

Salud para los pobres en Colombia: de la planeación centralizada a la competencia estructurada

Jorge Iván González¹
Francisco Pérez-Calle²

I. Introducción

La reforma del sistema colombiano de salud es un formidable laboratorio para comprender dos problemas públicos de primer orden: de una parte, el problema del mejoramiento de la eficiencia y la equidad en la producción y provisión de bienes públicos, y de otra, el problema de la reforma institucional. Este trabajo, justamente, tiene por objeto discutir algunos tópicos de estos dos problemas, referidos específicamente a la reforma colombiana.

Aunque nos concentraremos en el sistema colombiano de salud, queremos destacar que la reforma es susceptible de ser despojada de su ropaje sectorial para encontrar en ella un interesante proceso de modernización del Estado

que busca sustituir el modelo agente-principal para acercarse al de escogencia pública. Los lectores familiarizados con otros sectores -la educación básica, por ejemplo- encontrarán en las páginas siguientes algunas reflexiones que quizás contribuyan a alimentar dos discusiones cada vez más relevantes en América Latina: en primer lugar, el debate sobre las limitaciones y los alcances de la utilización de herramientas de mercado en la producción y provisión de bienes públicos y, en segundo lugar, la discusión sobre cómo hacer reformas.

El trabajo se concentra en la transición al régimen subsidiado de salud, porque es el que mayores cambios estructurales implica: el primero de ellos es la transformación de subsidios a la oferta hacia subsidios a la demanda por un

¹ Profesor de la Universidad Nacional e Investigador de la Misión Social del Departamento Nacional de Planeación.

² Investigador de la Misión Social del Departamento Nacional de Planeación. Email: fperez@dnpp.gov.co Con la dirección de Alfredo Sarmiento, Director de la Misión Social. Los autores agradecen la colaboración y sugerencias de Nelcy Paredes, María del Pilar Granados, Aura Poveda, Erik Bloom, Esperanza Giraldo, Oscar Emilio Guerra, Luis Gonzalo Morales, Luis Fernando Rendón, Roberto Cochetos, Conrado Gómez, Rosa Eva Muñoz y Jairo Betancourt. En la preparación de las bases de datos: Carlos Alonso y Paola Henao. En el cálculo de los ingresos potenciales de los médicos: Ramiro Díaz (ISS) y Carlos Raúl Jiménez (DNP). También a los Gerentes y funcionarios de los hospitales y las ARS y EPS entrevistados. Las afirmaciones son exclusiva responsabilidad de los autores.

monto total que oscila entre 0,5 y 1,0 del PIB; el segundo, la sustitución del sistema de financiación de gasto histórico de mil hospitales públicos por el de venta de sus servicios; el tercero, la redefinición del papel del Estado en el sector, sustituyendo su responsabilidad en la provisión del servicio por el de la regulación de mercados imperfectos y la financiación de los subsidios de la población pobre.

Nos hemos concentrado en este trabajo en los problemas estructurales, de los que depende la institucionalización de la reforma. Hemos dejado de lado las restricciones operativas, que inciden directamente en la calidad y no tanto en la viabilidad de la reforma. El examen de la eficiencia tiene que considerar, además de la capacidad financiera, la calidad.

La transición, en cuanto al número de afiliados, lleva ganada el 60% de la implementación. Sin embargo, la segunda parte de este proceso no sólo definirá el nivel de aseguramiento que se consiga, sino también la sostenibilidad de la reforma.

En la primera parte hacemos unos comentarios generales, a nivel teórico, sobre las características del mercado de los servicios médicos. En la segunda parte analizamos con más detalle los problemas de la transición, sirviéndonos de la reflexión teórica pero también de la evidencia empírica.

II. Los supuestos de la reforma del sistema de salud

La industria de *servicios médicos* no debe identificarse con la salud (Arrow 1963 b, p. 16). La *salud* es una dimensión mucho más amplia que

depende, además de los servicios médicos, de otros factores como la nutrición, la vivienda, el vestido, la higiene, el ingreso, la educación. Nuestra reflexión se refiere a la industria de servicios médicos.

La reforma al sistema de salud se basa en los siguientes principios: i) sanción de mercado, y ii) diferenciación institucional de los momentos de los procesos de oferta y demanda.

A. Sanción de mercado

En el modelo ideal de competencia perfecta, el mercado permite que el consumidor acepte o rechace el producto o servicio que se le ofrece. La ley 100 propone mecanismos que estimulan la escogencia a través del mercado. La elección es un prerequisite para que la sanción de mercado opere. Arrow (1951, 1963) muestra que hay dos tipos de elección. Una, económica, que se expresa en el mercado. Y, otra, política, que se manifiesta a través del voto. La sanción de mercado es el resultado de la elección económica. La competencia entre las instituciones oferentes se dinamiza cuando el usuario tiene la posibilidad de elegir. En el sistema anterior a la ley 100 la centralización impedía la elección. Ahora, con la ampliación del abanico de alternativas de elección, se espera que haya un mejoramiento de la calidad y la eficiencia del sistema.

a. Eficiencia y óptimo

La eficiencia puede entenderse de muchas maneras. Desde la perspectiva de la teoría económica, y especialmente cuando se hace referencia al mercado competitivo, la eficiencia equivale al óptimo de Pareto. El óptimo de Pareto se presenta cuando nadie puede mejorar su situación sin

desmejorar la de otro. A cada combinación de dotaciones iniciales corresponde un óptimo de Pareto. Si las dotaciones iniciales pueden distribuirse de maneras diferentes, habrá un óptimo por cada posible combinación.

En el artículo clásico de Arrow (1963 b) sobre el mercado de los servicios médicos, el autor comienza comparando el comportamiento de dicho mercado con el funcionamiento ideal del modelo competitivo. Concluye que ambos mercados son cualitativamente diferentes (Arrow 1963 b, p. 18). El mercado de los servicios médicos se aleja del modelo estándar, ya que no cumple con los dos teoremas básicos. El Primer Teorema dice:

"Si existe un equilibrio competitivo, y si todos los insumos que inciden en los costos forman sus precios en el mercado, entonces el equilibrio es necesariamente óptimo en el siguiente sentido (de acuerdo con Vilfredo Pareto): no existe ninguna otra asignación de recursos que pueda mejorar la situación de quienes participan en el mercado" (Arrow 1963 b, p. 16).

En otras palabras, el equilibrio competitivo es óptimo de Pareto. El Segundo Teorema dice:

"...si no hay rendimientos crecientes en la producción, y si otras condiciones menores son satisfechas, entonces cada estado óptimo es un equilibrio competitivo. El estado óptimo está asociado a una distribución inicial del poder de compra" (Arrow 1963 b, p. 17).

Es decir, el óptimo de Pareto es un equilibrio competitivo.

Aceptando como un hecho positivo el que la ley 100 amplíe el margen de elección, debe tenerse presente: primero, que el mercado de los

servicios médicos no es perfecto y, segundo, que la convivencia de los regímenes subsidiado y contributivo ha ido configurando una organización institucional sui generis. Estos dos comentarios son, al mismo tiempo, una advertencia: la evaluación de la ley 100 no puede hacerse teniendo como punto de referencia el óptimo paretiano del mercado competitivo. Algunos analistas todavía pretenden que las instituciones de la salud respondan a la oferta y a la demanda, como sucede en otros mercados. Los resultados actuales y los alcances futuros de la ley 100 no pueden examinarse a la luz del mercado de competencia perfecta porque el mercado de los servicios médicos es subóptimo.

En general se reconoce que el mercado de servicios médicos tiene problemas. En efecto, el grado de distanciamiento frente a los cánones establecidos por el mercado de competencia perfecta varía significativamente. Distingamos tres niveles:

- Primer grado de distanciamiento. Se acepta que hay fallas de mercado, pero se conserva el principio de que la competencia es mejor que la no competencia. Dentro de esta categoría cabrían el "pluralismo estructurado" del que hablan Londoño y Frenk (1997) y la "competencia estructurada" de Enthoven (1993).

El pluralismo estructurado busca ser una alternativa intermedia entre la centralización estatal y la atomización del sector privado. Además, se coloca entre el monopolio y la competencia darwinista. El pluralismo "... evita los extremos del monopolio en el sector público y la atomización en el sector privado" (Londoño y Frenk 1997, p. 17). Por su parte, al ser estructurado "... evita los extremos de los procedi-

mientos autoritarios" que se derivan del poder del gobierno y de "... la anarquía que produce la ausencia de reglas de juego claras cuando se trata de corregir las fallas de mercado" (Londoño y Frenk 1997, p. 17). La competencia estructurada de Enthoven (1993) también busca regular el mercado pero vigilando que el sistema de precios opere. La sanción de mercado es una pieza central, ya que sin ésta no hay competencia³. El pluralismo estructurado supone que la eficiencia y la equidad son compatibles. Y, en términos de la ley 100, que los regímenes contributivo y subsidiado pueden avanzar conjuntamente porque los incentivos que crea la competencia son similares.

