



servatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD~GES

Resultados económicos de la reforma a la salud en Colombia

Colombia vivió, a comienzos de la década de 1990, una reforma institucional y política que tuvo su máxima expresión en la Constitución de 1991. En el marco del nuevo orden institucional, se adoptaron varias reformas sectoriales que, además de estar orientadas hacia la apertura económica, buscaban mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos. En el caso de la reforma a la seguridad social se reúnen, por una parte, elementos políticos derivados de la Constitución, los cuales buscaban una mayor cobertura y equidad; y, por la otra, aspectos económicos de la agenda de gobierno, planteados en el plan de desarrollo La Revolución Pacífica, el cual buscaba la reforma del Estado mediante la privatización y liberalización de mercados antes privilegiados a los monopolios estatales, la focalización del gasto público y una mayor descentralización.

En medio de estas tensiones, el debate sobre la reforma a la seguridad social favoreció la creación de un sistema que en su concepción y diseño tomó aspectos importantes de la economía de

la salud. Además, el sistema creado puede verse como un híbrido de sistemas de salud de corte socialdemócrata, en la parte macro, y de otros de tipo neoliberal, en la parte micro.

La particularidad que diferencia al sistema colombiano, principalmente entre los países menos desarrollados, puede resumirse en el hecho de buscar la universalidad del seguro único de salud, aplicando la solidaridad financiera y conservando el monopolio público en el financiamiento; además, el sistema promueve la competencia y la libre elección en el aseguramiento y la prestación de servicios, mercados que se articulan mediante mecanismos de contratación y en los cuales entran en escena nuevos actores que sustituyen a las empresas públicas o compiten con ellas.

En esta Observación se plantean los principales resultados económicos de la reforma colombiana. Se ofrece un esquema de análisis y una visión sobre los resultados más recientes, con un criterio académico que ayude a comprender los alcances, limitaciones y posibilidades de dicha reforma.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS CIE**

1. ¿Cuáles pueden ser los resultados económicos de un sistema de salud?

¿Qué esperamos, en términos económicos, de un sistema de salud? Este interrogante nos lleva a abordar el tema desde dos perspectivas o líneas de trabajo que hacen parte de la economía de la salud como área de aplicación de la ciencia económica: por una parte, la salud se considera un *componente del bienestar* y, en tal sentido, interesa examinar su ubicación en el marco del modelo de desarrollo y su relación con el crecimiento económico. De este modo, puede verse cómo la salud hace aportes al desarrollo, lo cual le da la connotación de capital salud; por su parte, el desarrollo permite mejoras en la salud, de modo que además de abordar los resultados económicos del sistema, también pueden examinarse las causas, condiciones o factores económicos para el desempeño del mismo¹.

Por otra parte, la salud también se estudia como *sector económico*, esto es, un conjunto de actividades económicas y agentes que emplean recursos y obtienen productos intermedios encaminados a producir salud. En este caso, el análisis se concentra en aspectos de oferta y demanda de servicios médicos y del seguro, entre otros temas de interés, destacándose el énfasis de su aplicación hacia la política pública, al existir fallas en los mercados de salud que impiden alcanzar su eficiencia y el bienestar de la sociedad².

A partir de estas perspectivas o enfoques, se plantean dos cuestiones sobre los resultados esperados del sistema de salud. En primer lugar, en la perspectiva del capital salud se espera lograr *una mejor estado de salud*, el cual puede medirse de manera directa a través de indicadores sobre el estado de salud, como esperanza de vida, mortalidad materna o infantil, incapacidades y morbilidad por causas que pueden evitarse. De manera indirecta, puede hacerse una aproximación por la vía de la inversión en salud, como el gasto en programas de vacunación, promoción, y vigilancia epidemiológica, entre otros, de modo que su comportamiento constituye una señal sobre lo que se espera de las medidas directas en el mediano o largo plazo.

Además de esta consideración sobre resultados o esfuerzos globales, es importante tener en cuenta dos aspectos que amplían el análisis: por un lado, hay que preguntarse quién invierte en salud y cuáles incentivos se tienen para realizar este gasto, de modo que se tenga en cuenta la existencia de atenciones que se comportan como bienes públicos o bienes con externalidades; y por otro lado, es conveniente adicionar consideraciones de tipo distributivo, de modo que se indague por la equidad en el estado de salud y en los gastos de inversión.

En segundo lugar, desde la perspectiva de sector económico o de los mercados de salud, se espera que el sistema conduzca a mejorar *la eficiencia en la producción de servicios de salud*. En este caso, se espera que la organización dispuesta para la provisión de servicios permita generar resultados eficientes. Esto implica abordar indicadores de desempeño de las firmas y los mercados, o bien, las condiciones bajo las cuales operan dichos mercados, particular-

mente en cuanto a estructura y conducta de los agentes, y las proyecciones que en tal caso pueden hacerse sobre los resultados que generan dichas variables de organización.

Al igual que en el caso anterior, el análisis sobre los mercados de salud puede complementarse con una mirada sobre aspectos de efectividad y equidad, ligados a la manera como se distribuye entre la población la atención de la salud y, en general, los recursos disponibles para la producción de servicios. El acceso adquiere así gran relevancia, como un tema en el cual se puede generar conocimiento entre la economía de la salud y la salud pública.

Siguiendo este marco conceptual, a continuación se presenta una revisión, desde la perspectiva económica, sobre cinco temas que hacen parte de los resultados del sistema de salud colombiano. Aunque en muchos casos no se tienen respuestas precisas, basadas en evidencias o que estén sistematizadas con algún criterio técnico, es importante plantearse la necesidad de responder y nutrir el esquema propuesto.

2. Resultados del sistema de salud colombiano

2.1 Instituciones y mercados: novedades y realidades

La reforma colombiana implicó un nuevo marco institucional que se reflejaría, por una parte, en la adopción de reglas para la operación del sistema en un ambiente de competencia regulada o pluralismo estructurado, y, por la otra, en la configuración del mismo sistema con la participación de actores y organismos de naturaleza pública y privada.

La experiencia del Consejo Nacional:

En la reforma colombiana se destaca la creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el cual tiene a su cargo la definición de variables de regulación, como la unidad de pago per cápita -UPC- y el plan obligatorio de salud -POS-, además de administrar los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga-. El Consejo está conformado por 14 miembros que en buena parte representan la estructura del sistema, de modo que además de tener funciones sobre dirección y administración, el Consejo es definido como organismo de concertación³.

Esta concertación se desarrolla a partir de la interacción de tres grupos dentro del Consejo: el gobierno, la empresa o sector privado y los usuarios. Sin embargo, aún cuando la presencia de estos grupos puede considerarse un punto a favor del Consejo por incluir en sus integrantes una porción importante de los agentes que intervienen en el desarrollo del sistema, la representación de cada sector dentro del organismo, como su permanencia en él, introduce problemas que influyen su desempeño.

Es así como, mientras el gobierno tiene una representación del 43% dentro del Consejo, para la empresa es de 36% y para los usuarios es solo del 21%. Esta conformación implica una deficiencia en la toma de decisiones, por el mayor poder que ejerce la representación gubernamental.

