

ISSN 0121-2532



COYUNTURA SOCIAL



DIRECTOR EJECUTIVO

Juan José Echavarría S.

SUBDIRECTORA

María del Pilar Esguerra U.

SECRETARIA GENERAL

María Mercedes Carrasquilla B.

INVESTIGADORES ASOCIADOS

Olga Lucía Acosta N.

Israel Fainboim Y.

Alejandro Gaviria U.

Ulpiano Ayala O.

Mauricio Reina E.

Juan Gonzalo Zapata G.

INVESTIGADORES

María Angélica Arbeláez R.

Marta Luz Henao V.

Sandra Zuluaga M.

Ariane Ortíz B.

ASISTENTES DE INVESTIGACIÓN

Germán Arango B.

Alejandro Arregoces C.

Geovana Acosta

Germán Forero C.

María Lucía Guerra

Mónica Lylián Parra T.

Mario Nigrinis O.

Andrés Mauricio Velasco M.

Tarifa Postal Reducida No. 907

Vence diciembre de 2001

Coyuntura Social

EDITORAS COYUNTURA SOCIAL

Olga Lucía Acosta N.
Marta Luz Henao V.

Número 23
Noviembre de 2000

**Publicación admitida en el Índice Nacional de Publicaciones Seriadadas Científicas y Tecnológicas de
COLCIENCIAS**

FEDESARROLLO

Calle 78 No. 9 - 91

Tels.: 312 53 00 - 530 37 17

Fax: 212 60 73

Apartado Aéreo 75074

E-mail: administrator@fedesarrollo.org.co

<http://www.fedesarrollo.org.co>

Santafé de Bogotá D.C., Colombia

Diseño Carátula

Marta Granados

Artes

Myriam Consuelo Lozano G.

Fedesarrollo

Impresión

Lito Camargo

Carrera 20 No. 5-12

Bogotá D.C.

Impresa y hecha en Colombia

Printed and made in Colombia

Contenido

EDITORIAL	5
INDICADORES SOCIALES	
Indicadores de Empleo	11
Indicadores de Encuesta Social	18
ANALISIS COYUNTURAL	
El sistema de seguridad social en salud: logros y retos	31
INFORMES DE INVESTIGACIÓN	
Desarrollo institucional del sector salud en Bogotá <i>Ursula Giedion</i> <i>Héctor Raúl López S.</i> <i>John Alberto Marulanda R.</i>	57
Decisiones: sexo y embarazo entre las jóvenes colombianas <i>Alejandro Gaviria U.</i>	83
Efectos de la reforma en salud sobre los hospitales públicos: el caso de Bogotá <i>Ursula Giedion</i> <i>Luis Gonzalo Morales F.</i> <i>Olga Lucía Acosta N.</i>	97
¿Sobre quien ha recaído el peso de la crisis? <i>Alejandro Gaviria U.</i>	127
INFORME ESPECIAL	
Acceso a servicios de salud en Colombia: efectos del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos <i>Teresa Tono R.</i>	143

Editorial

La presente crisis económica ha suscitado un renovado interés en la vulnerabilidad. Las políticas sociales en Colombia estuvieron por mucho tiempo orientadas a combatir una pobreza de carácter estructural y de características conocidas. La crisis económica ha obligado a reorientar la atención de la política social hacia las necesidades de las víctimas de la crisis, los nuevos pobres, cuyas características son menos conocidas y cuyo número ha alcanzado niveles sin precedentes. Sin duda, las nuevas circunstancias económicas han desnudado las fallas de los programas de protección social del país, y han puesto de presente la necesidad de una red de protección social de cobertura amplia y carácter permanente.

En Colombia no existe una red de protección social propiamente dicha. Existen, claro está, un sinnúmero de programas de asistencia social que en su conjunto adolecen de tres problemas principales. El primer problema es de cobertura: algunos grupos, los ancianos, los adolescentes y los trabajadores informales, carecen de toda protección por parte del Estado. El segundo de focalización: la mayoría de los programas no utilizan instrumentos de focalización explícitos que permitan orientar el gasto social hacia los grupos más

necesitados. Así, la focalización depende en muchos casos del arbitrio del funcionario de turno. Y el tercer problema es de evaluación: simplemente no se sabe qué funciona y qué no. Por ejemplo, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) cuenta con más de 150 programas, lo que hace difícil cualquier evaluación sistemática.

A pesar de los problemas anteriores, Colombia tiene una ventaja incuestionable en este frente pues cuenta con recursos tributarios suficientes para implementar un ambicioso sistema de protección social. Los recursos aportados por los colombianos a los fondos de pensiones y cesantías, al Sena, el ICBF, el sector salud y las cajas de compensación, ascienden a 45 por ciento de la nómina total del país; recursos que, si se usan racionalmente, permitirían atender las demandas seguridad social de muchos colombianos. La clave está entonces en diseñar un sistema racional que aproveche eficientemente los recursos existentes. Un estudio reciente de Fedesarrollo muestra, por ejemplo, que una proporción exagerada del gasto social del país se destina a burocracia.

La deserción escolar es uno de los aspectos más preocupantes de la reciente crisis económica,

y una de las principales justificaciones de las políticas encaminadas a garantizar el sostenimiento del nivel de ingreso de los hogares más pobres. Cifras de la Encuesta Social de Fedesarrollo muestran que aproximadamente diez por ciento de los jóvenes entre diez y dieciocho años y residentes en las cuatro principales áreas metropolitanas del país se han visto obligados a interrumpir sus estudios por dificultades económicas. Infortunadamente, la experiencia internacional señala que la mayoría de quienes interrumpen sus estudios en épocas de crisis no regresan a las aulas cuando viene la recuperación. El gobierno ha propuesto un programa de subsidios condicionados a los hogares que permitirá disminuir el efecto de la crisis sobre las tasas de deserción escolar. Pero dichos subsidios no llegarán, por diseño de política, a los habitantes de las principales áreas metropolitanas del país donde la deserción escolar ha alcanzado niveles alarmantes, por decir lo menos.

La deserción escolar no es la única fuente de vulnerabilidad entre los jóvenes colombianos. Dieciocho por ciento de las adolescentes residentes en áreas urbanas están o han estado embarazadas. De ellas 65 por ciento han tenido que abandonar sus estudios, algunas de manera permanente. Cuarenta por ciento de los jóvenes entre 15 y 24 años de edad y que participan en el mercado de trabajo están desempleados, y sin perspectivas de empleo futuro. Además, los jóvenes son las principales víctimas de los homicidios que, dicho sea de paso, aumentaron de nuevo en el año 2000 después de una disminución transitoria a finales de los noventa.

Estos problemas de vulnerabilidad juvenil, algunos nuevos otros de vieja data, constituyen, en la opinión de Fedesarrollo, el principal desafío de la política social en los años venideros. Ignorarlos, o no prestarles la atención debida, podría

tener consecuencias desastrosas, no sólo para los jóvenes más vulnerables que se debaten hoy en la cuerda floja, sino para la totalidad del país.



La reforma del sector salud, puesta en marcha por la ley 100 de 1993, constituye la política social más ambiciosa que ha acometido el país desde la gran expansión educativa de los años sesenta. Los logros de la reforma son innegables. La cobertura ha aumentado de manera sustancial y algunos indicadores, entre ellos la mortalidad infantil, han mejorado considerablemente.

Pero la reforma ha traído consigo problemas serios y enfrenta grandes amenazas. Las tasas de vacunación han caído de manera estrepitosa, aparentemente como resultado de problemas de coordinación entre las empresas promotoras de salud y los usuarios. La transformación de los hospitales públicos en empresas prestadoras de servicios ha sido más lenta de lo esperado, lo que ha impedido el avance en la afiliación al sistema de los grupos más pobres pues muchos recursos han tenido que ser destinados a mantener los hospitales no transformados. Aun más importante, el sistema está hoy amenazado por una ingente crisis financiera originada por problemas de evasión, subdeclaración y doble afiliación; problemas que se han hecho evidentes con la puesta en marcha de un sistema de información en cabeza de la Superintendencia de Salud.

Fedesarrollo considera imperativo introducir urgentes correctivos a los problemas mencionados arriba. De lo contrario los avances logrados por la reforma del sector salud podrían echarse a perder, y fracasaría así el más ambicioso programa social emprendido por el país en muchos años.

GANADORES DE LOS PREMIOS ALEJANDRO ANGEL ESCOBAR

2000

CIENCIAS EXACTAS, FISICAS Y NATURALES

Interacción Micobacteria-Macrófito: su papel en la Inmunopatogénesis de la Tuberculosis, por el Grupo de Inmunología Celular e Inmunogenética. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Coordinado por Luis Fernando García e integrado por Luis F. Barrera, Sara París, Mauricio Rojas, Gloria Vásquez, Mauricio Arias, Edwin Patiño y Jovanny Zabaleta

CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

Ordenamiento espacial y control político en las llanuras del Caribe y en los Andes centrales neogranadinos, Siglo XVIII, por Marta Herrera Angel, historiadora, investigadora independiente

MEDIO AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

Balances Hidrológicos en Colombia, por el Grupo de Investigadores del Programa de Posgrado en Aprovechamiento de Recursos Hidráulicos de la Facultad de Minas, Universidad Nacional, sede Medellín. Dirigido por Oscar Mesa Sánchez e integrado por Germán Poveda Jaramillo, Jaime Ignacio Vélez y 17 estudiantes

SOLIDARIDAD

Corporación Cultural Nuestra Gente, de Medellín

Fundación Social Colombiana Cedavida, de Bogotá

MENCIONES DE HONOR

CIENCIAS

Caracterización de la biodiversidad en áreas prioritarias de la vertiente oriental de la Cordillera Oriental, por el Grupo de Expedición y Monitoreo Ambiental del Instituto Alexander von Humboldt, bajo la dirección de Fernando Gast, coordinador de Programa de Inventarios de Biodiversidad e integrado por Mauricio Alvarez R., Federico Escobar, Humberto Mendoza C. y Héctor Villarreal

Al comer se abre el apetito. Una mirada cultural de la alimentación en el Nuevo Reino de Granada, Siglos XVI y XVII, por Gregorio Andrés Saldarriaga Escobar, historiador y antropólogo

La vida de los maestros colombianos, por Rodrigo Parra Sandoval, Elsa Castañeda Bernal, Patricia Calonje, Rocío Rueda y Juan Carlos Tedesco. Con el auspicio de la Fundación Antonio Restrepo Barco, Colciencias y la Secretaría de Educación de Bogotá D.C.

Beneficio Ecológico del Café, por el Grupo de Postcosecha de Cenicafé, integrado por Gonzalo Roa, Carlos Oliveros, José Alvarez, César A. Ramírez, Juan R. Sanz, Jairo Alvarez, Marco T. Dávila, Diego A. Zambrano, Gloria Puerta y Nelson Rodríguez

SOLIDARIDAD

Fundación Humedal La Conejera, de Bogotá

Fundación Las Golondrinas, de Medellín

FUNDACION ALEJANDRO ANGEL ESCOBAR

Carrera 7 No. 71 - 52 Torre A Of. 406 Teléfonos 3120150 -3120151 Fax 3120152
A.A. 250097 E-mail: faae@faae.org.co - En internet: www://faae.org.co Bogotá D.C.

Publicaciones de Fedesarrollo para la venta*

Título	Precio en Colombia (\$)	Precio en el exterior (US\$)
<i>Afluencia de Capitales y Estabilización en América Latina</i> , R. Steiner, Compilador, Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo, 1994.	40.000	67.00
<i>América Latina Frente a la Desigualdad 1998 - 1999</i> , Bid.	57.000	64.00
<i>América Latina Tras una Decada de Reformas 1997</i> , Bid.	33.000	47.00
<i>Análisis de Coyuntura Económica, Métodos y Aplicaciones en América Latina</i> , E. Lora, J. Vial, Coordinadores, Tercer Mundo Editores-Fedesarrollo 25 Años, 1995.	25.000	48.00
<i>Cinco Ensayos sobre Tributación en Colombia</i> , R. Steiner, C. Soto, D. Pizano, Cuadernos de Fedesarrollo, No. 6, 1999.	20.000	24.00
<i>Colombia ante la Economía Mundial</i> , M. Urrutia, Compilador, Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo, 1993.	38.000	67.00
<i>Colombia y la Economía Mundial 1820-1910</i> . J. A. Ocampo.	33.000	47.00
<i>Corrupcion Crimen y Justicia</i> , M. Cardenas, R. Steiner, Compiladores, Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo, Lacea, Colciencias, agosto 1998.	33.000	43.00
<i>Crisis e Industrialización. Las Lecciones de los Treinta</i> , J.J. Echavarría, Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo, Banco de la República, agosto 1999.	33.000	47.00
<i>Distribución del Ingreso y Desarrollo Económico, Colombia en el Siglo XX</i> , J. Londoño De La Cuesta, Tercer Mundo Editores, Banco de la República, Fedesarrollo 25 Años, 1995.	31.000	67.00
<i>Economía Política de las Finanzas Públicas en América Latina</i> , M. Cardenas, S. Montenegro, Compiladores, Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo, Lacea, Colciencias, enero 1999.	33.000	43.00
<i>Economía y Opinión</i> , 25 Años de Fedesarrollo, H. Gómez Buendía, Editor Tercer Mundo Editores, Colciencias, 1995.	18.000	41.00
<i>El Comercio Exterior y la Política Internacional del Café</i> , R. Junguito, D. Pizano, Coordinadores, Fondo Cultural Cafetero, Fedesarrollo, 1994.	33.000	67.00
<i>El Crecimiento Económico en América Latina</i> , M. Cárdenas. S. Edwards, Coordinador Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo, 1996.	34.000	58.00
<i>El Gobierno Barco. Economía, Política y Desarrollo Social en Colombia, 1986 - 1990</i> , M. Deas, Ossa, Coordinadores, Fondo Cultural Cafetero, Fedesarrollo, 1994.	47.000	67.00
<i>El Salto Social en Discusión, Políticas Sociales 1994- 1998</i> , E. Lora, C. Lanzetta, Coordinadores, Tercer Mundo Editores, Pnud, Fedesarrollo 25 Años, 1995.	32.000	67.00
<i>El Sistema Nacional de Salud</i> , Fedesarrollo, Organización de la Salud, 1988.	6.000	28.00
<i>Empleo y Distribución del Ingreso en América Latina</i> , M. Cárdenas.	57.000	89.00
<i>Ensayo sobre Historia Economica de Colombia</i> , Fedesarrollo 1980.	5.000	28.00
<i>Ensayos de Historia Monetaria y Bancaria de Colombia 1850-1939</i> , F. Sánchez, Compilador, Fedesarrollo, Asociacion Bancaria, Tercer Mundo Editores.	33.000	58.00
<i>Estabilización y Crecimiento. Nuevas Lecturas de Macroeconomía Colombiana</i> , R. Steiner, Compilado, Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo, 1994.	28.000	44.00
<i>Historia Económica de Colombia</i> , J. A. Ocampo, Compilador, Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo, 1990.	35.000	67.00
<i>Impacto de la Deuda Externa en América Latina</i> , C. López Montaña.	45.000	67.00
<i>Inflación y Estabilización en América Latina: Nuevos Modelos Estructurales</i> , J. A. Ocampo, Compilador Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo, 1990.	26.000	44.00

* Válida hasta diciembre 31 de 2000

Nota. A nivel nacional: si cancelan con cheques de otras plazas, favor incluir \$5.000 por concepto de transferencia bancaria. Los cheques deben ser girados a nombre de Fedesarrollo.

Publicaciones de Fedesarrollo para la venta*

Título	Precio en Colombia (\$)	Precio en el exterior (US\$)
<i>Inflación, Estabilización y Política Cambiaria en América Latina: Lecciones de los Noventa</i> , M. Cárdenas, S. Edwards, 1997.	40.000	60.00
<i>Información de Industria y Comercio por meses</i> , Fedesarrollo.	11.000	
<i>Información de Construcción por trimestre</i> , Fedesarrollo.	33.000	
Infraestructura, Orden Público y Relaciones Internacionales, M. Reina, D. Yanovich, Cuadernos de Fedesarrollo No. 5 1998.	20.000	24.00
<i>Instituciones e Instrumentos de la Política Cafetera en Colombia</i> , R. Junguito, D. Pizano. Fedesarrollo, Fondo Cultural Cafetero.	33.000	40.00
<i>Introducción a La Macroeconomía Colombiana (1989)</i> , E. Lora, J. A. Ocampo, R. Steiner, Coordinadores, Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo, Tercera Edición Revisada y Actualizada, 1994	38.000	67.00
La Autonomía Del Banco De La República, Economía Política De La Reforma, R. Steiner, Compilador, Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo 25 Años, 1995.	32.000	67.00
<i>La Corrupción en Colombia. Diagnóstico y Formas de Combatirla</i> , F. Cepeda Ulloa, Coordinador, Contraloría General de la República, Fedesarrollo, Tercer Mundo Editores, 1994.	38.000	41.00
<i>La Volatilidad de los Flujos de Capital 1996</i> , Bid.	33.000	47.00
<i>Latin America After a Decade of Reforms</i> , Banco Interamericano de Desarrollo.	33.000	47.00
<i>Los Capitales Extranjeros en las Economías Latinoamericanas</i> , J. A. Ocampo, Editor Bid, Fedesarrollo, 1994.	28.000	44.00
<i>Los Dólares del Narcotráfico</i> , R. Steiner, Cuadernos de Fedesarrollo No. 2, 1997.	20.000	24.00
<i>Macroeconomía de los Flujos de Capital en Colombia y América Latina</i> , M. Cárdenas, L.J. Garay, compiladores, Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo, Fescol, 1993.	62.000	90.00
<i>Misión de Estudios Mercado de Capitales</i> , Mininterio Hacienda y Crédito Público, Banco Mundial, Fedesarrollo, Tercer Mundo Editores, 1996.	48.000	89.00
<i>Perspectivas de la Industria Aseguradora</i> , N. Salazar, S. Zuluaga. Cuadernos de Fedesarrollo No. 3, 1997-2010.	20.000	24.00
<i>Petróleo Sector Exportador</i> , Fedesarrollo, Analdex.	48.000	87.00
<i>Pobreza y Desigualdad en América Latina</i> , M. Cardenas, N., Compiladores, Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo, Lacea, Colciencias, enero 1999.	33.000	43.00
<i>Política Internacional y Economía Abierta del Café</i> , R. H. Bates, Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo, 1999.	39.000	50.00
<i>Private Capital Flows To Developing Countries</i> , Banco Mundial.	40.000	53.00
<i>Producción del Café en Colombia</i> , R. Junguito, D. Pizano, Fondo Cultural Cafetero, Fedesarrollo, 1991.	28.000	58.00
<i>Progreso Económico y Social en América Latina</i> , Banco Interamericano de Desarrollo.	57.000	64.00
<i>Salud Educación y Desempleo Diagnóstico y Recomendaciones</i> , M. Reina, D. Yanovich. Cuadernos de Fedesarrollo No. 4 1998.	20.000	24.00
<i>Tasa de Cambio en Colombia</i> , M. Cárdenas, Cuadernos de Fedesarrollo No. 1, 1997.	20.000	24.00
<i>Técnicas de Medición Económica: Metodologías y Aplicaciones en Colombia</i> , E. Lora, Tercer Mundo Editores, Fedesarrollo, Segunda Edición Corregida y Aumentada, 1991.	49.000	87.00
<i>The Colombian Economy</i> , Fedesarrollo, Federación Nacional de Cafeteros Editores, Fedesarrollo 25 años, 1995.	15.000	33.00
<i>Suscripción a la E.O.E. (Construcción - Trimestral)</i> , Fedesarrollo.	134.000	
<i>Suscripción a La E.O.E. (Industria y Comercio - Mensual)</i> , Fedesarrollo.	134.000	

* Válida hasta diciembre 31 del 2000

Nota. A nivel nacional: si cancelan con cheques de otras plazas, favor incluir \$5.000 por concepto de transferencia bancaria. Los cheques deben ser girados a nombre de Fedesarrollo.

I. Indicadores de empleo

El mercado laboral, que había reaccionado favorablemente en septiembre de 2000, se desaceleró de nuevo en diciembre de ese mismo año

En septiembre de 2000 se observaba un cambio de tendencia en el comportamiento del mercado laboral de las siete principales áreas metropolitanas y se esperaba que la consolidación de este cambio dependería de las expectativas de los empresarios, tanto nacionales como extranjeros, sobre las posibilidades de lograr la paz y de la capacidad del gobierno de lograr las reformas estructurales requeridas para controlar el déficit fiscal, tales como la reforma pensional y la de transferencias.

Los datos del comportamiento del mercado laboral de diciembre de 2000, sin embargo, muestran que este cambio positivo de tendencia del mercado laboral detectado en septiembre de 2000 no se consolidó (Cuadro 1). La tasa de desempleo aumentó de 18% en diciembre de 1999 a 19,7% en el mismo mes de 2000 y el crecimiento del empleo, que entre septiembre de 1999 y el mismo mes de 2000 había sido 4,8%, fue apenas de 1,3% en diciembre de 2000 con respecto a diciembre de 1999 (Cuadro 2). Este leve crecimiento del empleo implicó una caída en la tasa de ocupación¹ de 52,3% a 51,9%.

Además del bajo crecimiento del empleo, la oferta laboral continuó creciendo, lo que reforzó el aumento de la tasa de desempleo. La tasa de participación global (PEA/PET) pasó de 63,8% a

64,6% entre diciembre de 1999 y el mismo mes de 2000.

Como es bien conocido, son las mujeres las que están ingresando masivamente al mercado laboral, no sólo por efecto de su mayor nivel educativo, sino para contrarrestar el aumento del desempleo de otros miembros del hogar. El Cuadro 3 muestra que el aumento en la TPG ha sido básicamente de mujeres. La TPG de los hombres pasó de 72,7% a 74% entre 1997 y 2000, mientras que, en ese mismo período, la de las mujeres pasó de 49% a 57,1%.

La situación más preocupante es la de Bogotá, donde la tasa de desempleo aumentó en forma drástica al pasar de 16,9% a 20,3% en el período analizado. Una tasa de desempleo tan alta nunca se había presentado en la capital, cuyas tasas han sido tradicionalmente muy inferiores a las de las demás áreas metropolitanas. Esto es preocupante no sólo por los problemas económicos que lleva implícita una tasa de desempleo de tal magnitud, sino por los problemas de criminalidad y violencia. Sobre todo en una ciudad que, como se muestra en el análisis de la Encuesta Social de Fedesarrollo, tiene tasas muy altas de robos y atracos. Como se muestra en el indicador de la Encuesta Social, a la pregunta de si se siente seguro en su ciudad, 71% de los bogotanos contestó que no se siente seguro, en Cali 60% de sus habitantes no se sienten seguros, mientras que en Medellín este porcentaje alcanzó 33,7%.

¹ Relación entre el empleo y la población en edad de trabajar.

Cuadro 1
TASA GLOBAL DE PARTICIPACIÓN, DE OCUPACIÓN Y DESEMPLEO OBSERVADAS POR ÁREA
METROPOLITANA (Datos trimestrales 1997-2000)

Período	Bogotá			Medellín, Valle de Aburrá			Cali			Barranquilla		
	TD	TGP	TO	TD	TGP	TO	TD	TGP	TO	TD	TGP	TO
1997 I	8,4	57,7	52,9	16,4	58,7	49,0	17,1	59,4	49,3	12,8	54,6	47,6
1997 II	11,4	59,8	53,0	15,3	58,3	49,3	18,4	63,2	51,6	11,4	55,4	49,1
1997 III	9,9	61,5	55,5	13,9	57,4	49,5	17,0	62,6	51,9	12,1	53,8	47,3
1997 IV	10,6	62,6	56,0	12,4	59,1	51,8	16,6	63,8	53,2	10,6	55,6	49,7
1998 I	12,7	63,6	55,6	16,3	60,0	50,2	17,9	64,2	52,7	13,0	57,0	49,6
1998 II	14,8	63,9	54,5	16,7	60,8	50,6	19,7	64,5	51,8	13,0	56,6	49,2
1998 III	13,3	61,0	52,9	15,8	60,0	50,5	20,6	65,5	52,0	11,6	54,6	48,2
1998 IV	15,3	64,7	54,8	15,8	59,0	49,6	19,6	65,3	52,5	10,4	56,5	50,7
1999 I	18,0	63,6	52,2	23,1	60,0	46,1	21,2	63,7	50,2	16,7	59,1	49,2
1999 II	19,1	64,0	51,7	21,7	60,0	47,0	21,5	68,8	54,0	16,3	55,5	46,5
1999 III	19,3	64,0	51,7	22,4	60,8	47,2	21,9	68,2	53,3	16,5	56,7	47,4
1999 IV	16,9	65,7	54,6	20,1	60,5	48,3	20,5	66,8	53,1	14,3	57,4	49,2
2000 I	19,6	65,1	52,3	22,2	61,1	47,5	21,6	65,8	51,6	18,7	59,0	48,0
2000 II	20,7	64,8	51,4	20,8	60,6	48,0	21,3	67,4	53,0	18,0	58,5	48,0
2000 III	20,3	65,8	52,4	21,0	62,0	48,9	21,4	67,4	53,0	20,2	61,0	48,7
2000 IV	20,3	66,5	53,0	20,0	60,1	48,1	21,0	70,0	55,2	15,2	57,3	48,6
Período	Bucaramanga			Manizales			Pasto			Total		
	TD	TGP	TO	TD	TGP	TO	TD	TGP	TO	TD	TGP	TO
1997 I	12,7	64,1	55,9	13,9	55,7	48,0	14,9	62,6	53,3	12,3	58,3	51,1
1997 II	11,5	64,3	56,9	12,0	55,3	48,7	15,1	64,9	55,1	13,4	59,8	51,8
1997 III	9,6	59,5	53,8	12,2	55,7	48,9	15,8	65,1	54,8	12,1	59,9	52,6
1997 IV	11,4	66,1	58,5	11,9	57,1	50,3	14,2	65,6	56,3	12,0	61,5	54,1
1998 I	14,5	65,6	56,1	14,5	57,4	49,0	14,5	65,2	55,8	14,4	62,3	53,3
1998 II	15,9	66,6	56,0	16,6	57,9	48,3	17,0	68,3	56,8	15,9	62,7	52,8
1998 III	14,0	63,3	54,4	17,4	57,8	47,8	16,6	65,3	54,5	15,0	61,0	51,8
1998 IV	15,0	64,3	54,6	16,5	58,3	48,6	16,1	65,1	54,7	15,6	62,7	52,9
1999 I	19,6	63,1	50,7	21,1	57,5	45,4	18,6	63,6	51,8	19,5	62,3	50,1
1999 II	21,1	64,8	51,1	21,3	57,2	45,0	19,2	65,6	53,0	19,9	62,9	50,4
1999 III	18,7	64,8	52,6	20,8	59,6	47,3	21,0	66,7	52,7	20,1	63,3	50,6
1999 IV	17,4	65,0	53,7	21,1	59,7	47,1	18,4	66,0	53,9	18,0	63,8	52,3
2000 I	19,8	68,2	54,7	20,6	61,0	48,4	16,9	66,5	55,2	20,3	63,9	50,9
2000 II	19,0	66,0	53,4	22,1	61,0	47,5	18,5	68,8	56,1	20,4	63,8	50,8
2000 III	17,9	66,6	54,7	22,4	62,3	48,3	21,3	70,0	55,1	20,5	64,9	51,5
2000 IV	16,8	64,5	53,6	21,1	62,7	49,5	21,3	68,0	53,5	19,7	64,6	51,9

Fuente DANE, Encuesta Nacional de Hogares

El fuerte crecimiento del desempleo en Bogotá se debe a que el empleo no creció (-0,3%), mientras que la Población Económicamente Activa (PEA) aumentó en 125.000 personas. El aumento de la PEA puede explicarse por el fuerte crecimiento de la población total de la ciudad durante el último año, la cual aumentó en 250.000 personas, cuando el crecimiento tradicional de la ciudad ha sido alrededor de 150.000 personas por año.

El estancamiento del empleo de Bogotá se dio a pesar del auge de obras públicas en la ciudad. De aquí se saca una lección importante: el empleo es dinámico cuando el sector privado crece, como fue el caso de Bogotá durante la primera mitad del decenio de los noventa.

Medellín, Cali y Manizales presentan también tasas de desempleo superiores a 20%, pero sin

Cuadro 2
VARIACIÓN DE LA POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA, OCUPADOS Y DESOCUPADOS
(Diciembre de 1999 a diciembre de 2000)

Áreas metropolitanas	Diciembre 1999			Diciembre 2000			Variación dic 1999 a dic 2000		
	PEA*	Ocupados*	Desempleados	PEA	Ocupados	Desempleados	PEA	Ocupados	Desempleados
Bogotá, D.C.	3.236.824	2.689.839	546.985	3.361.925	2.681.135	680.790	3,86	-0,32	24,5
Medellín	1.326.567	1.060.096	266.471	1.349.774	1.080.494	269.280	1,75	1,92	1,1
Cali	1.129.186	898.195	230.991	1.196.474	944.736	251.738	5,96	5,18	9,0
Barranquilla	674.421	577.726	96.695	683.903	579.950	103.953	1,41	0,38	7,5
Bucaramanga	453.554	374.470	79.084	459.413	382.232	77.181	1,29	2,07	-2,4
Manizales	174.374	137.615	36.759	188.286	148.633	39.653	7,98	8,01	7,9
Pasto	173.485	141.529	31.956	181.006	142.397	38.609	4,34	0,61	20,8
Total	7.168.411	5.879.470	1.288.941	7.420.781	5.959.577	1.461.204	3,52	1,36	13,4

* Datos preliminares diciembre de 2000.

Fuente Dane, Encuesta Nacional de Hogares.

Cuadro 3
TASA GLOBAL DE PARTICIPACIÓN, DE
OCUPACIÓN Y DE DESEMPLEO SEGÚN SEXO
(Siete áreas metropolitanas)

	Hombres			Mujeres		
	TGP	TO	TD	TGP	TO	TD
1991	74,5	69,0	7,4	46,7	40,6	13,1
1992	74,2	69,4	6,5	47,4	41,4	12,6
1993	74,7	70,7	5,3	48,0	42,7	11,0
1994	73,9	70,3	4,9	46,4	41,2	11,2
1995	74,1	69,1	6,8	47,1	41,8	11,3
1996	73,1	66,1	9,6	47,1	40,0	15,1
1997	72,7	65,5	9,8	49,0	41,6	15,1
1998	73,0	63,9	12,5	50,7	41,6	18,0
1999	73,8	61,1	17,2	54,3	41,7	23,3
2000	74,0	61,4	16,9	57,1	43,1	24,5

Fuente Dane, Encuesta Nacional de Hogares.

aumentos importantes en el último año. En Cali y Manizales y, en menor medida en Medellín, el empleo fue dinámico (Ver de nuevo el Cuadro 2). Cabe destacar el caso de Cali, donde a pesar del crecimiento en el empleo (5%), la tasa de desempleo no disminuyó debido a que la tasa de participación global pasó de 66,8% a 70%. En Pasto también se presentó un aumento de la tasa de

desempleo de 18% a 21% causado por un estancamiento del empleo acompañado de un aumento de la oferta laboral.

No solamente aumentó el desempleo sino que se deterioró la calidad del empleo: aumentó la informalidad en el empleo

Durante los cuatro últimos años no solamente se ha presentado un aumento sin precedentes de la tasa de desempleo sino que ha habido un deterioro significativo de la calidad del empleo. La tasa de informalidad, que había descendido significativamente en la primera mitad de los noventa, aumentó de nuevo a partir de 1998, hasta alcanzar en el año 2000 60% de la población ocupada de las siete principales áreas metropolitanas del país.

La Encuesta de Hogares del Dane sólo analiza la informalidad en el mes de junio cada dos años. Se define como trabajadores informales a los patronos trabajadores de las empresas de hasta 10 trabajadores permanentes, a los trabajadores por cuenta propia diferentes a profesionales y técnicos

independientes, a los trabajadores del servicio doméstico y a los trabajadores familiares sin remuneración.

La tasa de informalidad en las siete principales áreas metropolitanas del país había descendido en forma considerable entre 1988 y 1996 como consecuencia del crecimiento económico logrado en la primera mitad del decenio de los noventa. Sin embargo, a raíz de la crisis de los últimos años no solamente aumentó en forma considerable el desempleo sino que aumentó también la tasa de informalidad (Gráfico 1). La tasa de informalidad de las siete principales áreas metropolitanas del país pasó de 52,7% en 1996 a 60,3% en el año 2000.

Además de aumentar la informalidad creció relativamente más su componente más precario: los trabajadores por cuenta propia

Dadas las características de los trabajadores del sector informal en términos de ingresos y desprotección de la seguridad social, el empleo en el sector informal es, en su mayoría, empleo precario de baja productividad. Sin embargo, es necesario aclarar que no todo el empleo informal es precario

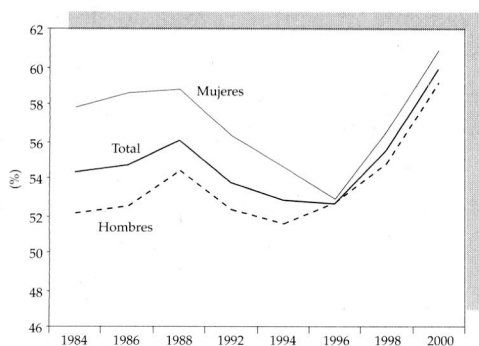
ya que dentro de este sector informal están los patronos y empleados de empresas de menos de 10 trabajadores y dentro de este grupo puede haber empresas con alta productividad. El componente que tiene un mayor grado de precariedad es el de los trabajadores por cuenta propia, donde se ubican los millares de vendedores ambulantes que pululan en las ciudades y que aumentan considerablemente en épocas de crisis.

Durante esta crisis, además de mayor informalidad, la composición del empleo informal cambió, aumentando la proporción de trabajadores por cuenta propia en detrimento del empleo asalariado en las microempresas (Cuadro 4). En 1996 37,7% del empleo informal era asalariado de las microempresas y 43,8% era trabajador por cuenta propia. En el año 2000 el empleo asalariado había descendido a 31% del empleo informal y el empleo por cuenta propia había aumentado hasta representar 49,2% del empleo informal, es decir, un aumento de 5 puntos porcentuales en el componente más precario del sector informal.

Esta disminución de la participación del empleo asalariado es compatible con la disminución proporcional de la industria dentro del sector informal entre 1996 y el año 2000. El empleo industrial pasó de 18% a 16% del empleo informal entre 1996 y 1998, mientras que el empleo en el sector servicios aumentó de 26% a 30% del empleo informal (Cuadro 5).