- El segundo grado de distanciamiento frente a la competencia perfecta, correspondería a lo que Fielding y Rice (1993) llaman la "teoría del segundo mejor". Los autores consideran que la competencia estructurada no resuelve todos los problemas causados por las fallas de mercado. La competencia estructurada supone que más competencia es preferible a menos. Fielding y Rice no están de acuerdo con este principio. Consideran que la teoría del segundo mejor proporciona un marco analítico adecuado para entender por qué razón "... más competencia no siempre es lo mejor" (Fielding y Rice 1993, p. 216). Esta última afirmación de Fielding y Rice

es fundamental para comprender el papel que debe cumplir el régimen subsidiado al lado del régimen contributivo. La eficiencia y la equidad no son resultado del mismo proceso. Responden a dos lógicas diferentes. El afán de competencia puede llevar a dejar de lado la atención de alta complejidad, o a intensificar procesos de selección que discriminen a los viejos o a los enfermos.

- El tercer grado de distanciamiento es el propuesto por Arrow, para quien el mercado de servicios médicos difiere "... de manera significativa del modelo competitivo" (Arrow 1963 b, p. 18, subrayado nuestro). En tales condiciones, "... la separación entre la función de asignación y la función de distribución resultará imposible en la mayoría de los casos" (Arrow 1963 b, p. 18). Cuando el mercado competitivo cumple los dos teoremas fundantes, la separación entre la asignación y la distribución es posible. La distribución tiene que ver con las dotaciones iniciales. Y una vez que éstas se han definido, la dinámica del mercado determinará la asignación óptima.

Entre el primero y el último grado de distanciamiento hay dos diferencias básicas. El primer grado (pluralismo estructurado y competencia estructurada) supone que la equidad y la eficiencia *son compatibles* y, además, que pueden *separarse*. Desde la perspectiva del tercer

³ La competencia estructurada "... debe involucrar un grupo activo de agentes inteligentes que estén contratando planes de servicios médicos que beneficien a un gran número de suscriptores y que, además, estén estructurado y ajustando permanentemente el mercado, con el fin de contrarrestar los intentos que se hacen para evitar la competencia vía precios. A estos agentes los llamo "promotores" (sponsors) y ellos juegan un papel central en el proceso de la competencia estructurada. Un promotor es una agencia que contrata planes de atención que incluyen tipo de beneficios, precios, procesos de admisión y otras condiciones de participación" (Enthoven 1993, p. 29). Los promotores de la oferta son las Instituciones Articuladoras de Servicios (Health Maintenance Organizations, HMOs). Las HMO comenzaron en USA en los setenta (Enthoven 1993, p. 26). En Colombia, las Empresas Promotoras de Salud (EPS) son una modalidad mejorada de HMOs.

grado, la equidad y la eficiencia *no son compatibles* porque cada una responde a factores distintos. Los óptimos paretianos pueden ser injustos e inequitativos (Arrow 1972)⁴. A su vez, la búsqueda de la equidad conduce a situaciones que no son Pareto óptimas. El espacio de la equidad es diferente al de la eficiencia. De entrada es necesario aceptar que los regímenes contributivo y subsidiado responden a dos lógicas diferentes. Mientras que en situaciones ideales al primero podría juzgársele con respecto al óptimo paretiano, al segundo no.

Del tercer grado de distanciamiento también se deriva la *no separabilidad*. Las funciones de asignación y de distribución están traslapadas. Siempre es necesario establecer un compromiso entre ambos objetivos. En la práctica no se puede hacer caso omiso de la eficiencia para luchar por la equidad, o a la inversa. Hay una permanente tensión entre ambas. En este contexto tiene sentido la idea de que para mejorar la equidad es necesario avanzar en la eficiencia. Un sistema de subsidios que no llega a los pobres no es equitativo porque la distribución no es eficiente. Una vez que se ha aceptado la conveniencia de la distribución, ésta debe realizarse de manera eficiente. Pero al haber aceptado la distribución y al no haber dejado operar los mecanismos de mercado, ya se ha renunciado a la eficiencia paretiana. La no compatibilidad termina conviviendo con la no separabilidad.

Estos tres grados de distanciamiento son fundamentales para ponderar los juicios que se

hacen sobre las características de la transición y, una vez terminada ésta, sobre el futuro de la ley 100. Puesto que el mercado de los servicios médicos se aleja "de manera significativa" del modelo de competencia perfecta, siempre habrá una tensión entre la lógica de la demanda impulsada por la ley 100 y la lógica de la oferta predominante en la ley 60. Los sistemas de oferta y demanda siempre están interactuando. La ley 100 hala hacia el lado de la demanda, mientras que la ley 60 tira hacia la oferta. El financiamiento de los hospitales públicos refleja esta tensión (González y Pérez, 1997).

b. Interacciones entre agentes

La elección puede enfocarse desde dos ángulos: el del agente que la realiza o el del bien escogido. Ambos caminos tienen una larga tradición en la teoría económica. El primero comenzó con Edgeworth y actualmente ha sido apropiado por el institucionalismo. El segundo, que se deriva de la percepción de Walras, ha sido aceptado por la mayoría de las escuelas, convirtiéndose en el fundamento analítico de la teoría neoclásica. La primera vía nos parece más conveniente para analizar la ley 100, porque ésta redefine un ordenamiento institucional, que busca facilitar el proceso de elección de los distintos agentes. La ampliación del campo de elección diversifica los productos en la medida en que diferencia las funciones.

En el proceso de elección pueden diferenciarse tres tipos de interacciones:

⁴ "Por supuesto se reconoció, en forma más explícita quizá por Bergson (1938), que la eficiencia de Pareto no implica una justicia distributiva. La asignación de los recursos podría ser eficiente en el sentido de Pareto y producir sin embargo enorme riqueza para algunos y enorme pobreza para otros" (Arrow 1972, p. 158).

- individuo \Leftrightarrow individuo
- institución \Leftrightarrow individuo
- institución \Leftrightarrow institución

Hay elección entre individuos, entre instituciones e individuos y, finalmente, entre instituciones e instituciones. Cada tipo de elección tiene características específicas, que dependen del sujeto que participa en la elección y del proceso.

Relación individuo-individuo

En el mercado de servicios médicos, el vínculo paciente-médico es la expresión más clara de la relación individuo-individuo. Las otras interacciones tienen su última razón de ser en el encuentro entre el paciente y el médico. Mencionaremos cuatro aspectos de esta relación: i) el bien y la incertidumbre, ii) el criterio de maximización, y ii) la inelasticidad de la oferta con respecto a la demanda.

i) El paciente le demanda al médico dos bienes: información y, si es posible, salud. El médico trata de comprometerse con el primero, pero no garantiza el segundo. El paciente recurre, en primera instancia, al saber del médico y, posteriormente, a su capacidad de liderar un tratamiento que lleve a la curación. Pero el paciente sabe que el médico no puede garantizar la validez del diagnóstico. Y, mucho menos, el éxito del tratamiento. El médico responde a la demanda del paciente en un contexto de profunda incertidumbre. "La incertidumbre con respecto a la calidad del producto es quizás más intensa en el caso de los servicios médicos que en el de cualquier otra mercancía importante" (Arrow 1963 b, p. 26).

La relación paciente-médico es irregular e impredecible. La demanda de atención médica no es estable como la de alimentos o vestidos. La satisfacción derivada de la atención médica únicamente tiene lugar cuando se ha presentado la enfermedad. "Entre las mercancías que tienen alguna relevancia dentro del presupuesto familiar, es difícil encontrar otra con características similares" (Arrow 1963 b, p. 23).

ii) Con respecto al criterio de maximización, el paciente espera que el médico no actúe como un hombre de negocios que ofrece un producto cualquiera. La ética médica y las tradiciones culturales imponen un comportamiento en el que el afán de lucro no puede imponerse como el factor determinante del acto médico. En la relación médico-paciente la optimización de la ganancia o la minimización del costo, aparecen como determinantes en segunda o tercera instancia. La ley 100 elimina la negociación directa entre el médico y el paciente sobre el valor de los honorarios. Los ingresos del médico varían en función del número de consultas.

iii) En situaciones extremas, la satisfacción del paciente en materia de información y de curación, no depende del nivel de ingresos. Aunque los ingresos monetarios sean suficientes para pagar la atención médica, ésta no produce la satisfacción (información o/y curación) esperada. En estas circunstancias, la oferta es completamente inelástica a la demanda. Una vez que el paciente constata que la enfermedad amenaza gravemente su integridad física, busca que el médico vaya hasta los límites de su capacidad científica y le pide que explore todas las alternativas técnicas existentes. Gracias a los subsidios, la inelasticidad también puede presen-

tarse en el caso de las personas de bajos recursos. Las intervenciones de alta complejidad se realizan independientemente de la capacidad de pago de la persona.