Otra consideración se refiere a la rotación de los miembros del Consejo, siendo precisamente la representación del gobierno la de más baja permanencia (1.4 años en promedio), lo cual termina por influir en la ausencia de políticas de largo plazo (Ver cuadro 1).

Cuadro 1: Duración promedio de los integrantes del CNSSS

	Miembros reglamentarios	Promedio duración años
Gobierno	Ministro de Salud	1.4
	Ministro de trabajo y seguridad social	1.0
	Ministro de Hacienda y crédito Público	1.6
	Representantes de entidades departamentales de salud	1.6
	Representante de entidades municipales de salud	1.1
	Representante legal del ISS	1.7
	<i>Promedio</i>	<i>1.4</i>
Empresa	Representante de los empleadores (grande)	2.3
	Representante de los empleadores (mediana y pequeña)	1.7
	Representante de EPS	1.2
	Representante de IPS	4.0
	Representante de los profesionales del área de la salud	8.0
	<i>Promedio</i>	<i>3.4</i>
Usuarios	Representante de los trabajadores	8.0
	Representante de los trabajadores (pensión)	1.6
	Representante de asociaciones de usuarios de los servicios de salud del sector rural	4.0
	<i>Promedio</i>	<i>4.5</i>
	Secretario Técnico (Director general de seguridad social del Ministerio)	1.4

Fuente: *Actas e informes anuales del Consejo y Decretos reglamentarios. Elaborado por: Sandra Rodríguez A., integrante del GES.*

No obstante las dificultades que pueda generar su conformación, durante los primeros nueve años de funcionamiento el Consejo ha sido un escenario muy importante para la discusión sobre la implementación de la reforma, al tiempo que desde allí se han tomado decisiones fundamentales para el mismo propósito. En el período comprendido entre junio de 1994 y abril de 2003 se realizaron 136 sesiones y se aprobaron 246 Acuerdos.

El 34% de estos Acuerdos fueron aprobados en el período 2000-2003, conservando la tendencia de los años anteriores en cuanto a los temas que más ocupan la agenda del Consejo, siendo el manejo de recursos y la actuación como consejo administrador del Fosyga la que más Acuerdos genera, con cerca del 60%, seguidos por la preocupación en el tema de la cobertura (21%), la definición de la UPC (8%), modificaciones al POS (5%) y las modificaciones al reglamento del Consejo (4%).

Algunas dificultades o críticas también acompañan el funcionamiento del Consejo. Un aspecto llamativo se refiere a los temas no tratados o no resueltos a tiempo, bien sea por-

que no tiene la competencia para ello o porque en el juego de toma de decisiones se omiten o dejan en un segundo plano. Es el caso de los planes de beneficios, los cuales no han recibido una revisión profunda desde su adopción en 1994; la selección de riesgos, aspecto que se vuelve crítico con el paso del tiempo y frente a lo cual se estableció recientemente una redistribución de pacientes de alto costo; también, la cuestión financiera del sistema, en particular el congelamiento de recursos del Fosyga y las dificultades que presenta el flujo de recursos dentro del sistema.

Además de lo anterior, en varias ocasiones se ha mencionado la falta de autonomía e independencia del Consejo, al no contar con una secretaría técnica y mostrar entre sus miembros una distribución desigual de la información y el poder de manejo de la agenda. Como hecho notorio, se señala que el Ministerio de Hacienda ejerce control a través del presupuesto, mientras el Ministerio de Salud se encuentra subordinado al anterior; además, se reconoce el poder de gremios como la Asociación Colombiana de Entidades de Medicina Integral -ACEMI- (la cual agrupa a las EPS), la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas -ACHC- y la Asociación Médica -ASMEDAS-, mientras los usuarios o los pensionados no tienen muchas posibilidades de discusión.

Aseguramiento: ¿del monopolio a la competencia?

En términos de la evolución del aseguramiento, se presentó una recomposición de la oferta en el régimen contributivo, donde el anterior monopolio estatal (ISS) experimentó una fuerte caída en el número de afiliados por el ingreso rápido y estable de un número importante de EPS, las cuales absorbieron buena parte de la demanda proveniente de empleados públicos y las personas que ingresaron al mercado de trabajo en calidad de ocupados, además de recibir usuarios que se trasladaron desde el ISS (Cuadro 2).

En el régimen subsidiado, por su parte, la conformación y evolución de la oferta de ARS ha sido diferente, pasando por una etapa de expansión espontánea y, luego, una de contracción forzada por la regulación: hacia finales de 1996, la oferta de entidades era numerosa, conformada por empresas solidarias de salud, ARS públicas y privadas y cajas de compensación familiar, de las cuales pocas mostraron una capacidad de afiliación alta. Esta pluralidad de entidades se redujo notoriamente en 2001, con la aplicación del decreto 1804 que modificó las exigencias sobre tamaño y condiciones financieras de las ARS (Ver cuadro 2).

Cambios en la oferta de servicios

De manera similar, la oferta de servicios ha presentado cambios importantes, tanto en términos de cantidad como de calidad. En el primer caso, se ha contado con una serie de proyectos de expansión de naturaleza pública y privada, bien sea para atender las demandas locales con un portafolio de servicios más amplio al existente antes de la reforma, o bien, para competir en las ciudades y centros urbanos con el nuevo esquema de contratación con EPS y ARS. En el segundo caso, se han emprendido ajustes en la infraestructura y obras nuevas para ajustar la prestación de servicios a los estándares de calidad.

Cuadro 2: Oferta de entidades de aseguramiento, 1996-2002

		1996	1998	2000	2002**
<i>Régimen contributivo</i>					
EPS privadas	Número	19	17	18	21
	Promedio afiliados	193,401	286,664	496,555	425,271
	Total	3,674,619	4,873,288	8,937,990	8,930,691
EPS públicas diferentes al ISS	Número	6	10	8	8
	Promedio afiliados	113,082	97,730	114,309	78,485
	Total	678,492	977,300	914,472	627,880
ISS	Afiliados*	10265621	7,484,874	4,199,342	3,616,999
Total Régimen contributivo		14,618,732	13,335,462	14,051,804	13,175,570
<i>Régimen subsidiado</i>					
EPS	Número	18	19	16	21
	Promedio afiliados	165,163	189,540	221,917	253,435
	Total	2,972,934	3,601,260	3,550,672	5,322,135
CCF	Número	27	42	46	13
	Promedio afiliados	42,980	36,739	45,517	152,120
	Total	1,160,460	1,543,038	2,093,782	1,977,560
ESS	Número	144	176	177	9
	Promedio afiliados	12,836	18,358	21,842	460,478
	Total	1,848,384	3,231,008	3,866,034	4,144,302
Total Régimen subsidiado		5,981,778	8,375,306	9,510,488	11,443,997
Total		20,600,510	21,710,768	23,562,292	24,619,567

(*) La información del ISS para 1996 corresponde a 1995; para 1998 a 1997 n.d.; información no disponible; (**) Afiliados compensados 2002
Fuente: Superintendencia Nacional de Salud; Informe del CNSSS 2002-2003; Cálculos de los autores

Aunque no se cuenta con cifras consolidadas sobre el particular, se plantea la hipótesis de un mayor crecimiento de la oferta privada que de la pública, aunque en el sector público se puede concentrar un exceso de capacidad instalada frente a la demanda y la competencia del sector privado. Es así como a partir del año 2000 se adelantan procesos de reestructuración de la oferta pública, con el cierre o reducción de la planta en varios hospitales, además del ajuste que comienza a sufrir el ISS al ser escindido en siete Empresas Sociales del Estado.