Consistente con esta precariedad del empleo, la informalidad es más alta entre la población más pobre y menos educada. En efecto, 74% y 71% de los ocupados de los quintiles 1 y 2, respectivamente, están empleados en el sector informal de la economía (Gráfico 2). Adicionalmente, 87% de la población ocupada sin educación y

Gráfico 1
TASA DE INFORMALIDAD POR SEXO



Fuente: Dane, Encuesta Nacional de Hogares.

Cuadro 4
INFORMALIDAD SEGÚN POSICIÓN OCUPACIONAL
 (% de trabajadores informales)

	Trabajador familiar sin remuneración	Asalariado particular	Empleado doméstico	Cuenta propia	Patrón o empleador
1992	3,7	37,1	9,7	38,0	11,5
1994	2,1	37,4	8,1	40,7	11,8
1996	1,7	38,6	7,0	43,3	9,4
1998	2,8	34,7	8,0	44,6	9,9
2000	2,5	30,7	8,8	49,4	8,5

Fuente: Dane, Encuesta Nacional de Hogares - Junios

Cuadro 5
INFORMALIDAD SEGÚN RAMA DE
ACTIVIDAD OCUPACIONAL
 (% trabajadores informales)

	Industria	Comercio	Servicios	Total 3 ramas
1992	18,8	35,0	28,5	82,3
1994	18,7	34,7	26,6	80,0
1996	18,0	34,5	26,3	78,8
1998	17,3	33,6	27,6	78,5
2000	16,0	34,5	30,2	80,7

Fuente Dane, Encuesta Nacional de Hogares - junios.

83% de la población ocupada con educación primaria trabaja en el sector informal de la economía (Gráfico 3).

En las siete áreas metropolitanas aumentó la informalidad, sin embargo, Bogotá es el caso más dramático

Por ciudades hay puntos interesantes que es importante resaltar (Cuadro 6). En Bogotá hubo un aumento significativo de la tasa de informalidad. En 1996 ésta era de 49% y ya para el año 2000 había ascendido a 57,8% de la población ocupada

de la ciudad. Esto significa que el fuerte crecimiento del desempleo de Bogotá, anotado antes, estuvo acompañado de un aumento de 7 puntos porcentuales de la informalidad del empleo en dos años.

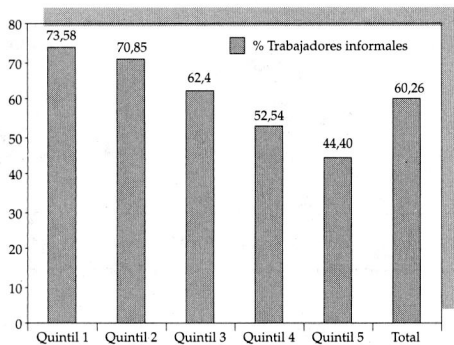
La ciudad con la tasa de informalidad del empleo más baja es Medellín con 55,7% y la ciudad con la tasa más alta es Pasto, donde 70,6% de la población ocupada labora en el sector informal de la economía.

La informalidad aumentó más entre las mujeres y entre los jóvenes

En el decenio de los ochenta la tasa de informalidad de las mujeres era muy superior a la de los hombres, pero en los primeros años de los noventa se cerró esta brecha a raíz de la alta absorción de empleo femenino por el sector formal. Sin embargo, durante esta recesión ha aumentado más la informalidad femenina que la masculina. La tasa de informalidad actual para los hombres es 59,2%, mientras la de las mujeres es 60,9% (Ver Gráfico 1).

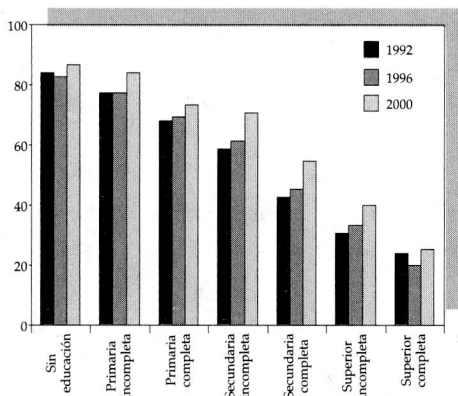
El análisis por edad muestra que el aumento de la tasa de informalidad entre 1996 y 2000 fue

Gráfico 2
INFORMALIDAD POR QUINTIL DE INGRESO
PER CÁPITA DEL HOGAR
(Junio-2000)



Fuente: Dane, Encuesta Nacional de Hogares - juniros; cálculos de Fedesarrollo.

Gráfico 3
INFORMALIDAD POR NIVEL EDUCATIVO
(Junio-2000)



Fuente: Dane, Encuesta Nacional de Hogares - juniros.

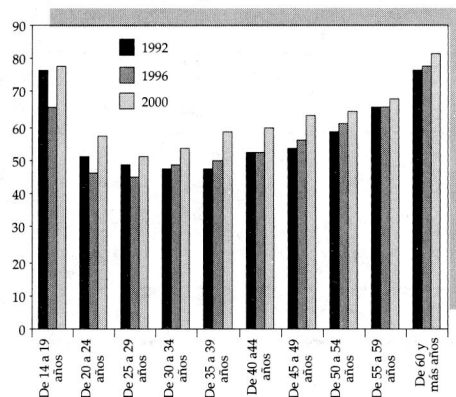
generalizado, sin embargo, los grupos de edad más afectados fueron los más jóvenes (Gráfico 4). El aumento de la tasa de informalidad fue de 12 puntos porcentuales para el grupo de 15 a 19 años, 11 puntos para el de 20 a 24 años y 7 puntos para el 25 a 29 años.

Cuadro 6
INFORMALIDAD DEL EMPLEO POR ÁREA
METROPOLITANA
(% trabajadores informales)

	1992	1996	2000
Bogota	50,4	49,1	57,84
Medellin	51,8	49,4	55,69
Cali	53,2	56,1	63,05
Barranquilla	61,7	58,8	68,22
Bucaramanga	65,2	62,4	68,68
Manizales	52,1	50,1	60,91
Pasto	70,1	67,9	70,64

Fuente Dane, Encuesta Nacional de Hogares - juniros.

Gráfico 4
INFORMALIDAD POR GRUPOS DE EDAD

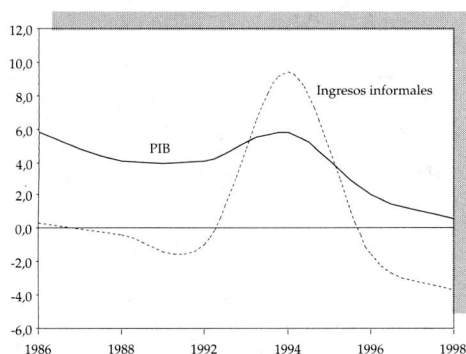


Fuente: Dane, Encuesta Nacional de Hogares - juniros.

Los ingresos del sector informal continúan cayendo y la cobertura en salud y pensiones de los informales es muy baja

Los ingresos de los ocupados en el sector informal son bastante procíclicos como lo muestra el Gráfico 5. La elevada elasticidad de los ingresos del sector informal al ciclo económico es el reflejo de la alta flexibilidad de dicho mercado. Ello se debe a que los asalariados de este sector no están

Gráfico 5
EVOLUCIÓN DEL PIB Y DE LOS INGRESOS
MEDIOS DE LOS TRABAJADORES
INFORMALES
(Tasas de crecimiento)



Fuente: Cálculos DEI-DDS-DNP, a partir de ENH-Dane.

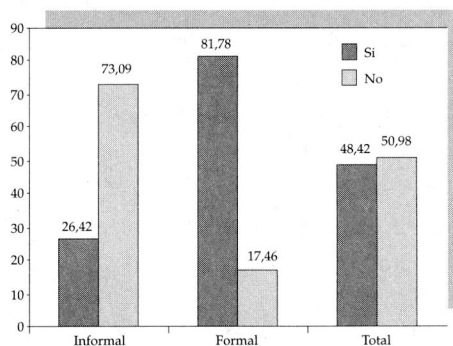
sujetos a la legislación laboral vigente: apenas 29% de los ocupados tiene contrato de trabajo. Además, los trabajadores por cuenta propia, en su mayoría vendedores ambulantes, aumentan en época de crisis lo que ocasiona un exceso de oferta que conlleva una caída de los ingresos que le corresponden a cada uno de ellos. En 1996 los ingresos de los trabajadores informales alcanzaban 67% de los ingresos de los ocupados en el sector formal, en el año 2000 los ingresos de los informales habían descendido a 50,5% de los ingresos de los ocupados en el sector formal.

De otro lado, y, en parte debido a sus bajos ingresos y por lo tanto a su incapacidad de pago, los ocupados en el sector informal tienen una cobertura muy baja en salud y pensiones.

En el caso de salud sólo 17,5% de la población ocupada informal tiene acceso al servicio de salud,

con el agravante de que por reglamentación legal, buena parte de la población ocupada informal está excluida del sistema de salud (Gráfico 6). De acuerdo con un decreto reglamentario de la ley 100 de 1993, para un trabajador independiente afiliarse al régimen contributivo en salud tiene que cotizar al menos 12% de dos salarios mínimos legales, lo que representa aproximadamente \$69,000. Debido a este alto costo de afiliación, quien se gana entre 1 y 2 salarios mínimos difícilmente cuenta con los recursos suficientes para cotizar al régimen contributivo de salud, pero tampoco está cubierto por el régimen subsidiado y, en consecuencia, queda excluido del sistema general de seguridad social en salud.

Gráfico 6
COBERTURA EN SALUD
(% de trabajadores)



Fuente: Dane, Encuesta Nacional de Hogares - junio 2000, cálculos Fedesarrollo.

En el caso de las pensiones apenas 13,8% de los trabajadores informales está afiliado al sistema pensional. Este porcentaje es de 68% para los trabajadores formales y 35% para el total de trabajadores del país.

II. Indicadores de Encuesta Social

La Encuesta Social es una iniciativa de la Fundación para la Educación Superior y el Desarrollo, Fedesarrollo, con la cual se busca aportar resultados cuantitativos a partir de las opiniones, expectativas, experiencias y formas de vida de los hogares, que contribuyan al conocimiento de la realidad económica y social de las familias colombianas.

En su tercera etapa, septiembre de 2000, cubrió ocho de las principales ciudades y áreas metropolitanas del país: Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla, Bucaramanga, Manizales, Cartagena e Ibagué.

En este número se presenta una lectura de los principales resultados de esta encuesta, dentro de los cuales se destacan: el deterioro en la calidad del empleo, los altos niveles de temor a ser afectado por el desempleo y algunas de las respuestas de los hogares ante la crisis.

El empleo como fuente de bienestar económico para los hogares

Frente al incremento en las tasas de desempleo y la baja calidad del empleo, la mayoría de los jefes de hogar entrevistados consideran que el empleo o la actividad económica que actualmente desarrollan no proporciona las condiciones necesarias para garantizar el bienestar del hogar. De acuerdo con los resultados de la Encuesta, las ciudades que manifiestan mayor insatisfacción frente a su empleo son Cartagena (72,3%), Cali (64,1%), Medellín (58,5%) y Bogotá (53,9%). Como es de esperarse, los hogares menos satisfechos con las condiciones de su empleo son los de es-

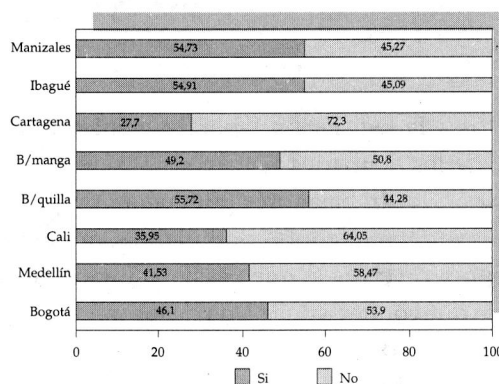
trato bajo (60%), aunque para los estratos medios y altos esta cifra es también elevada: 50,1% y 44,4%, respectivamente (Gráfico 1).

Infortunadamente estas condiciones en los últimos seis meses solo han mejorado para un porcentaje muy pequeño de los hogares: 61% de

Gráfico 1

BIENESTAR DEL EMPLEO

¿Su empleo o actividad principal le proporciona las condiciones que usted considera necesarias para su bienestar y el de su familia?



Fuente: Encuesta Social. Etapa III. Fedesarrollo.

los jefes de hogar entrevistados en el estrato bajo manifiestan que las condiciones de bienestar económico de su empleo se han empeorado. Las ciudades que más sienten este deterioro son Cartagena (70,1%), Medellín (67,4%) e Ibagué (66,8%) (Gráfico 2).

El temor al desempleo continúa creciendo

80% de los jefes de hogar entrevistados dicen sentir mucho miedo al desempleo, cifra que en los úl-

timos seis meses creció en doce puntos porcentuales en las cuatro principales ciudades del país (Gráfico 3).

Este alto temor al desempleo no cambia significativamente entre estratos: 74,1% de los jefes de

hogar de estrato alto, 75,2% y 86,1% de estrato medio y bajo, respectivamente, dicen tener mucho miedo a que ellos, o alguna persona del hogar, se vean afectados por el desempleo.

El negocio en los hogares

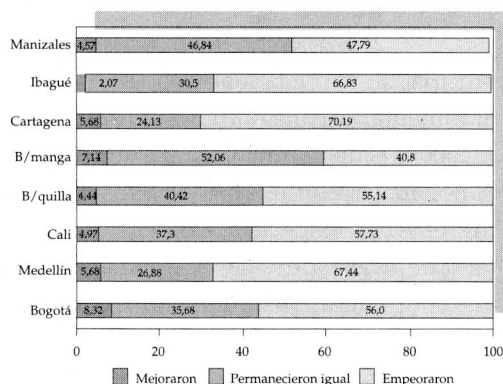
De acuerdo con los resultados de la Encuesta Social, 20% de los hogares entrevistados dicen tener un negocio de propiedad de algún miembro del hogar, 60% de estos negocios pertenecen a hogares de estrato medio. En su mayoría funciona en la vivienda del hogar, principalmente en los hogares de estrato bajo (Cuadro 1).

Si bien la recesión económica ha implicado el cierre de empresas y el despedido de un gran número de trabajadores, al parecer, y como parte de la respuesta de los hogares ante la crisis, se han generado en los últimos dos años una serie de negocios principalmente en el sector comercio que ayudan a solventar las pérdidas de ingreso de los hogares de estrato medio y bajo. Sin embargo, vale la pena señalar que este comportamiento puede estar explicado no solo por la recesión económica sino también por el propio ciclo de vida de los establecimientos en el país¹ (Gráfico 4).

Gráfico 2

CONDICIONES DE BIENESTAR DEL EMPLEO

¿Con respecto a hace 6 meses, como han evolucionado las condiciones de bienestar de su empleo?

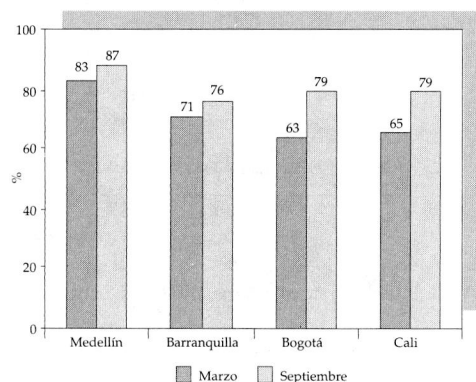


Fuente: Encuesta Social. Etapa III. Fedesarrollo.

Gráfico 3

HOGARES QUE MANIFIESTAN SENTIR MUCHO TEMOR AL DESEMPEO

(% de jefes de hogar)



Fuente: Encuesta Social. Etapas II y III Fedesarrollo.

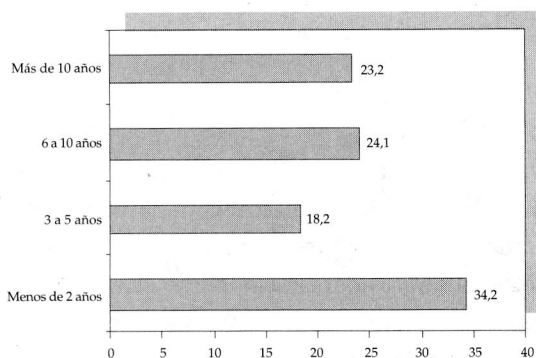
Cuadro 1

ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DEL NEGOCIO DE LOS HOGARES

	(%)
Hogares que poseen algún negocio	20,4
Negocios que funcionan en la vivienda	59,6
Negocios con actividad principal Comercio	54,7
Negocios con actividad principal Ind. Manufacturera	22,1
Promedio de personas del hogar que trabajan en el negocio	1,3
Promedio de trabajadores en el negocio no miembros del hogar	2,9
Ganancia Promedio Mes en Salarios Mínimos	1,6

Fuente: Encuesta Social. Etapa III. Fedesarrollo.

Gráfico 4
DURACIÓN DEL NEGOCIO
 (% de negocios)



Fuente: Encuesta Social. Etapa III. Fedesarrollo.

El consumo de los hogares continúa cayendo, este efecto de la crisis llega a todos los estratos socioeconómicos

Aunque los hogares tenían buenas expectativas de mejorar su consumo en el año 2000, los resultados no parecen ser muy alentadores: cerca de 47% de los jefes de hogar entrevistados manifiestan haber disminuido su consumo en los primeros seis meses del año 2000 con respecto al último semestre de 1999. Al parecer, la crisis continúa afectando fuertemente el consumo, principalmente en las ciudades de Bogotá y Medellín, donde 53% y 48% de los hogares entrevistados reportaron una disminución en su consumo (Gráfico 5).

Los rubros más afectados continúan siendo el vestuario, los alimentos y la recreación, el consumo de alimentos y servicios públicos se vio afectado aún en los estratos más altos (Cuadro 2).

Las expectativas de mejorar el consumo son pesimistas

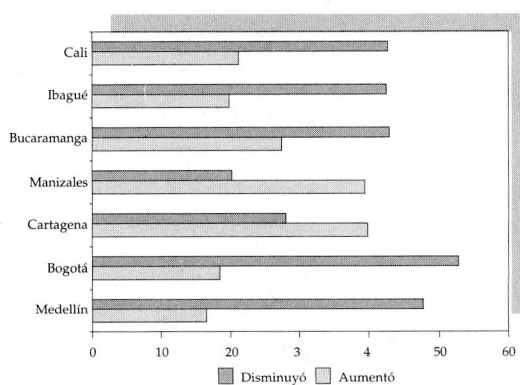
Tan sólo 25% de los jefes de hogar entrevistados esperaban que su nivel de consumo mejorara en los últimos seis meses del año 2000, 37% de ellos consideraba que sería menor y cerca de 33% esperaban que se mantuviera igual.

La caída en los ingresos afecta a los hogares de todos los estratos

La principal causa por la cual los hogares no esperaban aumentar su consumo en el segundo semestre de 2000 es la disminución en sus ingresos: 90% de los hogares de estratos bajos y altos redujeron sus ingresos con respecto al primer semestre del año, 83% de los jefes de hogar cree que sus ingresos futuros continuarán disminuyendo (Cuadro 3).

Gráfico 5
CONSUMO DEL HOGAR

Evolución del consumo del hogar en los primeros 6 meses del año 2000, con respecto a los últimos meses de 1999



Fuente: Encuesta Social. Etapa III. Fedesarrollo.

¹ De acuerdo con los resultados del II Censo Económico Nacional y Multisectorial del Dane en 1990, 19% de las unidades censadas (establecimientos en los sectores de industria manufacturera, comercio, servicios, transporte y construcción) tenían períodos de funcionamiento inferiores a un año, 21% entre 1 y 2 años, 13% de 3 a 4 años, 16% de 5 a 9 años, y 23% de 10 años y más.

Cuadro 2
HOGARES QUE REPORTARON DISMINUCIONES EN EL CONSUMO EN LOS PRIMEROS
SEIS MESES DEL AÑO 2000 -Principales rubros- (% de hogares)

	Alto	Medio	Bajo	Total
Vestuario	38,3	55,1	64,1	58,3
Alimentos	37,9	57,9	46,4	51,3
Recreación	55,8	49,9	52,0	51,2
Vacaciones	42,4	45,8	42,4	45,0
Servicios públicos	39,5	42,3	41,6	41,8

Fuente: Encuesta Social. Etapa III. Fedesarrollo.

Cuadro 3
PRINCIPALES RAZONES QUE EXPLICAN LA DISMINUCIÓN EN EL CONSUMO DE LOS HOGARES
(% de hogares)

	Alto	Medio	Bajo	Total
Los ingresos son menores que hace seis meses	90,6	76,0	91,2	84,2
Teme que disminuyan sus ingresos futuros	78,0	77,3	89,3	83,2
El costo de sus deudas actuales no se lo permite	42,7	30,9	35,1	33,5

Fuente: Encuesta Social. Etapa III. Fedesarrollo.

Muy pocos hogares mantienen algún tipo de ahorro y el acceso al crédito es limitado

El ahorro de los hogares en las áreas metropolitanas analizadas es relativamente bajo: 17,4% reportaron que realizaban algún tipo de ahorro. Las ciudades donde los hogares reportaron menores niveles de ahorro son Cartagena, Medellín e Ibagué. Son muy pocos los hogares de estrato bajos en los cuales algún miembro mantiene algún tipo de ahorro (8,8%). En el estrato medio y alto esta cifra crece significativamente, aunque no alcanza 50%.

En los últimos doce meses son pocos los hogares que han accedido al crédito (21%). La principal razón por la que no se solicitó crédito en di-

cho período está asociada con el temor de los hogares a los préstamos (28,46%) y con la poca certeza sobre los ingresos futuros (22,4%).

La venta de activos continúa siendo una respuesta de los hogares ante la crisis

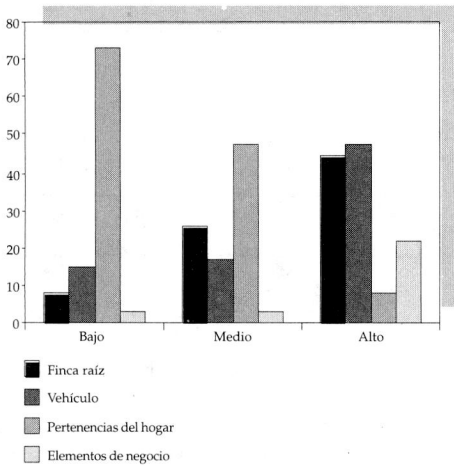
Con el fin de solventar gastos inesperados o pérdidas de ingreso del hogar, cerca de 10% de los hogares entrevistados han vendido algún tipo de bien en los últimos seis meses (Gráfico 6).

Mientras los hogares de estrato bajo optaron por la venta de pertenencias del hogar como muebles y enseres, los hogares de estrato alto vendieron principalmente vehículos, inmuebles y elementos de negocio.

Gráfico 6

VENTA DE ACTIVOS

Hogares que reportaron la venta de algún tipo de bien para solventar gastos inesperados o pérdidas de ingreso (% de hogares)



Fuente: Encuesta Social. Etapa III. Fedesarrollo.

La compra de alimentos, vestido y transporte, así como el pago de otras deudas, son el principal uso de los recursos obtenidos como resultado de la venta o hipoteca de alguna propiedad del hogar.

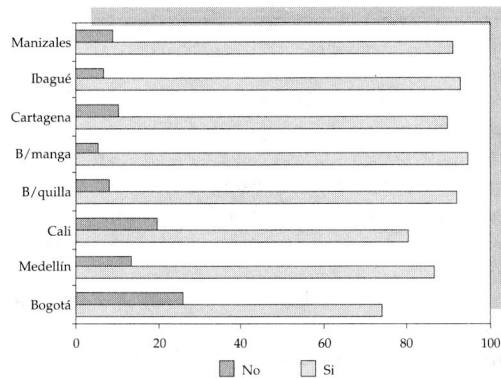
Los colombianos se encuentran a gusto en su ciudad

Más de las dos terceras parte de los hogares entrevistados (81%) manifiestan sentirse a gusto en su ciudad. Los casos más destacables son Bucaramanga, Ibagué y Barranquilla, donde el nivel de satisfacción supera 90% de los hogares. Los ciudadanos más descontentos se encuentran en Bogotá y Cali, donde 26% y 20% de los hogares, respectivamente, afirman no estar a gusto en su ciudad (Gráfico 7).

Por la ubicación de la vivienda los hogares consideran que, en general, tienen un buen acceso

Gráfico 7

¿USTED SE ENCUENTRA A GUSTO EN SU CIUDAD? (% jefes de hogar)

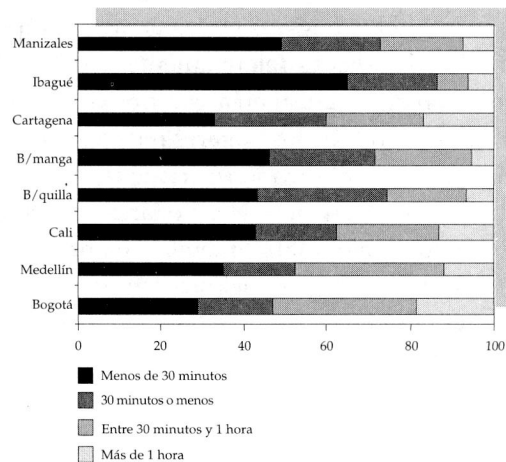


Fuente: Encuesta Social. Etapa III. Fedesarrollo.

al servicio de transporte (69,1%). Este servicio es considerado regular en ciudades como Cartagena, Bogotá, Barranquilla y Cali (Gráfico 8).

Gráfico 8

TIEMPO PROMEDIO DE TRANSPORTE AL SITIO DE TRABAJO (% de trabajadores)



Fuente: Encuesta Social. Etapa III. Fedesarrollo.

Las ciudades donde más tiempo gastan sus habitantes en desplazarse de su casa a su sitio de trabajo son Bogotá, Medellín y Cartagena. En Bogotá 19% de los trabajadores gastan más de una hora y cerca del 34% entre media y una hora.

La percepción de inseguridad es particularmente alta en los hogares de Bogotá y Cali

La inseguridad es un factor importante en el nivel de bienestar de los hogares. De acuerdo con la última Encuesta Social, 71% de los jefes de hogar bogotanos y 70% de los caleños se sienten inseguros en sus ciudades. La ciudad considerada por sus habitantes más segura es Ibagué (Gráfico 9).

La principal fuente de inseguridad reportada es la delincuencia común (85%). En ciudades como Cartagena y Barranquilla la presencia de grupos o establecimientos que generan desconfianza o alteran el orden público tiene una participación importante: 27,5% y 19,6% respectivamente.

Bogotá y Cali son las ciudades donde mayor proporción de hogares, 27,8% y 25,8% respectivamente,

declaran haber sido víctimas de algún tipo de violencia en los últimos seis meses. La principal forma de violencia es el robo, atraco o hurto.

Medellín, Bogotá y Barranquilla son las ciudades donde más se presenta el asesinato como modalidad de violencia.

Los patrones de respuesta ante hechos delictivos varían de acuerdo a la condición socioeconómica del hogar

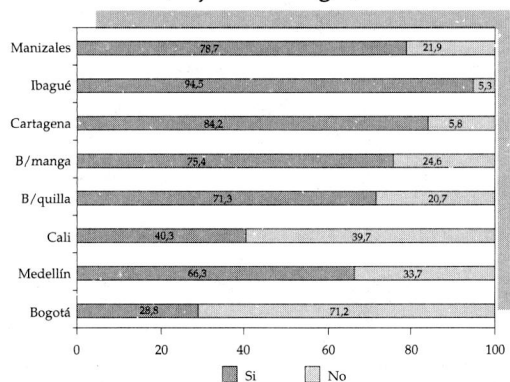
Frente a los hechos delictivos de los que fueron víctimas, la mayoría de los hogares no toman ninguna medida de respuesta (57,9%). La denuncia ante las autoridades se presenta principalmente en las ciudades de Bucaramanga, Cartagena y Bogotá.

La mayor parte de los hogares que realizaron alguna denuncia ante las autoridades pertenece al estrato medio y alto, son muy pocos los hogares de estrato bajo que toman alguna medida de respuesta.

El sistema de cobertura en salud aún presenta grandes inequidades

Infortunadamente Colombia no cuenta con información precisa y confiable sobre los niveles de cobertura del sistema de seguridad social en salud. La Supersalud presenta información de cobertura a partir de los listados suministrados por las aseguradoras a través del FOSYGA, sin embargo, esta información muestra inconsistencias y duplicidades que pueden llegar a sobrestimar los niveles reales de cobertura. Son varios los intentos que se han realizado para establecer una mejor aproximación sin que se obtenga la

Gráfico 9
¿SE SIENTE SEGURO EN SU CIUDAD?
(% jefes de hogar)



Fuente: Encuesta Social. Etapa III. Fedesarrollo.

precisión deseable. La Encuesta de Calidad de Vida, por ejemplo, pregunta directamente por la cobertura e intenta identificar la población afiliada al régimen subsidiado a través de la tenencia de carné Sisben. Sin embargo, esta categoría no permite una aproximación completa de la población subsidiada. Un nuevo intento se realizó en marzo del año 2000 al incluirse en la Encuesta Nacional de Hogares un módulo especial sobre salud y seguridad social. En dicha encuesta se pregunta al entrevistado por la institución a la cual se encuentra afiliado como cotizante o beneficiario, y el tipo de régimen bajo el cual está cubierto. Fedesarrollo, por su parte, en la Encuesta Social Etapa III cambia de enfoque indagando directamente sobre la forma como accede la gente al servicio. Para ello pregunta a los hogares por el documento con el cual reciben servicios de salud, clasificando como régimen subsidiado a aque-

llas personas que utilizan carné de alguna ARS o EPS y no pagan mensualidades; las personas que presentan carné sisben o documento de evaluación socioeconómica son consideradas como vinculados, y bajo el régimen contributivo se incluyen a aquellas personas que pagan mensualidades y son atendidas al presentar el carné de una EPS o de una entidad de medicina prepagada. Cuando la persona afirma que no presenta ningún tipo de documento se entiende que cada vez que necesita este servicio paga directamente por él (Cuadro 4).

De acuerdo con la Encuesta Social, el aseguramiento en salud en las ocho ciudades entrevistadas llega a 56,5% de la población. Las ciudades con mayores niveles de aseguramiento son Bogotá, Medellín y Manizales, donde cerca de 60% de la población se encuentra asegurada bajo algún

Cuadro 4
ASEGURAMIENTO EN SALUD POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO
ENCUESTA SOCIAL 8 CIUDADES (Personas)

	Bajo	Medio	Alto	Total
Subsidiado	855.284	486.730	21.302	1.363.316
	62,7	35,7	1,6	100,0
	11,1	7,0	2,6	8,8
Contributivo	2.781.815	3.952.196	657.065	7.391.076
	37,6	53,5	8,9	100,0
	36,0	56,7	81,6	47,7
Vinculado	1.254.929	544.117	0	1.799.046
	69,8	30,2	0,0	100,0
	16,2	7,8	0,0	11,6
Ninguno	2.470.352	1.669.337	105.249	4.244.938
	58,2	39,3	2,5	100,0
	31,9	24,0	13,1	27,4
Ns/Nr	373.288	315.600	21.739	710.627
	52,5	44,4	3,1	100,0
	4,8	4,5	2,7	4,6
Total	7.735.668	6.967.980	805.355	15.509.003
	49,9	44,9	5,2	100,0
	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Encuesta Social. Etapa III. Fedesarrollo.

régimen. En ciudades como Barranquilla y Cartagena el grado de aseguramiento es inferior en casi 20 puntos porcentuales.

De acuerdo con estos resultados, persisten inequidades en el acceso al servicio de salud que afectan principalmente a los grupos más pobres: 52% de la población de estrato bajo no está afiliada a algún régimen de seguridad social en salud.

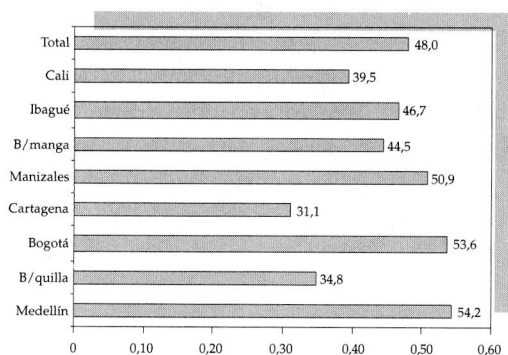
En Barranquilla y Cartagena el aseguramiento para los más pobres apenas supera 30%, casi 15 puntos porcentuales por debajo del promedio de las ocho ciudades estudiadas (Gráfico 10).

El sistema de seguridad social en salud excluye principalmente a la población más pobre, sin embargo, otros grupos de población como jóvenes, estudiantes, amas de casa, empleados domésticos y trabajadores por cuenta propia también resultan afectados

Cerca de 30% de la población para las ocho ciudades no está afiliada a ningún régimen de seguridad social en salud, la mayoría de ellos son jóvenes y niños.

Gráfico 10

AFILIACIÓN EN SALUD PARA LA POBLACIÓN DE ESTRATO BAJO (%)



Fuente: Encuesta Social. Etapa III. Fedesarrollo.

Por actividad principal, el sistema está excluyendo alrededor de 20% de las amas de casa y estudiantes, un porcentaje importante de trabajadores (24%), principalmente trabajadores por cuenta propia y empleados domésticos.

Cerca de 50% de los desempleados no están afiliados a ningún régimen en seguridad social. Esta cifra resulta preocupante dadas las crecientes tasas de desempleo y duración del mismo.

La seguridad social para la vejez posee niveles de cobertura bastante bajos, inclusive dentro de la población trabajadora

La cobertura al riesgo de vejez en Colombia presenta tasas muy bajas para las ocho ciudades estudiadas. 67% de la población ocupada no está afiliada a un sistema de pensiones o de seguridad social para la vejez.

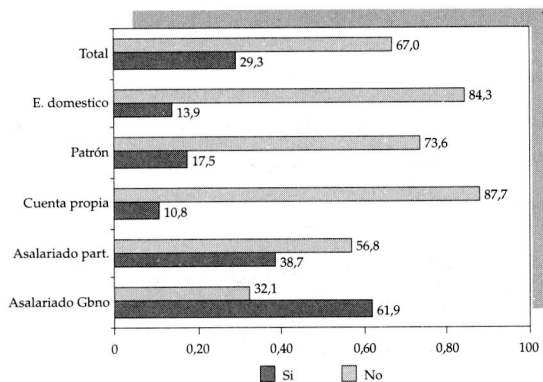
Entre los trabajadores por cuenta propia y empleados domésticos se encuentra el mayor número de trabajadores que responden no estar afiliados a algún sistema de pensiones 87,2% y 72% respectivamente (Gráfico 11).

