social en los Ingresos Corrientes. Las consecuencias inmediatas para el sector de salud serán las de reducir la expectativa del crecimiento de los recursos públicos en \$700.000 millones para el año 2009, hasta llegar a una reducción permanente de \$1,4 billones anuales en el año 2016. En términos de cobertura del régimen subsidiado de salud, el llamado Acto Legislativo 001 de 2007 reduce la expectativa de expansión en 2,7 millones de nuevos afiliados al régimen subsidiado para 2009 y reduce en 5,9 millones de nuevos afiliados la proyección para 2016. Así, el nuevo Acto Legislativo posterga indefinidamente la expectativa de lograr la cobertura universal en el aseguramiento (Jaramillo, 2007). Sin

duda el impacto regional de estas consecuencias será más grave para las regiones Caribe y Pacífica.

El estudio de Flórez *et al.* (2007) establece que el aseguramiento en salud siempre ha sido mayor en las zonas urbanas que en las rurales. El porcentaje de población rural asegurada era sólo 8,6% en 1995, pero en el 2000 fue seis veces mayor –51,6%– y en el 2005 casi siete veces más: 59,5%. Los aumentos en la zona urbana han sido mucho más modestos, en 2005 el aseguramiento urbano era 1,2 veces el rural; a pesar de los avances hacia la equidad por zona de residencia, aún en el 2005 las zonas urbanas tenían mayor aseguramiento que las zonas rurales. En el 2005, cerca de 40% de la población rural aún no estaba asegurada, mientras que menos del 30% de la población urbana estaba fuera del sistema de salud. Igualmente, existen inequidades por región, Bogotá siempre ha tenido el mayor nivel de cobertura del sistema. A pesar de los avances en equidad, los diferenciales regionales en aseguramiento persisten. En 2005 un poco más del 40% de la población de la región Atlántica estaba sin aseguramiento, mientras que en Bogotá sólo 20% no tenía algún seguro de salud (Flórez *et al.*, 2007). Esto es consistente con los hallazgos del presente estudio en los cuales la aplicación de los recursos destinados al aseguramiento, en función de las NBI, muestra serias ineficiencias. Igualmente el estudio de Flórez, *et al.* (2007) destaca que de las inequidades por ingreso, zona (urbano–rural), regiones (atlántica, Oriental, Central, Pacífica, Bogotá) y género, las segundas más importantes son las regionales (Flórez, *et al.*, 2007).

En síntesis, el presente estudio muestra la existencia de ineficiencia en la asignación de las transferencias de recursos destinados para la salud de los habitantes de las distintas regiones de Colombia, si se asume que las NBI son un buen descriptor del estado de pobreza de las comunidades. En tal sentido, se hace necesario revisar y replantear los criterios de asignación (transferencias) de recursos destinados al gasto sanitario, a fin de contar con políticas redistributivas más eficientes.

Bibliografía

ÁLVAREZ CASTAÑO, Luz Stella (2005). “The right to health in Colombia: a proposal for laying down its moral foundations”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol. 18, No 2, pp. 129-35.

- BALTAZAR, Esteban; GRILLO, Sebastián; KARPf, Elizabeth (2007). “¿Cuál es el mejor indicador de pobreza en Colombia para la orientación del gasto público social?” *Papel Político*, Vol. 12, No. 1, pp. 117-144.
- BARÓN RIVERA, Juan y MEISEL ROCA, Adolfo (2003). “La descentralización y las disparidades económicas regionales en Colombia en la década de 1990”, *Documentos de Trabajo sobre Economía Regional*. Disponible en: http://www.banrep.gov.co/documentos/publicaciones/pdf/DTSER36-Descentralizacion_disparidad.pdf. (Agosto 7 de 2008)
- BONET, Jaime (2006). “Desequilibrios regionales en la política de descentralización en Colombia.” *Documentos de Trabajo sobre Economía Regional*. Disponible en: http://www.ocaribe.org/downloads/taller_desigualdades/jaime_bonnet.pdf. (Agosto 7 de 2008)
- CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA (2001). 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. Bogotá, D. C. Gaceta del Congreso Ley 715.
- DANE (2008). “Censo General 2005. Calidad de vida. Resultados NBI: excel - pdf.” Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=307&Itemid=124. (Agosto 7 de 2008)
- DEATON, Angus (2001). Relative Deprivation, Inequality and Mortality. *National Bureau of Economic Research*. Cambridge, MA, *Nber Working Paper Series*, No. W8099, pp. 25 - 27.
- DEATON, Angus y LUBOTSKY, Darren (2001). Mortality, Inequality and Race in American Cities and States, *Nber Working Papers Series*, Cambridge MA., *National Bureau of Economic Research*.
- DEATON, Angus y PAXSON, Christina (2001). “Mortality, Income and Income Inequality over time in Britain and The United States”, *Nber Working Paper Series*. Cambridge, MA, *National Bureau Of Economic Research*, pp. 30 - 31.
- DNP (2007a). “Distribución de las cinco doceavas pendientes por asignar de los recursos para la prestación de servicios de salud a la población