Esta evolución de la oferta de servicios está determinada de manera importante por la dinámica del mercado de aseguramiento, de modo que a través de la integración vertical y otras prácticas impulsadas por las EPS, varias de éstas consolidan su participación en la propiedad de las IPS o influyen a las mismas mediante la contratación que establecen con ellas.

Descentralización

Aunque la descentralización fue impulsada desde mediados de la década de 1980, en el caso de la salud se consolidó a partir de la Constitución de 1991 y la Ley 60 de 1993. Dos formas adquirió el proceso: por una parte, tuvo lugar una descentralización territorial que buscaba especialmente la asunción de competencias en los municipios, los cuales recibieron el mandato de ampliar la asignación de recursos al sector; y, por otra parte, se promovió una descentralización funcional que tenía como eje central la autonomía de los hospitales públicos, para los cuales se creó la figura de Empresa Social del Estado, con vida jurídica propia, patrimonio y presupuesto independientes.

En cuanto a la descentralización territorial, si bien la Ley 60 buscaba que todos los municipios del país recibieran la certificación para el manejo autónomo del sector, en 2001 eran 522 los municipios que habían cumplido los requisitos para ser certificados, lo cual representa un 49% de los municipios del país. Se destaca que los municipios más descentralizados son en gran medida medianos y grandes, con una mayor infraestructura a su cargo (DNP, 2002).

Pese a que el esquema descentralizado tiene bondades, lo cierto es que con mayores recursos desde los municipios y la pérdida en las economías de escala en los departamentos y hospitales regionales, el país se vio sometido al incremento de los costos de administración y prestación de los servicios de salud, lo cual obligó a dos reformas en sentido contrario al inicial: la Ley 617 de 2000 y la reforma constitucional de 2001 (Acto Legislativo 01), buscaban contener las transferencias a municipios y presionar en ellos un cambio estructural para reducir los costos locales del sistema, en particular mediante una reestructuración de los hospitales⁴.

La libertad de elegir

Ahora, sobre el derecho de libre elección, puede comentarse, en primer lugar, que la estructura de la oferta de EPS y ARS, con monopolio u oligopolio en buena parte del país, limita el conjunto de posibilidades de elección de estas entidades. Esta elección, además, puede verse influenciado por la falta de información de parte de los afiliados y la participación del empleador o la autoridad local en el proceso de afiliación.

En cuanto a la elección del prestador, una encuesta reciente de la Defensoría del Pueblo⁵ revela que esta posibilidad disminuye a medida que los usuarios requieren servicios más especializados: el 39% de los encuestados manifestaron que no les fue posible elegir su médico general, el 62% no pudo escoger un médico especialista, el 63% no consiguió elegir la IPS al momento de practicarse una cirugía y el 68% no tuvo la oportunidad de seleccionar la IPS para las imágenes diagnósticas prescritas (Ver cuadro 3).

algunos nuevos y la transformación de otros que financiaban el sistema nacional de salud. Además del aporte de los cotizantes, conocido como punto de solidaridad, el gobierno se comprometió a realizar un aporte similar, los municipios fueron obligados a destinar a salud al menos el 25% de las transferencias de inversión social, y se dispuso que las transferencias antes giradas a hospitales fueran transformadas para la afiliación de población al régimen subsidiado.

Cuadro 3: Respuestas de los usuarios respecto a factores de libre elección

¿Tiene la oportunidad de seleccionar...	Régimen de la seguridad social						Total		
	Contributivo			Subsidiado			Si	No	NS/NR
	Si	No	NS/NR	Si	No	NS/NR			
Médico general?	61.0%	37.0%	2.0%	53.5%	44.7%	1.9%	59.3%	38.8%	2.0%
Médico especialista?	41.2%	58.3%	0.6%	23.3%	76.5%	0.3%	37.8%	61.7%	0.5%
IPS para las cirugías?	34.3%	63.1%	2.7%	34.1%	63.7%	2.2%	34.2%	63.2%	2.6%
Laboratorio?	17.9%	81.6%	0.6%	13.3%	86.5%	0.2%	16.9%	82.7%	0.5%
la IPS para imagen diagnóstica?	30.9%	66.9%	2.2%	24.4%	75.3%	0.3%	29.7%	68.4%	1.9%
Odentólogo?	47.9%	50.0%	2.1%	45.4%	53.8%	0.9%	47.3%	50.8%	1.8%

Fuente: Defensoría del pueblo, resultados de la encuesta "Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud - índice de vulneración o cumplimiento de los diferentes componentes del derecho a la salud en el esquema de aseguramiento", 2003

Los usuarios que indicaron haber elegido la IPS manifestaron que tal facultad se les concedió en razón de la cercanía de la entidad a su lugar de residencia o de trabajo, o que se les permitió cierto poder de discreción dentro de la oferta ofrecida por su EPS o ARS. Cabe anotar que la libertad de elección encuentra mayores restricciones en el régimen subsidiado que en el contributivo, pues mientras 77% de los encuestados pertenecientes a una ARS no tuvo la posibilidad de elegir su médico especialista, en el caso del régimen contributivo este porcentaje bajó al 58%.

2.2 Financiamiento y gasto: el esfuerzo de la sociedad

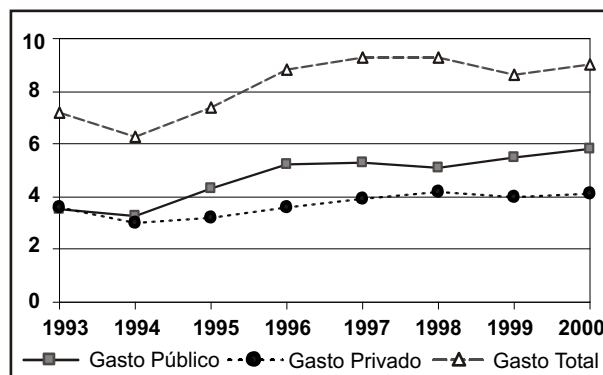
El nuevo marco institucional estuvo acompañado de propósitos en materia de cobertura y cambios en el financiamiento de la seguridad social. De manera coherente con la intención de universalizar la cobertura del seguro, la reforma generó recursos primordialmente públicos, lo cual habría de repercutir sobre la proporción del PIB y del gasto público que se destina a salud. En cambio, los efectos sobre el gasto privado son menos conocidos y se refieren especialmente a equidad.

Un primer cambio estuvo en el aumento en la cotización, lo cual puede interpretarse como un intercambio entre los hogares y el sistema de seguridad social, de manera que los primeros incrementan sus aportes (del 7% al 11% de sus ingresos) y a cambio reciben cobertura familiar, además de contribuir (con el 1% de los ingresos) a financiar el régimen subsidiado de salud. Se esperaba pues que los hogares redujeran su gasto de bolsillo al contar con cobertura familiar.

Un segundo cambio consistió en la canalización de recursos para el régimen subsidiado, mediante la creación de

Estos dos cambios han significado un aumento importante del gasto en salud, desde el 7% hasta el 9% del PIB (Ver gráfico 1). El comportamiento reciente, en el marco de la crisis económica, enseña un congelamiento de recursos, lo cual se encuentra aparejado con un estancamiento de la cobertura.