Por estrato se observan diferencias importantes: 74% de la población ocupada de estrato bajo no está cubierta, la cobertura asciende en la medida en que se aumenta el estrato al pasar de 24% en el estrato bajo a 60,3% en el alto (Gráfico 12).

La tenencia de bienes como indicador de bienestar económico de los hogares

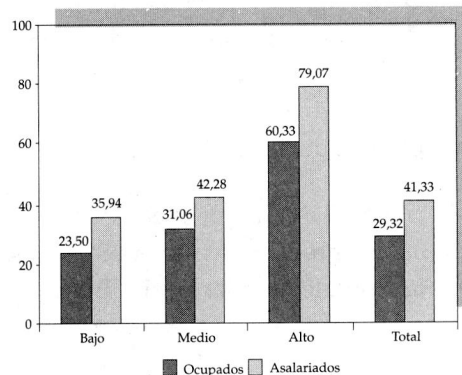
Las características físicas y de ubicación de la vivienda, así como la tenencia de algunos bienes

Gráfico 11
AFILIACIÓN DE LOS TRABAJADORES A
ALGÚN SISTEMA DE PENSIONES
 (% de trabajadores)



Fuente: Encuesta Social. Etapa III. Fedesarrollo.

Gráfico 12
COBERTURA EN PENSIONES SEGÚN
ESTRATO SOCIOECONÓMICO
 (% de trabajadores)



Fuente: Encuesta Social. Etapa III. Fedesarrollo.

constituyen uno de los principales elementos para identificar las condiciones socioeconómicas de los hogares.

En promedio 8,5% de los hogares entrevistados se encuentran en condiciones de hacinamiento, Cartagena presenta resultados alarmantes

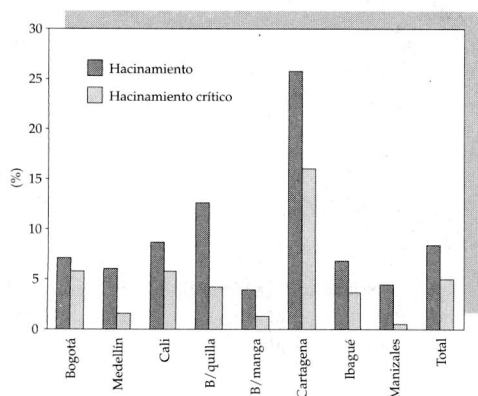
La vivienda tipo cuarto tiene una participación relativamente alta en Cali y Barranquilla, aspecto que redundará en altos niveles de hacinamiento de los hogares. Según la encuesta² 8,5% de los hogares se encuentran en condiciones de hacinamiento. Cartagena posee una tasa que supera en 17 puntos porcentuales el promedio nacional. Barranquilla, Cali y Bogotá presentan niveles de hacinamiento superiores a 7% (Gráfico 13).

La cobertura en servicios públicos básicos es alta en las principales áreas metropolitanas del país con excepción de Cartagena

Los principales servicios públicos (acueducto, alcantarillado y energía) llegan a casi la totalidad de los hogares en las ocho principales áreas metropolitanas, exceptuando a la ciudad de Cartagena donde 13% de los hogares entrevistados carecen de acueducto, 25% no poseen servicio de alcantarillado y cerca de 30% no tienen servicio de recolección de basuras. Adicionalmente, 17% de los hogares entrevistados en esta ciudad manifestaron no tener servicio sanitario, y 23% aducen tenerlo de forma compartida. De acuerdo con estos resultados es posible afirmar que en Cartagena se está gestando un problema de salubridad de grandes dimensiones.

² Un hogar es considerado en hacinamiento cuando el número de personas por dormitorio es mayor a 3, y en hacinamiento crítico cuando el número de personas por cuarto incluyendo sala comedor es mayor a 3.

Gráfico 13
HOGARES EN HACINAMIENTO POR CIUDAD



Fuente: Encuesta Social. Etapa III. Fedesarrollo.

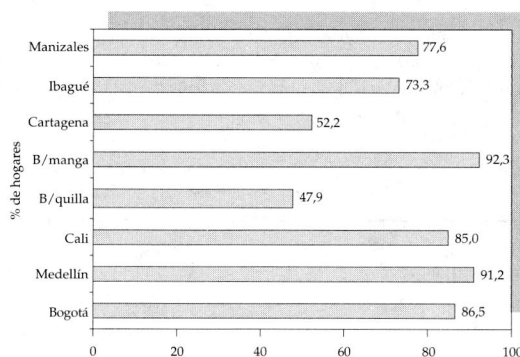
El acceso a servicio telefónico y redes de gas domiciliario tiene menores niveles de cobertura y presenta diferencias importantes entre ciudades

En promedio, cerca de 80% de los hogares tienen acceso al servicio telefónico, de los cuales 20% lo hacen de forma compartida con otros hogares. En ciudades como Cartagena y Barranquilla esta cobertura apenas alcanza 48% y 52%. Las ciudades de mayor cobertura son Bucaramanga y Medellín,

donde esta cifra supera el 90% de los hogares (Gráfico 14).

La cobertura en redes de gas domiciliario es amplia, principalmente en Bucaramanga, Barranquilla y Cartagena. En ciudades como Medellín, Cali y Manizales la masificación de este servicio ha encontrado obstáculos relacionados con el costo de llevar el servicio a la ciudad (Cali) y con el poco incentivo de los hogares ante la calidad y precio del servicio de energía eléctrica que se presta en la ciudad (Medellín).

Gráfico 14
COBERTURA EN SERVICIO DE TELÉFONO



Fuente: Encuesta Social. Etapa III. Fedesarrollo.

Anexo
FICHA TÉCNICA
ENCUESTA SOCIAL ETAPA III
(Septiembre de 2000)

El diseño de muestra y trabajo de campo fue realizado por la firma Sistemas Especializados de Información, SEI.

El universo de estudio está constituido por los hogares de las áreas urbanas de las siguientes ocho ciudades del país: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Ibagué, Manizales, Cartagena y Bucaramanga, las cuales representan, en conjunto, cerca de 53% del total de población residente en las áreas urbanas del país. Excepto en Bogotá, Cartagena e Ibagué, las demás ciudades incluyen sus respectivas áreas metropolitanas.

La mayor parte de las estimaciones que ofrece la encuesta son de tipo proporción o tasa. Los resultados pueden inferirse separadamente para cada uno de los ocho dominios del estudio, se ha considerado de especial importancia al tipo de desagregación por estrato socioeconómico: alto, medio y bajo para el total del universo de estudio*.

La encuesta tiene una precisión aceptable representada en un error estándar relativo menor o igual a 10%, la posibilidad de captar con significancia estadística fenómenos de diferente frecuencia (25% o más), con 95% de confiabilidad, a nivel del total del universo de estudio.

La muestra diseñada es probabilística, estratificada y de conglomerados. Corresponde a la estratificación vigente en cada municipio basada en la metodología de estratificación socioeconómica diseñada por el DNP, Unidad de Desarrollo Social. La unidad de observación es el hogar y los resultados que aquí se presentan corresponden a las respuestas de 2615 hogares.

Ciudad	Encuestas realizadas	Hogares que representa**	Número promedio de personas por hogar
Medellín	305	698.599	4,1
Barranquilla	297	362.445	4,3
Bogotá	310	1.705.866	3,8
Cartagena	386	185.998	4,5
Manizales	385	96.979	3,9
Bucaramanga	278	200.577	4,6
Ibagué	367	112.136	3,6
Cali	287	555.108	4,0
Total	2615	3.917.708	4,0

* Para el análisis de esta Encuesta se considera estrato alto los hogares que de acuerdo con la muestra pertenecen a estrato 5 y 6; al estrato medio corresponden los hogares de estrato 3 y 4 y al estrato bajo los hogares de estrato 1 y 2.

** Datos expandidos.

El sistema de seguridad social en salud: logros y retos

I. Introducción

La profunda crisis que atravesó la economía colombiana en los últimos dos años afectó a todos los sectores. Los logros de la reforma en salud, que varias veces se han documentado en esta revista, también se resintieron. El propósito de este análisis es examinar los indicadores recientes y señalar algunos ajustes que podrían contribuir a consolidar la reforma. La Organización Mundial de la Salud, OMS, ha destacado el desempeño del sistema de salud en Colombia. La promoción de la cobertura universal de la población, la separación entre el aseguramiento y la prestación de los servicios de salud y el mecanismo de solidaridad implementado son algunas de sus fortalezas. Desafortunadamente, estos avances se olvidan frecuentemente, frente a las dificultades cotidianas de poner en marcha tan ambiciosa reforma.

Como se ha documentado en otras ocasiones, los logros en ampliación de cobertura, rediseño institucional, incremento de recursos públicos y privados para el sector y focalización hacia los más pobres son incontrovertibles. Sin embargo

recientemente se ha venido presentando una preocupante reducción de los recursos de la cuenta de compensación del régimen contributivo. Adicionalmente, pese a diferentes comisiones para buscar una salida al ISS, todavía no hay acuerdo y su situación se agrava. Por su parte, en el régimen subsidiado se produce un estancamiento en la afiliación por la lentitud de la transformación de los recursos de oferta hacia el aseguramiento.

Persisten entonces algunas deficiencias, agravadas por los problemas de la crisis, que es necesario remover si se quiere avanzar en los objetivos de la Reforma. Con el propósito de identificar algunas alternativas, este análisis mostrará, en primer lugar, los principales aspectos del diseño del sistema de seguridad social. Enseguida se presentarán los principales avances en términos de cobertura, cambio institucional e incremento de los recursos del sector. Se indicarán algunas señales de alerta en el régimen contributivo, la gravedad de la situación financiera del ISS y se examinarán en mayor detalle los problemas que afronta el régimen subsidiado. Finalmente, se presentan unas conclusiones y recomendaciones.

II. El Sistema General de Seguridad Social en Salud

La ley 100 de 1993 cambió radicalmente el sistema de salud vigente hasta ese momento en el país. Se partió de dos principios básicos: el acceso universal a los servicios de salud y el aumento de la eficiencia y la calidad en la prestación de los servicios.

Para lograr estos dos objetivos se cambió el sistema anterior, que combinaba el aseguramiento de la población ocupada en el sector formal con el sistema público de asistencia, y se implementó un mecanismo de aseguramiento universal obligatorio en el que entran a participar, en forma coordinada, entidades públicas y privadas en un sistema de competencia regulada que garantizaría un aumento de la eficiencia y de la calidad en la prestación de los servicios.

El principio general es el siguiente: cada persona se afilia a una empresa aseguradora de salud, la cual debe elegir libremente, y pagarle una cotización, que sería el equivalente a la prima de aseguramiento. El pago de esta cotización lo hace conjuntamente con el patrono si es asalariado, en forma individual, si es trabajador independiente con un ingreso mensual de dos o más salarios mínimos legales, o mediante un subsidio del Estado, si es una persona pobre sin capacidad de pago. Esa cotización le da derecho, a él y a su familia, a acceder a un plan básico de salud, denominado Plan obligatorio de Salud, POS, el cual depende del régimen al que esté afiliado: contributivo o subsidiado. Los dineros recaudados por las cotizaciones pertenecen al Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, quién paga a cada entidad aseguradora un dinero que cubre los costos promedios de ese POS. Esta suma

de dinero recibida por la aseguradora es la Unidad de Pago por Capitación, UPC. A su turno, las aseguradoras hacen contratos con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS, para lograr la atención médica de los afiliados y sus familias.

Los usuarios de los servicios de salud quedaron segmentados en dos: el grupo de personas con capacidad de pago y el de los más pobres. Los primeros, trabajadores dependientes o independientes pertenecen al denominado régimen contributivo. Estas personas se aseguran en una Empresa Promotora de Salud, EPS, que son las empresas aseguradoras y cotizan 12% de sus ingresos laborales. Si son trabajadores dependientes el patrono cotiza 75% de ese valor y el trabajador el 25% restante. Si son trabajadores independientes asumen solos su cotización. En este último caso, el salario base de cotización no puede ser inferior a dos salarios mínimos legales vigentes. Uno de esos 12 puntos de cotización va a la cuenta de solidaridad en el Fosyga, con la cual se cofinancia el aseguramiento de las personas pobres.

El régimen subsidiado de salud debe cubrir a la población pobre. En este nuevo esquema, el municipio selecciona a los beneficiarios del régimen subsidiado de salud mediante una encuesta realizada a la familia denominada "Sistema de Identificación de Beneficiarios" (que fue analizado en artículos publicados en el No. 21 de esta Revista). El Sisben indaga sobre las condiciones de la vivienda y de los ingresos del hogar. Las personas seleccionadas deben escoger libremente la entidad aseguradora, ARS, y se afilian como beneficiarios del régimen subsidiado de salud. Sin embargo, como se va a mostrar más adelante, en la práctica, apenas 30% de las personas

afiliadas declara haber escogido libremente la ARS. En los demás casos el municipio les asigna la ARS, lo que elimina la competencia entre las ARS.

La ARS recibe del municipio un dinero por cada beneficiario equivalente al valor de la Unidad de Pago por Capitación, UPC, que corresponde al costo de un paquete básico de salud POSS, incluida una ganancia básica para la ARS. El valor de UPC para las ARS que operan en el área rural es 25% mayor que aquella de las áreas urbanas. Además, el valor de la UPC varía según la edad y el sexo del beneficiario, lo que impide la selección adversa de los grupos con mayor riesgo.

A su turno, las ARS hacen contratos con las instituciones prestadoras de servicios de salud, IPS, privadas o públicas. Estos contratos pueden ser hechos por servicios prestados o por capitación. En este último caso la ARS hace un contrato con la IPS para que le preste servicios a un cierto grupo de afiliados en un determinado nivel de atención. En este caso el exceso de utilización de los servicios sobre el cálculo inicial implica pérdida para la IPS y si la utilización es menor que la presupuestada le genera una ganancia extra.

Las ARS están autorizadas a descontar hasta 15% de la UPC para gastos de administración y 10%, obligatoriamente, para promoción y programas de prevención. El valor de la UPC incluye la ganancia de la ARS, la cual puede aumentar si reduce costos mediante aumentos de eficiencia.

Actualmente el Plan Obligatorio de Salud, POSS, del régimen subsidiado es inferior al del régimen contributivo, y no se cumplirá la meta

de igualar los dos POS en el año 2001. Sin embargo, el POSS se ha ido ampliando con respecto a las pretensiones iniciales de la ley 100. Inicialmente se pensó que debería cubrir solamente la atención básica de salud. Empero, rápidamente se llegó a la conclusión de que las enfermedades que requerían atención de tercer y cuarto nivel era muy costosa para las familias pobres y se obligó a las ARS a incluir en el POSS el tratamiento de las 20 enfermedades más comunes que requerían de esta atención especializada. Por tanto, las ARS compran un seguro colectivo para estas enfermedades. Esto significa que los casos de ocurrencia de estos tratamientos son cubiertos por la compañía aseguradora. Esto significó que en sus inicios el POSS cubría solamente la atención básica y las enfermedades de alto costo dejando sin cubrir el nivel medio. Luego se ha ido añadiendo al POSS la atención de niveles más complejos, pero aún faltan por incluir algunos servicios intermedios, que si están incluidos en el POS contributivo.

III. Principales resultados de la Reforma en Salud

No obstante el impacto de la crisis, los avances en materia de cobertura logrados con la reforma son incontrovertibles: el aseguramiento, que cubre aproximadamente 60% de un paquete básico de servicios, alcanza 53% de la población total y 60% de la población más pobre. Se ha efectuado un importante cambio institucional, donde un numeroso grupo de "ARS" están hoy ofreciendo sus servicios de intermediación a la población pobre en el régimen subsidiado en el país y los recursos al sector se han incrementado (Cuadro 1), aunque se registre una desaceleración en los últimos dos años.

Cuadro 1
INDICADORES DEL SECTOR SALUD

Indicadores	Antes de la Reforma (1993)	7 años después (2000)
% Población total afiliada	24	54
% Población pobre afiliada	0	55
Número de aseguradores régimen contributivo ^a	20	29
Número de aseguradores régimen subsidiado	0	237
Recursos Públicos totales para salud en millones de pesos corrientes de 1998	1'512.127	3'043.840
Recursos de demanda (% del total de recursos públicos para salud)	-	47

^a Incluye el Seguro Social para los trabajadores del sector privado y las cajas públicas para empleados públicos
Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Cálculos de Fedesarrollo.

A. Cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud

El logro más importante ha sido el aumento de cobertura de seguridad social en salud, pasando de aproximadamente 20% en 1990 a 57% de toda la población sólo 7 años después¹. El desempleo creciente afectó, sin duda, estos resultados, provocando una reducción de la cobertura a un porcentaje cercano a 54% en el año 2000 (Cuadro 2).

Por otro lado, en 1999 de los 15,6 millones de personas con NBI cerca de 60% (9,3 millones) se encontraba cobijado por el sistema de seguridad social en salud, lo que significa un avance muy importante teniendo en cuenta que las personas con necesidades básicas insatisfechas no estaban afiliados a ninguna entidad del sistema. Los resultados muestran también una reducción en la cobertura del régimen subsidiado que habría alcanzado 8,8 millones de personas en abril de 2000, última cifra disponible.

Cuadro 2
AFILIADOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

	Contributivo	Participación (%)	Subsidiado	Participación (%)	Total	Población	Cobertura (%)
1996	13.728.117	69,7	5.981.774	70,0	19.709.891	39.295.797	50,2
1997	14.969.287	68,1	7.026.690	57,2	21.995.968	40.064.092	54,9
1998	16.090.724	65,4	8.527.061	60,7	24.617.785	40.826.815	60,3
1999	13.652.878	59,4	9.325.832	52,0	22.978.710	41.589.018	55,3
2000	13.898.337	62,0	8.505.241	47,0	22.403.578	42.321.386	52,9

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud. Cálculos Fedesarrollo.

¹ Encuesta Nacional de Calidad de Vida 1997 (1998) Dane, Cuadro 1 y Cuadro 10.

De acuerdo con información más reciente del Ministerio de Salud, desagregada por departamentos, se observa que aunque la cobertura promedio del país supere 60% de la población, persisten grandes diferencias dependiendo del departamento. (Cuadro 3) Ello muestra la necesidad de analizar el efecto de la descentralización en salud, como otro de los elementos que deben tenerse en cuenta al analizar los avances de la Ley 100 de 1993.

Otras fuentes, distintas a la Superintendencia de Salud, ofrecen otras aproximaciones a la cobertura del Sistema. Según la Encuesta de Demografía y Salud del año 2000 realizada por Profamilia, la afiliación al sistema de seguridad social se mantendría en 58%. Así mismo, de acuerdo con el Módulo de marzo de 2000 de la Encuesta Nacional de Hogares la afiliación alcanzaría 52,6%. Por su parte, en la Encuesta So-

Cuadro 3
DISTRIBUCIÓN DE COBERTURA CON RELACIÓN A LA POBLACIÓN NBI POR DEPARTAMENTO
(1998-1999)

Departamento	Población NBI 1998	Afiliados 1998	Cobertura específica 1998 (%)	Población NBI 1999	Afiliados 1999	Cobertura específica 1999 (%)
Amazonas	48.924	12.425	25,40	50.342	14.084	27,98
Antioquia	1.635.607	1.087.861	66,51	1.658.271	1.107.557	66,79
Arauca	119.262	51.502	43,18	123.705	57.839	46,76
Atlántico	644.380	266.115	41,30	658.710	305.923	46,44
Bogotá	1.057.410	937.646	88,67	1.085.822	964.856	88,86
Bolívar	1.038.008	384.818	37,07	1.057.381	447.872	42,36
Boyacá	523.768	427.956	81,71	526.601	433.481	82,32
Caldas	316.540	179.165	56,60	320.353	192.599	60,12
Caquetá	235.267	100.342	42,65	239.939	119.178	49,67
Casanare	140.352	92.117	65,63	144.535	94.841	65,62
Cauca	693.831	355.018	51,17	706.582	391.220	55,37
Cesar	519.587	243.364	46,84	532.543	270.339	50,76
Chocó	328.012	146.917	44,79	329.003	164.696	50,06
Córdoba	855.477	291.403	34,06	864.566	336.429	38,91
Cundinamarca	694.949	546.973	78,71	708.271	677.423	95,64
Guainía	34.740	7.909	22,77	35.964	9.554	26,57
Guajira	301.825	136.976	45,38	312.577	150.744	48,23
Guaviare	88.794	21.316	24,01	91.303	22.205	24,32
Huila	359.944	261.676	72,70	364.679	272.649	74,76
Magdalena	694.693	226.517	32,61	707.324	276.104	39,04
Meta	278.111	117.539	42,26	283.296	139.817	49,35
Nariño	882.753	470.984	53,35	898.696	509.635	56,71
Norte de Santander	534.774	253.560	47,41	545.708	272.284	49,90
Putumayo	250.009	110.260	44,10	257.145	111.581	43,39
Quindío	129.130	83.671	64,80	131.700	183.724	139,50
Risaralda	243.073	125.726	51,72	247.126	139.939	56,63
San Andrés	23.140	12.577	54,35	23.794	13.621	57,25
Santander	601.103	490.924	81,67	607.325	497.808	81,97
Sucre	495.687	188.738	38,08	504.970	212.864	42,15
Tolima	501.963	271.210	54,03	502.285	289.909	57,72
Valle	992.271	595.250	59,99	1.008.531	613.477	60,83
Vaupés	24.358	7.730	31,73	24.923	9.866	39,59
Vichada	69.437	20.876	30,06	72.266	21.724	30,06
Total	15.357.179	8.527.061	55,52	15.626.236	9.325.842	59,68

Fuente: Dirección General de Aseguramiento Régimen Subsidiado.

cial realizada por Fedesarrollo en el mes de septiembre de 2000, cuyos resultados se presentan en este número de Coyuntura Social, el aseguramiento en las ocho ciudades entrevistadas llegaría a 56,5%, siendo cercano a 60% en Bogotá, Medellín y Manizales, mientras que el de ciudades como Barranquilla y Cartagena sería de 40%. Es necesario advertir que las cifras de la Superintendencia de Salud, aún no exentas de duplicaciones, son las cifras oficiales de cobertura, que provienen de los reportes de las aseguradoras (EPS y ARS). Los resultados de las diferentes encuestas, que acabamos de presentar, constituyen aproximaciones a la cobertura del sistema.

1. Régimen contributivo

De acuerdo con la últimas cifras divulgadas por la Superintendencia de Salud, correspondientes

a noviembre de 2000, se aprecia una reducción en la cobertura en el régimen contributivo; hecho que además de reflejar la crisis indica problemas de sostenibilidad financiera del sistema. Adicionalmente, una parte de esta menor cobertura se explica por la sobreestimación que se había hecho del número de afiliados a las EPS, que se encuentra en proceso de depuración en la actualidad.

En diciembre de 1996 existían, de acuerdo con las estadísticas del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 13,7 millones de afiliados, -6,6 millones de cotizantes y 7,1 millones de beneficiarios-, 80 % de los cuales eran afiliados al ISS (Cuadro 4). La situación es muy diferente en noviembre de 2000 cuando la participación total del ISS habría caído a 30,9%. Ello se explica por varias razones. En primer lugar, por la co-

Cuadro 4
EVOLUCIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

	1996	1997	1998	1999	2000 ^a
Régimen contributivo					
Cotizantes	6.632.249	6.991.962	5.865.123	5.631.268	5.508.060
Beneficiarios	7.095.868	7.977.316	10.225.601	8.021.610	8.390.277
Total	13.728.117	14.969.278	16.090.724	13.652.878	13.898.337
Beneficiario/cotizante	1,07	1,14	1,74	1,42	1,52
% cobertura población total	34,9	37,4	39,4	32,8	32,8
EPS distintas al ISS					
Cotizantes	988.000	1.959.019	2.101.454	3.280.906	3.679.156
Beneficiarios	1.578.900	3.288.094	3.420.380	5.319.229	5.922.747 ^b
Total	2.566.900	5.247.113	5.521.834	8.600.135	9.601.903 ^b
Beneficiario/cotizante	1,60	1,68	1,63	1,62	1,61 ^b
% cobertura régimen contributivo	18,7	35,1	34,3	63,0	69,1
ISS					
Cotizantes	5.644.249	5.032.943	3.763.669	2.350.362	1.805.891 ^b
Beneficiarios	5.516.968	4.689.222	6.805.221	2.702.381	2.490.543
Total	11.161.217	9.722.165	10.568.890	5.052.743	4.296.434
Beneficiario/cotizante	0,98	0,93	1,81	1,15	1,38
% cobertura régimen contributivo	81,3	64,9	65,7	37,0	30,9

^a Hasta noviembre de 2000.

^b Con base en relación Beneficiario/cotizante de abril de 2000.

Fuente: Informe Anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud a las Comisiones Séptimas de Senado de la República y Cámara de Representantes 1999-2000. Superintendencia Nacional de Salud. Cálculos Fedesarrollo.

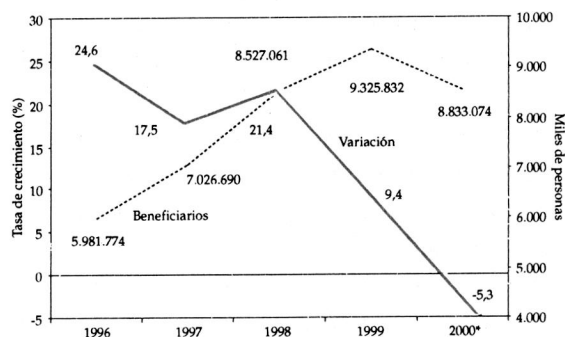
rección en la sobreestimación de su población afiliada. En segundo término, por la migración de afiliados desde el ISS hacia las EPS privadas. Finalmente, y en relación también con el anterior punto, por la sanción impuesta al ISS por la Superintendencia de Salud en julio de 1998, que le impide afiliar nuevos cotizantes.

El elevado desempleo y en especial el fuerte incremento de la informalidad que reporta la ENH de junio de 2000, analizada en el indicador de empleo de este número de Coyuntura Social, son consistentes con la reducción en el número de cotizantes al régimen contributivo que reporta la Superintendencia de Salud.

2. Régimen subsidiado

Por su parte en el régimen subsidiado se logró una cobertura de 9,3 millones de personas al finalizar 1999, cubriendo cerca de 60% de la población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). De acuerdo con información aún preliminar de la Superintendencia de Salud, disponible solamente hasta el mes de abril de 2000, la cober-

Gráfico 1
EVOLUCIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO



* Hasta abril.

Fuente: Consejo Nacional de Salud.

tura del régimen subsidiado habría caído de 9,3 a 8,8 millones de personas (Cuadro 5 y Gráfico 1).

B. Cambio institucional

Otro importante resultado de la reforma es el cambio institucional. Para garantizar el funcionamiento del sistema general de seguridad social en salud la ley 100 de 1993 creó un complejo marco institucional. En este sistema conviven las entidades que venían prestando los servicios

Cuadro 5
EVOLUCIÓN DE LA COBERTURA EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

	Beneficiarios	Variación	Población NBI	Cobertura %
1996	5.981.774	24,6	14.936.469	40,0
1997	7.026.690	17,5	14.938.470	47,0
1998	8.527.061	21,4	15.357.180	55,5
1999	9.325.832	9,4	15.626.327	59,7
2000 ^a	8.833.074	-5,3	15.900.191	55,6

^a Información hasta abril de 2000.

Fuente: Consejo Nacional de Salud.

de salud en el régimen contributivo (ISS, Cajas de Previsión y Cajas de Compensación) con los hospitales públicos y el sector privado, todas conformando un sistema regulado por el Estado.

Se creó el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, CNSSS, adscrito al Ministerio de Salud, que tiene por función definir los componentes del Plan Obligatorio de Salud, POS, y la unidad de pago por capitación para ambos regímenes y determinar los criterios de selección de la población beneficiaria del régimen subsidiado.

El control presupuestal y financiero de las entidades del sector salud le corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud y el control fiscal a la Contraloría General de la República.

Se creó, además, el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud, administrada bajo la forma de fiducia, que tiene cuatro subcuentas:

- Una subcuenta de compensación interna del régimen contributivo que tiene por objeto evitar la selección adversa de los beneficiarios por parte de las EPS. Cada uno de los afiliados al régimen contributivo cotiza el 12% de su ingreso, por lo tanto, el monto de su cotización puede ser inferior, igual o superior al valor de la UPC. Si es inferior el FOSYGA le reconoce a la EPS la diferencia entre el valor de la cotización y el valor de la UPC.
- La subcuenta de solidaridad con el régimen subsidiado que se alimenta de un punto de la cotización realizada por los afiliados al régimen contributivo más los aportes de las Cajas de Compensación y un *pari passu* aportado por el presupuesto nacional. La ley 100 de

1993 ordenó que durante los tres primeros años de funcionamiento del nuevo sistema (1994, 1995 y 1996) el presupuesto nacional debía girar al FOSYGA una suma igual a los recaudos del 1% de la cuenta de solidaridad del régimen contributivo más el aporte de la Cajas de Compensación y que, a partir de 1997, el aporte del presupuesto nacional podía "llegar a ser igual" a dichos aportes (artículo 221). Es decir, que el aporte del presupuesto nacional a partir de 1997 puede ser cero y tiene como límite superior 100% de los aportes de solidaridad del régimen contributivo y de los aportes de las cajas. A pesar de esto, la Nación no giró a la cuenta del FOSYGA todo lo que debía girar entre 1994 y 1996. La ley 344 de 1996 trató de cambiar el artículo 221 de la ley 100 y fijó al aporte de la Nación un rango entre 25% y 50% del aporte de solidaridad y el de las cajas. Este cambio fue declarado inexecutable por la Corte Constitucional, quien además obligó a la Nación a pagar al FOSYGA los recursos que le adeuda de los primeros tres años, que debían ser, como se dijo, iguales al 100% de los recaudos de solidaridad y de los aportes de las Cajas de Compensación. En este momento el aporte nuevo del presupuesto al FOSYGA es cero y simplemente la Nación está pagando lo que debió aportar entre 1994 y 1996 y tiene plazo hasta el año 2005 para terminar de pagar esta deuda.

- La cuenta de promoción de la salud que se financia con los aportes del Ministerio de Salud y hasta 1% de los aportes al régimen contributivo y;
- La subcuenta del seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito que se financia con los recursos del seguro obligatorio de

accidentes de tránsito, SOAT, y con recursos de presupuesto nacional.

En este momento operan en el país más de 29 EPS para el régimen contributivo (Cuadro 6) y aunque el ISS sigue siendo la EPS con mayor número de afiliados, su participación se redujo de 50% en 1999 a 35% en abril y a 30% en los últimos informes divulgados por la Superintendencia de Salud para el mes de noviembre de 2000.

Por su parte, para el régimen subsidiado existen 237 Administradoras del Régimen Subsidiado conformadas por EPS, Cajas de Compensación y Empresas Solidarias de Salud (Cuadro 7). Así mismo, es de anotar que 60% de la población vive en áreas donde operan por lo menos

Cuadro 6
AFILIADOS AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
POR ENTIDAD (Noviembre de 2000)

	Afiliados	Participación (%)
ISS	4.296.434	30,9
Saludcoop	2.426.070	17,5
Cajanal	689.504	5,0
Famisanar	641.427	4,6
Unimec	223.473	1,6
Coomeva	1.056.927	7,6
Susalud	723.786	5,2
Salud Total	673.640	4,8
Colmena	256.389	1,8
Cafesalud	546.587	3,9
Caprecom	133.118	1,0
Cruz Blanca	341.765	2,5
Compensar	410.501	3,0
Otras EPS	1.478.716	10,6
Total	13.898.337	100,0

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud.

Cuadro 7
AFILIADOS AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
POR ENTIDAD (Abril de 2000)

	Número de afiliados 2000	Número de entidades
Empresas Promotoras de Salud	3.418.512	17
Empresas Solidarias de Salud	3.592.411	176
Cajas de Compensación Familiar	1.680.181	41
Convenios Interinstitucionales	141.970	7
Total	8.833.074	241

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud.

3 EPS, dándose por lo menos parte de las condiciones que se requieren para que opere la competencia. Al mismo tiempo, una gran parte de los más de 800 prestadores públicos se han convertido en Empresas Sociales del Estado aumentando por este lado su autonomía financiera y su capacidad de gestión. Finalmente, el Ministerio ha empezado a dar algunas señales en el sentido de que la distribución de los recursos tendrá que responder cada vez más a una demostración de los servicios prestados a la población. Un claro ejemplo de lo anterior es el decreto 99 de 1998 que estipuló que la distribución de los recursos excedentarios de la subcuenta de Enfermedades Catastróficas y Accidentes de Tránsito, ECAT de 117 mil millones de pesos tenía que hacerse en función de la producción y de los niveles de productividad alcanzados por los hospitales. Desafortunadamente, la recurrente financiación de crecientes déficit de los hospitales es una señal contraria a la consolidación de la reforma.

Por otra parte, de acuerdo con un estudio reciente de ANIF², en la actualidad existen en el país

² ANIF (1999) "Organizaciones del Sector Salud: Evolución y Perspectivas".

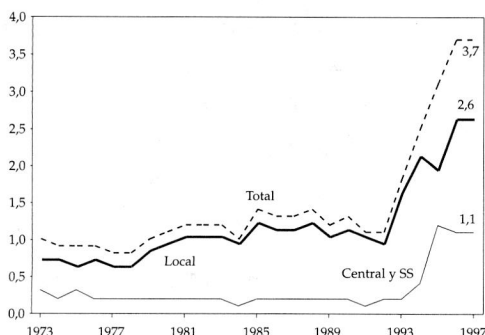
cerca de 33 mil instituciones que prestan servicios de salud. De éstas, 45,6% se encuentra en Bogotá, 9,4% en el Valle y 9% en Antioquia. La gran mayoría son de nivel uno y de naturaleza privada.

C. Recursos del sector salud

Uno de los principales resultados obtenidos en la última década en el sector salud es el gran aumento de los recursos asignados del sector. En lo que a sector público se refiere, tanto en el nivel central como en el local, se presenta un notable incremento del gasto desde 1990. En 1998 los gobiernos locales realizaron un gasto en este sector equivalente a 2,5% del PIB y el nivel central de 1,1%, totalizando 3,6% de gasto del sector público total (Gráfico 2). Si a esto se agrega el hecho de que el gasto promedio de cada colombiano en salud es aproximadamente 12,5% de sus ingresos, el total de gasto público y privado en el sector ascendería a cerca de 8% del PIB.