Relación institución-individuo

En el caso colombiano se presentan dos modalidades de relación institución-individuo: i) aseguradora-asegurado, ii) trabajador de la salud-entidad contratante.

(i) En el contrato entre la aseguradora y el asegurado, el riesgo es de una naturaleza muy diferente al que se presenta en la relación paciente-médico. Se presentan dos fenómenos que riñen con los postulados de la competencia perfecta: el riesgo moral y la información asimétrica. El riesgo moral tiene que ver con la disposición que tenga el asegurado para tratar de prevenir los siniestros. Hay personas que no se preocupan por tomar precauciones y este comportamiento escapa al control de la aseguradora. Hay información asimétrica cuando uno de los agentes tiene más información que el otro. El asegurado normalmente sabe más sobre el estado de su salud que la empresa aseguradora.

ii) La forma como se relacionan los trabajadores (médicos y paramédicos) y la entidad contratante (EPS, IPS, etc.) tiene grandes implicaciones en la organización institucional y en la productividad. El régimen laboral de los empleados del Estado tiende a ser más rígido que el del sector privado y ello no se modifica con la transformación de los hospitales en Empresas Sociales del Estado⁵.

La Ley 100 modifica el mercado de recursos humanos en dos sentidos. De una parte, el nuevo modelo estandariza y controla su desempeño técnico, además de que regula los niveles de ingreso. De otro lado, hay una separación entre quien causa el servicio (el paciente) y quien paga por él (la aseguradora). Esta mediación de la aseguradora rompe la relación unilateral entre el paciente y el médico, quien pierde la potestad de definir la tarifa. El monto de los honorarios es determinado por la competencia.

Relación institución-institución

La más relevante es la que existe entre entidades aseguradoras (o promotoras) y prestadoras. En esta interacción es crucial examinar si hay integración vertical y cuál es su intensidad. La mayoría de las empresas promotoras han decidido crear sus propias instituciones prestadoras de servicios de salud con el fin de participar directamente en la prestación de servicios. Tratan de ofrecer los más rentables y contratar los menos rentables, entre otras razones porque la baja complejidad es "la llave del gasto". Este proceso lleva a una segmentación del mercado: las instituciones públicas terminan asumiendo la demanda de servicios de alta complejidad mientras que los prestadores privados se quedan con las de baja y media complejidad. Además de esta dificultad, las instituciones públicas están más sometidas a las presiones políticas. La gran mayoría de los hospitales es propiedad de los niveles subnacionales, donde el poder político tiene gran injerencia.

⁵ La conversión de los hospitales en empresas sociales del estado les confiere autonomía administrativa, patrimonio propio y la facultad de celebrar contratos de obras y suministros por derecho privado.

B. Diferenciación institucional de los momentos del proceso de oferta y demanda

En el contexto de lo que hemos llamado el primer grado de diferenciación, la ley 100 implica una transición de un modelo de *planeación centralizada* hacia uno cercano a la competencia estructurada (Enthoven 1993) o al *pluralismo estructurado* (Londoño y Frenk 1997).

La planeación centralizada no permitía diferenciar los momentos del proceso de oferta y demanda. Londoño y Frenk (1997) muestran cómo en este modelo la organización institucional se construye a partir de los grupos sociales atendidos, mientras que en el pluralismo estructurado el ordenamiento institucional depende de las funciones, permitiendo distinguir los momentos de oferta y demanda; en otras palabras, busca que las instituciones no se diferencien por el tipo de afiliados sino por las funciones que cumplen.

La planeación centralizada presenta integración vertical pero segmentación entre grupos sociales. Estos grupos son, por ejemplo, los trabajadores del sector privado, los funcionarios públicos y las personas sin empleo. Las instituciones que atienden a cada grupo cumplen todas las funciones: son responsables de la financiación del sistema, de la afiliación y de la prestación de los servicios.

Bajo el pluralismo estructurado las diferencias entre las entidades dependen de las funciones y no de los grupos sociales atendidos. Cada función corresponde a un momento del proceso de oferta y demanda. Las entidades promotoras de salud y las instituciones pres-

tadoras de servicios cumplen tareas específicas, de acuerdo con sus naturaleza. Los afiliados, según el nivel de ingreso, se vinculan a uno de los dos regímenes: contributivo ó subsidiado. En este contexto, la principal función del Estado es la de regular el sistema.

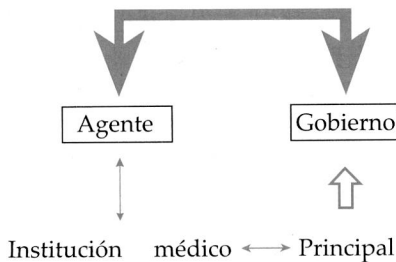
El régimen contributivo ha avanzado más hacia el pluralismo estructurado que el régimen subsidiado, ya que en éste todavía no se percibe una clara separación entre los momentos de la oferta y la demanda. En el régimen subsidiado los gobiernos municipales y departamentales actúan, a la vez, como demandantes de servicios y como oferentes. Al tiempo que son propietarios de los hospitales, inciden en la administración de los dineros destinados al subsidio.

Hemos incluido dos gráficos para representar de manera muy esquemática la manera como interactúan los modelos de planificación centralizada y de competencia estructurada. El tamaño de las flechas tiene que ver con la intensidad de la relación. Las flechas gruesas indican relaciones prioritarias (Gráfico 1).

Bajo la planificación centralizada, las flechas gruesas van del principal hacia el gobierno y de éste hacia el agente. El gobierno tiene una injerencia directa en el nombramiento del "agente". El director del Seguro Social, o de Cajanal, por ejemplo, es el representante del gobierno y actúa como su agente. El principal tiene un margen pequeño de escogencia del médico y de la institución. Y por esta razón la flecha inferior es delgada.

Bajo la competencia estructurada, el principal escoge directamente la Health Maintenance Organization (HMO) e, indirectamente, los médi-

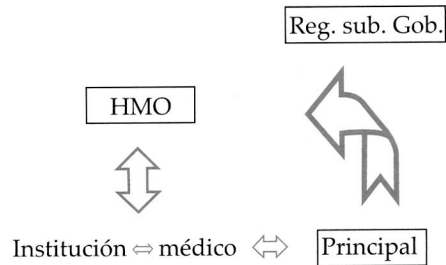
Gráfico 1
PLANEACION CENTRALIZADA



cos y las entidades prestadoras. La flecha inferior es más gruesa que en el primer esquema porque el margen de elección se amplía. Estas interacciones son claras en el régimen contributivo, volviéndose difusas en el subsidiado. En la parte superior derecha del esquema hemos incluido "Reg. sub. Gob." para indicar la intermediación de los niveles subnacionales en la administración del subsidio, en la escogencia de la HMO. La separación de los momentos de oferta y demanda no es tan transparente porque, como señalábamos atrás, el gobierno subnacional es oferente y demandante al mismo tiempo (Gráfico 2).

Hasta el momento hemos intentado justificar que existen obstáculos para que en el régimen subsidiado opere con todos sus alcances la sanción de mercado, para que la equidad y la eficiencia puedan alcanzarse a través de una mayor competencia, y para diferenciar los momentos del proceso de oferta y demanda. Podríamos resumir estas reflexiones como una discusión sobre las características del diseño institucional de la reforma "pura". Ahora vamos a discutir la aplicación del nuevo modelo, en lo que conocemos como el proceso de transición, señalando las que, a nuestro juicio, constituyen las restricciones que encauzan el comportamiento de los

Gráfico 2
COMPETENCIA ESTRUCTURADA



agentes encargados de implementar la reforma, y que por tanto determinan el cambio.

III. La transición al régimen subsidiado de salud

En el caso colombiano de la reforma del sistema de salud, el cambio de modelo de planeación centralizada a competencia estructurada o pluralismo estructural, se enfrenta al menos a dos grandes restricciones: la resistencia de los médicos al cambio, y los efectos que tienen las características de diseño del nuevo sistema sobre la transformación de subsidios de oferta a demanda. La primera restricción apenas será enunciada, sin mayores desarrollos. Nos concentraremos en la última. A manera de hipótesis señalaremos que la transformación de subsidios es función de la autofinanciación de los hospitales públicos.