Gráfico 1: Gasto en salud como porcentaje del PIB 1993-2000



Fuente: DNP, Cuentas Nacionales en Salud de Colombia.

El equilibrio financiero en el régimen contributivo

En el caso del régimen contributivo, la situación financiera se ha tornado preocupante en los últimos años y es así como el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud reconoció que la vigencia del año 2001 ha sido "la más crítica en lo que ha transcurrido del nuevo sistema de salud" (CNSSS, 2002:19). Si bien a diciembre 31 de 2001 el déficit de la cuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía -Fosyga- ascendió a \$ 167,000 millones, se advertía que aún faltaba ajustar la

compensación del ISS y Cajanal, lo que podría incrementar esta cifra en otros \$ 51,000 millones.

Este déficit se encuentra explicado, principalmente, por el aumento de la densidad familiar o el número de beneficiarios por cada cotizante, el cual pasó de 2.48 en 2000 a 2.51 en 2001. Además, aunque no se menciona en el Informe, es importante tener en cuenta que la crisis del empleo afecta los ingresos por la tendencia de la masa salarial a crecer por debajo de la inflación, así como a la inestabilidad del empleo, siendo más frecuentes las personas que cotizan períodos inferiores al año y con remuneraciones por debajo de la necesaria para mantener el equilibrio.

Es importante destacar que el déficit en el régimen contributivo se ha cubierto en los últimos tres años con los resultados positivos de los primeros años y aún se poseen recursos para sortear un poco más de déficit. Además, para amortiguar la situación de 2002, se aumentó la UPC en 4%, lo cual significa una reducción real de 2%, y se redujo la asignación de recursos para la cuenta de promoción y prevención del 0.5% al 0.16% del ingreso base de cotización. Estas dos medidas reportan un ahorro de cerca de \$ 180,000 millones.

La financiación del régimen subsidiado

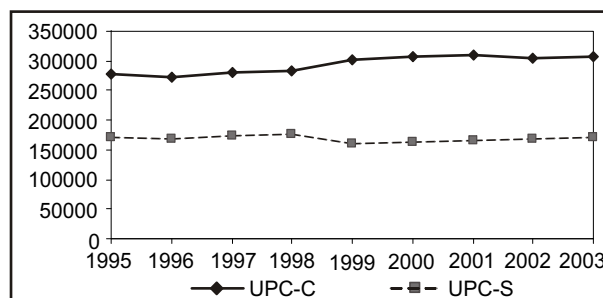
El régimen subsidiado se financia mediante cinco fuentes de recursos que fueron definidas en las Leyes 60 y 100 de 1993: las transferencias a municipios para inversión social, el situado fiscal de los departamentos, los recursos de solidaridad del Fosyga, el esfuerzo propio de las entidades territoriales y los recursos de las cajas de compensación familiar. Para 2001, la Ley 715 modificó las transferencias y adoptó el sistema general de participaciones que incluye las dos primeras fuentes enunciadas anteriormente, reglamentando su crecimiento real durante 2002 a 2008 (2% en los primeros cuatro años y 2.5% en los siguientes) y estableciendo, para el caso de salud, su aplicación para el régimen subsidiado, la atención de vinculados y los programas de salud pública.

Luego del impulso inicial, caracterizado especialmente por los aportes derivados del Fosyga y de las transferencias municipales que fueron los recursos nuevos, el régimen subsidiado ha presentado cambios en su financiación que implican una mayor dependencia de la transformación de recursos y de los aportes de las entidades territoriales, lo cual se relaciona con el menor crecimiento de la cobertura (Ver cuadro 4). En los últimos años, la preocupación sobre la financiación ha tomado fuerza. En 2000, el Consejo Nacional de Seguridad Social señaló con preocupación que el aumento de la cobertura presenta serias limitaciones financieras, como la disminución de los aportes del presupuesto nacional, la evasión de aportes en el régimen contributivo y las dificultades con la transformación de subsidios de oferta a demanda.

Comportamiento de la UPC

En el caso de la UPC, al comparar su comportamiento con el del IPC general, en el caso del régimen contributivo se tiene un crecimiento real acumulado durante el período 1995-2002 (un 12%), aunque en este último año la UPC creció por debajo de la inflación. En cambio, en el régimen subsidiado se tiene una UPC constante en el mismo período (solo creció un 1%), lo cual se debe en buena medida al hecho de que en 1999 no se reconoció aumento (Ver gráfico 2).

Gráfico 2: Evolución del valor de la UPC, 1995-2003 (precios constantes 2002)



Fuente: CNSSS, Acuerdos del Consejo; DANE, IPC; Cálculos GES-CIE

Cuadro 4: Régimen subsidiado: Cobertura y recursos 1995-2002

Fuente	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Afiliados	4,800,916	5,981,774	7,026,691	8,527,061	9,325,832	9,510,566	11,069,182	11,444,003
Cobertura específica (NBI)	32.2%	40.1%	47.0%	57.0%	61.4%	62.0%	68.5%	69.7%
Cobertura total	12.5%	15.2%	17.6%	20.8%	22.5%	22.5%	26.3%	26.7%
Total recursos (\$ billones)	0.63	0.71	0.80	1.12	1.25	1.24	1.71	1.84
Variación recursos (% anual)		13.2%	11.6%	40.6%	11.3%	-0.3%	37.3%	7.6%
<i>Participación de las fuentes:</i>								
Fosyga	85.7%	63.1%	46.7%	51.3%	38.0%	34.6%	36.0%	31.0%
SGP (*)	14.3%	36.9%	44.0%	37.2%	50.0%	51.9%	51.0%	66.2%
Esfuerzo propio			3.8%	4.5%	3.9%	5.1%	3.0%	0.8%
Rentas cedidas			1.8%	2.2%	3.4%	2.1%	9.0%	
Cajas de Compensación			3.7%	4.8%	4.8%	6.2%	2.0%	2.1%

(*): Sistema General de Participaciones. Comprende, en los años previos a 2002, la suma del situado fiscal y la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación -ICN-.

Fuente: Informes del Consejo. Cálculos GES, CIE - Universidad de Antioquia.

El gasto de bolsillo

Aunque no se conoce mucho sobre el comportamiento del gasto privado en salud, entendido como los pagos de bolsillo que realizan los hogares para adquirir servicios o bienes del sector salud, en varios estudios se reconocen ciertos efectos positivos derivados de la cobertura brindada por el seguro, pero, al mismo tiempo, se plantea una preocupación sobre la presión que tienen los hogares de menores ingresos, manteniendo entonces la inequidad en este aspecto. En efecto, en el Informe de Desarrollo Humano para Colombia del año 2000 se menciona que los pagos de bolsillo en consulta médica, drogas y exámenes de laboratorio son mucho más bajos en 2000 que los realizados en 1993, en cerca del 34%. En cuanto a hospitalización, los gastos caen significativamente y los grupos de menores ingresos resultan favorecidos. Sin embargo, advierte el Informe, hay que poner más atención al grupo de personas con menos ingresos y a los que residen en el área rural: para 2000, la aplicación del gasto se muestra más regresiva, retornando a los niveles de 1993. Además, se destaca que si bien el gasto de bolsillo se redujo entre 1993 y 1997, como proporción de los ingresos del hogar, esta reducción fue menor para el 20% más pobre de la población, en cuyo caso el gasto en salud pasó de 19% a 17% del ingreso.