Comparado con otros sectores sociales, el sector de la salud ha sido, además, el más pri-

Gráfico 2
GASTO PÚBLICO EN SALUD GOBIERNO CENTRAL Y LOCAL EN % DEL PIB



Fuente: Dane 1973-1996 formularios F-400; DNP 1997-1998 con base en ejecuciones presupuestales. Ver Coyuntura Social No. 20 de mayo de 1999.

vilegiado en materia de recursos en la última década. Las transferencias municipales para salud y los recursos del Fosyga, que son recursos nuevos del sector y que empezaron a aplicarse al iniciarse la reforma, explican este comportamiento favorable. Este importante crecimiento de los recursos y las perspectivas fiscales actuales, posiblemente no permitirán que éstos sigan creciendo en forma significativa en los próximos años. El gasto en salud del gobierno central en Colombia se ubica por encima del promedio de los países de ingresos medios. Colombia ha sido, con Paraguay, el país donde más se ha incrementado en la década actual el capital social, en inversiones en educación y salud (Ocampo, 1997). El gasto per cápita en salud pasó de 20.891 pesos constantes de 1996 en 1980 a 85.526 en 1999, de acuerdo con el Informe sobre Desarrollo Humano de este último año.

1. Financiación del Régimen Contributivo

Como se explicó atrás, el régimen contributivo está dirigido principalmente a los trabajadores asalariados y a sus familias, y también a los independientes (con capacidad de pago) y sus familiares. Los recursos de este régimen se originan en las cotizaciones de empleadores y empleados y en los aportes individuales de los trabajadores independientes que deciden asumir el total de su cuota de afiliación al sistema. Los recursos provenientes de aportes a la seguridad social crecieron 230% luego de la ley 100 de 1993, como resultado del incremento en la tasa de cotización que pasó de 8% a 12% del salario, teniendo en la actualidad cobertura familiar.

Las cotizaciones obligatorias reportadas en las declaraciones de giro y compensación alcanzaron en 1999 una suma superior a los 3,6 billones

de pesos (equivalente a 2,4% del PIB). Los superávit de recaudo de estas cotizaciones que realizan los afiliados al régimen contributivo ingresan a la subcuenta de compensación del Fosyga, y alcanzaron en 1999 un total de 440 mil millones de pesos suma que conjuntamente con los excedentes financieros de 1998 por valor de 221 mil millones de pesos, permitieron realizar la ejecución del pago por proceso de compensación por 397,5 mil millones de pesos y contabilizar un excedente por compensación de 43 mil millones de pesos para el año 2000, evidenciando una importante tendencia decreciente (Cuadro 8).

Hasta abril del presente año el superávit por recaudo de cotizaciones alcanzó un valor de 107 mil millones de pesos, mientras los pagos por compensación fueron de 175 mil millones de pesos, con lo que se produjo un déficit de 68 mil millones de pesos. En los primeros seis meses de este año, el promedio mensual de afiliados cotizantes ha sido de 12,5 millones, mucho menor a los 15,1 millones de afiliados que reportan las EPS.

Cuadro 8
FINANCIACIÓN DEL RÉGIMEN
CONTRIBUTIVO 1999

	Miles de millones de \$
Cotizaciones obligatorias	3666,9
Cuenta de compensación del Fosyga	
Ingresos	661,33
Superávit de recaudo ^a	440,04
Excedentes financieros de 1998	221,29
Pagos	401,07
Pagos por compensación ^b	397,47
Otros pagos	3,6
Excedentes para 2000	263,86
Excedente por compensación ^{a-b}	42,69

Fuente: Fidusalud. Consorcio Financiero.

Un primer problema del SGSS reside en la posibilidad de lograr una expansión de la cobertura del régimen contributivo mediante el control de la evasión, así como mediante el diseño de subsidios parciales que incentiven el aseguramiento de los trabajadores del sector informal. Este sector, que había partido de una cobertura muy baja (21%) en 1992, realizó un incremento notable en el aseguramiento de los asalariados de las microempresas. De éstos la porción más dinámica en aseguramiento ha sido aquella que se afilia con aportes de la empresa. El trabajador independiente que debe asumir todo el valor de la cotización registra modestas tasas de afiliación (Lopez, 1999). Un estudio de Fedesarrollo y la Fundación Corona (Giedion y Morales 1998) mostró que la no afiliación del sector informal urbano y rural podrían estar ocasionando una pérdida de recursos que permitiría afiliar a cerca de 2,4 millones de pobres adicionales. Este mismo estudio identificó que por subdeclaración y no afiliación en el sector formal se estarían dejando de afiliar cerca de 800 mil pobres más.

La principal restricción para avanzar en el aseguramiento es la capacidad de las pequeñas empresas para realizar el aporte patronal que complementa el del empleado. Adicionalmente, los asalariados de microempresas tampoco pueden acceder al aseguramiento que ofrece el régimen subsidiado puesto que sus ingresos son superiores a 1 salario mínimo, ingreso que registran en promedio los que se benefician del subsidio (niveles 1 y 2 del Sisben), pero menores de dos salarios mínimos, ingreso básico para afiliarse al régimen contributivo. Como esta es una parte de la población vinculada que es atendida en la red hospitalaria pública, una posible reforma para la afiliación de los independientes sería la

de proponer unos subsidios parciales a cargo de los recursos de oferta que financian a los hospitales públicos y del ingreso del trabajador independiente.

1. El ISS

Aunque uno de sus negocios es la EPS del régimen contributivo, al que se hizo referencia en la sección anterior, el ISS se trata de manera independiente debido a los problemas de esta entidad para adaptarse al nuevo esquema de agentes aseguradores y prestadores de servicios. Sus problemas financieros derivados, entre otros, de un mayor gasto per capita del acordado en la unidad de pago por capitación, así como de un exceso en gastos de personal, repercuten en el resto del sistema.

Por el informe ejecutivo del ejercicio que realizó en 1998 la O.I.T. sobre esta entidad, se sabe que, no obstante la obligación legal de separar negocios, son aún frecuentes los cruces de cifras correspondientes a salud, pensiones y riesgos profesionales. En el ISS confluyen funciones de aseguramiento (EPS) y de prestación de servicios (IPS) no permitidas por la ley. Esta entidad es el mayor asegurador del régimen contributivo, cubre, como se analizó más atrás 30% de los asegurados y por ello es un agente cuya situación financiera concierne a otras EPS, y en especial a las IPS con las cuales contrata servicios. En el informe de la O.I.T. se presentan varias informaciones que han sido motivo de preocupación entre los agentes del sector. La primera es que los gastos de administración representen cerca de 26% de los gastos totales del ISS, porcentaje alto con respecto a 15% estimado por este concepto dentro de la UPC. La segunda es un valor de gasto por afiliado de \$255 mil en 1997,

que excede en más de cuarenta mil pesos el ingreso por afiliado (\$214 mil en 1997). Ambos valores tienen amplias diferencias con la UPC promedio, que en 1997 alcanzaba un valor de \$ 174.989. El alto gasto por afiliado se explica por el más costoso plan de servicios que ofrece, así como por falencias en el sistema de verificación de derechos, y por los mayores costos administrativos antes comentados. Con una estimación conservadora de 7,5 millones de afiliados la pérdida acumulada en el período 1995-1998 alcanzaría 575 mil millones de pesos (Uribe, 1998).

De acuerdo con las proyecciones contenidas en el Documento Conpes 3061 sobre Balance macroeconómico y perspectivas para el año 2000, se pronosticó una situación insostenible para el ISS para este año "por cuanto los recursos destinados a la compra de servicios médicos, según las cifras del presupuesto, ascienden a 256 mil millones y sólo alcanzan para cubrir las cuentas por pagar de esta vigencia (1999) de \$ 253 mil millones. Esto hace que el ISS no tenga recursos para nuevas compras de servicios médicos para atender a sus afiliados en el año 2000. ... el requerimiento por este concepto no es inferior a \$ 500 mil millones si se hiciera un ajuste importante en las compras de servicios, y a \$790 mil millones en caso contrario". Este problema de solvencia, junto con los problemas de calidad y oportunidad en la prestación del servicios, explican la sanción de la Superintendencia de Salud de prohibir nuevas afiliaciones.

Se señala además en este documento que el problema del ISS se origina, en primer lugar, en la falta de información sobre beneficiarios, afiliados, desafiliación, evasión y elusión. En segundo lugar, porque la forma de contratación por adscripción y libre escogencia derivó en un desbor-

damiento de los gastos al no ejercer una auditoría médica y financiera sobre las IPS contratadas. Finalmente, otro componente importante del déficit son los elevados costos de administración que pasaron de 25% en 1996 a más de 30% proyectados para el 2000 (Cuadro 9), cuando, como se comentó líneas atrás, el porcentaje de estos gastos dentro de la UPC es de 15%.

Por su parte, el Confis, en el Plan Financiero de 2000, proyecta un déficit de caja de la Unidad de Salud del ISS de \$ 100 mil millones que se duplicaría para el próximo año. Este es el resultado de un crecimiento de los ingresos de la Unidad de Salud de 15%, mientras que los pagos crecen 20% anual (Cuadro 10).

En los últimos meses el Conpes estudió diferentes alternativas para enfrentar la crisis del ISS hasta que, como resultado de la Comisión Permanente de Concertación de políticas laborales y salariales, se delegó en el Consejo Direc-

tivo del ISS, ampliado con una representación de sus sindicatos, la discusión sobre el salvamento y el fortalecimiento del Seguro Social. Se trabajaron cinco propuestas presentadas por el Presidente de la Institución, los pensionados, los sindicatos de los trabajadores del ISS y las centrales sindicales, los empleadores representados en el Consejo Directivo y el Ministerio de Trabajo. Estas contemplaban la privatización de las clínicas del ISS; la participación de los trabajadores del ISS como accionistas capitalizando sus acreencias; la división del ISS en dos empresas una encargada del aseguramiento de los riesgos de salud y pensiones y otra de la prestación de los servicios; convertirlo en una empresa solidaria o finalmente una completa reestructuración y un salvamento financiero a cargo del presupuesto nacional. Se aprobó finalmente una alternativa menos drástica que consiste en conseguir \$ 350 mil millones para cubrir sus deudas más urgentes y continuar con un proceso lento de ajuste. Esta solución de corto plazo no com-

Cuadro 9
DISTRIBUCIÓN DE LOS GASTOS EN LA UNIDAD DE SALUD DEL ISS EXCLUYENDO GASTOS GENERALES DE CLÍNICAS Y CAAS EN FUNCIONAMIENTO

	Miles de millones de pesos (%)									
	1996		1997		1998		1999		2000 proyecto	
Total Recursos - Salud	1.376,2	100,0	1.743,1	100,0	1.994,1	100,0	2.245,1	100,0	1.914,3	100,0
Gastos de Funcionamiento o administración	339,5	24,7	463,5	26,6	543,9	27,3	554,5	24,7	581,2	30,4
Pensiones exfuncionarios	110,8	8,1	144,6	8,3	192,4	9,6	251,5	11,2	305,4	16,0
Cesantías	59,3	4,3	54,2	3,1	87,7	4,4	91,8	4,1	40,2	2,1
Plan de vivienda	4,3	0,3	7,5	0,4	9,0	0,5	11,2	0,5	11,3	0,6
Otro,	165,1	12,0	257,2	14,8	254,9	12,8	200,0	8,9	224,3	11,7
Costo personal médico y contratación civil médico	309,9	22,5	383,7	22,0	457,7	23,0	540,6	24,1	540,6	28,2
Materiales médicos y equipos médicos	187,1	13,6	202,4	11,6	241,9	12,1	313,4	14,0	335,2	17,5
Compra de servicios de salud	427,3	31,0	526,4	30,2	603,9	30,3	606,6	27,0	256,6	13,4
Gastos Generales CAAS y Clínicas	47,6	3,5	56,0	3,2	65,3	3,3	75,1	3,3	75,1	3,9
Licencias e incapacidades - Fosyga	21,2	1,5	30,0	1,7	29,1	1,5	99,5	4,4	87,6	4,6
Gastos de Inversión	43,6	3,2	81,1	4,7	52,3	2,6	55,4	2,5	38,0	2,0

Fuente: Documento CONPES 3061. Balance Macroeconómico y Perspectivas para el año 2000.

Cuadro 10
INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES - UNIDAD DE SALUD

Concepto	\$ miles de millones		Como % del PIB		Crecimiento %
	2000	2001	2000	2001	2001
Ingresos totales	1.814	2.090	1,0	1,1	15,2
Explotación bruta	134	148	0,1	0,1	8,8
Aportes del GNC	0	0	0,0	0,0	
Ingresos tributarios	1.642	1.898	0,9	1,0	15,6
Otros ingresos	38	45	0,0	0,0	18,0
Pagos totales	1.914	2.289	1,1	1,2	19,6
Pagos corrientes	1.876	2.248	1,1	1,1	19,8
Intereses	0	0	0,0	0,0	
Servicios personales	592	633	0,3	0,3	6,9
Transferencias	575	682	0,3	0,3	18,7
Gastos generales	709	933	0,4	0,5	31,6
Operación comercial	0	0	0,0	0,0	
Pagos de capital	38	41	0,0	0,0	8,0
FBKF	21	23	0,0	0,0	8,0
Otros	17	18	0,0	0,0	8,0
(Déficit)/superávit real	-100	-200	-0,1	-0,1	100,1
Prestamo neto	0	0	0,0	0,0	
Ajustes por causación	0	0	0,0	0,0	
(Déficit)/superávit	-100	-200	-0,1	-0,1	100,1

Fuente: Confis Plan Financiero 2001 y Revisión 2000. Julio 25 de 2000.

templaba aún la reciente decisión de aplicar el incremento salarial ordenado por la Corte Constitucional, que cobijaba a los empleados públicos, a todos los trabajadores del ISS, medida que tendrá una gran repercusión en el déficit de caja del 2001 y en el incremento de las prestaciones que tal medida acarreará en este año y en los siguientes.

2. Financiamiento del Régimen Subsidiado

Este régimen es una de las principales innovaciones en la estructura del sistema de salud, y es el mecanismo mediante el cual se inició el proceso,

hoy totalmente estancado, de pasar la tradicional financiación de la oferta de servicios de salud a un esquema de aseguramiento basado en un subsidio a la demanda de la población sin capacidad de pago.

Las fuentes de financiación del régimen subsidiado son recursos parafiscales y fiscales que corresponden a:

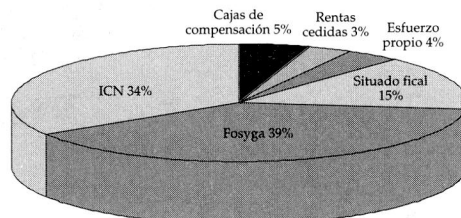
- un punto de cotización del régimen contributivo;
- un aporte del Gobierno Nacional. De acuerdo con la Ley 100 de 1993 el aporte del gobierno

debía ser un *pari passu* de lo que se recaudara por el punto de solidaridad en el contributivo. La Ley 344 de 1996 redujo este aporte a un equivalente a un cuarto de punto de cotización a partir de 1998. Una reciente sentencia de la Corte Constitucional, la C 1165 del 6 de septiembre del 2000 declaró inexecutable el artículo 34 de la Ley 344 de 1994 por la reducción que causa en el aseguramiento de los pobres.

- entre el 10 y 15% de los recursos parafiscales que manejan las cajas de compensación,
- los impuestos de remesas que pagan las compañías petroleras que explotan los pozos de Cusiana y Cupiagua
- los rendimientos que genere la Administración.
- Entre los recursos locales, están los departamentales asignados tradicionalmente a financiar la oferta (situado fiscal) pero que están obligados a transformarse en recursos de aseguramiento de acuerdo con un programa gradual aprobado por la Ley 344 de 1996.
- Los recursos municipales orientados al régimen subsidiado son el 15% de la participación en los ingresos corrientes de la Nación

Las fuentes de financiación del régimen subsidiado durante 1999 aportaron recursos por valor de \$ 1,2 billones, utilizados para la afiliación de población pobre. En su orden, la subcuenta de solidaridad del Fosyga aporta el 39%, le sigue con un 34% la participación en los ingresos corrientes de la Nación. La tercer fuente en importancia es el situado fiscal que aporta el 15% y el resto de rentas cedidas, propias y otras el 12% restante (Gráfico 3).

Gráfico 3
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS RECURSOS DESTINADOS A LA AFILIACIÓN DE LA POBLACIÓN POBRE DURANTE EL 2000



Fuente: UDS-DNP.

El Cuadro 11 muestra la evolución de las principales fuentes en la financiación del régimen subsidiado de salud. Como se puede observar, los recursos del fosyga han caído dos años consecutivos, en razón del descenso en las cotizaciones de solidaridad del régimen contributivo en el 2000, como efecto del aumento del desempleo y a la caída en los aportes del presupuesto nacional a esta cuenta en 1999 y 2000. Cabe destacar el bajo peso que aún tiene el esfuerzo propio de las entidades territoriales en la financiación del régimen subsidiado de salud, lo que está indicando que no se han creado incentivos para que las regiones dediquen recursos crecientes a la afiliación de su población pobre (Cuadro 11).

El municipio utiliza sus propios recursos para asegurar a la población pobre y, además, le solicita al FOSYGA que le cofinancie el aseguramiento cuando sus propios recursos no son suficientes para financiar la afiliación. Inicialmente se fijó como criterio de cofinanciación por parte del FOSYGA la situación de pobreza de los municipios medida por el indicador de NBI. Sin embargo, en la práctica lo que ha ocurrido es que el FOSYGA cofinancia a los municipios que sean

Cuadro 11
SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Fuentes de financiación del régimen subsidiado	Millones de pesos de 1999				Crecimiento real anual		
	1997	1998	1999	2000 ^a	1998	1999	2000
Situado fiscal	1.046.661	1.088.756	1.218.765	1.067.939	4,0	11,9	(12,4)
Participación ingresos corrientes	566.438	608.771	735.812	690.582	7,5	20,9	(6,1)
PICN transformado a demanda ^b	331.292	331.687	426.637	414.349	0,1	28,6	(2,9)
PICN destinado a oferta	235.146	277.084	309.174	276.233	17,8	11,6	(10,7)
Rentas cedidas	343.693	467.864	439.441	312.368	36,1	(6,1)	(28,9)
Cajas de compensación ^c	35.903	59.147	59.917	59.917	64,7	1,3	0,0
Fosyga-cuenta de solidaridad	530.435	661.382	563.900	456.529	24,7	(14,7)	(19,0)
Punto de cotización	303.332	305.948	336.363	298.400	0,9	9,9	(11,3)
Cajas de copensación	3.374	-	2.629	2.332	-	-	(11,3)
Aporte a la Nación (pago de la deuda) ^d	-	148.042	84.500	87.818	-	(42,9)	3,9
Impuestos a las armas, multas y sanciones	2.939	2.872	910	807	(2,3)	(68,3)	(11,3)
Rendimientos	21.955	46.806	75.718	67.173	113,2	61,8	(11,3)
Excipientes financieros ^e	198.835	157.714	63.780	213.448	(20,7)	(59,6)	234,7
Total recursos	2.523.129	2.885.920	3.017.834	2.587.335	14,4	4,6	(14,3)

^a Preliminar.

^b La Ley 100 estableció que el 15% del PICN debe destinarse a subsidios de demanda.

^c Son los recursos de las Cajas de Compensación destinados a financiar subsidios a la demanda y que son manejados directamente por estas entidades.

^d Esta información corresponde al monto de recursos previstos anulamente para el pago de la deuda del Paripasu de 1994-1996.

^e Cada año se adiciona a este fondo los recursos recaudados en la vigencia anterior que el tope presupuestal no le permite incorporar.

Fuente: DNP-UDS.

más activos en la afiliación de su población pobre y le demanden más recursos, bien sea porque tengan más recursos propios o porque sus autoridades tengan una gran preocupación por afiliar a su población pobre. Antioquia y Cundinamarca tuvieron proporcionalmente una financiación mayor del Fosyga que departamentos muy pobres como Chocó, Sucre, Bolívar, Magdalena y Guaviare. Adicionalmente, el Fosyga le gira a las regiones los recursos antes de que éstas hayan terminado de afiliar con sus propios recursos, lo que ha fomentado la "pereza fiscal" en algunas de ellas (Jaramillo, 2000).

Simultáneamente con el esquema de aseguramiento en los subsistemas contributivo y subsidiado aprobado con la Ley 100 de 1993, la asignación de recursos públicos para el sector salud está definida por la ley 60 de 1993. La red pública hospitalaria se financia con i) el situado fiscal para salud; ii) las rentas propias derivadas de

venta de servicios; iii) rentas cedidas a los departamentos y distritos provenientes de los impuestos a los licores y a las cervezas; iv) una proporción de las participaciones municipales en los ingresos corrientes de la Nación; v) otros aportes nacionales.

Actualmente 53% de los recursos del régimen subsidiado de salud son subsidios a la oferta, es decir, son directamente girados a los hospitales públicos por los gobiernos nacional, departamental y municipal y 47% restante va a asegurar población pobre mediante subsidios a la demanda, cuando se suponía que para el año 2001 todos los subsidios a la oferta debían estar convertidos en subsidios a la demanda.

Los recursos recibidos para la financiación de la red pública hospitalaria se duplicaron en 1999 con relación a aquellos de 1993, alcanzando una suma superior a los 3 billones de pesos.

Los problemas de financiación del régimen subsidiado y, por lo tanto de los avances en el aseguramiento de los más pobres, residen en el proceso de transformación de los recursos de oferta hacia subsidios de demanda. (Plazas, 1998, Giedion et al 1999, 2000). La expansión de cobertura requiere de mayores afiliados al régimen contributivo que, con el punto de solidaridad y el *pari passu* que debe aportar el Estado, permita la ampliación del aseguramiento de los más pobres. Este aseguramiento es el que promoverá que los hospitales públicos avancen hacia esquemas de financiamiento basados en venta de servicios y no a financiación inercial de la oferta.

Sin embargo, existe una gran inflexibilidad en los hospitales ligada a sus plantas de personal. En un estudio (Giedion, 1999) se determinó que el 80% de los ingresos de estos son para pagar nómina, pues el factor salarial promedio de los hospitales investigados llegaba a 1,93. A pesar de la caída de los ingresos de los últimos años, los costos salariales han seguido creciendo.

Las secretarías de salud no afilian más pobres porque sus recursos están comprometidos en la financiación de los hospitales y la justificación de estos es la existencia de población aún no asegurada. Hoy en Bogotá la red hospitalaria del Distrito sólo vende al mercado servicios por montos inferiores a 16% de toda su facturación, como se muestra en uno de los artículos publicados en este número de Coyuntura Social. (Giedion, Lopez, y Marulanda 2000). El resto de sus servicios son consumidos por población vinculada, y su gasto es financiado por la Secretaría Distrital de Salud. La más importante reforma del sector que desbloqueará los flujos de recursos y permitirá un avance hacia las coberturas universales es una política decidida en favor del aseguramiento.

Es probable que algunos hospitales públicos en regiones alejadas no puedan integrarse totalmente mediante la venta de servicios. La problemática de los hospitales de los municipios pequeños es diferente. Además de su ineficiencia y altos costos laborales y la inflexibilidad de la planta de personal, existe una baja utilización de su capacidad instalada debido a la baja demanda por ciertos servicios hospitalarios, lo que hace que no sean capaces de cubrir sus costos fijos sólo con contratos con las ARS y necesitan, de todas formas, que la entidad territorial les gire recursos bajo la forma de subsidios a la oferta.

Adicionalmente, por la vía de hecho se están eliminando los ejes básicos que garantizan la competencia y la eficiencia en el régimen subsidiado de salud. De un lado, sólo 30% de los beneficiarios ha escogido libremente la ARS. Esto se debe a que los alcaldes deciden a que ARS afiliar a la población, sin darle la posibilidad de escogencia, como lo exige la ley, creando una "manguala" entre las autoridades territoriales y la ARS que se ha prestado para la corrupción (Jaramillo, 2000).

De otro lado, se han venido creando ARS públicas y los alcaldes afilian a los beneficiarios a estas ARS sacando del mercado a las demás ARS y eliminando, *de facto*, la competencia entre las ARS. Además, estas ARS públicas contratan fundamentalmente con los hospitales públicos sin que se de el control que se suponía que las ARS tienen sobre la calidad de los servicios prestados por las IPS. Esto significa monopolización en el aseguramiento y en la prestación de los servicios de salud, lo que elimina toda posibilidad de competencia y, por ende, de aumento en la eficiencia y en la calidad de los servicios.

Esta situación puede verse agravada por la actual inestabilidad regulatoria y el bajo aumento de la UPC que ha llevado ya a que las ARS de las cajas de compensación y de las EPS privadas estén manifestando su deseo de retirarse del sistema, caso en el cual, se fortalecerían las ARS públicas.

Si se hubiera mantenido la política definida en la ley 100 en materia de régimen subsidiado hoy podríamos contar con más de 11 millones de afiliados en lugar de los 8,5 millones con los que cuenta el sistema. Adicionalmente, es necesario recordar que esta afiliación se logró fundamentalmente mediante el congelamiento de la UPC, que compensó la caída de las otras fuentes de financiación de este sistema .

IV. Principales desafíos del sector salud

La consolidación de los logros obtenidos en el sector no parecen depender exclusivamente de un mejor crecimiento económico y de una recuperación en el empleo. Aunque son muchos los aspectos que es necesario superar, se hará referencia especialmente a algunos mecanismos que incidirían favorablemente en el aseguramiento. En primer lugar, en el régimen contributivo y en los efectos sobre el subsidiado que tiene la evasión del sistema, la subdeclaración de aportes y los trabajadores independientes de bajos salarios. En segundo término se mencionan también algunas políticas que favorecerían la ampliación de la cobertura del régimen subsidiado.

La base de datos que ha venido consolidando la Superintendencia de Salud permitió conocer varias situaciones irregulares con fuerte impacto en la cuenta de compensación del régimen contri-

butivo: evasión al sistema, dobles afiliaciones en el sistema contributivo y en este y el subsidiado.

Estos registros se corroboran con la información de las Encuestas de Hogares que ha permitido realizar algunos cálculos sobre las personas con capacidad de pago no afiliadas, así como otras que no reúnen los requisitos para obtener el subsidio, pero tampoco los ingresos suficientes para afiliarse al contributivo. Con una población de 41,5 millones de personas en el 2000, se calcula que hay 15,6 millones de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas. Como consecuencia, habría 25,9 millones de personas que deberían cotizar 12% de sus ingresos al régimen contributivo. De estas, de acuerdo con las respuestas de los entrevistados, están afiliadas al sistema 13,3 millones, por lo que quedarían 12,6 millones de personas no pobres que no están afiliadas al sistema de salud. De acuerdo con los cálculos que viene haciendo Econometría para el Ministerio de Salud, de ellas hay 985.000 ocupados que tienen capacidad de pago para afiliarse al régimen contributivo, es decir, que tienen unos ingresos laborales superiores a dos salarios mínimos y no están afiliadas. Si se supone un tamaño promedio de hogar de 2,1 personas, habría 2,1 millones de personas con capacidad de pago que no están afiliadas y los 10.5 millones restantes serían la población "sandwich".

Este grupo de población que los expertos en salud han denominado "Población Sandwich", que no hace parte de la población con NBI, pero que tiene unos ingresos menores a dos salarios mínimos legales y son trabajadores del sector informal, les resulta muy costoso la cotización al contributivo y la evaden. Si una persona en estas condiciones se quisiera afiliar al régimen con-

tributivo tendría que cotizar mensualmente \$62.500 ya que, de acuerdo con la reglamentación del CNSS, el tope mínimo de afiliación al régimen contributivo para un trabajador independiente es dos salarios mínimos legales que son \$520.800 y debe cotizar 12% de ese valor. Esta suma es bastante alta para una persona que por ejemplo gana 1,5 salarios mínimos legales y tiene que sostener una familia de cuatro miembros, pues se gastaría 16% de su ingreso en salud. En consecuencia, esta población no estaría cubierta por el régimen subsidiado y tampoco cuenta con los ingresos suficientes para hacer dicha cotización a régimen contributivo.

Este grupo de trabajadores incluso si ganan el mínimo requerido para afiliarse al régimen contributivo (2 salarios mínimos), no tienen incentivos para hacerlo.

Algunas secretarías de salud están estudiando la posibilidad de establecer subsidios parciales para el aseguramiento de estos trabajadores de manera que los incentive a asumir una cotización menor de su salario. Esta sería complementada con recursos locales, que hoy financian la oferta en los hospitales públicos.

Por su parte, faltaría por cubrir aproximadamente 40% de la población con necesidades básicas insatisfechas. Este grupo de personas pobres que tienen derecho a pertenecer al régimen subsidiado de salud, pero que aún no han sido afiliados, son los que en caso de necesidad acuden a la red hospitalaria pública y reciben los servicios bajo la confusa categoría de "vinculados". Ellos, en principio, tienen derecho a que se les atienda en un hospital o centro de salud público y se les cobre un porcentaje del valor

de la atención. Sin embargo, no hay una reglamentación clara sobre cuáles son los servicios a los que tendrían derecho estas personas, incluso en algunas regiones sólo se les atiende con servicios de urgencia. Así mismo, el estudio de las características socioeconómicas, que permiten las encuestas de hogares, indica que la red hospitalaria pública también es usada por personas con capacidad de pago, no afiliadas al régimen contributivo.

Según cálculos de la Misión Social con base en la Encuesta de Calidad de Vida de 1997, de los 7,8 millones de afiliados al régimen subsidiado de salud en 1997, 4,6 millones, o sea, 60% pertenecían al 30% más pobre de la población, 24% estaba ubicado en los deciles 4 y 5 y 17% restante estaba concentrado en los deciles altos. Esto significa que 2,8 millones de afiliados al régimen subsidiado estaban ubicados entre los deciles 4 y 7 y 381.000 personas, correspondientes al 5% de los afiliados pertenecían a los tres deciles superiores. O sea que para 1997 había 3,2 millones de afiliados "colados" al régimen subsidiado de salud, mientras que faltaban por cubrir seis millones de personas de los dos deciles inferiores.

En consecuencia, a pesar de que en ese momento la cobertura de los tres deciles inferiores por el régimen subsidiado era inferior a 40%, el sistema subsidiado de salud estaba cubriendo población de los deciles medios y superiores.

En el caso de la población sin capacidad de pago es necesario mejorar el diseño de otorgamiento de subsidios de manera que se evite que una persona que goza del subsidio lo mantenga cuando es afiliada al contributivo por su vinculación al mercado formal de trabajo.

V. Conclusiones y recomendaciones

A raíz de la implementación de la ley 100 de 1993 se han logrado importantes avances en cobertura de la seguridad social en salud y, a través del régimen subsidiado de salud, se ha llegado a un porcentaje significativo de la población pobre.

Sin embargo, el sistema de seguridad social aún adolece de problemas graves que es necesario entrar a solucionar si se desea que el sistema logre los objetivos propuestos de cobertura universal y aumento de la eficiencia. Los problemas más importantes son los siguientes:

- Se ha frenado el proceso de conversión de subsidios a la oferta en subsidios a la demanda debido a las presiones existentes para continuar financiando los hospitales públicos con base en presupuestos históricos, independientemente de la población atendida.
- A pesar de que se ha avanzado en la cobertura de la población más pobre, el régimen subsidiado de salud no está focalizando bien hacia la población más pobre. En 1997 estaban afiliados al régimen subsidiado de salud tres millones de personas de los deciles medios y altos, mientras que faltaban por cubrir seis millones de personas de los deciles uno y dos.
- Además de que no se ha logrado cubrir a la población más pobre, el sistema de seguridad social en salud implementado por la ley 100 de 1993 dejó por fuera a un grupo amplio de trabajadores independientes, que no son tan pobres como para ser cubiertos por el régimen subsidiado de salud, pero ganan menos de dos salarios mínimos que es el tope mínimo para cotizar como independientes al régimen contributivo. Este grupo de trabajadores y sus familias son aproximadamente 10 millones de personas.
- A pesar de que uno de los objetivos de la reforma era el aumento de la eficiencia, incluso se ha presentado un aumento de la ineficiencia de la red hospitalaria pública pues vía subsidios a la oferta están recibiendo cada vez más recursos, pero están atendiendo cada vez menos población pobre con estos recursos que antes de la ley 100, pues ya hay 9,3 millones de personas que son atendidas con subsidios a la demanda.
- Los problemas regulatorios y la competencia "desleal" de las ARS públicas han llevado a que las ARS de las cajas de compensación y de las EPS privadas estén planteando su retiro de la administración del régimen subsidiado de salud, lo que eliminaría la competencia necesaria para lograr eficiencia y transparencia en el sistema subsidiado de salud. El gobierno debe complementar las señales claras que han dado en el sentido de profundizar la reforma en salud, con acciones en la misma dirección. No puede hacer carrera la intención de eliminar el aseguramiento en salud a los más pobres y echar mano de los recursos del sistema subsidiado para seguir financiando los déficits de los hospitales públicos, porque con ello se paraliza la cobertura. Una mejor asignación de los recursos en salud se vería fortalecida por el cumplimiento de la sentencia en materia del *pari passu* del gobierno, que aunque costosa para las debilitadas finanzas públicas, permitiría la afiliación al régimen subsidiado de un gran número de colombianos que utilizarían

la red pública hospitalaria, siempre que mejore la calidad de sus servicios, y contribuiría finalmente a mitigar las crisis financieras de algunas de estas entidades que han absorbido voluminosos recursos en el último período.

Debe mostrarse claramente que el proceso sigue en marcha, aunque haya todavía diversos aspectos que corregir en materia de eficiencia y equidad. Los hospitales públicos deben acelerar su proceso de transformación y se deben liquidar la mayoría de las EPS públicas que no son sostenibles. El sistema alternativo ha demostrado ser capaz de hacer mejor las cosas.

Así mismo, deben corregirse los problemas de diseño del sistema de recaudo de cotizaciones para evitar las subdeclaraciones y las evasiones de aportes que le drenan cuantiosos recursos al sector. También urge el diseño de esquemas de aseguramiento para los trabajadores independientes y de verdaderos seguros para el pago de cotizaciones ante fenómenos eventuales de desempleo. La reforma pensional que será uno de los temas legisla-

tivos del 2001 contemplará este esquema en el caso de las contribuciones para pensiones. Conviene revisarlo también para los aportes de salud.