El régimen subsidiado de salud cuenta con dos tipos de financiación. El primero son los recursos nuevos, inyectados al sistema gracias a la reforma, que de origen deben destinarse al financiamiento de los subsidios a la demanda (Cuadros 1 y 2). La segunda fuente de financiación del régimen subsidiado es la transformación de subsidios de oferta a demanda.

Cuadro 1
FINANCIACION DEL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD (1995-1997)
(Miles de pesos corrientes)

Fuente	1995	1996	1997
Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga)			
Punto de cotización	198.920.200	201.453.938	254.357.874
Cajas de compensación subsidio familiar		1.730.961	6.481.246
Impuesto a las armas		1.922.817	687.911
Aporte gobierno nacional ^c	70.000.000	15.000.000	0
Impuesto a Cusiana y Cupiagua	0	0	0
Rendimientos financieros y otros, provenientes de las empresas que defina el Conpes	0	0	0
Rendimientos financieros	47.131.200		72.016.115
Iva social	5.000.000		
Recursos del balance 1995			96.114.800
Recursos del balance-excedentes financieros 1996			57.400.000
Excedentes financieros		110.000.000	
Otros ingresos rendimientos financieros	0	84.448.900	0
Recaudo vigencias anteriores	44.260.700		
Total Fosyga (subcuenta de solidaridad) ^b	365.312.100	414.556.616	487.057.947
Participaciones municipales para subsidio a la demanda (ICN) ^d	141.236.597	184.158.555	255.795.987
Situado fiscal ^a	0	0	76.627.291
Cajas de compensación con programas de régimen subsidiado	0	n.d.	27.719.886
Esfuerzo propio de las entidades territoriales	0	n.d.	41.496.545
Total régimen subsidiado	506.548.697	598.715.171	888.697.656
Incremento nominal (%)		18	48
% PIB	0,69	0,67	0,82

Las cifras son ejecuciones presupuestales.

^a El valor de 1996 corresponde a subsidios transformados por disposición de la Ley 344.

^b Incluye Fosyga 5.

^c El aporte del gobierno nacional en 1996 incluye \$1000 millones para indígenas.

^d En 1995 no todos los 141 mil millones se recaudaron. La cifra del cuadro corresponde a lo que debiera haberse asignado por parte de los municipios.

Fuente: Participaciones Municipales 1997: Dirección Régimen Subsidiado Minsalud. Participaciones Municipales 1995-1996: Unidad de Desarrollo Territorial DNP. Fosyga: Dirección Financiera Ministerio de Salud. Esfuerzo propio de las entidades territoriales y Cajas de Compensación: Dirección Régimen Subsidiado Minsalud. PIB: DNP-Umacro.

Cuadro 2
ESTRUCTURA DE INGRESOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO DE SALUD (% 1995-1997)

	1995	1996	1997
Fosyga subcuenta de solidaridad	72,1	69,2	54,8
Participaciones municipales (ICN)	27,9	30,8	28,8
Situado fiscal	0,0	0,0	8,6
Caja de compen. con programas de régimen subsidiado	0,0	n.d.	3,1
Esfuerzo propio de las entidades territoriales	0,0	n.d.	4,7
Total régimen subsidiado	100,0	100,0	100,0

Fuente: Cuadro 1.

Gracias a estos recursos nuevos se ha logrado montar rápidamente la primera parte del régimen subsidiado, cubriendo al 60% de los doce millones de personas pobres del país (Cuadro 3).

La segunda fuente de financiación del régimen subsidiado es la transformación de subsi-

dios de oferta a demanda, necesaria para financiar la segunda mitad de la reforma, esto es, el aseguramiento del otro 40% de los pobres que aún no cuentan con este beneficio, y que hoy conservan el carácter de vinculados al sistema, una forma perversa de propiedad aplicada a los subsidios de oferta.

Cuadro 3
AFILIADOS AL REGIMEN SUBSIDIADO POR DEPARTAMENTO

Departamento	1995	%	1996	%	1997	%
Antioquia	771.921	15,5	768.232	12,8	1.013.865	14,5
Bogotá	460.188	9,3	647.293	10,8	910.474	13,0
Cundinamarca	182.426	3,7	408.532	6,8	463.241	6,6
Valle	1.097.381	22,1	423.605	7,1	448.733	6,4
Santander	110.596	2,2	356.101	5,9	415.450	5,9
Nariño	150.653	3,0	343.701	5,7	391.944	5,6
Boyacá	284.737	5,7	395.561	6,6	385.651	5,5
Bolívar	-	0,0	228.695	3,8	290.636	4,1
Cauca	166.530	3,3	253.312	4,2	275.297	3,9
Huila	255.768	5,1	229.906	3,8	231.531	3,3
Norte de Santander	17.848	0,4	201.189	3,4	222.845	3,2
Atlántico	339.063	6,8	164.444	2,7	220.888	3,2
Cesar	65.977	1,3	169.177	2,8	207.708	3,0
Tolima	181.039	3,6	193.721	3,2	202.607	2,9
Córdoba	70.410	1,4	153.433	2,6	160.019	2,3
Caldas	314.518	6,3	143.784	2,4	144.798	2,1
Magdalena	26.912	0,5	127.077	2,1	140.773	2,0
Sucre	1.866	0,0	118.832	2,0	136.432	1,9
Choco	56.416	1,1	87.511	1,5	93.094	1,3
Risaralda	97.227	2,0	87.216	1,5	92.738	1,3
Putumayo	16.457	0,3	54.722	0,9	89.492	1,3
Guajira	44.251	0,9	68.634	1,1	88.475	1,3
Meta	50.322	1,0	88.486	1,5	84.260	1,2
Casanare	-	0,0	79.786	1,3	80.886	1,2
Qyindío	118.850	2,4	60.489	1,0	69.745	1,0
Caquetá	15.314	0,3	60.376	1,0	58.701	0,8
Arauca	-	0,0	32.401	0,5	31.949	0,5
Vichada	15.580	0,3	15.467	0,3	15.468	0,2
Guaviare	56.234	1,1	9.574	0,2	12.911	0,2
San Andrés	-	0,0	10.543	0,2	10.543	0,2
Amazonas	2.300	0,0	9.788	0,2	10.217	0,1
Guainía	-	0,0	3.311	0,1	3.311	0,0
Total	4.972.779	100,0	5.996.895	100,0	7.006.679	100,0
Tasa de crecimiento			20,6		17	

Fuente: Dirección del Régimen Subsidiado -Minsalud-.

El alto nivel de aseguramiento logrado, sumado a la rápida creación de casi doscientas entidades administradoras del régimen subsidiado confirman la experiencia de Europa del Este en el sentido de que los mercados se montan muy rápidamente. La competencia actúa rápidamente cuando existen incentivos claros (Preker y Feachem, 1996). Sin embargo, el desarrollo de formas institucionales complejas, como la competencia estructurada o el pluralismo estructurado, requieren de un conocimiento cuidadoso de la naturaleza de cada mercado. Los factores culturales e históricos juegan un papel fundamental.

No es difícil apreciar que los problemas de la primera parte de la transición, la que se ha logrado con recursos nuevos, es muy distinta a la fase que supone la transformación de subsidios. Esta segunda etapa se enfrenta a las restricciones que hemos anunciado antes, y que discutiremos en la sección siguiente.

A. Nuevo *accountability* para los médicos

Desde el siglo XVI, cuando se establecieron en Colombia los primeros hospitales, los servicios de salud para los pobres se venían prestando como actividades de caridad, donde la motivación de los médicos dependía del altruismo y la filantropía, en un modelo donde el servicio es una dádiva mas que un derecho.

La reforma colombiana modificó este modelo introduciendo un nuevo esquema de *accountability* para médicos y hospitales que redistribuye el poder habitualmente concentrado en ellos, donde el desempeño económico se convierte en el comportamiento de referencia. Los

hospitales y los médicos, que antes se respondían a sí mismos, ahora deben dar cuenta de su desempeño a nuevos actores. Incluso es discutible si en el modelo anterior los proveedores respondían a alguien, porque la naturaleza pública de los hospitales diluía las responsabilidades.

Algunos argumentan que con la introducción de la competencia en la industria de servicios de salud, la ética que enfatiza la confianza, el servicio comunitario, la autonomía profesional y la devoción por los intereses individuales de los pacientes está siendo reemplazada por la comercialización, la competencia y la gerencia (Gray 1993). Los críticos de este nuevo modelo también argumentan que como consecuencia, los objetivos económicos serán perseguidos a costa de valores y objetivos mas humanitarios, siendo ésta, justamente, una de las dos fuentes de preocupación central de los médicos que cuestionan la reforma.