Por otra parte, el estudio de Ramírez, Cortés y Gallego (2002) permite establecer que los hogares colombianos destinan el 9.6% de sus ingresos corrientes para comprar servicios de salud, cifra que varía según las caracte-

rísticas geográficas, socioeconómicas y demográficas del hogar. El Cuadro 5 muestra que en los hogares donde los jefes están afiliados al régimen contributivo o están cubiertos por regímenes especiales, el nivel de gasto medio es más alto, pero sus esfuerzos en materia de ingresos son menores. Asimismo, se encuentran diferencias en el gasto en salud como porcentaje del ingreso corriente, pues mientras los hogares donde los jefes pertenecen a regímenes especiales gastan el 5.7% de su ingreso, los del régimen subsidiado gastan el 14.0% y los que no están afiliados el 12.4%

Inflación: ¿un quiebre de tendencia?

Por último, un resultado interesante que parece ofrecer la reforma colombiana se refiere a la reducción de la brecha existente entre la inflación en salud y la inflación general, lo cual podría ser un efecto de la adopción del esquema de pago del seguro de salud (UPC) y el papel que juegan las EPS para contener costos a través de mecanismos de contratación.

En efecto, aunque la variación del IPC salud ha estado siempre por encima de la variación del IPC total, al diferenciar los períodos 1988-1992 (antes de la reforma) y 1998-2002 (después de la reforma), se destaca que mientras en los primeros cinco años la relación entre el IPC salud y el IPC total ascendió a 1.21, en los otros cinco años esta relación bajó a 1.13 (Ver gráfico 3).

2.3 Cobertura del seguro de salud

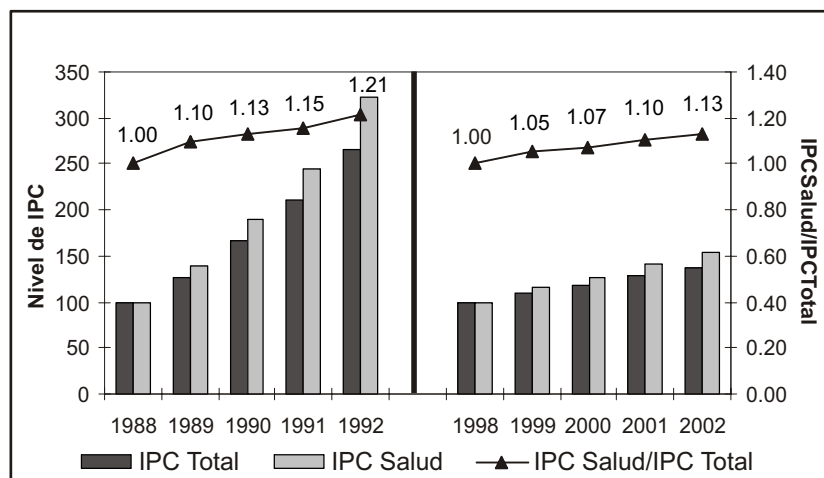
Como se sugirió anteriormente, la sociedad habría de ver compensado el aporte de mayores recursos con una mayor

Cuadro 5: Gasto en salud como porcentaje del total y del ingreso corriente según afiliación del jefe del hogar

	Ninguno		Régimen subsidiado		ISS		Otras entidades RC		Regímenes Especiales	
	GPT*	GPIC**	GPT*	GPIC**	GPT*	GPIC**	GPT*	GPIC**	GPT*	GPIC**
Afiliación a SGSSS	3.85%	0.48%	5.86%	0.82%	32.78%	2.99%	35.63%	2.93%	33.71%	1.93%
Pagos Complementarios	4.84%	0.60%	0.50%	0.07%	6.88%	0.63%	11.58%	0.95%	3.02%	0.17%
Hospitalización	11.06%	1.38%	16.66%	2.34%	4.72%	0.43%	5.67%	0.47%	8.11%	0.47%
Consulta médica	9.75%	1.21%	7.62%	1.07%	5.75%	0.53%	5.43%	0.45%	5.61%	0.32%
Consulta odontológica	12.57%	1.56%	6.93%	0.96%	18.07%	1.65%	13.37%	1.10%	13.19%	0.76%
Vacunas	0.61%	0.08%	0.73%	0.10%	0.99%	0.09%	0.83%	0.07%	1.51%	0.09%
Medicamentos	39.51%	4.89%	38.98%	5.48%	17.51%	1.60%	16.48%	1.36%	19.50%	1.11%
Exámenes de laboratorio	7.61%	0.94%	6.61%	0.93%	3.52%	0.32%	2.26%	0.19%	2.83%	0.16%
Transporte	4.88%	0.61%	9.54%	1.34%	3.75%	0.34%	3.59%	0.30%	5.18%	0.30%
Rehabilitación o terapias médicas	1.35%	0.17%	0.54%	0.08%	1.82%	0.17%	0.76%	0.06%	1.65%	0.09%
Terapias alternativas	0.98%	0.12%	2.37%	0.33%	0.65%	0.06%	0.74%	0.06%	1.85%	0.10%
Lentes, audífonos	1.25%	0.16%	1.25%	0.17%	2.21%	0.20%	2.24%	0.18%	1.94%	0.11%
Otros	1.74%	0.22%	2.43%	0.34%	1.35%	0.12%	1.42%	0.12%	1.91%	0.11%
Total	-	12.40%	-	14.03%	-	9.13%	-	8.24%	-	5.72%

*GPT: Gasto como porcentaje del Total; **GPIC: Gasto como porcentaje del ingreso corriente.
Tomado de: Ramírez, Manuel; Cortés, Darwin; Gallego, Juan, 2002.

Gráfico 3: IPC Total e IPC Salud 1988-2002



Fuente: DANE, IPC; Cálculos GES-CIE

cobertura del seguro de salud. Este tema ha sido explicado en otras Observaciones, en especial la No. 1:

“Dadas las condiciones de empleo que predominan en el país, así como las medidas de ajuste fiscal que se concretan a partir de la reforma al sistema de transferencias, el futuro financiero y las posibilidades de aumentar la cobertura en ambos regímenes se encuentran muy comprometidos. Por una parte, el club de los cotizantes seguirá estancado, debido a la dinámica del empleo y a la regulación existente en materia de afiliación de los informales e independientes <...> Por otra parte, en el régimen subsidiado se aprecia un agotamiento de las posibilidades de aumentar la cobertura y posiblemente ella se reduzca en el marco del ajuste fiscal que vulnera los recursos del sector salud” (GES, 2001)

Información reciente permite señalar que, en el caso del régimen contributivo, todo sigue igual y si bien el gobierno plantea una proyección realista, con un incremento en el cuatrienio que apenas supera el 10% de la población afiliada en 2002, se aprecia que hay un reconocimiento sobre el hecho de que la creación de empleo no crece al mismo ritmo de la afiliación (acaso esta última, empleando la propia información del gobierno, solo absorbe un 30% del empleo nuevo) y que la cobertura acá seguirá estancada. En cuanto al régimen subsidiado, aunque se presenta un ligero crecimiento en la cobertura (Ver cuadro 4), hace falta precisar la cobertura real al descontar ciertos efectos estadísticos y algunas dificultades sobre la afiliación en este régimen.