Sin embargo, puesto que es un hecho que el período de transición hacia la cobertura universal y la implementación total de la reforma tome más tiempo que el previsto, habría que pensar en esquemas de aseguramiento parcial para ciertos grupos de la población que hoy en día están por fuera del sistema. Hay que garantizar su atención mediante subsidios parciales a sus contribuciones que permitan asegurarlos en un régimen transitorio especial que obligue a la red hospitalaria pública del país a brindar servicios de calidad como resultado de los cuantiosos recursos que reciben todavía por el método tradicional de financiación de la oferta hospitalaria. Una forma de avanzar en la transformación hacia costeo per cápita es la de subsidiar en un porcentaje la afiliación de los trabajadores independientes con menos de dos salarios mínimos, que no son acreedores del subsidio completo de los más pobres.

Bibliografía

- Acta de reunión de la Comisión permanente de concertación de políticas laborales y salariales. 12 de Octubre de 2000. Bogotá, DC, Colombia.
- Acta de reunión de la Comisión permanente de concertación de políticas laborales y salariales. 24 de Octubre de 2000. Bogotá, DC, Colombia.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. *Revista Hospitalaria*. Año 3, N°13.
- Asociación Nacional de Instituciones Financieras (1999), *Organizaciones del sector salud: evolución y perspectivas 1999*. Bogotá, DC., Colombia: Asociación Nacional de Instituciones Financieras.
- Bauerschmidt, A. "El hospital como un prototipo de organización". *Análisis de las organizaciones de salud*. 4: 31-38.
- Betancourt, J. y Giraldo, J. "Afectación del sistema general de seguridad social en salud y los usuarios por liberación de precios en medicamentos (segundo año consecutivo)". Bogotá, DC, Colombia.
- Bossert, T. (1997), "*Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation and Performance*", Data for Decision Making (DDM) Working Paper, Cambridge.
- Bustamante, M. y Pastrana, A. (2000), "Informe anual del Consejo Nacional de Seguridad Social en salud a las Comisiones Séptimas del Senado de la República y Cámara de Representantes 1999-2000". Bogotá, DC., Colombia.
- Chawla, M. et al. (1996) "*Mejoramiento del desempeño de los hospitales a través de políticas para aumentar la autonomía hospitalaria*", Data for Decision Making Working Paper, Cambridge.
- Colombia modelo mundial de salud. (2000), *Revista Dinero*. 104-110.
- Comisión de Racionalización del Gasto y de las Finanzas Públicas (1997), *El Saneamiento Fiscal: Compromiso de la Sociedad*. Tomo II y III, Bogotá, DC, Colombia.
- Consejo Superior de Política Fiscal, Confis (2000), "Plan financiero 2001 y revisión 2000".
- Departamento Nacional de Planeación (1999), "Balance macroeconómico y perspectivas para el año 2000". Documento Conpes. 23 de Diciembre. Bogotá, DC., Colombia.
- Departamento Nacional de Planeación (1999), "Informe de Desarrollo humano para Colombia 1999". Bogotá, DC, Colombia: Tercer Mundo Editores.
- Fedesarrollo (1999), "¿Cómo va la descentralización en el país?". *Análisis Coyuntural Coyuntura Social*: 20 Mayo 59-80.
- Fundación Corona (1999), *Afiliación de población pobre al sistema de salud: el caso colombiano*. Bogotá, DC., Colombia: Panamericana Formas e Impresos S.A.
- Fundación Corona (1999), *La evasión de aportes obligatorios al sistema de salud en Colombia*. Bogotá, DC., Colombia: Panamericana Formas e Impresos S.A.
- Gideon, Ursula y Acosta, Olga (1998), "Cómo reorientar el sector salud: Retos y Desafíos para los próximos 4 años" En *Debates de Coyuntura Social* No.11. Fedesarrollo.
- Giedion, U y Molina, C. (1994), "El Sector de la Salud: Desafíos Futuros". *Revista Coyuntura Social*, N°11. Bogotá, DC, Colombia: Fedesarrollo.
- Giedion, U. y Morales, L. (1997), "Aproximación a la medición de la eficiencia en los hospitales públicos del Distrito Capital", mimeo. Bogotá, DC, Colombia: Fedesarrollo, Secretaría Distrital de Salud.
- Giedion, Ursula; López, Raúl y Marulanda, John (2000), "Estructura política y organizacional del distrito capital de Santafé de Bogotá", Fedesarrollo. Mimeo
- Giedion, Ursula; Morales, Luis y Acosta, Olga (2000), "Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos", Fedesarrollo-BID.
- Harvard School of Public Health. 1995. La Reforma de Salud y el Plan Maestro de Implementación. Informe final. Mimeo. Bogotá, DC, Colombia
- Jaramillo, Iván (2000), "Evaluación del proceso de descentralización territorial, salud pública y seguridad social en salud", Documento no publicado. Proyecto Departamento Nacional de Planeación-GTZ, sobre la Evaluación de la Descentralización.
- Londoño, J. (2000), "Economía, salud y finanzas: ¿Qué esperar en estos tiempos difíciles?". *Vía Salud: gestión, calidad y logros*. 11: 6-12.
- López, H. "Las reformas al sistema de seguridad social en salud y los avances de la cobertura para los trabajadores informales urbanos". *Cuadernos del CIDE*.
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público (1999), *El presupuesto de la verdad*. Bogotá, DC, Colombia: Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Observatorio de la seguridad social en salud (2000), "Revisión general de la seguridad social en salud", Medellín, Colombia.

Uribe, J. (1998), "El ISS y el sector salud colombiano: signos y síntomas en el estudio de la O.I.T.". *Vía Salud: gestión, calidad y logros*. 5: 3-6.

Uribe, J. (2000), "Autonomía hospitalaria: reflexiones sobre la experiencia colombiana". *Revista Hospitalaria: Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas*. Año 2. N°11: 3-10.

Zapata, Juan (1999), "Balance de la descentralización en el sector de la salud en Colombia (1984-1998)" Documento no publicado.

Desarrollo institucional del sector salud en Bogotá^{1,2}

Ursula Giedion³

Héctor Raúl López S.³

John Alberto Marulanda R.³

I. Introducción

Este artículo presenta un diagnóstico de la situación actual del sector de la salud en Bogotá enfatizando en las relaciones entre los hospitales públicos y la Secretaría Distrital de la Salud (SDS).

Una vez descrita la situación actual se identifican las inconsistencias y las restricciones institucionales y de economía política que impiden la efectividad de las políticas puestas en marcha⁴ por la Secretaría Distrital de Salud. Para ello se analizan las reglas de juego formales e informales existentes entre los diversos actores que componen

el sector de la salud en Bogotá, así como sus relaciones con otros niveles jerárquicos y territoriales, para luego esbozar algunas alternativas para la política de salud del Distrito en los próximos años.

II. Diagnóstico

A. Déficits hospitalarios a pesar de la abundancia de recursos

Al igual que en el resto del país, el sector de la salud en Bogotá ha contado con recursos crecientes. En efecto (Gráfico 1), mientras que a mediados de la década del noventa el gasto per cápita sec-

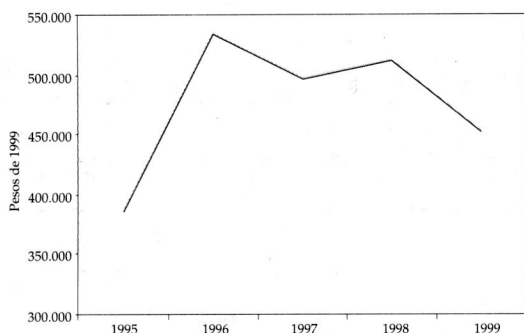
¹ Este artículo es una versión resumida del trabajo adelantado por los mismos autores para la Secretaría de Hacienda del Distrito, Proyecto "Instituciones Captales, Mejoramiento de la gestión pública para el nuevo milenio", 1999-2000.

² Este estudio ha sido posible gracias a la colaboración del personal de la Secretaría Distrital de Salud (período 1997-2000); en especial del entonces Secretario, Dr. Luis Gonzalo Morales, a los Jefes de Planeación y Desarrollo de Servicios, Doctores Gerardo Burgos, Héctor Mario Restrepo y Maria Paz Azula y por su invaluable ayuda a los Doctores Luis Edgar Ibarra, Fernando Ramírez y Juan Carlos Alandete. Finalmente se agradece a Camilo Zarama por su excelente labor como asistente de investigación de este proyecto.

³ Investigador Asociado de Fedesarrollo y consultores independientes respectivamente.

⁴ Se considerarán como restricciones a la efectividad de las políticas: i) Las inconsistencias del marco institucional; ii) Factores que las desvían de los objetivos institucionales y operacionales (legal, financiamiento o de capacidad institucional/ funciones); y iii) La falta de coherencia entre objetivos y políticas.

Gráfico 1
GASTO PER CÁPITA EN SALUD PARA LA POBLACIÓN CON NBI BOGOTÁ 1995-1999



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, informes financieros 1994-1999.

torial sobre la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) apenas se acercaba a los 400.000 pesos (de 1999), en 1999 se había incrementado en más de 50%. Resulta evidente además la existencia de recursos per cápita superiores al valor de la Unidad de Pago por Capitalización, UPC, que actualmente rige para el régimen contributivo de la seguridad social en salud y que cubre un paquete integral de servicios de salud (\$241.577).

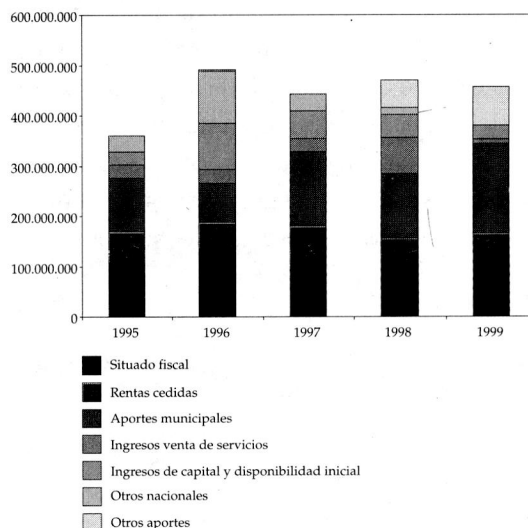
El origen de esta abundancia de recursos, como se puede observar en el Gráfico 2, se encuentra en la potenciación de todas las fuentes de ingresos, y en la inclusión de nuevas fuentes, lo que le ha permitido contar con una alta dinámica económica como sector.

Esta estructura de financiamiento difiere significativamente de la proporción de recursos territoriales para la salud encontrada para las de-

más entidades territoriales, ya que en Bogotá los recursos propios participan en una forma mucho más importante en el financiamiento sectorial que en las demás entidades territoriales⁵. Esta situación le ha otorgado al sector salud de Bogotá altos niveles de autonomía financiera. Tanto así que no es raro escuchar en el Ministerio de Salud que "con el Distrito no se mete nadie" y que son autónomos "hasta para cometer errores".

Por otro lado, se observan fuertes incrementos en los gastos de sus hospitales públicos denominados Empresas Sociales del Estado, ESE, en la medida en que son entidades autónomas "de jure". El Gráfico 3 muestra la gran participación y el rápido crecimiento de los gastos de fun-

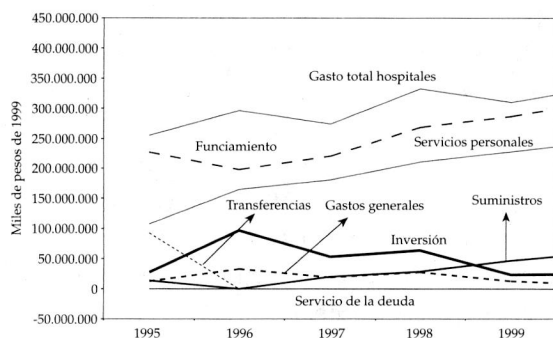
Gráfico 2
PRINCIPALES FUENTES DE INGRESO DEL FONDO FINANCIERO DISTRICTAL DE SALUD



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, el Sector Salud en Bogotá en cifras, 1998.

⁵ Véase al respecto el estudio integral para ejemplos comparativos.

Gráfico 3
GASTOS DE LAS ESE DEL DISTRITO CAPITAL
1995-1999



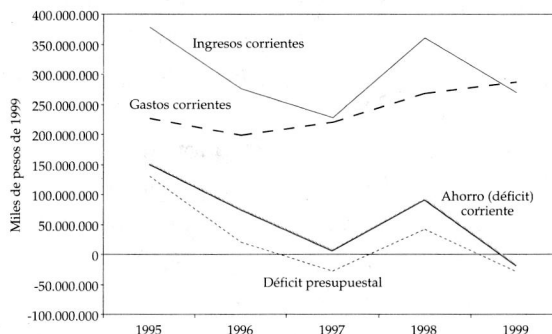
Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Informes Financieros 1994-1999.

cionamiento, los cuales se encuentran explicados por los servicios personales. En tanto, la inversión se ve cada año más reducida y los suministros compiten claramente con los demás gastos generales hospitalarios. El crecimiento del gasto total ha sido mayor que el crecimiento de los suministros, afectando la calidad en la prestación de los servicios.

Esta evolución se refleja a su vez en los resultados financieros de los hospitales, que han sido negativos en los años 1997 y 1999. Para estos años, el ahorro operacional es casi inexistente, y es evidente el peso del déficit presupuestal (Gráfico 4). El estado de resultados muestra pérdidas desde 1998 (Gráfico 5). En este momento los recursos existentes no son suficientes para cubrir los costos actuales de la prestación de servicios.

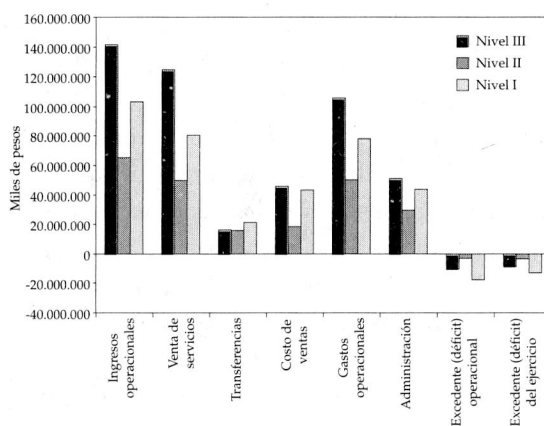
Por tanto, el Distrito tiene en sus hospitales públicos una estructura financiera frágil, y en proceso de transición. Mientras que por el lado de los ingresos no es clara la sustitución de recursos de oferta por la venta de servicios, en el

Gráfico 4
AHORRO Y SUPERÁVIT (DÉFICIT) DE LOS
HOSPITALES DISTRITALES (precios de 1999)



Fuente: Cálculos propios.

Gráfico 5
HOSPITALES DEL DISTRITO CAPITAL
ESTADO DE RESULTADOS POR NIVELES 1999*



* El valor de venta de servicios incluye en este gráfico la venta de servicios no sólo a terceros (como en el resto del presente informe), sino también aquella realizada a la SDS, debido al manejo de la contabilidad en el Distrito.

Fuente: Cálculos propios.

gasto es evidente el peso y dinámica de los gastos de personal, lo que muestra la insostenibilidad financiera de la situación actual a muy corto plazo.

B. Aislamiento del mercado

A pesar del crecimiento del conjunto de ingresos, la venta de servicios de salud a aseguradoras y particulares como ingreso para el Fondo Distrital de Salud aparece bastante alejada de la prioridad que le supone la ley 100 de 1993 como fuente de recursos para los hospitales públicos. No se ha observado una inserción de los hospitales públicos dentro del mercado de la salud vía la captación de mayores recursos a través de aseguradores. A pesar que una creciente porción de los ingresos proviene de la "presentación de facturas", se puede observar que la mayoría de estos ingresos por venta de servicios proviene de la misma Secretaría Distrital de Salud, ya que aún en 1999, tan sólo 11% de los ingresos provenían de la contratación de servicios con Administradoras del Régimen Subsidiado de Salud, ARS, y las Empresas Promotoras de Salud, EPS⁶, y el resto de los ingresos provenía de la SDS sea bajo la figura de venta de servicios, o sea, bajo la figura de subsidios de oferta directamente girados a los hospitales. Lo anterior significa que estas instituciones son aún altamente dependientes de los recursos de la Secretaría de Salud, y su participación en los recursos distritales destinados al régimen subsidiado son apenas marginales. Como resultado, existe un fuerte aislamiento de estos hospitales con respecto al mercado de la salud.

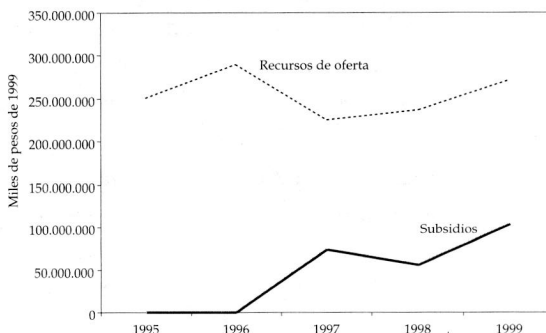
C. Baja cobertura de aseguramiento, para los recursos existentes

La evolución reciente de los recursos sectoriales en el Distrito muestra que a pesar del fuerte in-

cremento del aseguramiento, y en medio de un proceso de transformación de la financiación de la oferta hospitalaria hacia un sistema de venta de servicios de los hospitales a las empresas aseguradoras, los recursos a la oferta, específicamente dirigidos a los hospitales públicos, han seguido creciendo en proporciones importantes (Gráfico 6). En efecto, a pesar que el Distrito cumplió con la normatividad existente al transformar parte del situado fiscal y de las rentas cedidas, no se ha logrado cambiar la estructura de financiación de los hospitales, e incluso, se ha permitido el crecimiento total de los recursos de oferta, desaprovechando el alto potencial de aseguramiento con que cuenta el Distrito. Esta situación es más grave aún a la luz de la disminución de la población a atender con recursos de oferta debido al proceso de afiliación al régimen subsidiado.

En el Distrito existen los recursos suficientes para cubrir al 100% de la población pobre mediante el aseguramiento al régimen subsidiado

Gráfico 6
DISTRITO CAPITAL. SUBSIDIOS VS. RECURSOS DE OFERTA PARA HOSPITALES



Fuente: Secretaría Distrital de Salud, Informes Financieros 1994-1999.

⁶ Las ARS son las entidades que aseguran la población pobre al régimen subsidiado de salud y las EPS son las entidades aseguradoras al régimen contributivo de salud. Algunas EPS son, a su vez, ARS.

de salud, ya que los recursos per cápita existentes (según población NBI) son muy superiores al valor de la Unidad de Pago por Capitación, UPC, del régimen contributivo. Esto indica que hoy es posible extender la cobertura en aseguramiento no sólo a la población más pobre, sino a gran parte de la población no asegurada que se encuentra en los niveles III y IV del Sisben y que no tiene la capacidad de pago suficiente para ser elegible en el régimen contributivo. Estas cifras indican la necesidad de que el Distrito empiece a mirar con mayor detenimiento la posibilidad de aumentar drásticamente las coberturas en aseguramiento de su población pobre.

D. Imposibilidad de sobrevivir en un medio de competencia a pesar de los cambios en los mecanismos de asignación

En este momento existen dos formas básicas de asignación de los recursos de la SDS a los hospitales públicos (subsidios a la oferta): los contratos de compraventa de servicios, o "mecanismos de pago a proveedores", y los convenios de desempeño. Mientras que los primeros remuneran a los hospitales de acuerdo con lo realmente producido, los segundos cubren la diferencia entre el valor total de los contratos de compraventa de servicios y el gasto proyectado de cada hospital público. En el año 2000, sólo 60% de los ingresos de los hospitales eran "justificados" mediante presentación de facturas a la SDS o a terceros. El resto se entregaba contra firma de unos convenios de gestión para cubrir la

brecha entre nivel de gasto y valor de la producción actual. Lo que esto significa es que los hospitales, debido a la fuerte presión ejercida por el gasto histórico, no tendrían en este momento ninguna posibilidad de supervivencia dentro de un sistema competitivo.

E. Reducción de la población objetivo

La SDS y los hospitales del Distrito han considerado que su mercado es la población vinculada (población pobre no asegurada), la cual se ha reducido sensiblemente en los últimos años debido a la afiliación de la misma al régimen subsidiado de la seguridad social en salud⁷. La reducción de la población vinculada acompañada del aumento de recursos de oferta para el mismo período lleva a una pérdida de eficiencia de los hospitales y, por ende, de la asignación sectorial de los recursos.

III. Restricciones institucionales para mejorar la gestión

En este capítulo se busca entender cómo las reglas de juego macroinstitucionales, y los incentivos derivados de éstas, determinan el funcionamiento ineficiente de los hospitales públicos en Bogotá.

A. Continuidad de incentivos al financiamiento del gasto histórico hospitalario

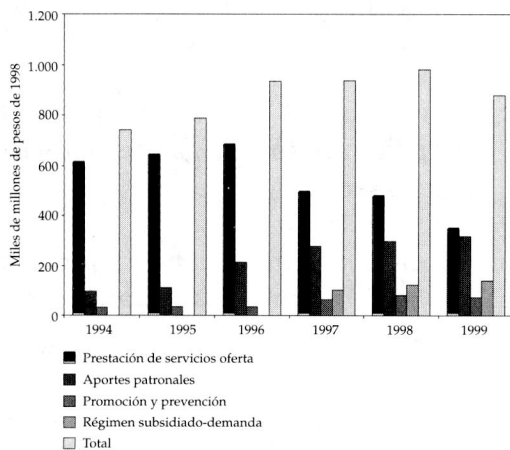
El situado fiscal se ha constituido en la principal fuente de financiamiento de la educación básica

⁷ Mientras que antes de la reforma el sector público financiaba con sus recursos de oferta a toda la población pobre del Distrito hoy gran parte de ésta ya se encuentra afiliada al régimen subsidiado que le cubre más de 50% del paquete completo de beneficios.

y de los servicios básicos de salud desde la década del sesenta. Sin embargo, este recurso, así como la mayor parte de los recursos que financian la oferta, siguen asignándose a las entidades territoriales de acuerdo al gasto histórico y sin exigencias de resultados. Ello genera incentivos a la pereza fiscal (no se incentivó la búsqueda de recursos propios), un débil control del gasto y, consecuentemente, ineficiencias en los prestadores. Igualmente, es de anotar que la distribución de los recursos se intermedia muchas veces por los beneficiarios, sin respetar estrictamente la ley. Las presiones fiscales del gasto para la prestación de los servicios sin incentivos para la obtención de ingresos hacen que los déficits se conviertan en importantes criterios de asignación.

Como se puede observar en el Gráfico 7, los gastos históricos como criterio de asignación de transferencias territoriales y, en especial, del situado fiscal siguen siendo preponderantes, ya

Gráfico 7
COLOMBIA. SITUADO FISCAL 1994-1999,
SEGÚN OBJETO DEL GASTO



Fuente: Ministerio de Salud, informes financieros 1994-1999.

que hoy de 100 pesos que se asignan a la financiación de la oferta, cerca de la mitad se van a financiar las prestaciones laborales, volumen casi igual al destinado a la prestación de servicios. La entrega de estos recursos está garantizada por la ley 60 de 1993 y se encuentra totalmente desvinculada de una rendición de cuentas acerca de la cantidad y calidad de los servicios. Por tanto, el factor determinante de las transferencias sigue siendo el volumen de gasto para el nivel de prestación existente hasta 1993, generando incentivos claros a la no reducción del gasto, ni a la búsqueda de la eficiencia.

Así las cosas, no existe rendición de cuentas entre la Nación y el Distrito, ni entre éste y sus hospitales. Se tendría que buscar no sólo impulsar la rendición de cuentas de la SDS frente a sus hospitales, sino también entre la Nación y el Distrito y la SDS, con el fin de lograr una mejor alineación entre los incentivos existentes. Esta situación no induce acciones con respecto a la autosostenibilidad hospitalaria ni a la inmersión en el mercado, pues el predominio del gasto histórico y su garantía tácita permiten confiar en la existencia de recursos para sostener las cargas previamente existentes. Este diseño va en contravía de la búsqueda de eficiencia en los hospitales públicos estipulada por la ley 100 de 1993 dificultándose, aún más, la transición del sector público hacia un nuevo esquema de competencia regulada.

B. Predominio de mecanismos formales de vigilancia y control en los hospitales y escasa rendición de cuentas

¿Qué se debería controlar en los hospitales públicos y quién debería efectuar este cambio? Acer-

camientos a esta pregunta dependen muchísimo del esquema de organización del cual se parte. Así, el control posible en un esquema centralizado como el que prevaleció en el Distrito hasta convertirse los hospitales públicos en Empresas Sociales del Estado, ESE, en 1997 estaba por fuera de los hospitales públicos, al no existir incentivos claros para que las instituciones mismas asumieran esta función. Para muchos de los elementos observables como desviaciones de objetivos, inadecuada utilización de recursos, ineficiencia, entre otros, se responsabilizaba únicamente a la Secretaría Distrital de Salud.

La debilidad del control es considerada por muchos como uno de los más graves problemas existentes en la actualidad (Granados y Gómez, 1999) para la implantación de la reforma propuesta por la ley 100 de 1993 teniendo en cuenta que el papel del control estatal en la modulación del sistema es determinante para complementar el mercado en salud. En el sector salud colombiano esta situación tiene, en gran medida, un origen macroinstitucional. La existencia de un alto número de instituciones de control y de instituciones judiciales de orden nacional, costosas y con bajos resultado en materia de control, ha generado la sensación de impunidad con respecto a las conductas dolosas existentes en el manejo de los recursos y a la violación de muchos de los derechos de los ciudadanos en todos los órdenes. Así por ejemplo, en Bogotá cerca de 8% del presupuesto del Distrito se está utilizando para financiar las diversas entidades de control y vigilancia. Adicionalmente, es notoria la gran cantidad de informes y evaluaciones a los que se ven sometidos permanentemente los hospitales. De acuerdo con la evidencia anecdótica provista por varios hospitales, éstos llenan en promedio entre 10 y 15 formatos mensualmente para darle

respuesta a las solicitudes de información de las numerosas instancias de control y vigilancia, sin que por ello se observe un mayor control al uso de los recursos, ni un incremento en la rendición de cuentas de la administración.

Así mismo, y como consecuencia de la reforma, los hospitales públicos han incluido en su estructura de funcionamiento oficinas como la de quejas, de control interno etc., como organismos pensados para contribuir al control y a la vigilancia de las instituciones, pero basadas en normas de cumplimiento formal, siendo muchas de ellas condición *sine qua non* para la constitución de las ESE.

A pesar de esta importante estructura física y normativa de control, de acuerdo con una encuesta adelantada recientemente en todos los hospitales públicos del Distrito (Giedion, Acosta y Morales, 2000), el personal de los hospitales públicos considera que los mecanismos de control no funcionan. Así por ejemplo, 60% del personal sí percibe la existencia de mecanismos para controlar el robo en los hospitales públicos pero, cuando en la misma encuesta se indaga por las razones que facilitan la presencia de estos distintos tipos de conductas irregulares, se responde que la razón fundamental es la deficiencia de los mecanismos de vigilancia y control y, en menor medida, la tolerancia del sector público (Cuadro 1). Ello hace pensar que si bien existen los mecanismos para llevar a cabo la vigilancia y control en los hospitales públicos, éstos en realidad son puramente formales.

Finalmente, los pasos necesarios para sancionar a un gerente de un hospital público son altamente complejos y engorrosos, con altas probabilidades de exoneración, dentro de procesos

Cuadro 1

PERCEPCIÓN DE LOS FUNCIONARIOS DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE BOGOTÁ SOBRE CAUSAS DE CONDUCTAS IRREGULARES

Razones de los robos	Porcentaje de respuestas
Bajos salarios	8
Comportamientos tolerados por el sector público	20
Deficiencia en los mecanismos de vigilancia y control	60
Otros	11
Total	100

Fuente: Giedion, Acosta y Morales, 2000.

de responsabilidad fiscal y disciplinaria que toman entre uno y dos años, pudiendo concluir hasta dos o cuatro años después de los hechos, cuando la persona ya ha dejado de ser funcionario y existe una enorme dificultad para encontrarla.

La situación descrita anteriormente muestra que la solución para mejorar la vigilancia y el control en los hospitales públicos no debería utilizar como herramienta el establecimiento de nuevas normas u organismos de control, sino un cambio en el enfoque de estas funciones, e incorporar algunos principios básicos que se desprenden de la teoría "*principal/agente*", como lo es la necesidad de reducir asimetrías de información, alinear los intereses entre "*el principal*" y "*el agente*", e incrementar la rendición de cuentas.

A pesar de que en Colombia el desarrollo de mecanismos de mercado y de control social es altamente limitado e incipiente, el sector de la salud ha sido pionero en este sentido, por lo menos en el diseño teórico derivado de la ley 100 de 1993, al introducir mecanismos de venta de ser-

vicios que, entre otros, permiten condicionar la entrega de los recursos financieros a los prestadores de servicios, según la cantidad y calidad de los servicios producidos y la apropiación social de la dirección de las Instituciones al crear la figura de la junta directiva de las ESE con participación de intereses diversos, y con funciones de seguimiento, vigilancia y control.

En lo que resta de esta sección nos dedicaremos a discutir la figura de la junta directiva y su potencial para asumir una función real para asegurar la transparencia en los procesos y exigir la rendición de cuentas frente al desempeño del hospital, principalmente en términos financieros y de la cantidad y calidad de los servicios provistos.

El decreto 1.896 de 1994 creó las juntas directivas de las ESE con dos representantes de cada uno de los siguientes grupos: usuarios, sociedad científica, administración (alcaldía y SDS) y comunidad. Esta configuración busca, en teoría, recrear los diferentes "*principales*" que rodean el hospital y darles la potestad para exigirle al mismo rendición de cuentas acerca de su funcionamiento.

La importancia de este tipo de mecanismos ha sido demostrada en otros escenarios. Así por ejemplo, en un estudio reciente sobre la educación pública en Brasil se demostró que este tipo de juntas contribuía significativamente al logro escolar (Saviedoff, editor, 1998). Sin embargo, en una evaluación hecha en los hospitales públicos del Distrito en 1998, un año después de constituirse las primeras juntas directivas en los hospitales públicos, se encontró que estas habían asumido un papel netamente protocolario y, en muchos casos, las reuniones generaban poca

discusión y diferencias de opinión y "que la conducta es de consenso y aprobación unánime de las decisiones"⁸. Así mismo, antes del año 2000 eran prácticamente inexistentes los casos donde la junta directiva encontraba serias fallas en el funcionamiento de un hospital.

A pesar de esta evidencia se puede observar un desarrollo institucional de estos órganos, como se desprende no sólo del contenido recientemente estudiado en forma aleatoria, de las actas de muchas de las juntas directivas, sino también

del hecho que, en varias instancias, éstas llevaron a la renuncia del gerente. Este desarrollo se logró en el Distrito, principalmente por la asunción efectiva por la SDS del papel de defensor del equilibrio financiero de sus hospitales y del mejoramiento de la calidad en el servicio prestado.

Este interés puede plasmarse de forma real sólo si los representantes de la administración en la Juntas Directivas están en capacidad de evaluar realmente al hospital en términos de su desempeño. Para ello se requiere de unos perfiles

Transparencia y rendición de cuentas: una anécdota acerca de la experiencia de una junta directiva de un hospital público del Distrito

En 1998 los delegados de la administración estaban compuestos en el hospital "X" por un profesional delegado de la Secretaría Distrital de la Salud, cuya profesión poco tenía que ver con el análisis financiero de los hospitales, y por el gerente del hospital "Y", delegado de la alcaldía, en cuya propia junta se encontraba el gerente del hospital "X". Con esta conformación y, dada la gran complejidad que conlleva el análisis financiero de un hospital público, la junta no tenía incentivos para realizar pronunciamientos muy críticos acerca del desempeño financiero en el hospital "X". Unos años más tarde se designaron como representantes de la administración a dos profesionales altamente calificados en el análisis financiero a nivel distrital, quienes detectaron problemas importantes en el manejo financiero de la institución. Así por ejemplo, se encontró que el recaudo por venta de servicios fue muy inferior al que había sido presupuestado. Este y otros resultados fueron consignados en las actas de la junta directiva, lo que contribuyó a la renuncia del gerente del hospital "X".

Esta anécdota es importante en la medida que muestra:

- El potencial de entidades de vigilancia y control descentralizadas que representan los intereses de los "principales" directamente involucrados.*
- Que la administración distrital puede asumir un papel de liderazgo en las juntas directivas, tanto más teniendo en cuenta que es el principal financiador de los hospitales públicos y tiene 25% del poder de voto en ésta.*
- Que los resultados dependen en gran medida de la manera como la SDS cambia su papel como "principal" en las juntas directivas de sus hospitales. Si la Secretaría diferencia a su interior claramente el papel de dirección del de prestación y si, adicionalmente cuenta con decisión política para asumir el primer papel, puede darse la rendición de cuentas. En caso contrario, la Secretaría opera como otro capturador de rentas, y pueden formarse alianzas de intereses entre la junta y el gerente, convirtiendo a la junta en una instancia de papel, sin contribución a la rendición de cuentas. Este último punto es importante en la medida que muestra la fragilidad de estas instancias frente a las interferencias políticas, y finalmente;*
- Que el problema de los mecanismos de control no es la figura jurídica en sí, sino la forma de uso del "espacio de decisión" concedido por el mecanismo.*

⁸ Entrevistas adelantadas por Mario García y Alvaro Muriel para Giedion, Acosta y Morales, 2000.

profesionales y de experiencia muy específicos. De lo contrario, los delegados de la administración no saben cómo exigir la rendición de cuentas. La experiencia evidenciada indica que es posible lograr la evolución institucional de una figura de puro papel hacia un mecanismo de rendición de cuentas real.

C. Inflexibilidad de las normas laborales

El sector de la salud se caracteriza, en términos de prestación de servicios, por su sujeción a fuertes estacionalidades en la demanda derivadas de factores naturales (épocas de alta o baja incidencia de ciertas enfermedades) o sociales (épocas festivas, o de incremento de delitos y conflictos que inducen alta o baja incidencia de accidentes, lesiones, etc.). En un esquema como el planteado por la ley 100 de 1993, el factor de mercado se convierte en el principal regulador de la demanda por recurso humano. Por ello, es altamente variable la intensidad en el uso de la mano de obra, lo que incide en forma determinante en los costos (pues se trata del insumo que más peso tiene en éstos). Esto hace que para el sector hospitalario la flexibilidad laboral resulte de una importancia determinante en la competitividad.