La segunda crítica se refiere a los ingresos de los médicos. Se sugiere que con la reforma éstos habrían disminuido. Hasta el momento no se conocen estudios sobre este problema, salvo el de la Asociación Nacional de Medicina para el Ministerio de Salud, a partir de datos obtenidos de 506 encuestas realizadas en 1997. De acuerdo con este estudio, los ingresos mensuales promedio de los médicos generales serían en 1995 y 1996, respectivamente, del orden de \$1,4 y \$1,5 millones de pesos, y de los médicos especialistas de \$1,9 y \$2,3 millones. En ambos casos la varianza es grande.

Para contrastar los datos mencionados, considerando que por la metodología utilizada es probable que se hubiera presentado subreporte, buscamos aproximarnos a los ingresos men-

suales potenciales de los médicos por la vía del precio, simulando los valores que obtendrían los médicos con niveles de producción moderados. Para la estimación utilizamos las tarifas de la empresa Colsánitas (Cuadro 4) y del Instituto de Seguros Sociales (Cuadro 5).

Con base en los resultados obtenidos, al menos desde el punto de vista de los precios, podemos proponer que con la reforma los ingresos potenciales de los médicos aumentaron en términos reales un 25%, en un escenario de producción moderado, siendo los médicos generales los principales beneficiarios en términos relativos. En otras palabras, las oportunidades de ingreso han aumentado por encima de la inflación gracias a la reforma, aunque el nuevo mo-

delo obliga a competir por el acceso a esas oportunidades (Gráficos 3 y 4).

El malestar de los médicos, en estas circunstancias, estaría fundamentado en la pérdida de poder monopólico y en el cambio de reglas de accountability, pero no en una reducción de sus ingresos potenciales.

B. Los problemas de diseño y la política de transformación de subsidios de oferta a demanda

En la primera sección mostramos cómo en el régimen subsidiado todavía no se ha logrado una clara separación entre los momentos de oferta y demanda, pues los gobiernos muni-

Cuadro 4
SIMULACION DE LOS INGRESOS MENSUALES POTENCIALES DE LOS MEDICOS,
PRODUCIDOS UNICAMENTE POR CONSULTAS
(Tarifas Colsánitas, pesos corrientes)

	1993	1994	1995	1996	1997
Bogotá					
Medicina familiar	1.587.600	1.896.300	2.910.600	3.550.050	4.233.600
Especialista	1.830.150	2.513.700	3.572.100	4.387.950	5.258.925
Psiquiatría	2.352.000	2.822.400	3.410.400	4.145.400	5.556.600
Bucaramanga					
Medicina familiar	2.028.600	2.425.500	2.910.600	3.550.050	4.233.600
Especialista	2.271.150	2.998.800	3.572.100	4.387.950	5.258.925
Psiquiatría	4.042.500	3.792.600	4.527.600	5.527.200	6.659.100
Villavicencio					
Medicina familiar	2.028.600	2.425.500	2.910.600	3.550.050	4.233.600
Especialista	2.469.600	2.954.700	3.572.100	4.387.950	5.258.925
Psiquiatría	3.160.500	3.792.600	4.527.600	5.527.200	6.629.700
Cartagena					
Medicina familiar	2.094.750	2.513.700	2.954.700	3.594.150	4.277.700
Especialista	2.447.550	2.932.650	3.528.000	4.332.825	5.203.800
Psiquiatría	1.631.700	1.955.100	2.440.200	2.969.400	3.557.400

Hemos trabajado con el supuesto de 3 consultas por hora, 7 horas al día, 21 días al mes.

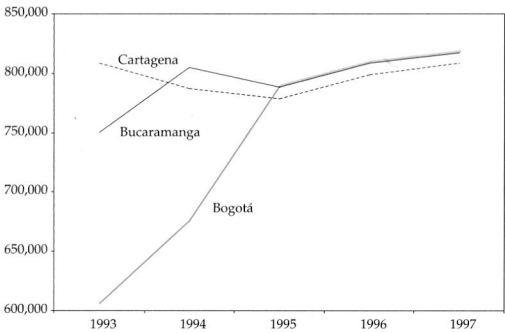
Fuente: Con base en tarifas de la EPS (HMO) Colsánitas.

Cuadro 5
SIMULACION DE INGRESOS MENSUALES POTENCIALES DE MEDICOS
POR ESPECIALIDAD EN TARIFAS DEL ISS (Pesos corrientes)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Médico general	837.900	1.052.100	1.505.280	1.819.020	2.507.400	3.030.300
Cirujano	1.628.944	2.035.950	3.096.870	3.795.908	4.344.375	5.063.205
Internista	1.622.250	2.512.125	2.968.875	3.502.800	4.095.000	4.909.275
Pediatra	1.491.000	2.281.125	2.695.875	3.180.713	3.675.000	4.395.563

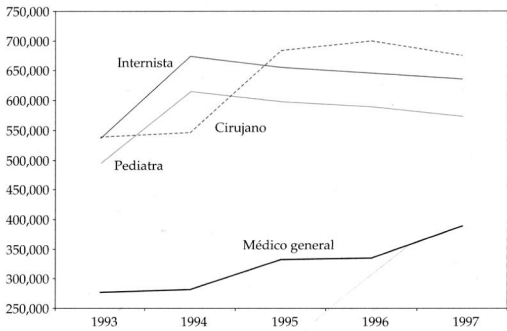
Supuestos generales: Los médicos trabajan 8 horas diarias durante 21 días al mes.
Médico general día promedio: 4 horas consultas de urgencias (total día=8) y 4 horas ayudantías quirúrgica.
Cirujano día promedio: 1 hora consulta y 7 horas entre cirugías y controles.
Internista día promedio: 5 horas consulta (total día=15) y 3 horas atención diaria intrahospitalaria.
Pediatra día promedio: 5 horas consulta (total día=12.5) y 3 horas atención diaria intrahospitalaria.
Cirugías promedio no ginecobstétricas: Hernia inguinal, colocación de catéter peritoneal por laparotomía, Colecistostomía, Colecistotomía laparoscópica, Nefrolitotomía.

Gráfico 3
SIMULACION DE INGRESOS MENSUALES
POTENCIALES, MEDICOS ESPECIALISTAS
(Consultas y tarifas de Colsánitas,
pesos corrientes 1988 = 100)



Fuente: Cuadro 4.

Gráfico 4
SIMULACION DE INGRESOS MENSUALES
POTENCIALES, CON TARIFAS DEL ISS
(Pesos corrientes 1988 = 100)



Fuente: Cuadro 5.

cipales y departamentales actúan, a la vez, como demandantes de servicios -ya que manejan una porción importante de los dineros destinados al subsidio- y como oferentes, en tanto son propietarios de los hospitales.

La segunda restricción, justamente, radica en las dificultades para romper la unión entre financiación y provisión que aún persiste, pues los subsidios de oferta que consume la provisión pública equivalen a más de la totalidad de los

recursos necesarios para universalizar el aseguramiento de la población pobre, visto que ya el 60 de los pobres cuenta con este beneficio.

¿Cómo hacerlo? ¿Cómo lograr una efectiva diferenciación de la oferta y la demanda?, ¿Cómo transformar los subsidios de oferta, que consumen los hospitales públicos bajo la modalidad de gasto histórico, hacia la demanda?

Algunos argumentan, no sin cierta razón, que el problema es de voluntad política, de aplicar la ley de racionalización del gasto público, de recortar el situado fiscal y las rentas cedidas a los hospitales; en otras palabras, que es un problema de autoridad.

La voluntad política es una fuerza con tres usos posibles en un sistema: imprimir *velocidad*, *ritmo* o *dirección*.

Cuando los incentivos están bien contruidos encausan el comportamiento de los agentes económicos, imprimiendo dirección al sistema. La voluntad política, en estas circunstancias, aporta velocidad y ritmo. Cuando hay conflicto de incentivos y los agentes económicos pueden comportarse de maneras muy diversas, la voluntad política hace las veces de sustituto imprimiendo adicionalmente la dirección que no es provista por los incentivos.

Esta reflexión nos sirve porque la actual estructura de incentivos en el régimen subsidiado premia los objetivos contrarios a los buscados. Adicionalmente, los propietarios y trabajadores de los hospitales, al defender el manejo de los subsidios de oferta, tienen un comportamiento racional y previsible, en tanto están maximizando sus beneficios como cualquier agente

económico. El desconocimiento de los grupos de interés por parte de los reformadores puede generar obstáculos a la implementación del cambio, como sucedió con la reforma estadounidense a la salud propuesta por el gobierno Clinton.