2.4 Acceso: la eficacia del seguro

La cobertura del seguro, como estrategia para garantizar el acceso a los servicios de salud, habría de generar una reducción de las barreras al acceso por parte de la población de escasos recursos y, además, una mayor equidad en cuanto a la utilización de tales servicios.

Frente al panorama que ofrece la cobertura del seguro, en especial con la incorporación de población al régimen sub-

sidiado, una primera aproximación al tema enseñó que “las evidencias arrojadas <...> no muestran un efecto claro de la reforma sobre la equidad en la utilización de los servicios <además, se plantean dudas en cuanto los efectos de las cuotas moderadoras y los copagos, los cuales> podrían estar restringiendo el acceso a los servicios más allá de lo deseado” (Céspedes et al, 2000:157). Por su parte, otros estudios han sugerido que la adopción del seguro para los pobres no ha implicado un aumento significativo de la demanda por servicios de salud, aunque se reconoce un efecto favorable principalmente en atención materna e infantil (Céspedes, Jaramillo y Castaño, 2002; Flórez y Tono, 2002)¶.

Por su parte, un ejercicio realizado por el Grupo de Economía de la Salud (2001), basado en la lectura de la Encuesta de Calidad de Vida de 1997, sugirió que ciertamente el seguro de salud facilita la utilización de servicios, pero que persisten barreras importantes que no se han resuelto para la población cubierta. Dentro de las respuestas de dicha Encuesta se destaca, en primer lugar, que la búsqueda de servicios está fuertemente influenciada por el tipo de seguro que se posee. En efecto, entre las personas que manifestaron haber padecido alguna enfermedad en los 30 días previos a la encuesta, se observa que la no asistencia a los servicios de salud (sistema formal) fue del 14% para las personas del régimen contributivo, el 31% en el caso del subsidiado y el 40% para los vinculados.

En segundo lugar, tomando esta población que no asistió a los servicios, se presentan también diferencias significativas en cuanto a las razones por las cuales no se dio dicha búsqueda. En el contributivo, la principal razón fue la consideración de que el caso era leve (45.4%), mientras para los subsidiados y los vinculados el motivo principal fue la falta de dinero (43.9% y 63.4%, respectivamente).

2.5 Salud pública

Además de esperar un mejor acceso a los servicios, lo cual es apenas un fin intermedio, es importante tener en cuenta que el fin último del sistema debe ser el de una buena salud para su población y, en sentido de equidad, que ésta sea lograda por el mayor número de personas.

Los efectos de la reforma sobre la salud pública son indeterminados y no se cuenta con un balance general sobre el particular, el cual, además de considerar los efectos de la reforma, también debe tomar factores exógenos como la crisis económica. No obstante, el GES plantea la hipótesis de una provisión insuficiente que pudo resultar como consecuencia de la fragmentación de los planes de beneficios y la dilución de responsabilidades entre varios agentes,

con incentivos poco claros para el suministro o la producción de acciones de salud pública. En otros términos, la reforma implicó una mayor confianza en la demanda, de modo que en cierta forma se abandonó o relajó el impulso que desde la oferta pública se daba a estos programas, además de que se descentralizó la provisión.

El trabajo de Tono, Velásquez y Castañeda (2002), referido a la salud sexual y reproductiva, ayuda a reforzar esta hipótesis, aunque en él no se asume una postura crítica frente al sistema y se argumenta, más bien, la baja cobertura del seguro y ciertos problemas de implementación como causas de la caída en la provisión de ciertos bienes enmarcados en la salud pública:

“Sólo hasta finales de 1996 el Ministerio de Salud promulgó los lineamientos técnicos que deberían orientar a las aseguradoras y a los hospitales públicos <en cuanto a atención materno infantil>. En estos lineamientos se excluyó el trabajo comunitario y la inducción a la demanda <...> En consecuencia, tanto las aseguradoras como los hospitales públicos concentraron la atención en el mecanismo de demanda espontánea, aspecto que incidió negativamente en las coberturas alcanzadas por estas entidades.

En el análisis de la operación de este servicio <el de vacunación> se encontraron problemas en su provisión <...> Por omisión, la entrega de este servicio se realizó por demanda espontánea, mientras que la población estaba acostumbrada a las campañas de vacunación” (Tono, Velásquez y Castañeda, 2001:57-59).

La situación más preocupante que muestra el estudio en mención, establecida a partir del procesamiento de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud de 1990, 1995 y 2000, se refiere a la vacunación: la aplicación del esquema completo de vacunas (BCG, DPT tres dosis y polio tres dosis), para niños de 12 a 23 meses, cayó del 83% en el primer año al 71% en el segundo y al 66% en el último (ibid, p. 49). Se cuestiona, entonces, por qué si bien la vacunación mereció una mayor institucionalización con la reforma, como parte regular de la atención médica, se hayan obtenido resultados negativos.

El estudio también destaca algunos hechos positivos que, en general, responden a un efecto de la cobertura del seguro, aunque existe una diferencia notoria entre lo que sucede entre la población del régimen contributivo y la del subsidiado. Por ejemplo, el uso de control prenatal pasó de 83% de las mujeres embarazadas en 1990 a 91% en 2000, pero esta cobertura en el último año sube al 100% en el régimen contributivo, mientras que en el régimen subsidiado se ubica en 64% y entre las mujeres no afiliadas en 56%.

3. Conclusiones

La reforma colombiana al sistema de salud enseña un diseño atractivo que puede ser imitado por otros países. En una perspectiva institucional, la creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y la adopción de

un esquema de competencia regulada, son aspectos fundamentales para continuar el seguimiento y adelantar una evaluación sobre los alcances y posibilidades de lograr los propósitos del sistema: universalidad, solidaridad y eficiencia.

En cuanto al Consejo, si bien se reconoce un papel protagónico para el desarrollo del sistema, se advierte la ocurrencia de varios fenómenos que enseñan las imperfecciones de la regulación, en especial la captura de intereses por parte de los propios agentes regulados y la falta de políticas de largo plazo. Es importante señalar que, en el marco del Plan de Desarrollo Hacia un Estado Comunitario (2002-2006), el Consejo parece enfrentarse a un posible achicamiento en cuanto a sus funciones frente al ejecutivo.

Por su parte, la apertura de los mercados de salud a la competencia enseña un nuevo panorama en el cual el sector privado ha ganado mayor protagonismo y, en cambio, el sector público muestra una caída en su participación y la realización de ajustes en su oferta que han implicado cierres de entidades, transformaciones y reducción de la planta de empleados. En este caso, es importante observar la evolución de dichos mercados en cuanto a fenómenos como la integración vertical y la concentración de la oferta.

A pesar de contar con más competencia, estos fenómenos sugieren que del lado de la demanda no existe un gran desarrollo de la libre elección. Si bien en algunos casos esto puede no ser preocupante y acaso obedezca a las características del mercado, es importante examinar los mecanismos de regulación para proteger a los afiliados y usuarios.