En el sector salud del Distrito tal flexibilidad no existe. El régimen laboral al que se encuentran sujetos los trabajadores, así como los costos laborales asociados con este tipo de relación labo-

ral, tienen una muy alta incidencia en la productividad, en la competitividad y en la eficiencia de las IPS públicas, que de acuerdo con la Ley 100 de 1993 deben estar inmersas en el mercado de la salud.

En el Distrito laboran 7.525 trabajadores en los hospitales, más 439 en la Secretaría de Salud, 10,7% del total distrital (Acosta, 2000). De los primeros, 4.191 se encuentran inscritos en "carrera administrativa", es decir, 1.257 en provisionalidad y 1.307 son trabajadores oficiales. De los funcionarios de la Secretaría, 384 son de carrera, y 43 se encuentran en provisionalidad. Lo que se puede desprender de las anteriores cifras es que la "carrera administrativa", seguramente la más inflexible de las mencionadas anteriormente, es la forma dominante de contratación en los hospitales públicos a pesar de que éstos se encuentran inscritos en un esquema de competencia como el planteado por la ley 100 de 1993. El régimen de carrera administrativa aplicable se encuentra regulado por normas nacionales⁹. En este contexto, el Distrito tiene una capacidad de decisión y modificación prácticamente nula para flexibilizar el ingreso y retiro de empleados (con excepción del establecimiento del tamaño de la planta de personal), para establecer las condiciones de la relación laboral y para flexibilizar la remuneración de acuerdo con la productividad, lo que limita severamente las posibilidades de competitividad en el mercado de la salud y, por ende, la inserción de los hospitales en tal mercado.

⁹ Ley 443 de 1998, la que a su vez asume normas de la ley 27 de 1992, del decreto ley 2400 de 1968, el decreto 1950 de 1975, decreto 694 de 1975, y la ley 61 de 1987. La clasificación de los empleos en el sector salud se encuentra en la ley 61 de 1987, el ingreso extraordinario en carrera se regula por el artículo 27 de la ley 10 de 1990 y por el decreto 1334 de 1990, las clases de concursos se encuentran en el artículo 28 de la ley 10 de 1990. El régimen disciplinario se encuentra en la ley 200 de 1994.

Con respecto a los costos, los factores salariales correspondientes al empleo público (primas especiales, bonificaciones, entre otros) generan mayores cargas a las administraciones. Estas características cuentan en el Distrito Capital con un factor adicional que incrementa el costo del personal: existe una convención colectiva de trabajo, que cubre tanto a trabajadores oficiales como a empleados públicos, por la vía de un convenio suscrito con la Administración Distrital, y que contempla regímenes salariales extralegales para todo el conjunto de trabajadores del Distrito.

De acuerdo con cálculos hechos por los autores, el factor salarial de los trabajadores de la salud fue 1,9 en 1997, lo que muestra que las prestaciones legales y extralegales prácticamente duplican el sueldo básico de los trabajadores¹⁰.

Así, la institucionalidad laboral condiciona fuertemente la inflexibilidad existente en el sector de la salud, como un factor restrictivo a la competitividad y a la eficiencia, especialmente de las IPS públicas. Su resultado es una muy baja capacidad para convertir costos fijos en costos variables, la presencia de fuertes presiones para sostener los presupuestos históricos sin tener en cuenta resultados, y presiones para presupuestar privilegiando el gasto y no la productividad real.

En vista de lo anterior queda claro que el actual esquema laboral afecta severamente los objetivos de la reforma del sector de la salud, en términos de competitividad y eficiencia, constituyéndose en un aliciente a la segmentación de lo público con respecto al resto del sistema.

D. Descentralización incompleta de las E.S.E

El esquema descentralizador vigente ha permitido que efectivamente en Bogotá se asuman responsabilidades sectoriales en forma prácticamente plena y con alta autonomía, derivadas de la autonomía financiera ya expuesta en el presente estudio. Sin embargo, en términos de la descentralización institucional de los hospitales del Distrito, el proceso ha sido incompleto.

Se consideraba que después de un proceso de transformación los hospitales públicos dependerían en primer lugar de la celebración de contratos de venta de servicios a terceros (ARS, EPS) y sólo marginalmente de la Secretaría Distrital de Salud. La separación de funciones ha sido sólo incipiente como se desprende, entre otros, de la gran dependencia financiera que sigue existiendo entre los hospitales públicos y la SDS, así como de las importantes adiciones presupuestales que estos logran cuando generan déficits.

Además los hospitales se ven sometidos a muchas fuerzas de poder, "*principales*", cuyos objetivos muchas veces son contradictorios y no necesariamente apuntan hacia el cumplimiento del convenio. Así por ejemplo, puede ser adecuado desde el punto de vista del "*principal*" financiador (SDS), buscar la reducción de la contratación de personal mediante contratos por prestación de servicios para reducir el gasto, pero esta medida es poco atractiva para el personal y para las fuerzas políticas. Al contrario, éstas podrían beneficiarse dando instrucciones al gerente para maximizar el nivel de empleo (Shleifer y

¹⁰ Véase el estudio completo para una explicación detallada de los componentes de este factor salarial.

Vishny, 1994). Así, desde el principio, la existencia de múltiples "principales" dificulta el logro de ciertas metas. Del equilibrio entre las fuerzas, y del tipo de metas dependerá en parte el cumplimiento de los objetivos.

La situación descrita anteriormente, característica de la relación entre gobierno y empresas estatales en la mayoría de los casos (Shirley, 1997), reduce fuertemente el incentivo de cumplir cualquier contrato formal o informal.

IV. Evaluación de las políticas actuales

Teniendo en cuenta las limitaciones derivadas del marco macroinstitucional discutidas en los anteriores apartes, el Distrito ha sido cauteloso en la profundización de algunas medidas de reforma. Sin embargo, buscando alternativas para alcanzar los objetivos de la misma, introdujo recientemente una serie de medidas cuyo denominador común es la "búsqueda de una prestación más eficiente de los servicios de salud con miras a facilitar la inserción del sector hospitalario público dentro del nuevo esquema de seguridad social en salud aprobado mediante la ley 100 de 1993 (Secretaría Distrital de Salud, 1999)". En el presente capítulo se analizan algunas de estas medidas.

A. Políticas de relaciones contractuales: mecanismos de pago y convenios de desempeño

Antes de la ley 100 de 1993 el sector salud del Distrito Capital hacía parte del Sistema Nacional de Salud cuyas características eran las de una administración central que planificaba la provisión de los servicios, asignaba los recursos, distribuía los insumos y establecía directrices sobre la manera de proveer esos servicios.

Hacia 1995 se inició en el Distrito un proceso de descentralización y conformación de las instituciones prestadoras como Empresas Sociales del Estado, ESE, 32 en total. Estas cuentan con autonomía técnica, administrativa y financiera, adscritas a la SDS. Durante este período se inyectó una gran cantidad de recursos, se ampliaron las coberturas y el número de actividades en salud y se cambiaron también las relaciones institucionales, las cuales pasaron de ser jerárquicas a desconcentrarse y descentralizarse. La SDS conservó su rol de financiador y de regulador pero, además, adquirió el de comprador de servicios del sistema público.

A pesar de los cambios y los avances persisten serios problemas ya mencionados, los cuales han llevado a cuestionar, además de las relaciones de oferta y demanda del sector, la supervivencia de sus entidades públicas a corto y mediano plazo. Como afirman los estudios para fusiones de la SDS, en este momento no hay instituciones que sean objeto de la estrategia de fusión, que tengan punto de equilibrio, lo que significa que ninguna de ellas es capaz de autosostenerse y ser solvente financieramente en el actual escenario, ya que todas estas instituciones necesitan de recursos adicionales por transferencias del ente territorial para poder asumir sus gastos, y no podrán en el mediano y en el largo plazo soportar los crecientes costos que acarrearán.

Dada esta situación la SDS busca no sólo el redimensionamiento a través de una política de reestructuración y de fusiones; sino, también replantea la forma cómo éstas interactúan a través de la introducción de una serie de relaciones contractuales explícitas (contratos de prestación de servicios, convenios de desempeño etc.).

Antes de la introducción de la ley 100 de 1993, los flujos de dinero e información entre la SDS y los hospitales estaban dominados por el gasto histórico de las instituciones hospitalarias. Los recursos se asignaban en función de éste, sin que hubiera rendición de cuentas acerca de la cantidad y calidad de los servicios prestados. Posteriormente empezó a utilizarse la facturación como instrumento para exigir la rendición de cuentas. Sin embargo, siguió siendo el gasto el principal determinante de los flujos de dinero e información entre la SDS y los hospitales, ya que cualquier diferencia entre el gasto y el valor de la facturación es asumida por la SDS. Esta situación se dificultó con la constitución de los hospitales públicos en ESE, que fue asumida como una "autonomía para gastar".

En la política actual se han multiplicado las relaciones contractuales de la SDS y los hospitales y de éstos entre sí, con el fin de aumentar la rendición de cuentas y mejorar los flujos de información, dinero y pacientes entre los hospitales. Entre las herramientas contractuales más importantes se encuentran el nuevo mecanismo de pago y los convenios de desempeño que constituyen en la actualidad las dos formas básicas de asignación de recursos de la SDS a los hospitales públicos.

B. Mecanismos de pago a los hospitales públicos: fortalecer la función de compra

Los esquemas de asignación de recursos a los proveedores de servicios de salud constituyen un conjunto de reglas que determinan, en gran

medida, la relación entre la Secretaría de Salud y el conjunto de hospitales y de los hospitales públicos entre sí. Son especialmente importantes para la eficiencia del sistema, porque "la dimensión más importante de un sistema de salud es el mecanismo de asignación de los recursos financieros a los prestadores" (BID, 1996), y "porque las decisiones de gasto y nivel de producción, en última instancia, dependen de los profesionales sanitarios y ocurre que las fórmulas de pago y los incentivos que generan son capaces de influir a este nivel descentralizado" (Álvarez *et. al.*, 1998).

1. Los mecanismos de pago utilizados en el Distrito

Desde que se aprobó la ley 100 en 1993, el Distrito (SDS) ha ensayado tres mecanismos de pago diferentes: el presupuesto histórico, que funcionó como único mecanismo de asignación hasta 1997 y que sigue siendo el mecanismo preponderante en el resto del país¹¹, la facturación por servicio prestado, que operó entre 1997 y 1999, y finalmente el así llamado "pago global prospectivo por producto final prestado", que está operando desde comienzos del año 2000.

Sin embargo, se muestra que existe un marco macroinstitucional que limita fuertemente la posibilidad de utilizar los sistemas de pago, cualesquiera que ellos sean, como una herramienta para mejorar la eficiencia de los prestadores públicos y, por otro lado, indica que el sector público ha acumulado una experiencia que lo ha llevado a diseñar, a través de un método de "ensayo

¹¹ Este sigue siendo el mecanismo de pago preponderante en América Latina, en especial dentro del sector público (véase PAHO, 1998).

y error", mecanismos que responden cada vez en mayor medida a dos objetivos centrales del sector: controlar el gasto y crear incentivos para mejorar la eficiencia.

a. Hasta 1997: presupuesto histórico

Los recursos de la Secretaría Distrital de Salud se asignaban a los hospitales públicos hasta 1997 de acuerdo con el gasto observado en la vigencia anterior, aumentado en factores como la inflación o la nivelación salarial del personal médico, paramédico y administrativo. Este mecanismo perseguía, ante todo, garantizar el acceso de la población a los servicios de salud a través del financiamiento de la capacidad instalada de los hospitales públicos. Esta, a su vez, respondía a cálculos teóricos acerca de la necesidad de atención y no a la demanda efectiva de la población del área de influencia. Con esta forma de pago no se estableció ningún vínculo entre el resultado (la producción) y los recursos asignados, por lo que es considerada como una causa importante de la ineficiencia encontrada en los hospitales públicos. Así mismo, los hospitales públicos operaban hasta 1997 como entes totalmente dependientes de la Secretaría Distrital de Salud: decisiones tan importantes como la contratación de personal, la celebración de contratos de compraventa de servicios con el sector privado o la adquisición de insumos médico quirúrgicos, tenían que hacerse con el concurso de la Secretaría Distrital de la Salud. La gran mayoría del personal estaba contratado mediante salario fijo, que no establecía ningún vínculo entre desempeño y nivel de remuneración.

Así las cosas, ni el hospital en sí, ni el personal tenían incentivo alguno para mejorar los niveles de eficiencia. Por el contrario, las tradicionales

adiciones presupuestales a mitad de año se convertían en un poderoso incentivo para maximizar el gasto y presentar altos niveles de déficit para así poder acceder a los recursos adicionales (*soft budgeting*), aunque tampoco podían manejar los excedentes generados por ellos: estos se convertían automáticamente en reducciones presupuestales en las vigencias posteriores. Esta última característica, que hace referencia al manejo del "*residual claimant*" dentro del sector hospitalario público, explica las ineficiencias generadas por este mecanismo de pago. Es interesante notar en este contexto que el incentivo puro de un presupuesto global fijo sería el de reducir el costo por unidad de servicio. Sin embargo, el entorno institucional (*soft budgeting/residual claimant*) cambia totalmente el incentivo.

Finalmente es de anotar que esta forma de asignación de los recursos generaba problemas cada vez más grandes en términos de la eficiencia asignativa del sector: se seguía financiando una oferta distribuida de acuerdo con lo que décadas atrás representaba las necesidades de la población (la ubicación de la infraestructura genera una inercia en la asignación del gasto), sin que se tuviera en cuenta que la demanda de la población se había trasladado de los sectores centro/centro oriente hacia el sur y que además una parte importante de esta población ya se encontraba cubierta dentro del marco del régimen subsidiado. Una sobrefinanciación en unos sectores geográficos y una subfinanciación en otros fue la consecuencia de un sistema que utilizaba la capacidad instalada como criterio de asignación de los recursos.

b. Facturación: 1997-1999

El anterior sistema entró en franca contradicción con la ley 100, que establecía como uno de sus

elementos centrales el financiamiento de la salud de los pobres vía subsidios a la demanda, y la consecuente financiación de los hospitales públicos a través de la competencia por consecución de contratos de prestación de servicios con los sectores público y privado. Hubo un cambio claro en la percepción acerca del financiamiento de los hospitales: ya no se trataba de garantizar la oferta financiando su gasto, sino que éstos subsistirían en la medida en que lograran financiarse a través de la celebración de contratos de compraventa de servicios tanto con el Estado como con las ARS y EPS. Dentro de este marco, la SDS decidió en 1997 asignar sus recursos de oferta en función de los servicios facturados, para sustituir así paulatinamente la presupuestación histórica por las transferencias: los hospitales presentarían a la SDS facturas para todos los servicios provistos a la población vinculada, sin que existiera un techo por hospital. Existía así un incentivo a maximizar la cantidad de los servicios prestados, ya que cada servicio adicional, independientemente de su utilidad para el paciente o consideraciones de costo-efectividad, conllevaba ingresos adicionales. Las relaciones contractuales establecidas con EPS y ARS se guiarían por los mecanismos de pago establecidos en cada caso, según reglas de mercado.

Desde 1997 los hospitales empezaron a operar como entidades con personería jurídica propia y con autonomía para contratar servicios, personal e insumos médico quirúrgicos. Como respuesta al nuevo mecanismo de pago y gracias a la autonomía concedida a ellos mediante la figura jurídica de "ESE", muchos hospitales empezaron a involucrar personal adicional mediante contratos de prestación de servicios. Sin embargo, al igual que en el anterior sistema, la autonomía no existía a la hora de asumir los crecientes défi-

cits de las instituciones hospitalarias: el "*residual claimant*" seguía siendo el Gobierno Nacional y parte de los recursos se seguían asignando como transferencias directas para cubrir la diferencia entre el valor facturado y el gasto de las instituciones.

En 1999 el Distrito (el Fondo Distrital de Salud) se veía frente a un déficit importante (cerca de 60 mil millones de pesos) debido a que por un lado se habían reducido los recursos disponibles y que, por otro, varios hospitales habían aprendido a facturar y absorbido de esta manera una porción creciente de los recursos del Fondo Distrital de Salud, y se seguía financiando la oferta. El manejo combinado de un pago por servicios con una asignación básica por oferta se volvió insostenible y agravó el problema financiero sectorial.

c. *Mecanismo de pago fijo global prospectivo: 1999 en adelante*

La situación descrita llevó a las autoridades distritales sectoriales a sustituir el pago por servicio con un mecanismo de presupuestación prospectiva llamado "Sistema de Pago Fijo Global Prospectivo por Paciente Atendido" (SDS, 1999). Como se va a mostrar, al igual que bajo el mecanismo anterior, la diferencia entre el gasto y el valor de la producción es asumida por la Secretaría Distrital de Salud bajo la modalidad de unos contratos de gestión para asegurar el financiamiento de la capacidad instalada.

El establecimiento de techos presupuestales por hospital y el cálculo y desembolso de los recursos conforme el hospital presta un conjunto de servicios acordados previamente, son las características más importantes de este nuevo me-

canismo. Los techos buscan controlar el gasto y así reducir el riesgo de nuevos desequilibrios financieros. Los incentivos generados con los presupuestos prospectivos dependen de la forma de calcularlos y desembolsarlos. Los presupuestos de ingresos son calculados con base en la producción esperada y se complementan con los ingresos derivados de unos contratos de gestión si los primeros no permiten cubrir el gasto.

El presupuesto se desembolsa a medida que el hospital demuestra la prestación de los servicios de salud previamente acordados. Existen muchas formas diferentes de pagar el producto (paquetes, "*fee for service*", por caso, etc.). La SDS decidió privilegiar como unidad de pago el "paquete de servicios", que es una modalidad del pago por caso. Así por ejemplo, paga una suma fija por "parto normal" y ya no paga separadamente todas las actividades asociadas a este (intervención quirúrgica, medicamentos, servicios hospitalarios, exámenes diagnósticos etc.), como era el caso bajo el sistema de facturación. En la práctica la SDS está aplicando en realidad una mezcla de unidades de pago: mientras que algunos servicios se pagan como servicios intermedios (por ejemplo el TAC), otros se pagan por día, por egreso o por paquetes. Ello genera una mezcla de incentivos e impacta de manera distinta la cantidad y calidad del servicio prestado así como la selección de riesgos.

Esta nueva forma de presupuestación es mucho más complicada que la presupuestación histórica o una presupuestación basada en indicadores sencillos como tasas de ocupación, número de egresos o similares, e implica por lo tanto unos costos administrativos y unas capacidades mayores (véase Barnum, 1995). Se requieren, además, procesos transparentes y firmes para revisar y

ajustar los presupuestos globales. En la medida en que sigue siendo relativamente fácil exceder los niveles de gasto inicialmente acordados y acceder a recursos directos para cubrirlos "*soft budgeting*" no se logrará, por razones obvias, controlar el gasto.

Así mismo, es de anotar que las asimetrías de información son hoy más importantes de lo que eran con el mecanismo de facturación o el presupuesto histórico. En efecto, mientras que la facturación era un poderoso mecanismo para generar información acerca de lo que producían los hospitales (cada actividad era remunerada), con la agregación de los servicios en paquetes los hospitales ya no tienen incentivos para proveer información detallada acerca de cuántas actividades realizan. Esto va a dificultar sustancialmente la supervisión del contrato y es posible que el Distrito esté comprando productos diferentes a los que realmente está proveyendo el hospital (la evidencia anecdótica apunta en este sentido). Así por ejemplo, el Distrito compra "egresos" que deberían incluir supuestamente todas las actividades intermedias desde consultas intrahospitalarias hasta exámenes diagnósticos y servicios hospitalarios, pero los hospitales tienen un incentivo a "ahorrar" servicios intermedios y el Distrito ya no cuenta con la información detallada sistemática para evaluar lo que está comprando en realidad. No es de sorprenderse entonces que el Distrito esté licitando en este momento una consultoría que debe reevaluar las unidades de pago establecidas para el pago a los hospitales.

Finalmente, el nuevo mecanismo de pago busca (al igual que el anterior), asignar los recursos sectoriales de acuerdo al volumen de los servicios prestados para lograr así una distribución más eficiente de los recursos y generar incentivos

en los hospitales para mejorar sus niveles de eficiencia. Sin embargo, cuando la reducción de los ingresos por incumplimiento del contrato de compraventa de servicios pone en riesgo a la institución (no se logra cubrir el gasto), la SDS transfiere el faltante vía "convenio de desempeño" para así poder garantizar, en primera instancia, la financiación del personal de nómina. Lo anterior limita fuertemente el incentivo de este mecanismo de pago.

d. Convenios de desempeño: la generación de información para rendir cuentas

Bajo el actual mecanismo de pago, casi la totalidad de los hospitales pertenecientes a la red distrital pública estarían llamados a desaparecer si tuvieran que competir abiertamente con el sector privado. Esto se debe a que su nivel de producción no se compadece con su nivel de gasto, debido en gran parte a un manejo ineficiente de los recursos, que se traduce en una dependencia total de la SDS y por ende una participación incipiente dentro del mercado creado por la ley 100 de 1993. Dada la inflexibilidad del gasto asociado a la nómina y debido a la importancia que tiene éste en el presupuesto (aproximadamente 80%) la SDS decidió desembolsar la diferencia entre el valor de la producción y el gasto contra firma y cumplimiento de unos convenios de desempeño. La SDS negoció con los hospitales unas metas de gestión en aspectos como la producción, el gasto en contratistas, el manejo de la cartera y la consecución de ingresos de terceros entre otros. En caso de incumplimiento del convenio, la SDS tiene la potestad formal de aplicar sanciones a la IPS y al gerente. Se espera que el monto de recursos asignados mediante convenios de desempeño se reducirá a medida que estos se cumplan.

La suscripción de convenios de desempeño entre el gobierno y las empresas estatales (en nuestro caso los hospitales públicos) no es nueva en Colombia ni a nivel internacional. Los convenios permiten establecer metas que tengan en cuenta las restricciones que enfrentan las empresas. Así por ejemplo, si bien la capacidad del gerente de reducir el personal de planta es limitada, un convenio de desempeño puede buscar el aumento de productividad dentro de estas inflexibilidades en el manejo de personal. Los convenios permiten "introducir mayor racionalidad en los ajustes o correcciones fiscales", reducir "el alto costo político que pagan los gobiernos cuando la opinión pública percibe poca eficiencia y eficacia en los programas públicos" y responde también a "la mayor demanda de transparencia y de responsabilidad por parte de sociedad más democráticas" (Wiesner, 2000). Como veremos más adelante, la potencialidad real de los convenios de desempeño para los hospitales reside esencialmente en constituir una herramienta en manos de la SDS y de las juntas directivas, para la evaluación de los hospitales públicos en esta primera fase que está adelantando la Secretaría Distrital de Salud.

Con el fin de evaluar los convenios de desempeño en términos de su potencial para introducir cambios reales en la gestión de los hospitales públicos, identificaremos factores de orden macro y microinstitucional que limitan las posibilidades de éxito de estos contratos.

e. Factores macroinstitucionales o relacionados con el entorno

La discusión acerca de la "descentralización incompleta" permite entender los factores macroinstitucionales que limitan la aplicación de con-

venios de desempeño en el sector público. Las características de la relación entre gobierno y empresas estatales ahí descritas reducen fuertemente el incentivo a cumplir. En estas situaciones es fundamental aumentar la credibilidad de la SDS frente a los hospitales públicos. La credibilidad del gobierno en su determinación de aplicar los convenios aumenta cuando se cuenta con una entidad externa que evalúa y hace cumplir los términos del contrato¹². Igualmente importante resulta mantener los términos del contrato y dar señales de disposición a asumir altos costos políticos en la toma de decisiones.

La experiencia de la Secretaría al respecto es heterogénea. Por un lado el "enforcement" ha sido débil ya que a la fecha no se ha sancionado ningún gerente y no se ha causado ninguna multa a pesar de que en muchos casos se han incumplido los convenios.

Además se están renegociando (ablandando) las metas estipuladas en los convenios lo que sería otro factor que limitaría su potencial. Esta situación es particularmente grave dado que se trata de un "juego" repetido y que los hospitales no han visto en este sentido una voluntad firme del gobierno de aplicar los convenios. Ello significa la conformación de incentivos de bajo poder.

Sin embargo, las juntas directivas de los hospitales han asumido una función de "third party enforcement" en muchas instancias. En efecto, han sido ya varios los casos donde la junta evaluó el desempeño en términos del cumplimiento

de los convenios de gestión y donde el no cumplimiento ha llevado a una sanción social. En un caso la sanción social provino del sindicato. Igualmente, la negociación y aprobación de las fusiones de los hospitales, que significó en esta primera fase una reducción en las plantas de cerca de 30% en los hospitales implicados, ha sido una señal de que el gobierno está dispuesto a asumir el costo político de reducir el personal.

f. Factores microinstitucionales

A continuación analizaremos aquellos factores asociados al proceso de diseño, negociación y evaluación de los contratos de gestión propiamente dichos. Muchos de los factores de éxito que identificaremos a continuación están directamente asociados a las asimetrías de información que existen entre el "principal", o sea, la SDS y el "agente", es decir, el hospital.

El éxito del contrato dependerá en parte de la forma como el convenio trata de superar estas asimetrías. Cuando la información es un problema y además los incentivos no parecen fuertes, no habría que esperar un cumplimiento de las metas. Las asimetrías de información aumentarán y limitarán el cumplimiento de los convenios cuando la información es poco confiable, los indicadores terminan siendo poco precisos y no cuantificables. Igualmente, el problema de las asimetrías de información será más grave cuando en el proceso de negociación y evaluación de los convenios el "principal" (SDS) se encuentre en desventaja en términos de su capacidad técnica.

¹² Shirley incluye el "third party enforcement" como uno de los principales factores para aumentar el potencial de los Convenios de Desempeño (Shirley 1997).

Encuanto a la confiabilidad de la información pueden existir muchos problemas. Es frecuente observar que información básica (por ejemplo número de partos normales) solicitada a los hospitales varía sustancialmente de acuerdo con el solicitante y el momento en que se solicita. Igualmente pueden observarse manipulaciones en la información. Así por ejemplo, parece que un hospital incluyó dentro de su cartera vencida facturas que ya habían sido canceladas, con lo cual la mejora presentada en este indicador no fue resultado de una mejor gestión sino de la eliminación de las facturas vencidas en el período de comparación.

En cuanto a la precisión de los indicadores es de anotar que la Secretaría Distrital ha venido perfeccionando los instrumentos, pero siguen existiendo márgenes de interpretación que dificultan el cumplimiento de las metas. Así por ejemplo, es poco preciso el indicador relacionado con la implantación de los sistemas de información, donde se estipula como indicador el siguiente: número de módulos de sistema de información operando completamente/total módulos.

Así mismo, no siempre queda claro que el gerente tiene la capacidad de influir en el logro de la meta. La casi totalidad de las obligaciones a las que se comprometen las ESE no tienen un responsable directo a quien se pueda pedir cuentas, lo que causa una confusión sobre quién cumple y quién responde por las obligaciones. Esto tiene una repercusión directa sobre la estructura de incentivos, ya que si no son claros los "derechos de propiedad" (obligaciones y derechos), la estructura de incentivos no se puede aplicar.

Es interesante notar al respecto que el gerente de un hospital del Distrito ha empezado a sus-

cribir convenios de desempeño con sus directores médicos para poder lograr cumplir realmente las metas de producción. Este tipo de "cadenas" de convenios interrelacionados deben estimularse, especialmente cuando el cumplimiento de las metas depende en gran medida del personal con cierta autonomía (personal asistencial).

En cuanto a la capacidad técnica del personal de la SDS asignado a la negociación, monitoreo y evaluación de los convenios de desempeño puede ser un problema cuando la negociación se hace entre mandos altos de los hospitales y mandos medios de la Secretaría. A pesar de que la SDS ha asignado personal calificado al diseño, negociación y monitoreo de los contratos, vale la pena anotar que es poco numeroso y debe cumplir otra gran cantidad de funciones. Igualmente no solo será importante asignar más personal y suficientemente capacitado a esta tarea sino mantener su estabilidad. Una alta rotación entre el personal dedicado a los convenios de desempeño aumenta las asimetrías de información.

g. La política de fusiones: repensar el tamaño del sector público hospitalario

1. Descripción de la política

La política de fusiones tiene por objeto "racionalizar y optimizar los recursos de los hospitales, haciendo énfasis en la simplificación y solidez de las estructuras administrativas de las ESE" (Secretaría Distrital de Salud, 1999a) y ajustar su tamaño "a la demanda real de servicios". Igualmente resulta importante la implementación de una política implícita de reducción de personal, lo que envía señales poderosas al entorno en términos de la voluntad de la SDS de asumir un

costo político alto. Estas señales pueden constituirse en elementos importantes para aumentar la credibilidad de la SDS frente a los hospitales públicos y mejorar los incentivos para cumplir las relaciones contractuales.

De acuerdo con cálculos preliminares de la SDS, el ahorro anual por reducción del personal administrativo como consecuencia de las fusiones supera los 25 mil millones de pesos. Esta cifra es baja a la luz del tamaño del gasto hospitalario total (cerca de 10%), pero alta a la luz del hecho que en las entidades fusionadas el personal total se reduce aproximadamente 30%¹³.

La determinación de fusionar hospitales y la decisión de cuáles fusionar respondió a los siguientes criterios:

- Que tuvieran estructuras administrativas muy pesadas (por ejemplo, un gasto administrativo igual o superior al de prestación de servicios).
 - Que fueran de nivel 1 y 2 de complejidad. Ello respondió a diagnósticos anteriores de la SDS que indicaban que los niveles 2 eran, en términos reales, de baja complejidad. Así, la fusión contribuye a eliminar un nivel de complejidad considerado como ficticio.
 - Que tuvieran grandes dificultades de sostenibilidad en términos de la brecha entre el valor de su producción y su gasto; y, finalmente,
- Que los hospitales a fusionar se encontraran en una misma zona de influencia.

Para decidir acerca del tamaño de la reducción de personal como consecuencia de la fusión se negoció, en primer lugar, con el Concejo Distrital afectar únicamente el personal administrativo. Los diagnósticos de la SDS mostraban que el gasto excesivo en las ESE se explicaba en gran medida por las pesadas estructuras administrativas. Se reunió, en segundo lugar, un grupo de expertos para diseñar una estructura administrativa que respondiera a criterios modernos de gestión. Así se buscó aplanar la estructura organizacional al eliminar la mayoría de los niveles jerárquicos existentes anteriormente.

2. *Experiencia de fusiones en salud*¹⁴

La fusión es una asociación con el objetivo de ampliar los medios de producción, de financiación o de distribución y lograr mayores economías de escala y alcance. Las fusiones pueden ser por absorción o por creación; en el caso de la SDS su proceso es similar a este último, pues dos o más empresas se disuelven traspasando sus activos a una nueva sociedad. De acuerdo con la literatura internacional las fusiones se dan ante todo en:

- Sectores maduros donde se requiere diferenciación en costos y es indispensable obtener economías de escala para obtener el tamaño óptimo (por ejemplo firmas farmacéuticas,

¹³ Estas son cifras preliminares ya que las fusiones están en proceso.

¹⁴ Goldberg, 1999; Wicks, 1998.

para bajar los altos costos de innovación e investigación),

- Sectores de incertidumbre (por ejemplo aseguradoras) y de gran presión competitiva, con el fin de diluir el riesgo y de aumentar la capacidad competitiva. Bogotá puede asemejarse a este segundo caso, ya que los hospitales públicos no podrían competir dentro del nuevo sistema de seguridad social en salud, a no ser que se replantee su estructura.

En cuanto a las causas que han llevado al fracaso de las fusiones hospitalarias en otras latitudes, se han encontrado las siguientes, que serán de gran importancia a la hora de perfeccionar el proceso:

- Problemas de rigidez estructural asociados al crecimiento del tamaño de la nueva empresa. El aumento del tamaño de la empresa fusionada conlleva mayores rigideces, lo que implica mayores exigencias gerenciales para la coordinación y control al interior de las instituciones fusionadas. El proceso de la fusión requiere combinar y coordinar áreas de mercado, portafolios y clientes diferentes.
- Problemas de integración. La fusión necesariamente implica integrar culturas organizacionales distintas. Esto conlleva una redefinición de funciones y "áreas de poder". La experiencia muestra que ello puede llevar a dificultades cuando las nuevas funciones no quedan claramente especificadas y cuando se tratan de combinar "áreas de poder" con funciones similares.
- Ausencia de incentivos claros para las partes involucradas. Este punto puede convertirse en un importante obstáculo en el caso de la

SDS, ya que hasta la fecha la razón de la fusión entre los hospitales distritales se limita al reconocimiento mutuo de la necesidad de reducir el gasto administrativo.

- Asimetrías de información entre los hospitales a fusionar en términos de portafolio, capacidad de producción y cultura organizativa. Por ejemplo, pueden existir diferencias en el manejo informal de los horarios médicos entre dos hospitales. El desconocimiento previo a la fusión de esta situación conllevará a unos conflictos cuya resolución implicará un mayor consumo de recursos.

3. *Evaluación*

Las fusiones se encuentran actualmente en implementación y en el proceso de reducir las plantas de personal administrativo. Las ESE fusionadas están, igualmente, empezando a buscar la reorganización del personal asistencial, no como decisión de la SDS sino de las juntas directivas, para adecuarse a la demanda observada. Ello implica una mejoría en los niveles de eficiencia de las instituciones por reducción del gasto. Resulta quizás más importante aún el simple hecho de que hay reconocimiento social y político explícito de que la supervivencia del sector público dentro del nuevo esquema planteado por la ley 100 de 1993, está sujeto a un replanteamiento de fondo de los niveles de gasto alcanzados, y de su adecuación a la producción real de servicios.

Una consecuencia indirecta pero fundamental del proceso es el hecho de que la SDS asumió el costo político que supone una fusión. Una reorganización de esta índole necesariamente toca los intereses del personal y de los organismos sindicales y políticos que la defienden. Al plantear e implementar la fusión, la SDS ganó

credibilidad frente a los hospitales públicos. Shirley (1997) considera que dar *politically costly signals* es una herramienta poderosa para aumentar las posibilidades de cumplimiento de convenios de desempeño. Esto aplica no sólo para convenios de desempeño, sino para cualquier relación contractual entre los hospitales públicos y la SDS.

Por otro lado, hay que tener presente que las fusiones son procesos muy exigentes en términos de la coordinación y combinación de entidades que funcionaban aisladamente. Así las cosas, es necesario apoyar los procesos de aprendizaje en este ámbito en los hospitales públicos y la SDS. Es importante estar consciente que la fusión no se da por "decreto" y que será un proceso largo y complejo, por lo que la continuidad en esta política se convierte en una condicionante de su éxito o fracaso futuro. También es importante indicar que el proceso de fusión no implica mayor flexibilidad en el manejo del recurso humano y afecta solamente el tamaño. Se ha dicho anteriormente que este punto será fundamental en el futuro si realmente se quiere lograr la inserción de los hospitales públicos en el nuevo esquema.