Si estas afirmaciones se aceptan como fundamento de política pública, la transformación de subsidios como disposición de ley no es suficiente. Cual sería, entonces una manera de reconocer el problema de incentivos para hacer más viable políticamente la reforma? Creemos que la respuesta es plantear la transformación de subsidios como función de la autofinanciación de los hospitales públicos, esto es, de su viabilidad. En otras palabras, los incentivos buscados con la reforma hay que construirlos.

Con relación a los hospitales públicos la reforma pretende por lo menos dos objetivos: lograr altos niveles de autofinanciación y mayor eficiencia en su producción y en su capacidad instalada. Los dos objetivos deben buscarse al tiempo? Sobre este punto pensamos que no debe pretenderse simultaneidad. La prioridad es el montaje de la reforma (en este caso, la autofinanciación y consecuente transformación de subsidios) y luego la calidad de la reforma (en nuestro caso, la eficiencia y ajustes al tamaño de los hospitales), en forma similar a la política aplicada con el plan obligatorio de salud subsidiado: la prioridad es la universalización del aseguramiento, para lo cual se dio inicio a un plan de beneficios para la población subsidiada menor al de las personas con capacidad de pago, nivelando hacia el futuro, y de manera gradual, los dos planes. La política propuesta es hacer que la transformación de subsidios sea función de la sustituibilidad de los subsidios transformados, asociándola a la autofinanciación de los hospitales.

El tomador de decisiones de política que se enfrenta a la decisión sobre el camino a seguir para la transformación de subsidios se debate entre hacer de este proceso un cambio por la vía de la autoridad, que puede colapsar por exigente ante la imposibilidad de que los hospitales se autofinancien al ritmo de la Ley 344 de 1996⁶, o hacerlo tan laxo, que la transición colapse por laxitud. La política seguida hasta el momento se acerca más a la primera opción, porque la política actual no reconoce los problemas de autofinanciación de los hospitales. En otras palabras, actualmente no es política de la transición generar condiciones de posibilidad para que los hospitales, eficientes o no, puedan sustituir sus ingresos con venta de servicios. Máxime cuando la autofinanciación no solo depende de variables controlables por estas instituciones, sino también por otras de alta influencia que éstas no controlan, como las inflexibilidades en el régimen de manejo del personal (llamado carrera administrativa) y la arbitraria definición de salarios en instancias externas. La definición exógena del salario incide considerablemente en la posibilidad de autofinanciación porque la actividad hospitalaria es intensiva en trabajo (Pérez 1997).

La ineficiencia de los hospitales públicos es una de las principales justificaciones de la reforma. La literatura es rica en documentar los problemas de eficiencia y calidad al interior de los hospitales, y por eso no nos referiremos a ellos. Pero los hospitales también son la principal fuente de restricciones para la transición.

Es insuficiente -se asocien o no la transformación de subsidios y la autofinanciación de los hospitales-, lo que está haciendo el país con los hospitales públicos para que funcionen como empresas. Estas organizaciones no se convertirán en empresas por decreto.

Concluyamos esta discusión con dos anotaciones finales. Primero, la restricción que hemos abordado tiene como fundamento la tensión entre el modelo de escogencia pública que subyace a la reforma de salud (Ley 100) y el de modelo de oferta, que aún subyace en la reforma descentralizadora del Estado (Ley 60), ya que buena parte de los recursos necesarios para financiar el régimen subsidiado de salud provienen de las transferencias intergubernamentales. Mientras la ley 100 descentralizó hacia los mercados, la ley 60 lo hizo hacia los niveles subnacionales. Esta discusión ya se ha introducido en otros trabajos (González y Pérez 1997). Basta subrayar que en el fondo de la restricción planteada por la transformación de subsidios se encuentran poderosos factores exógenos al sector, como los que determinan la política de transferencias.

La segunda reflexión tiene que ver con un horizonte de mediano plazo. La supervivencia de los hospitales públicos obliga a pensar en la naturaleza de la organización industrial que se espera, una vez que se haya realizado el montaje de la reforma. Dicho en otras palabras: ¿queremos que las mejoras en eficiencia, calidad y ac-

⁶ Esta ley, conocida como de racionalización del gasto público, dispone, entre otros aspectos, los porcentajes anuales de transformación hacia la demanda, de las distintas fuentes de financiación de los subsidios de oferta (situado fiscal y rentas cedidas) por parte de los niveles subnacionales del Estado.

ceso provengan de la competencia entre proveedores públicos y proveedores privados, o entre todo tipo proveedores, independientemente de la naturaleza de su propiedad? ¿Cuales es el futuro esperado para los hospitales públicos?

La claridad que se logre sobre este punto es importante, no sólo para la transición, sino también para el futuro de la reforma, pues si el camino escogido es la privatización se corre el riesgo de que los negocios del aseguramiento y la provisión queden en monopolios privados, con un alto poder de incidencia sobre la política pública sectorial.

Cuadro 6
AUTOFINANCIACION DE LOS HOSPITALES PUBLICOS EN VARIOS PAISES

	Autofinanciación	NoH
Países de ingresos bajos		
China 1986	90,1 a 97,3 ^b	26
Etiopía 1984-1985	22,9 a 32,1	18
Indonesia 1985-1986	19,9	n.d.
Nigeria 1986-1987	14,8	1 ^a
Zaire 1988	66,3 a 78,9	2
Países de ingresos medios		
Bolivia 1988	38,4 a 51,5	15
República Dominicana 1986	1,5 a 2,7	9
Honduras 1985	3,5 a 5,3	15
Jamaica 1986-1987	2,8 a 7,5	23
Turquía 1987	12,6 a 45,4	n.d.
Zimbabwe	1,9 a 7,3	42
Colombia 1996 ^c	30,5	471

^a Primer nivel.

^b Gasto distinto a personal.

^c Cálculo de los autores de este trabajo.

Autofinanciación: es la relación porcentual entre rentas propias y gasto total.

NoH: es el número de hospitales incluido en cada estudio.

Fuente: Adaptado de Barnum y Kutzin (1993, pp. 182-183).

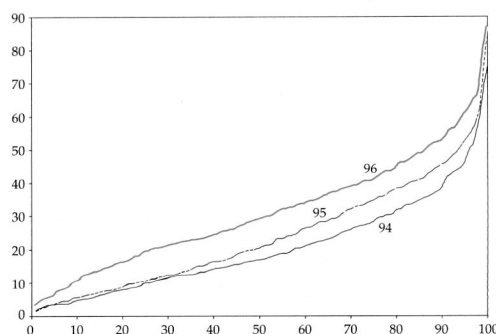
Los valores incluidos son los mínimos y máximos de los reportados por los autores en la tabla original.

C. La autofinanciación de los hospitales públicos

Ninguno de los hospitales públicos estudiados en otros países se autofinancia totalmente (Barnum y Kutzin 1993). Véase, Cuadro 6.

El Gráfico 5 relaciona el nivel de autofinanciación de los hospitales públicos con el porcentaje de hospitales correspondiente a cada nivel. Entre el 94 y el 96 se ha avanzado en autofinanciación. Para ilustrar mejor este proceso, hemos trazado una línea horizontal en el punto donde la autofinanciación es del 40%. En 1994 el 91% de los hospitales públicos tenían un nivel de autofinanciación inferior al 40. En 1996 este porcentaje se reduce al 72. No obstante estos avances, cerca del 90% de los hospitales públicos no alcanzan a financiar ni siquiera el 50 de sus gastos.

Gráfico 5
AUTOFINANCIACION DE 404 HOSPITALES PUBLICOS



La muestra incluye 404 hospitales. El eje vertical representa el autofinanciamiento, o la relación entre los recursos propios y los gastos totales. El eje horizontal, el porcentaje de hospitales.

La curva superior representa el año 96. La línea de la mitad corresponde al año 95. Y la línea inferior al año 94.

Fuente: cálculo de los autores.

El Cuadro 7 muestra el autofinanciamiento promedio, en tres de los cinco quintiles en los que dividimos los hospitales de la muestra. Para el total de la muestra, la autofinanciación promedio pasa del 20 al 30,5. Los hospitales pequeños logran niveles de autofinanciamiento mayor que los grandes. Parte de esta situación se explica porque las intervenciones complejas son menos rentables.