La manera como se adelantó la descentralización en Colombia es una buena lección sobre lo que no debe hacerse en esta materia. Por un lado, se entregaron recursos a los municipios sin tener claramente delimitadas o definidas las nuevas competencias; por otro lado, se patrocinó el incremento de gastos administrativos en las dependencias centrales de las administraciones municipales y en los hospitales. Estos dos hechos, al adoptar las reformas de 2001, enseñan la importancia de planificar una descentralización óptima que consulte las realidades de los municipios y entidades, en cuanto a su tamaño y capacidad institucional.

Varias hipótesis o líneas de investigación merecen ser abordadas para incrementar el conocimiento sobre la reforma colombiana, establecer hechos estilizados en torno a ella y plantear ajustes o elementos de evaluación. Puede destacarse el comportamiento de la inflación en salud y su relación con el esquema de UPC, el comportamiento de la oferta de servicios a partir de la dinámica impuesta por EPS y ARS, la evolución del capital salud, el comportamiento del gasto en salud y sus efectos sobre la equidad, los resultados en salud y su relación con el desempeño del sistema.

Notas

- 1) Esta perspectiva puede abordarse siguiendo autores como Selma Mushkin (1972), Amartya Sen (1999) y Michael Grossman (1972). Además, se destaca el informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud, presidida por el economista Jeffrey Sachs, presentado a la Directora de la OMS en diciembre de 2001 (Sachs, 2001).
- 2) Esta otra perspectiva se estudia principalmente a partir de autores como Arrow (1963) y algunos textos o manuales para el estudio de la economía de la salud, como el de Santerre y Neun (2000).
- 3) En la Observación No. 6 (GES, 2002) se presentaron varios aspectos sobre este Consejo. Vale la pena destacar que, dada su conformación y según un estudio reciente desde la perspectiva de la participación social (Gómez, Sánchez y Ramírez, 2003), algunos sectores no gozan de representación o ésta resulta inadecuada.
- 4) En una aproximación realizada por Restrepo (1998:84), se planteó la existencia de una ilusión presupuestaria que podría provocar un sobredimensionamiento de los servicios de primer nivel, corrupción y mayores ineficiencias.
- 5) Encuesta sobre "Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud -índice de vulneración o cumplimiento de los diferentes componentes del derecho a la salud en el esquema de aseguramiento", fue realizada entre el 21 de septiembre de 2002 y el 4 de febrero de 2003. Se hicieron 3586 entrevistas a usuarios, mayores de 18 años, que solicitaban servicios en la sede de autorizaciones de entidades aseguradoras.
- 6) El trabajo de Tono (2000) analiza el acceso a los servicios de salud; sin embargo, los datos para caracterizar el uso de los servicios son de la Encuesta Nacional de Hogares de marzo de 1994, por lo que no es posible probar la eficacia de la estrategia del aseguramiento implantada a partir de la Ley 100, aunque sí ofrece conclusiones y enseñanzas muy importantes para abordar una medición de este estilo.

Referencias bibliográficas

- Arrow, Kenneth, 1963, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". *American Economic Review*; vol 53, No 5, pp. 941-973.
- Céspedes, Juan E. et al., 2000, "Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud". *Revista de Salud Pública*, v. 2, No. 2, pp. 145-164.
- Céspedes, Juan E; Jaramillo, Iván; Castaño, Ramón A., 2002, "Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia", *Cuadernos de Saúde Pública*, Reports in Public health. Vol. 18, No.4, pp.1003-1024
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud CNSSS-, 2002, Informe del Consejo al Congreso.
- Defensoría del pueblo, 2003, Encuesta sobre "Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud -índice de vulneración o cumplimiento de los diferentes componentes del derecho a la salud en el esquema de aseguramiento".
- Departamento Nacional de Planeación, DNP; Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, 2000,

Informe de Desarrollo Humano para Colombia, 2000. Santafé de Bogotá, Tercer Mundo Editores.

Departamento Nacional de Planeación, DNP, 2002 *Evaluación de la descentralización municipal en Colombia*. Balance de una década. Bogotá, Tomo II.

_____, 2002, Plan Nacional de Desarrollo *Hacia un Estado Comunitario* 2002-2006. Santafé de Bogotá

Flórez, Carmen E; Tono, Teresa, 2002, "La equidad en el sector salud.: una mirada de diez años." Documentos de trabajo. No.7 Fundación Corona.

Gómez, Conrado; Sánchez, Luz H.; Ramírez, Marta, 2003, "Experiencia del Consejo Colombiano de Seguridad Social en Salud como conductor de la reforma. Análisis a partir del conflicto en la toma de decisiones". Documento de trabajo. Bogotá D.C., Assalud.

Grossman ,1972, "The demand for Health: a Theoretical and Empirical Investigation, *NBER*, Columbia University Press

Grupo de Economía de la Salud-GES-, 2001, "Cobertura del seguro de salud en Colombia". *Observatorio de la seguridad social*, No. 1

_____, 2002, "La regulación en el sistema de salud colombiano". *Observatorio de la seguridad social*, No. 6

Mushkin, Selma, 1972, "La salud como inversión" *Journal of Political Economy*, vol.70, No 50.

Ramírez, Manuel; Cortés, Darwin; Gallego, Juan, 2002. "El gasto en salud de los hogares colombianos: un análisis descriptivo", *Lecturas de Economía*, No. 57, pp. 87-125

Restrepo, Jairo H., 1998, "Monitoreo local de la reforma al sector salud en Colombia". *Coyuntura Social*. Fedesarrollo, No. 18, pp. 173-195.

Sachs, Jeffrey, 2001, "Macroeconomía y Salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico", Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud, Ginebra, Organización Mundial de la salud, <http://www.who.int/cmhreport>.

Santerre, Rexford y Neun, Stephen, 2000, *Health Economics. Theories, insights and industry studies*. Orlando Florida, Harcourt Brace College Publishers, 646 p.

Sen, Amartya, 1999, "La salud en el desarrollo". Discurso inaugural frente a la 52a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA52/swd9.pdf

Tono, Teresa, 2000, "Acceso a los servicios de salud en Colombia: Efectos del Ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos". *Coyuntura Social*. Fedesarrollo. No. 23, pp. 143-167.

Tono, Teresa; Velásquez, Ligia; Castañeda, Laura, 2002, El impacto de la reforma sobre la salud pública. *El caso de la salud sexual y reproductiva*. Bogotá D.C., Fundación Corona - Engender Health Fundación Ford.

Observación Académica

Hipótesis sobre la selección adversa en Colombia

Johanna Vásquez Velásquez

El proceso de producción, distribución y consumo de la información, influye decisivamente en la conducta de los agentes, por lo que es un factor importante en el desempeño de los mercados. Por esto, un tema central en el estudio de la economía de la salud, así como en otras ramas de la economía, se refiere a los *problemas de información incompleta e información asimétrica*.

La importancia de estos temas, como características de ciertos mercados, cobra fuerza al derivar en problemas como el de selección adversa. Teóricamente, siguiendo a G. Akerlof (1970), el problema se define del siguiente modo: si existen muchas calidades de un bien y durante el proceso de intercambio sólo una de las partes del mercado (oferta o demanda) conoce de antemano la calidad del producto, los bienes de mala calidad desplazarán a los de buena calidad. Así, según el “principio de los limones” propuesto por Akerlof, los limones malos desplazan a los buenos.