Persisten, sin embargo, elementos estructurales que dieron origen a las fusiones como la rigidez laboral y la ausencia de mecanismos claros que incentiven la eficiencia o hagan explícito un entorno de competencia. Si no se toman medidas al respecto, es probable que las ganancias de las fusiones se pierdan a mediano plazo. Así mismo, hay que anotar que es importante profundizar la política de reestructuración, ya que el ahorro esperado (10%) no se compadece con las brechas existentes entre nivel de la producción y gasto (aproximadamente de 40%). La continuidad en esta política se convierte así en una condición *sine que non* para potenciar las

posibilidades de supervivencia de los hospitales públicos en el futuro, fusionados o no.

V. Conclusiones

De una manera general, y teniendo en cuenta tanto el diagnóstico establecido como las perspectivas existentes, se podrían obtener las siguientes conclusiones:

- Bogotá es la única entidad territorial que ha tratado de revertir la tendencia de una crisis financiera creciente en sus hospitales con un paquete integral de políticas que incluye no sólo un redimensionamiento de sus instituciones, sino también un cambio en la estructura de incentivos de éstos de prestar eficientemente los servicios de salud.
- Bogotá ha hecho grandes avances en el diseño institucional del sector de la salud y se constituye así en una de las pocas entidades territoriales que está buscando mejorar las posibilidades de supervivencia de la red pública bajo el nuevo esquema de organización planteado por la reforma implantada por la ley 100 de 1993.
- El fortalecimiento de las juntas directivas, así como una separación más clara entre la función de financiación (SDS) y de prestación de servicios (hospitales públicos) a través de la construcción y consolidación de un gran número de relaciones contractuales se constituyen posiblemente en los dos aportes más importantes de la última administración para el sector de la salud, no sólo de Bogotá sino de todo el país.
- Ha sido igualmente importante el avance de la Secretaría Distrital de Salud en términos de la credibilidad de las políticas frente a los hospitales públicos. En este sentido, la determinación

del Distrito de avanzar en las fusiones, que implica necesariamente un ajuste en el tamaño de las instituciones públicas, envía señales poderosas al entorno en términos de la voluntad de la SDS de asumir un costo político alto. Estas señales claras pueden constituirse en elementos importantes para mejorar los incentivos de cumplir las relaciones contractuales.

- No es suficiente introducir herramientas técnicas que contengan incentivos tendientes a mejorar la eficiencia de las instituciones públicas. El entorno institucional determina, en gran medida, la eficacia de estas herramientas. La ausencia de la flexibilidad laboral, así como la descentralización incompleta, diluyen fuertemente los incentivos creados por herramientas como los mecanismos de pago o los convenios de desempeño.
- Bogotá es una de las pocas entidades territoriales del país que tiene las posibilidades financieras para una cobertura universal y de alto nivel de prestación de servicios
- Lo anterior está contrapuesto a grandes problemas de eficiencia y de sostenibilidad financiera de los hospitales públicos, por lo que es necesario empezar a separar el análisis del destino de los hospitales públicos (mantener los recursos de oferta) con respecto a los derechos y preferencias de los ciudadanos (transformar los recursos de oferta actuales en afiliaciones y derechos de las personas).
- De la consolidación de la separación de funciones de financiación y prestación dependerá, en gran medida, el éxito de la política de salud del sector público en el futuro.

Bibliografía

- Acosta, Olga Lucía (1997), "Los Convenios de Desempeño", Hacia una Gestión Pública Orientada a Resultados: Sinergia, DNP: 1996. en WIESNER. Eduardo. La Efectividad de las Políticas Públicas en Colombia: Un análisis Neoinstitucional. Tercer Mundo Editores-DNP. pag. 240
- Acosta, Olga Lucía, Fainboim, Israel, Gutiérrez, Catalina, Zuluaga, Blanca Cecilia (1999), Relaciones fiscales entre el Distrito Especial de Bogotá y la Nación. Revista *Coyuntura Social* No. 20, Fedesarrollo, mayo.
- Acosta, Olga Lucía (2000), Capital humano y servicio civil. Proyecto Instituciones capitales. Bogotá, mimeo.
- Álvarez, B.; Lobo, F.; Pellisé, L. (1998), Sistemas de Pago a Proveedores de Servicios Sanitarios en Países Latinoamericanos y de la OCDE, PAHO.
- Barnum, H.; Kutzin, Jet alia (1995), Incentives and Provider Payment Methods, Human Resources Development and Operations Policy (HRO), HRO Working Papers, Number 51, March.
- BID (1996), Progreso Económico y Social en América Latina, capítulo 3, enfoques sobre la organización de los servicios de salud y educación, Informe.
- Bueno, E.; Morcillo, P. (1994), "fundamentos de economía y organización industrial"; McGraw Hill, Madrid.
- Caja Costarricense de Seguro Social (1997), Proyecto de Modernización.: Compromisos de gestión. área Hospitalaria, 1996. El Compromiso de gestión: Teoría y Evidencia.: gestión, Vol. 5. Numero extraordinario Págs. 25-29. San Jose de Costa Rica, Costa Rica.
- Concierto de Servicios Sanitarios (1997), Gobierno Vasco.: Departamento de Sanidad. Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitaria.
- Cuervo, J. I. (1994), "Gestión de Hospitales"; Vicens Vives; Barcelona.
- División de Finanzas Territoriales, Unidad de Desarrollo Territorial, DNP (1993), Financiamiento del Desarrollo Regional: Situación Actual y Perspectivas. Revista Planeación y Desarrollo, Volumen XXIV, No. 1, abril, Bogotá, D.C.
- Emanuela di Gropello y Rossella Cominetti (1998), La Descentralización de la Educación y la Salud: Un Análisis Comparativo de a Experiencia Latinoamericana. Cepal agosto, Santiago de Chile, Chile.
- Federal Acquisition Regulation, EEUU en: www.arnet.gov/far
- Fiedler, J. (1996), The privatization of health care in three Latin American social security systems, *Health Policy and Planning*, 11(4), 406-418
- ____ Schmidt, R. Wight, B. (1998), Public hospital resource allocation in El Salvador: accounting for the case mix of patients, *Health Policy and Planning*; 13(3):296-310.
- Giedion, U. López, A. (1996), Recomendaciones respecto a la revisión de las tarifas SOAT, Grupo de Apoyo a la Reforma - Universidad de Harvard, mayo, Ministerio de Salud, mimeo.
- ____ Acosta, O. Morales, L. (2000), Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos. el caso de Bogotá, Colombia. Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, septiembre.
- ____ Morales LGM. (1999), Medición de la eficiencia económica y de gestión en los hospitales públicos del Distrito Capital, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, diciembre.
- Giuste, D. Crie, B. Bethune, Xavier (1997), Public versus private health care delivery: beyond the slogans, *Health Policy and Planning*, 12(3), 193-199
- Goldberg, L.G. (1999), "Health care consolidation and the changing health care marketplace"; Ebri brief number 214; octubre.
- Granados, Toraño y Gómez, María C. La Reforma de los Sistemas de Salud en Chile y Colombia: Resultados y Balance. CEPAL.
- Gutiérrez et Wüllner, Molina, Giedion (1995), Las formas de contratación entre prestadores y administradores de salud. Fundación Corona, Fedesarrollo, Bogotá.
- Harding A, Preker A., (1998), Innovations in Health Care Delivery, Reform Within the Public Sector, Background and Conceptual Framework, draft presented at the WB course Organizational Reforms in Health Services: Lessons Learned from the Corporatization of Hospitals, Nov. 12-14, 1998.
- Leape, L. (1998), Unnecessary surgery, *Health Service Research* 24(3): 351-407.
- Londoño, Juan Luis; Frenk, Julio (1997), Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington.

- López, Casanovas (1998), La contractació de serveis sanitaris. Generalitat de Catalunya.
- Martín, J. (1994), Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas; Junta de Andalucía, Consejería de Salud; Granada.
- Martínez, J. Martineau, Human resources in health care reforms: a review of current issues, *Health Policy and Planning*, 13(4):345-358, Oxford University Press
- Ménard, Claude (1997), *Economía de las Organizaciones*; Grupo Editorial Norma; Bogotá.
- Mills, A. (1990), The economics of hospitals in developing countries. Part I and II, *Health Policy and Planning*, 5(2), 1990:107-118 and 5(3), 1990: 203-219
- _____(1998), To contract or not to contract? Issues for low and middle income countries, *Health Policy and Planning*, 13(1): 32-40., Oxford University Press
- Misión siglo XXI, Capítulo 3 Reorganización del Sistema Distrital de Seguridad Social en Salud
- North, D. C. (1994), *Instituciones, Ideología y Cambio Económico*; Fondo de Cultura Económica; México
- Ortún, V (1991): *La Economía en Sanidad y Medicina*; Escola Universitària de Treball Social; Barcelona.
- PAHO (Pan American Health Organization), 1998, Final Report, Regional forum on Provider Payment Mechanisms.
- Pérez Calle, Franciso (1999), La autofinanciación de los hospitales. *Revista Via Salud*, No. 7, primer trimestre Centro de Gestión Hospitalaria. Bogotá.
- Revista Via Salud*, Estadísticas del Sector. *Revista de 1999*
- Sanders, D.; Kravitz, J.; Lewin, S.; Mc Kee, M. Zimbabwe's hospital referral system: does it work, *Health Policy and Planning*; 13(4):359-370
- Savedoff, W.D (Editor), 1998, *Organization matters, agency problems in health and education in Latin America*, IDB, Washington, Latin American Research Network.
- Secretaría Distrital de Salud (1998), *Análisis del sector salud en el Distrito Capital 1990 - 1998*. Bogotá. Pgs 115 a 128
- Secretaría Distrital de la Salud (1999a), *Hacia la Eficiencia Social en la Inversión de Recursos, La Gestión Transparente y la Rendición de Cuentas en su Manejo en el Sistema Público de Salud de Bogotá*, mimeo, Bogotá.
- Secretaría Distrital de Salud (1999b), *Propuesta de mecanismo de pago a los hospitales públicos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá: Sistema de pago fijo global prospectivo por paciente atendido*, mimeo, Bogotá, septiembre
- Shirley, Xiu, (1997), *Information, Incentives and Commitment: An Empirical analysis of Contracts between Government and State Enterprises*. Download at Bibec.
- Superintendencia Nacional de Salud. *Circulares Externas 21 y 22 de 1996*.
- Vivian, Ho.; Barton, H.; Hamilton b *Hospital mergers and acquisitions: does market consolidation harm patients?* *Journal of Health Economics* 19 2000 767-791
- Wicks E K; *Assessing the early impact of hospital mergers; Economic and social research institute; Jn/98*
- Wiesner Durán, Eduardo (1997), *La Efectividad de las Políticas Públicas en Colombia. un Análisis Neoinstitucional*. Bogotá, Tercer Mundo Editores, Departamento Nacional de Planeación.
- Wiesner (2000), *Función de Evaluación de planes, programas, estrategias y proyectos*, CEPAL, Serie Gestión Pública No. 4.
- Williamsom, Oliver E. (1990), "La naturaleza de la empresa; orígenes, evolución y desarrollo"; Fondo de cultura económica; México
- www.doh.gov.uk/tables98/trudata.htm (tablas que muestran el desempeño comparativo de los hospitales públicos en Inglaterra).
- Zuckerman, H., *Hospital Alliances: cooperative strategy; Health care management review; 15, No 2 (1990)*.

Decisiones: sexo y embarazo entre las jóvenes colombianas

Alejandro Gaviria U.¹

I. Introducción

"El embarazo adolescente es una realidad que pone en peligro toda una generación. ¿Cuántas oportunidades de estudio no se habrán visto frustradas? ¿Cuántos hogares terminarán desechos por la desesperación y la confusión? ... lo que allí se está incubando es una explosiva bomba de tiempo cuya mecha se está agotando".

El Tiempo. Noviembre 4 de 2000.

El embarazo adolescente ha acaparado recientemente la atención de analistas y comentaristas políticos, como bien lo demuestra el párrafo anterior tomado de un editorial reciente de *El Tiempo*. Las repercusiones sociales del embarazo adolescente justifican, por sí solas y más allá de cualquier connotación moral, el sentido de alarma manifiesto en el párrafo citado. La literatura

internacional sobre el tema muestra, por ejemplo, que las mujeres que quedan embarazadas y dan a luz durante su adolescencia tienen una menor probabilidad de completar sus estudios secundarios, de participar en la fuerza de trabajo y de casarse y permanecer casadas². Asimismo, estudios fisiológicos y sociológicos muestran que, al menos en Estados Unidos, los hijos de madres adolescentes tienen una mayor probabilidad de experimentar problemas de salud durante su infancia y problemas de comportamiento, incluyendo uso de drogas y bajo rendimiento escolar, durante su adolescencia³. Aunque algunos de estos estudios no implican la existencia de una conexión causal entre embarazo adolescente y los problemas mencionados, la literatura en su conjunto muestra de manera fehaciente que las repercusiones negativas del embarazo juvenil son muchas y significativas.

¹ Investigador Asociado de Fedesarrollo. El autor agradece los comentarios de Martha Luz Henao y la colaboración de Geovana Acosta.

² Véase por, ejemplo, Card y Wise (1978), Hayes (1987), Grogger y Korenman (1993) y Hotz, McElroy y Sanders (1999). Los primeros dos trabajos son estudios clásicos sobre el tema mientras, los segundos usan "experimentos naturales" para estimar los efectos de la maternidad adolescente sobre varias medidas de éxito socioeconómico.

³ Véase Hayes (1987) para un recuento de los estudios fisiológicos, y Case y Kats (1991) para una comparación de la probabilidad de usar de drogas y participar en actividades ilícitas entre hijos de madres adolescentes y el resto.

Este artículo estudia la incidencia y las repercusiones del embarazo juvenil en Colombia con base en las cifras recopiladas por la Tercera Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Primero, se examinan los principales factores de riesgo asociados con la incidencia del embarazo juvenil; luego se estudia la magnitud y el origen de las diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre estratos de nivel socioeconómico; y, por último, se estudian los efectos del embarazo juvenil sobre las tasas de deserción escolar.

Los resultados ponen de presente la existencia de enormes diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre estratos sociales. La incidencia de embarazo juvenil es de 34% en el quintil inferior de nivel socioeconómico y de 8% en el quintil superior. Los resultados señalan también que la incidencia de embarazo juvenil es mucho mayor entre las jóvenes que no han completado su educación primaria y entre las jóvenes con padres de menor nivel educativo. Con todo, la incidencia de embarazo no sólo afecta más a los más pobres, sino que también contribuye a perpetuar la pobreza.

Los resultados muestran, de otro lado, que sólo una tercera parte de las diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre estratos de nivel socioeconómico puede explicarse a partir de diferencias en el porcentaje de jóvenes que mantienen relaciones sexuales. Una fracción aún menor puede explicarse por diferencias en el conocimiento y uso de métodos de control natal. Así, el grueso de las diferencias en la incidencia de embarazo juvenil entre grupos de nivel socioeconómico parece estar jalonado por diferencias en el porcentaje de jóvenes que conscientemente deciden quedar embarazadas y tener hijos.

El embarazo juvenil afecta de manera notable las tasas de deserción escolar en el corto plazo.

La probabilidad de interrumpir los estudios es al menos tres veces más alta entre las jóvenes embarazadas que entre las jóvenes que no lo están. La evidencia disponible sugiere, además, que muchas de las jóvenes que interrumpen sus estudios a causa del embarazo no los reanudan después de la concepción o la maternidad, lo que implica la existencia de efectos de largo plazo.

II. Descripción de la base de datos

Las cifras utilizadas en este estudio fueron tomadas de la Tercera Encuesta Nacional de Demografía Salud (ENDS), realizada en el primer semestre del año 2000 bajo la supervisión técnica de *Profamilia*. Esta encuesta hace parte del Programa Mundial de Encuestas de Demografía y Salud, patrocinado por la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID). La encuesta contiene información demográfica y socioeconómica para más de diez mil hogares e información sobre fertilidad y salud para once mil mujeres en edad reproductiva. Las cifras son representativas de la población total del país, incluyendo los habitantes de zonas urbanas y rurales.

A lo largo de este estudio se limitó la muestra a mujeres entre 15 y 19 años de edad que residen actualmente en zonas urbanas. Puesto que las decisiones sobre fertilidad, trabajo y estudio obedecen a factores distintos en el campo y en la ciudad, se consideró conveniente limitar la investigación al estudio de la incidencia del embarazo juvenil en las zonas urbanas. Sin embargo, los resultados no cambian de manera significativa cuando se incluyen también las zonas rurales.

En nuestra definición de embarazo adolescente se incluyeron las jóvenes que tienen o han

tenido hijos, las que están embarazadas y las que han tenido un aborto, bien sea espontáneo o inducido. El Cuadro 1 muestra que la tasa de embarazo adolescente en las ciudades colombianas es de 18%. Según las cifras de la encuesta, 13% de las jóvenes colombianas residentes en zonas urbanas tienen o han tenido hijos, 4,5% están embarazadas, 3% han tenido abortos y 40% han tenido relaciones sexuales al menos una vez. De las jóvenes que han tenido o tienen relaciones sexuales, 16,5% no utiliza ningún método anticonceptivo. Sólo 6% de la población de interés no completó sus estudios primarios y 42% no asiste al colegio o a la universidad. Más de una quinta parte de las jóvenes que estudiaban en el año anterior a la encuesta ya no lo estaban haciendo en el momento de la misma. Finalmente, los hogares encabezados por mujeres ascienden a 33,7% del total y la educación promedio de los jefes de familia apenas supera los siete años.

El Cuadro 2 muestra las diferencias regionales en la incidencia de embarazo adolescente y en el

porcentaje de adolescentes que tiene relaciones sexuales. La incidencia de embarazo adolescente es mayor en la región Pacífica, menor en la región Atlántica y toma valores intermedios en el interior del país. El porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales es mucho mayor en Bogotá y mucho menor en la región Atlántica. En general, no existe una correspondencia muy clara entre las diferencias regionales en embarazo juvenil y las mismas diferencias en actividad sexual, lo que apunta a la existencia de importantes diferencias regionales en el uso de anticonceptivos y en las preferencias reproductivas.

Infortunadamente, la ENDS no contiene preguntas directas sobre el ingreso de los miembros del hogar, lo que dificulta la clasificación de los hogares según su nivel socioeconómico. Habida cuenta de que uno de los principales objetivos de este trabajo es estudiar las diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre los diferentes grupos de nivel socioeconómico, la carencia anotada constituye un problema serio. Afortunadamente

Cuadro 1
PROMEDIO DE LAS PRINCIPALES VARIABLES

Variable	Observaciones	Promedio
¿Ha estado alguna vez embarazada? (%)	1.671	18,2
¿Está embarazada? (%)	1.671	4,5
¿Ha tenido hijos nacidos vivos? (%)	1.671	13,2
¿Ha tenido un aborto? (%)	1.671	3,0
¿Ha tenido relaciones sexuales? (%)	1.671	39,6
¿Ha tenido relaciones sexuales y no ha usado ningún método anticonceptivo? (%)	675	16,5
No completó la primaria (%)	1.671	6,0
No asiste al colegio (%)	1.671	41,6
Interrumpió sus estudios el último año (%)	1.146	20,9
Años de educación	1.671	8,71
Jefe de hogar es mujer (%)	1.671	33,7
Años de educación del jefe del hogar	1.666	7,10

Factores de ponderación fueron usados para asegurar representatividad.

Fuente: ENDS, 2000. Cálculos del autor.

Cuadro 2

DIFERENCIAS REGIONALES EN EMBARAZO JUVENIL Y ACTIVIDAD SEXUAL

Región	¿Ha estado embarazada?	¿Ha tenido hijos?	¿Activa sexualmente?
Atlántica	16,5	13,3	27,5
Oriental	18,1	12,6	41,8
Central	18,5	13,8	44,4
Pacífica	19,7	12,5	38,2
Bogotá	18,5	13,2	46,8

La región oriental comprende los departamentos de Boyaca, Cundinamarca, Meta, Norte y Santander .

La región central los departamentos de Antioquia, Caldas, Caqueta, Huila, Quindio, Tolima y Risarlada.

Fuente: ENDS, 2000. Cálculos del autor.

te, la ENDS contiene una serie de preguntas sobre tenencia de activos y características de la vivienda que pueden usarse para aproximar el nivel socioeconómico de los hogares⁴. El procedimiento seguido para tal efecto fue el siguiente: primero se utilizó la metodología de componentes principales para calcular, con base en las variables listadas en la nota 4, un índice aproximado del nivel socioeconómico del hogar; luego se usó este índice para ordenar los hogares según su nivel socioeconómico; y, finalmente, se usó este ordenamiento para clasificar los hogares en tres grupos: el 20% inferior (al que se denominó estrato bajo), el 20 % superior (o estrato alto) y el resto (o estrato medio)⁵. Los estratos así definidos tienen la ventaja de ser poco susceptibles a cambios transitorios en el ingreso de los hogares y a errores de medida⁶.

Cabe anotar que las cifras de la encuesta muestran la existencia de enormes diferencias en logros educativos entre las mujeres que están o han estado embarazadas y aquellas que nunca lo han estado. Mientras sólo 16% de las primeras están enrolladas en alguna institución educativa, casi 70% de las segundas asisten al colegio o la universidad. Asimismo, las segundas tienen, en promedio, dos años más de educación que las primeras. Estas diferencias son el reflejo de dos mecanismos diferentes que postulan direcciones causales opuestas. De un lado, los bajos niveles de educación son un factor de riesgo importante en la probabilidad de embarazo juvenil; de otro, la incidencia de embarazo juvenil afecta de manera negativa el progreso educativo. Ambos mecanismos son estudiados en las secciones siguientes y ambos parecen tener un sustento empírico bastante claro.

⁴ Se preguntó si el hogar cuenta con algunos de los siguientes servicios o activos: acueducto, alcantarillado, luz eléctrica, sanitario propio, estufa de gas o eléctrica, piso de baldosa, alfombra o madera pulida, teléfono, televisión a color, radio, nevera y vivienda de más de una habitación.

⁵ El ingreso promedio para una familia de estrato alto es \$1,300,000, para una de estrato medio de \$ 630.000 y para una de estrato bajo de \$ 450.000 (véase, Gaviria, 2000).

⁶ Véase Filmer y Pritchett (1998) para un argumento detallado en este sentido y Jackson (1991) para una exposición detallada de la metodología de componentes principales.

Antes de presentar los principales resultados de este trabajo, conviene mostrar algunas comparaciones internacionales, las cuales sirven no sólo para motivar el análisis subsiguiente, sino que son indispensables a la hora de evaluar la magnitud del problema bajo análisis. El Cuadro 3 presenta las tasas de fertilidad de jóvenes entre

Cuadro 3
TASAS DE FERTILIDAD ADOLESCENTE
EN LAS AMÉRICAS^a

País	1996	1998
Caribe	71,9	74,2
Barbados	50,5	43,8
Cuba	67,2	65,4
República Dominicana	91,2	88,7
Guadeloupe	32,5	29,3
Haití	53,9	70,1
Jamaica	95	91,0
Martinique	25,8	27,3
Antillas Holandesas	35,2	35,2
Puerto Rico	72,8	70,4
Trinidad y Tobago	59,6	39,6
Centroamérica	86,9	81,2
Belize	117	98,9
Costa Rica	93,1	84,6
El Salvador	105	95,2
Guatemala	123	119,3
Honduras	126,5	114,6
México	76,6	69,5
Nicaragua	149,3	152,1
Panamá	90,7	82,0
Suramérica	74,8	73,2
Argentina	69,7	64,8
Bolivia	82,4	79,2
Brasil	73,4	71,9
Chile	55,7	49,0
Colombia	80,0	87,6
Ecuador	79,4	71,9
Guyana	65,9	57,9
Paraguay	86,7	76,0
Perú	62,8	57,5
Suriname	62,3	22,0
Uruguay	60,4	70,1
Venezuela	101,4	98,2
Norteamérica	59,1	55,7
Canada	26,1	23,4
Estados Unidos	62,8	59,2

^a Estas tasas se refieren al número de nacimientos por cada 1000 jóvenes entre 15 y 19 años.

Fuente: Naciones Unidas.

15 y 19 años para los países del continente americano. Las tasas colombianas están bien por encima de las tasas media de Sur y Centro América. Las cifras más recientes muestran que sólo Venezuela, República Dominicana y los países centroamericanos más pobres presentan tasas de fertilidad adolescente superiores a las colombianas. Además, las tasas colombianas crecieron significativamente entre 1996 y 1998, contradiciendo la tendencia a la baja de dichas tasas a lo largo y ancho del continente. Sólo Uruguay y Haití, ambos con tasas medias muy inferiores a las colombianas, presentaron valores crecientes de las tasas de fertilidad adolescente en el período mencionado.

La comparación de la última ronda de la ENDS con rondas anteriores confirma la tendencia ascendente de las tasas de fecundidad y embarazo juvenil en Colombia. Según las cifras de la última ronda de la encuesta, 19% de las adolescentes colombianas han estado embarazadas. Los porcentajes correspondientes para 1990 y 1995 fueron 13% y 17%, respectivamente (Profamilia, 2000). Aunque estos porcentajes están basados en cifras para la totalidad del país, los resultados muestran una tendencia similar en las zonas urbanas.

III. Modelo empírico y resultados principales

El modelo empírico que sirve de base para los resultados de esta sección es el siguiente:

$$Y_i = c + X_i\beta + \varepsilon_i, \quad (1)$$

donde Y_i es una variable ficticia que muestra si la joven i está o ha estado embarazada, X_i es un vector de características demográficas y socio-económicas que incluye, entre otras, la edad, el

estrato socioeconómico y la educación del jefe del hogar, y ε_i es un término de error. Los coeficientes fueron estimados usando un modelo de probabilidad lineal, pero no difieren de manera substancial de los estimados usando métodos no lineales.

El Cuadro 4 presenta los resultados de la estimación de la ecuación (1) para varias especificaciones alternativas. Según se muestra, existe una conexión negativa bastante evidente entre la probabilidad de estar o haber estado embarazada y el nivel socioeconómico. Esta probabili-

dad es al menos 23 puntos porcentuales mayor en las jóvenes de estrato bajo que en las de estrato alto. Así, la probabilidad en cuestión se triplica al pasar de estrato bajo a alto; una diferencia abismal desde cualquier punto de vista.

Las jóvenes que no han completado su educación primaria son también mucho más propensas a quedar embarazadas. La falta de educación aparece pues como uno de los factores de riesgo más importante en la incidencia de embarazo juvenil; un resultado reiterativo en todos los estudios sobre el tema⁷. De otro lado, los años de

Cuadro 4
PROBABILIDAD DE EMBARAZO Y CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR Y LA PERSONA

Variable	(1)	(2)	(3)
Estrato medio	-0,182 (7.84) **	-0,160 (6.80) **	-0,166 (6.99) **
Estrato alto	-0,269 (9.90) **	-0,227 (7.41) **	-0,239 (7.67) **
No tiene educación primaria		0,143 (3.78) **	0,143 (3.78) **
Años de educación jefe de hogar		-0,005 (2.23) *	-0,005 (2.15) *
Jefe de hogar es mujer		-0,060 (3.20) **	-0,061 (3.26) **
Oriental			0,040 (1,40)
Central			0,049 (1,92)
Pacífica			0,061 (2,08) *
Bogotá			0,060 (2,14) *
Constante	-0,846 (7.63) **	-0,867 (7.82) **	-0,900 (8.06) **
Número de Observaciones	1671	1666	1666
R ²	0,120	0,130	0,140

Valores absolutos de los t estadísticos en parentesis; * significativo al 5%; ** significativo al 1%. Estrato bajo y región atlántica son los grupos de referencia. Todas las regresiones controlan por edad.

Fuente: ENDS, 2000. Cálculos del autor.

⁷ Angrist, Battinger, Bloom, King y Kremer (2000) muestran que las tasas de cohabitación y embarazo son menores entre las mujeres ganadoras de becas escolares. Estas becas les permiten a los ganadores asistir al colegio privado de su preferencia sin pagar matrícula.

educación del jefe del hogar reducen la probabilidad de embarazo juvenil, no solo a través de su efecto sobre el estrato socioeconómico de los hogares, sino también de manera directa.

La probabilidad de embarazo juvenil es también menor entre las jóvenes que viven en hogares encabezados por mujeres. Las cifras muestran, en particular, que aunque estas jóvenes no son menos dadas a tener relaciones sexuales, sí son menos propensas a quedar embarazadas. Aunque es difícil saber a ciencia cierta que factores explican estas diferencias, parece lógico suponer que las jóvenes que viven en hogares encabezados por mujeres son más averse al riesgo de embarazo, quizás porque han experimentado de manera más palpable los muchos sacrificios y privaciones que acarrear la maternidad y la crianza.

Los resultados anteriores no cambian en absoluto una vez se tienen en cuenta las diferencias regionales en las tasas de embarazo juvenil. Ello sugiere que estas últimas no son jalonadas por diferencias regionales en factores demográficos y socioeconómicos sino que obedecen más bien a diferencias en preferencias reproductivas y en la disponibilidad de información sobre control natal y prácticas sexuales. Después de tener en cuenta las diferencias socioeconómicas y demográficas entre regiones, la región pa-

cífica y la ciudad de Bogotá figuran como las regiones de mayor incidencia de embarazo juvenil, un resultado similar al reportado en el Cuadro 2.

En síntesis, los resultados anteriores ponen de presente la existencia de diferencias abismales en las tasas de embarazo juvenil entre estratos sociales. En teoría, estas diferencias obedecen bien a diferencias en actividad sexual (esto es, a diferencias entre estratos en el porcentaje de jóvenes que tienen relaciones sexuales) o bien a diferencias en la probabilidad de embarazo condicionada a la actividad sexual (esto es, a diferencias entre estratos en el porcentaje de jóvenes activas sexualmente que quedan embarazadas), o bien a diferencias en ambos factores.

El Cuadro 5 muestra la existencia de diferencias entre estratos sociales tanto en actividad sexual como en la probabilidad de embarazo condicionada a la actividad sexual. Más de la mitad de las jóvenes de estrato bajo han tenido relaciones sexuales y de éstas 66% están o han estado embarazadas. En contraste, sólo 36% de las jóvenes de estrato alto han tenido relaciones sexuales y de éstas sólo 26% están o han estado embarazadas. Las diferencias en las tasas de embarazo juvenil están dadas, por supuesto, por las diferencias en los productos de las dos probabilidades mencionadas.

Cuadro 5
EMBARAZO Y SEXO POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO

	p(actividad sexual) (s)	p(embarazo/a. sexual) (p)	p(embarazo) (s*p)
Estrato bajo	52,1	66,5	34,6
Estrato medio	38,3	42,9	16,4
Estrato alto	32,1	26,0	8,3

Fuente: ENDS, 2000. Cálculos del autor.

En efecto, las diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre estratos sociales pueden descomponerse en dos partes: diferencias en actividad sexual (s) y diferencias en la probabilidad de embarazo de las jóvenes que mantienen relaciones sexuales (p). Para ello puede utilizarse la siguiente ecuación:

$$Te_i - Te_j = s_i(p_i - p^*) + s_j(p_j - p^*) + (s_i - s_j)p^* \quad (2)$$

donde $Te_i - Te_j$ denota las diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre dos estratos, s_i denota el porcentaje de jóvenes de estrato i que mantienen relaciones sexuales, p_i denota el porcentaje de embarazadas entre las jóvenes de estrato i que mantienen relaciones sexuales y p^* es un promedio ponderado de p_i y p_j . La suma de los dos primeros términos del lado derecho de la ecuación corresponde a la porción de $Te_i - Te_j$ atribuible a diferencias en p mientras que el último término corresponde a la porción atribuible a diferencias en s .

La ecuación (2) corresponde a una reformulación de la bien conocida descomposición de Oaxaca, usualmente utilizada para descomponer las diferencias salariales entre dos grupos cualesquiera en dos partes: una atribuible a diferencias en dotaciones y otra atribuible a diferencias en tasas de retorno (Oaxaca y Ransom, 1994). En la literatura sobre el tema no existe un consenso sobre cual es la definición más adecuada de p^* . Aquí utilizamos un promedio simple de los valores de p_i y p_j , pero definiciones alternativas arrojaron resultados muy semejantes.

Nuestro análisis muestra que sólo 35% de la diferencia en las tasas de embarazo juvenil entre los estratos bajo y alto puede ser atribuida a diferencias en actividad sexual (s). El porcentaje restante (65%) se debe a diferencias en la probabilidad de embarazo condicionada a la actividad sexual (p). Este último porcentaje asciende a 75% cuando se comparan los estratos bajo y medio y desciende a 60% cuando se comparan los estratos medio y alto⁸. En conclusión, el grueso de las diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre estratos sociales se debe no a los mayores porcentajes de jóvenes de estratos bajo y medio que mantienen relaciones sexuales, sino a la mayor propensión de éstas jóvenes a quedar embarazadas.

Por supuesto, la anterior descomposición es apenas sugestiva en el sentido de que brinda algunas luces, mas no conclusiones definitivas, sobre cuáles pueden ser los factores que explican las diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre estratos sociales. Si se dejan de lado las diferencias en actividad sexual, las diferencias en la probabilidad de embarazo pueden obedecer a tres factores distintos: i) diferencias en información y conocimiento sobre métodos de control natal; ii) diferencias en la facilidad de acceso a dichos métodos; y iii) diferencias en preferencias reproductivas (explicadas, a su vez, por diferencias en las percepciones sobre las consecuencias negativas de un embarazo a temprana edad).

Las cifras de la ENDS muestran que no existen diferencias sustanciales de un estrato a otro en el

⁸ Estos porcentajes no varían de manera significativa cuando se controla por edad, diferencias regionales, y educación y sexo del jefe del hogar.

porcentaje de jóvenes que reportan alguna familiaridad con los métodos más tradicionales de control natal, lo que arroja muchas dudas sobre la importancia del primer factor señalado arriba. Así, por ejemplo, el porcentaje de jóvenes que reportan alguna familiaridad con los anticonceptivos orales es superior a 96% en todos los estratos. Las jóvenes de estrato alto reportan un mayor conocimiento acerca del uso de preservativos, pero las diferencias no son significativas.