- pobre no asegurada y las actividades no cubiertas con subsidio a la demanda y ajuste a la distribución de once doceavas de la participación para salud, componentes de Régimen Subsidiado y Salud Pública de dos municipios.” *Conpes Social*, No. 106. Disponible en: <http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes%20Sociales/104.pdf>. (Noviembre 10 de 2008)
- DNP (2007b). “Distribución del Sistema General de Participaciones Vigencia 2007.” *Conpes Social*, No. 104. Disponible en: <http://www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/archivos/documentos/Subdireccion/Conpes%20Sociales/104.pdf>. (Noviembre 10 de 2008)
- ENTHOVEN, Alain (1988). *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. The 1987 Professor Dr. F. de Vries Lectures, North Holland Publishing Company, Amsterdam, New York.
- FERNÁNDEZ, Manuel y GARCÍA, Alfredo (1999). “Inequidad interregional en el situado fiscal para educación”, *Investigación y Desarrollo*, No. 9, pp. 29 - 46.
- FLÓREZ, Carmen; SOTO, Victoria, *et al.* (2007). *Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano*. Fundación Corona, Departamento Nacional de Planeación, Universidad de los Andes, Universidad del Rosario. Bogotá Colombia.
- GONZÁLEZ, Jorge (2001). “Imparcialidad financiera y equidad. Otra lectura del informe de la Organización Mundial de la salud - año 2000”, *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Vol. 1, No. 1, pp. 39-47.
- GUERRA CURVELO, Weildler; NAVARRO ESPAÑA, Jorge Luis, *et al.* (2006). *Cultura, Instituciones y Desarrollo en el Caribe Colombiano Elementos para un debate abierto*. Cartagena, Observatorio del Caribe Colombiano, pp. 20-30.
- International Society for Equity in Health (2002). *The Toronto Declaration on Equity in Health*. Conference Statetment: 2nd International Conference, Toronto.
- JARAMILLO PÉREZ, Iván (2007). “La financiación de la salud y el Acto Legislativo 001 de 2007.” *Periódico El Pulso*, Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/0707jul/observa/monitoreo.htm>. (Agosto 7 de 2008)

- LONDOÑO, Juan Luis y FRENK, Julio (1997). "Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America", *Health Policy*, Vol. 41, No. 1, pp. 1-36.
- MORROW, Richard y BRYANT, John (1995). "Health policy approaches to measuring and valuing human life: conceptual and ethical issues", *Am J Public Health*, Vol. 85, No. 10, pp. 1356-60.
- OPS (2004). "Health inequalities", *Epidemiol Bull*, Vol. 25, No. 4, pp. 9-10.
- PRESTON, Samuel (1975). "The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development", *Population Studies*, Vol. 29, No 2, pp. 231-248.
- RODADO NORIEGA, Carlos (2006). "Sofismas y falacias sobre las 'Transferencias'", *El Heraldo* Disponible en: <http://www.fcm.org.co/es/noticia.php?uid=0&todo=0&det=4112&leng=es>.
- SCHNEIDER, María Cristina; CASTILLO-SALGADO, Carlos *et al.* (2002). "Methods for measuring inequalities in health", *Revista Panamericana Salud Pública*, Vol. 12, No. 6, pp. 398-414.
- Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá. Subsecretaría de Planeación Socioeconómica (2007). Pobreza e Indigencia. Síntesis de Coyuntura. Dirección de Políticas Sectoriales. Bogotá, Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá. Subsecretaría de Planeación Socioeconómica. pp. 4 - 5.
- VARGAS YARA, Gustavo (2004). "¿Es equitativo el gasto social en salud?" *Cuadernos de Economía*, Vol. 23, No. 41, pp.171-193.
- WHITEHEAD, Margareth (1992). "The concepts and principles of equity and health", *Int J Health Serv*, Vol. 22, No. 3, pp. 429-45.
- WILKINSON, Richard (1996). *Unhealthy societies: the afflictions of inequality*. New York, Routledge.
- World Health Organization (2000). *Health systems: improving performance*. The world health report. Geneva, WHO.