En el caso del sector salud, la incertidumbre sobre la incidencia de la enfermedad y la eficacia del tratamiento médico impone riesgos económicos y financieros que encuentran una solución natural mediante el seguro (Arrow, 1963). Sin embargo, el asegurador carece de información real sobre el estado de salud de cada individuo al momento de su ingreso o de compra del seguro, evidenciándose así el problema de la selección adversa.

Ahora, siguiendo la literatura sobre el tema de selección adversa, se espera que los planes de seguro más costosos sean planes de mayor calidad, sin que esto signifique que sean los más ambiciosos. En este sentido, es posible pensar que el asegurador conozca el nivel de calidad de sus servicios y, además, los compradores puedan distinguir entre los diferentes niveles de calidad ofrecidos. Por lo tanto, es de esperar que los individuos más enfermos compren los planes más ambiciosos (Sapelli y Vial, 2003).

En Colombia, el sistema de seguridad social en salud opera bajo la estrategia de aseguramiento, donde unas de las principales funciones del Estado es regular la competencia entre aseguradores, fijando el plan de beneficios (plan obligatorio de salud POS) y la prima o el costo del plan (unidad de pago per cápita UPC). Con estas variables fijas, se espera que la competencia entre aseguradores sea justamente en términos de calidad. En este sentido, si las compañías (empresas promotoras de salud -EPS-) ofrecen el mismo plan y al mismo costo, teóricamente éstas no

tendrán incentivos para aumentar la calidad de los servicios si no pueden cobrar tarifas más altas por los mismos (Frank y Cols, 1998); además si los individuos no asimilan las señales de calidad que emite el mercado, éstos tampoco estarán dispuestos a pagar más por ellos. En consecuencia, se podría esperar que los aseguradores que ofrecen servicios de baja calidad permanezcan y desplacen a los de buena calidad.

Si por el contrario, los individuos reciben las señales emitidas por el mercado, se podrían encontrar tres tipos de EPS en el sistema colombiano: *i)* las que ofrecen servicios con una calidad inferior a la del promedio del mercado, de modo que se enfrentarán a una demanda igual a cero y, en el mediano o largo plazo, saldrán del mercado; *ii)* empresas con calidad promedio, para las cuales los individuos demandarán cualquier cantidad de servicios a los precios dados, por lo que la curva de demanda a la que se enfrentan es de pendiente negativa; y *iii)* empresas que ofrecen servicios con calidad superior al promedio del mercado, en cuyo caso si bien los individuos pueden estar dispuestos a pagar una prima o un precio superior al de mercado, recuérdese que el precio del plan es fijo y esto traería problemas financieros a estas empresas que serán objeto de selección adversa, poniendo en riesgo su permanencia en el mercado y la calidad de los servicios que ofrecen.

Estos resultados podrían desviar el objetivo central de la competencia regulada entre aseguradores, si en el mercado no permanecen las empresas de mayor calidad, como era de esperarse, si no las que están en niveles de calidad baja.

Referencias:

- Akerlof, George A, 1970. The Market for “Lemons”: Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *Quarterly Journal of Economics*.; vol 84, No 3, pp 488-500.
- Arrow, Kenneth, 1963. “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”. *American Economic Review*.; vol 53, No 5, pp 941-973.
- Frank, Richard; Glazer, Jacob y McGuire Thomas, 1998 “Measuring Adverse Selection in Managed Health Care”. *National Bureau of Economics Research*. Working Paper 6825.
- Sapelli Claudio y Vial Bernadita, 2003, “Self-selection and moral hazard in Chilean health insurance”. *Journal of Health Economics*., 22. pp.459-476.

Actualidades del GES

Informe de investigación

Al finalizar el primer semestre del año se hace entrega de la investigación *Estado del arte de la economía de la salud en Colombia*. Un avance de resultados se presentará en *Borradores del CIE*.

Investigaciones iniciadas en 2003

Monitoreo local de la reforma al sector salud en Antioquia, 1999-2002 (Universidad de Antioquia y Escuela de Gobierno y Políticas Públicas de Antioquia).

La selección adversa en el régimen contributivo de salud: el caso de Susalud EPS (Universidad de Antioquia y Susalud EPS).

Tesis de grado aprobadas en 1er. semestre de 2003

Evolución de los precios de medicamentos de dos grupos terapéuticos en Colombia, 1992-2001.

Ranking de eficiencia para los hospitales públicos de Antioquia.

Publicación reciente

Restrepo, Jairo; Echeverri, Esperanza; Vásquez, Johanna; Rodríguez, Sandra (2003). "Balance del régimen subsidiado de salud en Antioquia". En: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, No. 4, Bogotá (en edición).

Otras actividades e información de interés

La doctora Diana Pinto Masis, asesora del Ministro de la Protección Social, ha sido invitada por el GES para presentar su tesis doctoral en la Universidad de Antioquia: *Managed competition and quality of care from the consumer's perspective. Evidence from health care reform in Colombia*. Esta presentación se hará en el mes de julio, cuando también se discutirán los avances de la investigación sobre selección adversa.

Dos integrantes del GES inician estudios de maestría: Durfari Velandia Naranjo fue admitida con beca para cursar la Maestría de Economía en el Colegio de México, país en el que se radicará los próximos dos años; y Karem Espinosa Echavarría fue admitida en la Maestría de Economía de la Universidad de Antioquia y continuará vinculada a la investigación en el GES. Además, Carlos E. Gómez Vélez inicia la Especialización en Finanzas en la Universidad EAFIT.

Esta edición del Observatorio fue financiada con recursos del proyecto *Evaluación institucional de la función de regulación en el sistema de salud colombiano* (Colciencias 1115-04-11914). Una versión preliminar se presentó en el 1er. Congreso Sectorial de la Salud, de la Asociación Nacional de Industrial -ANDI-, Bogotá 3 a 4 de abril de 2003.

Información institucional:

Rector:

Alberto Uribe Correa.

Decano de la Facultad de Ciencias Económicas:

John Cardona Arteaga.

Director del CIE:

Mauricio Alviar Ramírez.

Investigadores del Grupo de Economía de la Salud:

Jairo Humberto Restrepo Zea.
(Coordinador)
jairo@catios.udea.edu.co

Johanna Vásquez Velásquez
jovasve@agustinianos.udea.edu.co

Elena del Corral Londoño
elenadelco@catios.udea.edu.co

Sandra Rodríguez Acosta
srodrig@agustinianos.udea.edu.com

Jóvenes investigadores

Mónica Arango Arango
(pasantía Colciencias)

Asistentes de investigación:

Lina Patricia Casas Bustamante.

Durfari Janive Velandia Naranjo.

Karem Viviana Espinosa Echavarría.

Texto original

Jairo Humberto Restrepo Zea.

Asistencia en la edición de textos:

Lina Casas Bustamante

Diseño y diagramación

Santiago Ospina Gómez

E-mail: ges@agustinianos.udea.edu.co
<http://agustinianos.udea.edu.co/economia/ges>

Las ideas y opiniones aquí expresadas sólo comprometen al Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia, o a sus autores cuando sean artículos firmados.