Las diferencias que se observan en el Cuadro 7 entre hospitales pequeños y grandes corrobora una idea que expresamos antes desde una perspectiva más teórica. Si la atención de baja complejidad favorece la autofinanciación, es muy factible que el mercado continúe segmentándose y que las IPS privadas y las públicas que puedan hacerlo, traten de concentrarse en actividades de baja y media complejidad, dejando las atenciones más costosas en unos pocos hospitales que, por la fuerza de las circunstancias, es muy probable que sean públicos.

Tratando de estimar los determinantes de la autofinanciación de los hospitales públicos, estimamos la regresión del Cuadro 8. Las consultas general y especializada son una proxi de la producción del hospital y de su complejidad. Los

Cuadro 7
AUTOFINANCIACION PROMEDIO (%)

	1994	1995	1996
Quintil 1	24,7	30,5	34,8
Quintil 3	18,0	23,3	28,7
Quintil 5	19,2	19,6	26,7
Total	20,0	23,5	30,5

Los quintiles se han determinado de acuerdo con el gasto de los hospitales. El quintil 1 corresponde a los hospitales más pequeños.
Fuente: Cálculos de los autores.

Cuadro 8
VARIABLES DETERMINANTES DE LA
AUTOFINANCIACION DE LOS
HOSPITALES PUBLICOS

Variable	t - 1994	t - 1995	t - 1996
Consulta gen./ gasto	7,016	11,576	9,665
Consulta esp./gasto	-3,749	-6,047	-5,288
Médicos/gasto	2,883	4,318	0,583
Sub. Ofer./Pob. Pob.	-3,975	-7,487	
Afliad. Rég. Sub.	-1,937	-8,004	-7,280
NBI	-6,304	-6,095	-9,934
NBI ²		3,429	
F	24,30	60,79	42,48
R ²	32,42	51,79	31,36
Número observación	311	404	471

La autofinanciación es la relación entre los recursos propios y los gastos totales del hospital.
t: es el valor del coeficiente t.
Consulta gen.: es la consulta general.
Gasto: es el gasto total del hospital.
Consulta esp.: es la consulta especializada.
Médicos: es el número de médicos.
Sub. Ofer.: es el subsidio de oferta.
Pob. Pob.: es la población pobre del municipio.
NBI: es el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas. Al cuadrado es NBI².
Fuente: cálculos de los autores.

médicos dan una idea de la capacidad instalada. La variable subsidios de oferta con respecto a la población pobre cumple un doble propósito: de un lado, informa sobre la demanda potencial y, de otra parte, permite evaluar si los subsidios de oferta son un incentivo que favorece o desestimula la autofinanciación. El NBI del municipio donde está ubicado el hospital es una proxi de capacidad de pago.

Encontramos lo siguiente:

- La consulta general tiene signo positivo y la especializada negativo. Este hecho confirma lo

dicho a propósito del Cuadro 7. La baja complejidad favorece la autofinanciación. La autonomía financiera de los hospitales públicos enfrenta una grave amenaza con las actuales reglas de organización industrial. Dada la facultad de las EPS para crear sus propias IPS, ya se observa una tendencia a buscar las intervenciones de baja complejidad y alta demanda, forzando a los hospitales públicos a especializarse en actividades de alta complejidad. Si esta segmentación se desarrolla más rápido que la transformación de subsidios, este último proceso puede obstaculizarse severamente, y los hospitales públicos no tendrán más camino que aferrarse a los subsidios de oferta.

- La capacidad instalada, medida en número total de médicos, mantiene una relación positiva con la autofinanciación, pero en el 96 su impacto es menor.
- En los dos primeros años (94-95), los subsidios de oferta presentan una relación negativa con la autofinanciación. En el 96 la autofinanciación pierde significancia. Este hecho es positivo porque el sistema hospitalario estatal, en promedio, empieza a dar signos de inmersión en una lógica de financiación más eficiente.
- El Cuadro 8 también indica que hay una relación negativa entre la afiliación al régimen subsidiado y la autofinanciación. A primera vista, el mayor número de afiliados podría significar mayor demanda para los hospitales públicos. Pero la relación negativa sugiere dos hipótesis. Primera, la gente asegurada no demanda. En tal caso, la producción reportada por los hospitales sería la de vinculados. Este camino parece poco probable. La

segunda hipótesis sería que los afiliados están demandando en otra parte, lo que refuerza nuestra idea de que el mercado estaría llevando a los hospitales públicos a especializarse en intervenciones de alto costo y baja demanda.

- La relación negativa entre el NBI del municipio y la autofinanciación muestra, claramente, que los hospitales situados en zonas pobres tienen mayores dificultades para financiarse que aquellos ubicados en municipios con menos índices de pobreza. En una entrevista reciente Peter Drucker decía que las leyes del mercado son insuficientes para explicar por qué razón preferimos que nuestra madre enferma sea atendida en un hospital ubicado en el vecindario. La ubicación geográfica del hospital segmenta el mercado. Las personas no se desplazan de un lado al otro buscando el hospital más eficiente.

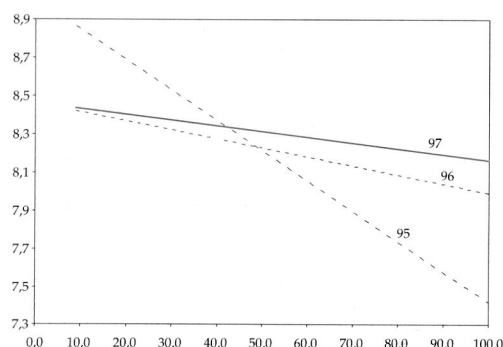
D. El logro de la equidad

En párrafos anteriores hemos mostrado las dificultades que se presentan al tratar de conjugar eficiencia y equidad. Hasta ahora nos hemos referido a la equidad personal. Y esta es la aproximación más conveniente. Habría otra forma de examinar la equidad, enfocándola desde la perspectiva regional. Este acercamiento, aunque es imperfecto, se utiliza con frecuencia, especialmente cuando se buscan criterios para distribuir recursos entre las regiones. Desde esta perspectiva, se considera equitativo favorecer a las regiones pobres. La equidad personal podría reñir con la equidad regional si los ricos de las regiones pobres terminan siendo los beneficiarios de los recursos transferidos. Sin desconocer estas difi-

cultades, el Gráfico 6 nos podría dar una idea global de la equidad regional del régimen subsidiado. Un criterio sencillo de equidad regional sería el siguiente: a medida que el NBI tiende a ser mayor, el número de afiliados al régimen subsidiado también debe ir creciendo. Si este principio se cumple, la pendiente de la curva debe ser positiva. Entre el 95 y el 97 la pendiente de las curvas va siendo menos negativa. El sistema todavía sigue siendo inequitativo, aunque lo es menos en el 97 que en el 95. En otras palabras, y destacando el lado afirmativo, el sistema ha ido mejorando en equidad.

Aunque la reforma ha permitido avanzar en eficiencia (Gráfico 5) y en equidad regional (Gráfico 6), aún estamos muy lejos de la autofinanciación y de la consolidación de un sistema real-

Gráfico 6
COMPARACION ENTRE AFILIACION AL
REGIMEN SUBSIDIADO DE CADA
MUNICIPIO Y EL NBI



El eje vertical corresponde al log del número de afiliados y el horizontal al NBI. Las cifras han sido estandarizadas. Las tres líneas representan las tendencias de cada año (1995, 1996 y 1997).

Fuente: cálculos de los autores a partir de las cifras de la Dirección del Régimen Subsidiado y del NBI estimado por el Departamento Nacional de Planeación.

mente solidario. Estos resultados indican que las tensiones entre las lógicas de oferta y demanda se mantienen y que es iluso pretender que se resuelvan de manera absoluta hacia uno u otro lado.

IV. Conclusiones

Es necesario recuperar el debate sobre la posibilidad o imposibilidad de alcanzar los objetivos de eficiencia y equidad a través de la competencia regulada o el pluralismo estructural. Además, es fundamental avanzar en la comprensión de los límites y posibilidades que ofrecen las herramientas del mercado en la producción y en la provisión de bienes públicos. Los instrumentos de mercado tienen límites intrínsecos que deben conocerse si se quiere avanzar en el desarrollo de la ley 100. Los aprendizajes que se realicen en el frente de la salud, serán insumos claves en la reforma de la organización del sector educativo que el país emprenderá más temprano que tarde.

El balance de la reforma hasta el momento es positivo. La evidencia aportada confirma un notable incremento de la cobertura del aseguramiento de la población sin capacidad de pago a la seguridad social en salud. También se ha avanzado en vincular resultados y financiación en los hospitales públicos, aunque a un ritmo menor al esperado por las leyes. Igualmente, se han observado ajustes que corrigen la regresividad de la asignación de los subsidios.

En cuanto a las restricciones al cambio, la principal fuente de dificultades proviene de un problema de diseño, esto es, la ausencia de separación de los momentos de oferta y demanda en el régimen subsidiado, con los consecuentes efectos sobre la eficiencia del nuevo modelo.

Adicionalmente, por la falta de separación en los momentos de oferta y demanda, como en general por el conjunto de reglas de juego del nuevo sistema, se está configurando una organización industrial particular que bien podría estar sustituyendo la segmentación propia del modelo anterior [Londoño y Frenk 1997] por una nueva segmentación con organizaciones para ricos y organizaciones para pobres. En estos términos, la ordenación de las organizaciones sectoriales según las funciones que cumplen, que es la característica central del pluralismo estructural de Londoño y Frenk, haría su contribución al sistema en términos de eficiencia, pero no resolvería la segmentación.

Otro efecto importante de las actuales reglas de juego es la generación de incentivos que estarían obligando a los hospitales públicos a especializarse en la venta de intervenciones de alta complejidad y baja demanda, dejando en manos del sector privado las intervenciones individuales de bajo costo y alta demanda, constituyéndose, muy probablemente, en uno de los más importantes obstáculos a la transformación de subsidios.

Por todo lo anterior, la factibilidad de universalizar el aseguramiento depende de la remoción de restricciones institucionales, mas que de restricciones financieras. A este respecto hemos

intentado mostrar los complejos vínculos que existen entre la política de transformación de subsidios, las determinantes y el ritmo de autofinanciación de los hospitales del estado.

Con respecto a los ingresos de los médicos, como restricción al cambio, las simulaciones presentadas muestran que desde el punto de vista del precio las oportunidades de ingreso en esta profesión se han incrementado de manera importante en términos reales desde la implementación de la reforma. La restricción asociada a los médicos, en consecuencia, se referiría mejor a la introducción del nuevo esquema de accountability propio de la competencia y del aseguramiento.

Al volcar el conjunto de estos hallazgos y reflexiones a una propuesta de política pública que dinamice la transición hacia el nuevo modelo, no solo hemos propuesto la necesidad de asociar la transformación de subsidios y la autofinanciación de los hospitales del Estado, sino que también podemos proponer un desplazamiento del centro de gravedad de la reforma desde el nivel nacional hacia los niveles subnacionales (departamentos). En otras palabras, un camino para culminar la transición sería dinamizar "las reformas", donde los actores principales sean los Concejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, como espacios centrales de diálogo y concertación.

Bibliografía

- Aaron Henry, (1994), "Issues Every Plan to Reform Health Care Financing Must Confront", en *The Journal of Economic Perspectives*, American Economic Association, Summer, Vol. 8 no. 3.
- Aaron Henry, (1996), "Health Care Reform: The Clash of Goals, Facts and Ideology", en Fuchs Victor, *Individual and Social Responsibility. Child Care, Education, Medical Care, and Long-Term Care in America*, National Bureau of Economic Research, Chicago Press. Chicago.
- Altman Stuart H. et al., (1989), *Competition and Compassion, Conflicting Roles for Public Hospitals*, Health Administration Press, Ann Arbor.
- Arrow Kenneth., (1951), *Social Choice and Individual Values*, New York, John Wiley & Sons, Inc.
- Arrow Kenneth., (1963), "Notes on the Theory of Social Choice", en Arrow, Kenneth., (1951). *Social Choice and Individual Values*, New York, John Wiley & Sons, Inc, 1963, pp. 92-120.
- Arrow Kenneth., (1963), b. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". *American Economic Review*, no. 53, pp. 941-973. Reproducido en *Collected Papers of Kenneth Arrow. Applied Economics*, vol. 6, Cambridge, Mass.: Belknap Press, Harvard University Press, 1985, pp. 15-50. Traducido con el título "La Incertidumbre y el Análisis del Bienestar de las Prestaciones Médicas", *Economía de la Salud*, junio 1981, pp. 47-60.
- Arrow Kenneth., (1972), "El Equilibrio Económico General: Propósito, Técnicas Analíticas, Elección Colectiva", en *Los Premios Nobel de Economía*, Fondo de Cultura Económica, pp. 155-187.
- Barnum Howard y Kutzin Joseph, (1993), *Public Hospitals in Developing Countries*, World Bank, The Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Enthoven Alain, (1978), "Consumer Choice Health Plan", en *New England Journal of Medicine* Vol. 298 no. 12 y 13. March.
- Enthoven Alain, (1993), "The history and principles of Managed Competition", en *Health Affairs*, no. 12.
- Estrategia Económica, "Debate ¿Cómo Acelerar la Reforma de salud para los Pobres?" *Estrategia*, no. 266, octubre.
- Feldstein Martin, (1996), Comment of Aaron's paper [1996], en Fuchs Victor, *Individual and Social Responsibility. Child Care, Education, Medical Care, and Long-Term Care in America*, National Bureau of Economic Research, Chicago Press. Chicago.
- Fielding Jonathan., Rice Thomas, (1993), "Can Managed Competition solve the problems of Market Failure?" Comment, en *Health Affairs*, no. 12.
- Giedion Ursula., Morales Luis., López Alvaro, (1997), *Lineamientos Generales para la Transición de Subsidios de Oferta a Subsidios de Demanda*, Misión Harvard, mimeo.
- González Jorge Iván., Pérez Calle Francisco, (1997), "La transición de los hospitales públicos de Colombia hacia la financiación por venta de servicios 1993-1995", *Coyuntura Social*, no. 16, Fedesarrollo & Instituto Ser, Bogotá.
- Gray Bradford, (1991), *The Profit Motive and Patient Care. The Changing Accountability of Doctors and Hospitals*, Harvard University Press, Cambridge.
- Hudson Terese, (1997), "Faster. Stronger. Private? Stunted by politics and high costs, public hospitals convert to compete", *Hospitals and Health Networks* vol. 71, no. 13, Chicago.
- Lipietz Alain, Leborgne Danielle, (1988), *Flexibilité Defensiva ou Flexibilité Offensive: Les défis des Nouvelles Technologies et la Competition Mondiale*, Intervención en la Conferencia Internacional de la Asociación Internacional de Sociología, mimeo, Rio de Janeiro.
- Londoño Juan Luis (1996), *Managed Competition in the Tropics*, International Health Economics Association Inaugural Conference, Vancouver (may) mimeo.
- Londoño Juan Luis., Frenk Julio, (1997), "Structured Pluralism: Towards an innovative model for health system reform in Latin America", *Health Policy*, no. 41.
- Ministerio de Salud (1996), *Consultoría sobre el Estudio Financiero del Sector Salud y la Reforma de la Ley 60 de 1993*, mimeo.
- Mora Humberto., Morales Luis., (1997), Consideraciones sobre la Evaluación de la Eficiencia Relativa de los Hospitales Colombianos, Misión Harvard, mimeo.
- Musgrove Philip, (1996), *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns*, The World Bank Group, Human Development Department.
- Pauly Mark, (1978), "Is medical care different?, en *Competition in the Health Care Sector: Past, Present and Future*, ed. Warren Greenberg, Washington DC, Federal Trade Commission.

- Pauly Mark, (1988), "Is medical Care Different? Old questions, New Answers", en *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 13, no. 2, Summer.
- Pérez Calle Francisco, (1997), "La autofinanciación de los hospitales públicos", en *Planeación & Desarrollo*, no. 1 de 1997, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá.
- Pérez Calle Francisco, (1997), *Managed Competition ¿Para los Pobres?*, 1er Seminario Internacional y 3º Nacional de Economía de la Salud. U. del Rosario, Bogotá. Mimeo.
- Preker Alexander and Feachmen Richard, (1996), *Market Mechanisms and the Health Sector in Central and Eastern Europe*, World Bank Technical Paper no. 293, Washington D.C.
- Presidencia de la República, (1988), *El Problema de los Hospitales, una Vía de Solución en el Marco del Sistema Nacional de Salud*, serie: Así Estamos Cumpliendo, Tomo X, Bogotá.
- Sánchez Alvaro, (1995), *Hospital Colombia*, Bogotá, mimeo.
- Tirole Jean, (1989), *The Theory of Industrial Organization*, The MIT Press, Cambridge.
- Wiesner Eduardo, (1997), *La Efectividad de las Políticas Públicas en Colombia. Un Análisis Neoinstitucional*, Bogotá, Departamento Nacional de Planeación, mimeo.
- Bergson Abram, (1938), "A Reformulation of Certain Aspects of Welfare Economics", *Quarterly Journal of Economics*, 52, pp. 310-334.