Aunque la carencia de medios económicos puede dificultar el acceso a anticonceptivos orales y condones entre las jóvenes más pobres, la existencia de programas oficiales de distribución gratuita de anticonceptivos hace muy difícil argumentar que las diferencias en las tasas de embarazo juvenil están jalonadas por diferencias en acceso a métodos de control natal, lo que le resta peso al segundo factor. En efecto, menos de 1% de las entrevistadas citaron razones de falta de acceso y costo excesivo para justificar el no uso de anticonceptivos. El Cuadro 6 muestra, de otro lado, que las jóvenes de estratos bajos son más propensas a reportar que usan y que han usado métodos anticonceptivos. Estas diferencias no pueden atribuirse al mayor porcentaje

de jóvenes de estratos bajo y medio que tienen relaciones sexuales, pues los porcentajes están calculados teniendo en cuenta solamente las jóvenes activas sexualmente.

Así, las diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre estratos socioeconómicos obedecerían, principalmente, a diferencias en preferencias reproductivas y, en últimas, a diferencias en las percepciones sobre las consecuencias del embarazo y la maternidad sobre los prospectos de vida futura.

De nuevo, si no existen diferencias sustanciales en información, conocimiento, acceso y uso de prácticas anticonceptivas, la mayor propensión de las jóvenes más pobres a quedar embarazadas sólo podría explicarse por su convicción, errónea o no, que el embarazo y la maternidad no afectan de manera significativa sus perspectivas de vida. La literatura anglosajona sobre el tema muestra que muchas adolescentes de escasos recursos, la mayoría educadas en un ambiente de bajas expectativas y derrotismo, ven en el embarazo una alternativa de vida y en los hijos una posibilidad de recibir ayuda pública.

Wilson (1996) afirma, por ejemplo, que en comunidades donde los jóvenes tienen pocas razones para creer en un futuro prometedor (incluyendo perspectivas de empleo estable y de uniones afectivas estables), éstos serán mucho más propensos a verse involucrados en conductas que ponen en serio peligro sus posibilidades de movilidad socioeconómica. Aunque las circunstancias colombianas son, sin duda, distintas a las norteamericanas, no parecería descabellado, a la luz de la evidencia presentada, invocar argumentos similares para explicar las diferencias en las tasas de embarazo juvenil entre estratos de nivel socioeconómico.

Cuadro 6
USO DE ANTICOCEPTIVOS POR ESTRATO
SOCIOECONÓMICO

	Ha usado algún método (%)	Usa algún método moderno (%)
Estrato bajo	43,3	25,0
Estrato medio	31,9	16,9
Estrato alto	26,4	12,5

Sólo fueron consideradas las jóvenes que han tenido relaciones sexuales.

Fuente: ENDS, 2000. Cálculos del autor.

Puede afirmarse, entonces, que un esfuerzo encaminado a reducir las tasas de embarazo juvenil no debe circunscribirse a la difusión de prácticas y métodos anticonceptivos. Por el contrario, se hace imperativo mejorar las oportunidades, expectativas y prospectos de vida de las jóvenes de menores recursos. Ni cambios súbitos, ni soluciones rápidas parecen factibles en este caso, pues el embarazo juvenil, especialmente entre los grupos más pobres, obedece a factores culturales y socioeconómicos de larga duración.

IV. Embarazo juvenil y deserción escolar

Los efectos del embarazo juvenil sobre los logros educativos de las mujeres ocupan un lugar prominente en la literatura especializada sobre el tema. Aunque la gran mayoría de los estudios han encontrado efectos sustanciales del embarazo juvenil sobre las tasas de deserción escolar, sólo algunos han logrado detectar efectos significativos sobre los logros educativos en el largo plazo. La investigación de los efectos de largo plazo es, por supuesto, mucho más complicada debido a la necesidad de bases de datos longitudinales.

Infortunadamente, en Colombia no se cuenta con bases de datos longitudinales, lo que imposibilita el estudio de los efectos del embarazo juvenil sobre los logros educativos en el largo plazo. Por ello aquí nos concentramos en los efectos de la variable de interés sobre las tasas de deserción escolar en el corto plazo. Cabe señalar que estos efectos constituyen una cota superior al problema en cuestión, pues existe la posibilidad de que algunas mujeres regresen a las aulas después del embarazo o la maternidad.

El modelo empírico utilizado en esta sección es el siguiente:

$$De_i = c + \alpha EMB_i + X_i\beta + v_i \quad (3)$$

donde De_i es una variable ficticia que toma el valor de uno si la joven i estaba enrolada en alguna institución educativa el año anterior a la encuesta pero no lo estaba en el momento de la entrevista, EMB_i es otra variable ficticia que muestra si la joven i estaba embarazada en el momento de la entrevista, X_i es un vector de características demográficas, socioeconómicas y regionales, y v_i es un término de error. El valor de α , el parámetro de interés en este caso, recoge las diferencias en la probabilidad de deserción escolar entre las jóvenes embarazadas y el resto.

Para la estimación de la ecuación (3) sólo se tuvieron en cuenta las mujeres que estaban estudiando en el año anterior a la encuesta, lo que implicó una reducción de la muestra de aproximadamente 30%. Así mismo, en la definición de la variable EMB , sólo se tuvieron en cuenta las mujeres que estaban embarazadas en el momento de la encuesta. El supuesto implícito en nuestro análisis es que las decisiones de interrumpir los estudios son posteriores a la eventualidad del embarazo y que, por lo tanto, la segunda eventualidad causa la primera, y no viceversa.

El Cuadro 7 presenta los valores estimados de α para varias especificaciones alternativas. Según los resultados, las mujeres embarazadas tienen una probabilidad al menos 45 puntos porcentuales mayor de interrumpir sus estudios que las mujeres que no lo están. Así, la tasa de deserción escolar para las jóvenes embarazadas

Cuadro 7
EMBARAZO Y DESERCIÓN ESCOLAR

Región	(1)	(2)	(3)
Embarazo	0,471 (6,92) **	0,455 (6,74) **	0,456 (6,74) **
Controles	Edad	Edad, características individuales y del hogar	Edad características del hogar y "dummies" regionales
Observaciones	1143	1143	1143
R2	0,098	0,123	0,123

** Significativo al 1%.

Fuente: ENDS, 2000. Cálculos del autor

más que triplica la tasa media de la muestra, que se ubica alrededor de 20% (ver Cuadro 1). En síntesis, el embarazo juvenil tiene un efecto bastante importante sobre las tasas de deserción escolar en el corto plazo. Aunque los efectos de largo plazo no pueden estimarse con base en la información disponible, estos podrían ser significativos, aun bajo el estimativo optimista de que más de la mitad de las jóvenes que abandonaron sus estudios a causa del embarazo regresarán eventualmente a las aulas.

Los resultados anteriores implican que de todas las adolescentes colombianas que interrumpen sus estudios en un año dado, siete por ciento lo hacen debido al embarazo⁹. Este porcentaje, inferido con base en nuestras estimaciones, es idéntico al reportado por las jóvenes entrevistadas en la ENDS cuando se les indagó sobre las causas de la deserción escolar. Aunque a primera vista tal porcentaje puede parecer po-

co significativo, su efecto acumulativo es sin duda inmenso.

V. Conclusiones

Los resultados de este trabajo señalan que el embarazo juvenil es causa y consecuencia de la pobreza. Causa pues afecta de manera sustancial los logros educativos y consecuencia pues la pobreza, y en particular las bajas expectativas de movilidad social y económica entre las jóvenes de estratos bajos, afectan positivamente la probabilidad de embarazo. Los resultados muestran, de otro lado, que las grandes diferencias en las tasas de embarazo adolescente entre estratos socioeconómicos no pueden explicarse por diferencias en el conocimiento y uso de prácticas y métodos anticonceptivos, lo que sugiere que el "exceso" de embarazos entre las jóvenes más pobres obedece, más que a accidentes, a decisiones conscientes.

⁹ Este porcentaje se obtiene multiplicando 0,45 por la fracción de jóvenes embarazadas entre todas aquellas que estudiaban el año anterior a la ejecución encuesta (3%) y dividiendo dicho producto por el porcentaje de jóvenes que interrumpió sus estudios durante el último año (20%).

Así, los resultados de este estudio sugieren que toda estrategia encaminada a reducir la incidencia del embarazo juvenil entre los estratos más pobres (y, en últimas, toda estrategia encaminada a reducir la incidencia del embarazo juvenil en el país) tiene que ir más allá de un esfuerzo de masificación del uso de anticonceptivos. Si no se modifican las perspectivas de mo-

vilidad social y económica de los grupos más pobres será muy difícil lograr avances significativos en este campo. En conclusión, las soluciones rápidas, basadas en campañas masivas de educación sexual y distribución gratuita de anticonceptivos, no parecerían suficientes para controlar las exorbitantes tasas de embarazo entre las jóvenes colombianas de menores recursos.

Bibliografía

- Angrist, J.; E. Bettinger, E. Bloom, E. King, M. Kremer (2000), "Vouchers for Private Schooling in Colombia: Evidence from a Randomized Natural Experiment". Mimeo, Banco Mundial, Washington, DC.
- Case, A. y L. Katz (1991), "The Company You Keep: The Effects of Family and Neighborhood on Disadvantage Youths". NBER, WP No. 3705.
- Card, J. J. y L. L. Wise (1978), "Teenage Mothers and Teenage Fathers: The Impact of Childbearing on the Parents Personal and Professional Lives". *Family Planning Perspectives*, 10:199-205.
- Filmer, D. y L. Pritchett (1998), "Estimating Wealth effects without Income or Expenditure Data: Educational Enrollment in India". Mimeo, DECRG, Banco Mundial, Washington, DC.
- Gaviria, A. (2000), "¿Sobre quién ha recaído el peso de la crisis?" *Coyuntura Social*, en este número.
- Grogger, J. Y S. Korenman (1993), "The Socioeconomic Consequences of Child Bearing: Results from a Natural Experiment". Mimeo, University of California, Santa Barbara.
- Hayes, C.D. (1987), *Risking the Future: Adolescent Sexuality, Pregnancy and Childbearing*. Washington, D.C., National Academy Press.
- Hotz, V. J., S. W. McElroy y S. G. Sanders (1999), "Teenage Childbearing and its Life Cycle Consequences: Exploiting a Natural Experiment". NBER, WP No. 7397.
- Jackson, J.E. (1991), *A User's Guide to Principal Components*. New York: John Wiley & Sons.
- Oaxaca, R. y M. R. Ransom (1994), "On Discrimination and Decomposition of Wage Differentials". *Journal of Econometrics*, 61: 5-21.
- Profamilia (2000), *Salud Sexual y reproductiva en Colombia: informe resumido*. Bogotá.
- Wilson, W.J. (1996), *When Work Disappears: the World of the New Urban Poor*. Random House, New York.

Efectos de la reforma en salud sobre las conductas irregulares en los hospitales públicos: el caso de Bogotá

Ursula Giedion¹
Luis Gonzalo Morales F.¹
Olga Lucía Acosta N.¹

I. Introducción

En distintas encuestas internacionales, Colombia ha sido señalado como un país afectado severamente por el problema de la corrupción. Reflejo de esta situación es el resultado de una encuesta realizada a principios de la década del noventa, donde 62% de los colombianos considera que la "corrupción está generalizada o muy generalizada" y 32% de los ciudadanos "confiesa haber incurrido en prácticas corruptas alguna vez en su vida" (Vesga et al, 1992).

En cuanto al sector de la salud, algunos afirman que la corrupción es hoy el principal problema del sistema de seguridad social en salud en el país (Thoene, 1999).

No obstante, las evidencias que se tienen de corrupción en el sector de la salud son limita-

das, y hasta la fecha no se conoce un análisis sistemático del fenómeno. Los únicos datos disponibles parten de los archivos pertenecientes a la Contraloría General de la República y de la Superintendencia de Salud, que muestran como en esta área se padecen todas las formas de corrupción como son, entre otras, las diferentes modalidades de robo y fraude, la surgida a partir de los trámites con el Estado, aquella derivada de la compra de bienes y servicios, y la generada en los procesos licitatorios para la adquisición de éstos y, más recientemente, todas aquellas relacionadas con el flujo de los recursos públicos hacia las aseguradoras privadas.

La ciudad capital de Colombia, Bogotá, nos brinda un escenario sin par para evaluar el impacto de algunas innovaciones institucionales en las conductas irregulares en el sector hospitalario público.

¹ Investigadora Asociada de Fedesarrollo, Ex-secretario de Salud del Distrito e Investigadora y Editora de la Revista Coyuntura Social de Fedesarrollo. Para la realización de este estudio se contó con el apoyo de la Secretaria de Salud de Bogotá y de los hospitales del Distrito que nos brindaron su apoyo. Resaltamos el aporte de los asistentes de investigación Tatiana Apraéz, Mario García, Lorena Hernández y Alvaro Muriel. Los autores quieren agradecer a Bill Savedoff, Martha Misas, Fabio Sánchez, Hugo Oliveros, Jairo Núñez, Juan Gonzalo Zapata y César Caballero por sus valiosos comentarios. El apoyo de Giovanni Cortés fue definitivo en el trabajo estadístico y econométrico. Finalmente hay que destacar la labor de Carlos García en el procesamiento y construcción de las bases de datos.

Al tiempo que Bogotá es la ciudad dónde se percibe el mayor impacto de la reforma, se registra una gran diferencia entre los hospitales, de acuerdo con el grado de implementación de las innovaciones institucionales. Estas diferencias en el nivel de implementación de las innovaciones institucionales derivadas de la reforma de salud en Colombia brindan un escenario único para estudiar su posible relación con las conductas irregulares en los hospitales públicos.

Este estudio ofrece evidencia contundente sobre un conjunto de características institucionales que explican las conductas irregulares.

II. Las innovaciones institucionales en el sector de la salud en Colombia

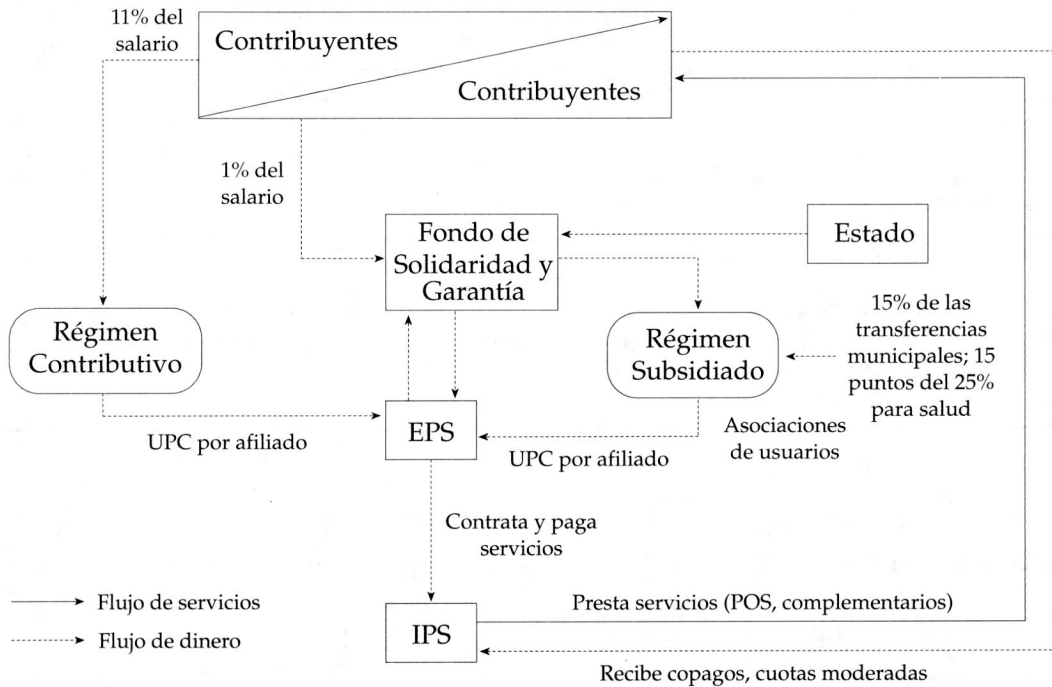
La reforma de 1993 del sector salud en Colombia, respondió a diagnósticos de inequidad, ineficiencia y mala calidad en la prestación de los servicios: sólo 20% de la población se encontraba afiliada a la seguridad social en salud, los médicos atendían, en promedio, no más de 2 pacientes por hora, se daba prioridad a la atención curativa y, aunque no existen estudios detallados sobre la calidad de los servicios del sector público antes de iniciarse la reforma, es dicente que 40% de las consultas ambulatorias y 45% de las hospitalizaciones del país fueron hechas, en 1992, por el sistema privado de salud (Molina, Giedion, 1993). Más preocupante aún es el hecho de que la población asegurada prefería, en muchas instancias, utilizar los servicios de la red privada. En efecto, en 1992 más de 15% de las hospitalizaciones en los centros prestacionales privados en el área rural y 35% en el área urbana eran atribuibles a pacientes que contaban con un seguro de salud financiado por el Estado (Harvard Report, 1996).

Desde el principio fue claro que la razón de la baja cobertura no era tanto la carencia de los recursos sino su deficiente gestión y la forma de asignarlos. Así, se aprobó una reforma que cambió radicalmente la forma de asignar y administrar los recursos de salud en Colombia. En efecto, gradualmente los recursos públicos dejarían de fluir directamente de las arcas del Estado a los hospitales públicos para ser canalizados, en primera instancia, hacia unos aseguradores públicos y privados (Empresas Promotoras de Salud, EPS para la población con capacidad de pago, ó Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS, para la población sin recursos) que buscarían competir por los asegurados negociando contratos de prestación de servicios de buena calidad y de bajo costo con los prestadores públicos y privados. Toda la población se encontraría afiliada de esta manera al así llamado "Sistema General de Seguridad Social en Salud" y disfrutaría del derecho de elegir entre EPS y, por ende, entre prestadores de servicios (Gráfico 1).

Las innovaciones institucionales más importantes para el sector hospitalario público que se dedujeron de estos cambios, fueron:

- Un nuevo sistema de asignación de los recursos públicos donde se reemplaza gradualmente el presupuesto histórico (recursos de oferta) por un sistema de pago relacionado con el tipo y cantidad de servicios ofrecidos a la población asegurada.
- La conversión de los hospitales públicos en "Empresas Sociales del Estado", figura administrativa que los dotó de una mayor autonomía en la gestión de sus recursos humanos y financieros, al igual que de la posibilidad de un control directo de las comunidades so-

Gráfico 1
FUNCIONAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - LEY 100 DE 1993



Fuente: Molina *et.al.* Fedesarrollo, 1994.

bre su funcionamiento. En efecto, la así llamada "Empresa Social del Estado" (ESE en adelante) constituye una categoría especial de entidad pública "descentralizada con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa". Por ejemplo, las ESE ya no dependen de las entidades territoriales para el nombramiento de nuevos funcionarios.

- La constitución de una junta directiva en la que hay *amplia representación de la comunidad*, con injerencia en las decisiones de nombramiento y remoción del director de la ins-

titución y de control y asesoramiento en su gestión y, finalmente, mayor autonomía del director para contratar el recurso humano necesario.

Hoy los avances en materia de cobertura logrados con la reforma son incontrovertibles: el aseguramiento, que cubre aproximadamente 60% de un paquete básico de servicios, alcanza cerca de 60% de la población total y 75% de la población más pobre. La reforma también logró aumentar sustancialmente los recursos sectoriales con el fin de permitir la cobertura universal en salud (Cuadro 1).

Cuadro 1
SECTOR SALUD - NACIÓN DISTRITO

Indicadores	Antes de la Reforma (1993)		5 años después (1998)	
	Nación	Bogotá	Nación	Bogotá
% Población total afiliada	24	30	60	81
% Población pobre afiliada	0	0	75	88
Número de aseguradores régimen contributivo*	2	2	29	24
Número de aseguradores régimen subsidiado	0	0	243	18
Recursos públicos total para salud en millones de pesos corrientes de 1998 **	1.512.127	171.586	3.654.012	318.753
Recursos de demanda (del total de recursos públicos para salud)	-	-	31	38

* Incluye el Seguro Social para los trabajadores del sector privado y las cajas públicas para empleados públicos
 ** Tasa de cambio vigente promedio 1998 1U\$ = 1426 pesos.
 Fuente: Cálculos de los autores.

III. Relación entre diseño institucional y conductas irregulares

La corrupción en el sector público, entendida como el desvío de recursos públicos para fines privados, ha sido documentada año a año por los organismos de control.

Las reglas del juego que introdujo la reforma no fueron asimiladas por los distintos agentes de la misma forma y ello permite profundizar en su efecto sobre las conductas irregulares. Pero antes de avanzar es conveniente revisar los tipos de corrupción detectados en los hospitales:

Actividades corruptas derivadas de la relación entre médicos y pacientes. Existen varias formas de corrupción derivadas de esta relación. La primera trata de la utilización indebida de tiempo, instalaciones, equipos o insumos para atender pacientes con el interés de generar ingresos adicionales al profesional de la salud distintos a los que recibe de parte del hospital públi-

co. Esta modalidad es especialmente común entre los profesionales de la salud que ejercen simultáneamente su profesión de manera privada e institucional y consiste en que éste se ausenta de su labor contratada para atender pacientes privados fuera o dentro de la institución pública.

La segunda es la solicitud de pagos informales "under the counter payments" para efectuar ciertos servicios o acortar tiempos de espera. Esta es una modalidad frecuente en el sector de los hospitales públicos que encuentra sustento en los crónicos déficit de oferta de servicios y de recursos financieros para asumir adecuada y oportunamente las obligaciones.

La tercera es la inducción de demanda innecesaria. En los hospitales públicos los médicos son pagados en la casi totalidad de los casos por medio de salarios fijos mientras que en los hospitales privados este pago se efectúa, en muchos casos, por medio de honorarios médicos íntimamente ligados al tipo y volumen de servicios prestados.

Finalmente, la cuarta es la derivación indebida de pacientes hacia servicios propios o hacia aquellos de los cuales el profesional recibe beneficios personales. Este comportamiento se conoce en el medio como el "robo de pacientes" entre profesionales o de las listas de espera de las instituciones, hacia sus propios servicios. También se observa la inducción indebida para que el paciente utilice servicios que son prestados por determinados proveedores, en los cuales el profesional tiene intereses propios o recibe beneficios.

Actividades corruptas derivadas de la relación hospital (agente)-financiador. Este tipo de corrupción se refiere a la falsificación o adulteración de facturaciones reportando servicios nunca entregados o modificando la severidad de los mismos "upcoding". Este problema, inexistente bajo un sistema de presupuestación histórica donde el hospital nunca generaba facturas para recibir sus recursos, se volverá cada vez de mayor importancia en Colombia a medida que los hospitales públicos reciban sus recursos contra demostración de servicios prestados a la población afiliada.

Actividades corruptas derivadas de la relación hospital (agente)-proveedor de insumos. Se trata de la exigencia por parte del personal hospitalario o el ofrecimiento por parte de los proveedores de insumos y equipos de cualquier tipo de beneficios personales a cambio de efectuar determinadas adquisiciones.

Otras Actividades corruptas. La ausencia injustificada del personal médico, contratado para cumplir con un horario y una programación en el hospital, se considera también una forma de corrupción, en no pocos casos tolerada y justi-

ficada por los tradicionalmente bajos salarios del personal médico. Otra forma de corrupción es el robo abierto de insumos por parte del personal hospitalario.

Este trabajo exploró varios de estos tipos de corrupción en las encuestas de percepción realizadas a una muestra representativa de los 32 hospitales analizados, y profundizó en la corrupción que tipifica el ausentismo médico injustificado y las brechas en los precios a los cuales se adquieren los insumos.

Existe creciente consenso de que los factores institucionales que regulan las condiciones del hospital como "agente", con las de la comunidad o la secretaría de salud como "principal" (representadas en las juntas directivas de los hospitales) afectan los niveles de corrupción. Esta premisa proviene en gran medida de la teoría "principal/agente" que parte del supuesto que surgen ineficiencias cuando hay delegación de funciones del "principal" hacia el "agente" debido a que ésta implica diferencias en los objetivos del "principal" y el "agente" y, además, ambos poseen diferentes niveles de información sobre los eventos.

Estas ineficiencias se reducen en la medida en que la estructura de incentivos existente lleva a alinear los intereses del "principal" y del "agente" y en la medida en que se aumenta la transparencia y rendición de cuentas (*accountability*). Esto último se logra a través de una combinación de factores como: la concesión de autonomía al "agente", la obtención de información sobre el producto del "agente" y el otorgamiento de control a las partes interesadas.

Las innovaciones institucionales introducidas en el sector hospitalario público colom-

biano apuntan justamente a estos tres elementos aumentar la autonomía de los hospitales, ligar la entrega de los recursos públicos a demostración de los servicios efectivamente prestados y no en función de los insumos gastados y, crear unas juntas directivas en los hospitales compuestas por los "principales" más importantes que son la secretaría distrital de salud y la comunidad.

A. Autonomía

Existe una percepción manifiesta, no siempre bien fundada, de que la autonomía "es buena", aunque los estudios para evaluar el impacto de la misma en sus diferentes ámbitos son apenas incipientes. Entre las ventajas de una mayor autonomía en la gestión de las instituciones se encuentra la de poder tomar decisiones con más información, más rápido y con una mayor responsabilidad local frente al desempeño de la institución, lo que confiere la capacidad para mejorar su situación general y financiera (Walford y Grant 1998). Con estas ideas en mente sería posible considerar que una *mayor autonomía hospitalaria* implica un *menor nivel de conductas irregulares*, ya que los directivos del hospital tendrían, supuestamente, más incentivos de controlarlas al tener que asumir directamente y en forma autónoma las consecuencias de las mismas y, además, mayor discreción de tomar decisiones. En efecto, si se consideran las dos formas de conductas irregulares que son objeto central del presente estudio, se podría pensar que el *ausentismo* y la *variación de los precios de insumos* son menores cuando el hospital tiene mayor control sobre el recurso humano.

A pesar de lo anterior, existen también argumentos en contra de la autonomía hospitalaria que radican en la dificultad de establecer los

límites entre la libertad de acción que confiere la autonomía asignada supuestamente por el *principal* (el gobernante que eligió al director) al *agente* (director de la institución), en un ámbito en donde la asimetría de la información, producto de su carencia, complejidad y fácil manipulación, impiden un adecuado control del *principal* sobre el *agente*. Esto nos lleva a concluir que la autonomía no puede ser analizada separadamente de los demás elementos de la *accountability*. En efecto, sería de esperarse que si la autonomía no está acompañada de otros factores como el monitoreo del *agente* por parte del *principal*, unos mecanismos adecuados de vigilancia y control, o competencia con otros proveedores, sería la peor opción.

B. Generación, uso de información y participación de las partes interesadas

Para que la transparencia sea un hecho real debe darse como condición fundamental la existencia de información clara, completa y oportuna ya que sólo así el *principal* puede monitorear las acciones del *agente* y evaluar si están alineadas a sus intereses. Ahora, la eficacia de la información como un mecanismo de control de las conductas irregulares está relacionada con el uso que se le da, que va desde la simple generación y publicación de la misma hasta la asignación de recursos en función de ella.

Para que la transparencia sea un hecho real, las partes interesadas deben también participar de alguna manera en la toma de decisiones y, para ello, deben comprender la necesidad de la información para ejercer su participación. Se esperaría que la constitución de una junta directiva con representación de la comunidad, su operación efectiva, el disponer de unas herramientas

básicas de gestión así como el financiamiento ligado a los resultados en un escenario donde los hospitales públicos tienen que competir por los recursos con otros proveedores, lleven a un mayor control social y a una mayor responsabilidad de las directivas de la institución frente a sus resultados, lo que por ende conduciría a estimular el control sobre las conductas irregulares. No obstante lo anterior, la función de control social que pueden ejercer las comunidades, tendiente a exigir una mayor transparencia y rendición de cuentas en la gestión pública, puede verse menoscabada por problemas tales como la asimetría de información y la captura de las juntas directivas por grupos particulares.

C. Vigilancia, control y sanción

Una condición fundamental para combatir la ocurrencia de conductas irregulares es la eficacia de mecanismos de vigilancia y control. Sin ellos no es posible asociar ningún riesgo al hecho de incurrir en comportamientos irregulares, generándose por lo tanto importantes incentivos para llevarlos a cabo. Esta función se ejerce en varios niveles. En primer lugar, los distintos cargos jerárquicos, hasta llegar al Director, supervisan el cumplimiento de las funciones de cada empleado. Simultáneamente, los organismos internos especializados -oficinas de control interno, auditorías, contralorías, revisorías fiscales- vigilan el desarrollo de las tareas de cada individuo.

Estos distintos niveles de vigilancia, control y sanción requieren de una gran coordinación. La sanción al detectarse una conducta irregular en todos ellos, aunque de carácter diferente, se constituye en un poderoso mecanismo de control ante la corrupción. Estos procesos requieren in-

formación objetiva, procesos claros de investigación y fallos incuestionables.

En cuanto a las distintas conductas corruptas que se pueden presentar en las instituciones hospitalarias, es sensato pensar que su campo de acción se reducirá si existe un entorno con mecanismos de vigilancia que goce de legitimidad y respeto entre la comunidad, en razón a que su accionar es transparente y efectivo.

Los puntos anteriores permiten plantear que, en el contexto de la reforma al sector, es racional esperar que las conductas irregulares sean una función inversa del grado de autonomía, de información, de voz de los *principales* en las decisiones y de la existencia de mecanismos de vigilancia y control.

IV. Fuentes de información y primeros resultados

A. Fuentes de información

Se realizaron, en primer lugar, entrevistas a informantes claves dentro de cada hospital (gerente, director administrativo, jefe de personal y jefe de control interno disciplinario), con el fin de evaluar la implementación de la reforma, explorando el grado de autonomía, la participación de la comunidad, la capacidad para rendir cuentas y la vigilancia y control internos y externos en cada hospital. Las respuestas dadas a estas entrevistas constituyen información tanto de percepción como de datos verificables. En efecto, en la medida de lo posible se corroboraba lo afirmado por los informantes en los archivos correspondientes. Se verificaron los procesos para proveer un cargo y para realizar una compra principalmente. Así mismo, se aprovechaban

las entrevistas para obtener información directa respecto a la composición de la fuerza laboral en términos del tipo de vínculo laboral (planta/contrato), el número y resultados de las evaluaciones hechas al personal, el número de procesos disciplinarios adelantados y llevados a término y la disponibilidad de algunas herramientas básicas de gestión. En el Cuadro 2 se resume la información recogida y el uso de la misma en este estudio.

En segundo término se evaluaron los procesos de adquisición de insumos a través de la

aplicación de una "lista de chequeo" que permitió establecer la transparencia en los procesos de adquisición de los mismos al determinar si en cada una de las organizaciones hospitalarias existían los instrumentos y condiciones mínimas para la adquisición de los mismos como por ejemplo la existencia de *kardex* o de planes de compra

Otro instrumento utilizado fueron las encuestas. Se aplicaron dos formatos en cada hospital. Una encuesta que denominamos "*de percepción*", en la cual se indagó sobre la existencia

Cuadro 2
FUENTES Y USO DE LA INFORMACIÓN

Fuentes de información	Uso de la información	Observaciones	No. de hospitales
Entrevistas a informantes claves y corroboración <i>in situ</i> si es posible. Información. Mezcla de datos verificados y percepción.	Evaluación de la implementación de principios básicos de gestión pública.	128	32
Aplicación de una lista de chequeo a los procesos de adquisición de los insumos.	Evaluación de la transparencia y rendición de cuentas en los procesos de adquisición de insumos.	29	29
Encuestas al personal hospitalario mediante selección de una muestra probabilística significativa a nivel de cada hospital.	Percepción del personal hospitalario respecto a los principales tipos de corrupción y funcionamiento de los mecanismos de vigilancia y control.	860	32
Censo a enfermeras de todos los hospitales públicos de Bogotá.	Evaluación y cuantificación del ausentismo médico.	130	31
Construcción de base de datos sobre precios de adquisición de 6 insumos y otras variables asociadas al proceso de compra, a partir de los archivos de suministros para 1998.	Construcción de proxies de corrupción en la adquisición de insumos médico quirúrgicos.	549	29
Red Salud-Base de datos precios de referencia de insumos médico quirúrgicos.	Establecer diferencia entre precios de referencia y precios de adquisición en los hospitales públicos.	6 precios de referencia	-
Características personales de los jefes de compra.			22
Presupuestos hospitalarios.	Construcción de indicadores de autofinanciamiento.	32 Presupuestos	32

de algunos tipos de corrupción, su frecuencia y razones aparentes; los mecanismos de vigilancia y control existentes y la actitud de los funcionarios frente a éstos hechos anómalos. En el agregado se logró una tasa de cumplimiento del diligenciamiento de 95%, que es una tasa bastante aceptable, más aún para una encuesta autodiligenciada.

La segunda encuesta, adelantada en forma de censo a las enfermeras de todos los hospitales públicos de Bogotá, es el "*tiempo de trabajo del personal médico*", con la cual se buscó conocer la extensión, magnitud e implicaciones del ausentismo médico en los hospitales; percibir las posibles causas por las cuales los médicos se ausentan y determinar la existencia, operatividad y efectividad de los mecanismos de vigilancia y control diseñados para evitar esta conducta. Esta encuesta entregada a todas las enfermeras jefes de servicio en los hospitales fue sabotada por un grupo de enfermeras de varios hospitales y aunque se recibieron 395 formularios autodiligenciados, sólo fue posible utilizar 130 de ellos después de someterlos a crítica y validación. La resistencia de algunas enfermeras a colaborar con este proceso hace suponer que el ausentismo presenta niveles superiores a los obtenidos.

Con el fin de construir una *proxy* sobre corrupción en la adquisición de los insumos médico quirúrgicos se revisaron los archivos de adquisición de insumos de 1998 en la totalidad de los hospitales identificándose los precios de adquisición para 6 insumos, así como otra información

relevante respecto al proceso de adquisición de los mismos (fecha, forma de pago etc). Esto permitió obtener una base de datos validada de 549 observaciones para el año 1998. Los insumos utilizados en este estudio fueron seleccionados teniendo en cuenta criterios de homogeneidad en términos de características tales como presentación, calidad y uso, además que representan el mayor volumen individual frente a las compras totales en la institución.

Por último se obtuvo información secundaria de los hospitales públicos acerca de las características de los jefes de compra (ingreso y género entre otras) sus gastos e ingresos y de la ONG Red Salud² para establecer los precios de referencia para adquisición de los insumos a analizar.

Para efectos de relacionar las conductas irregulares con diferentes variables institucionales e individuales se construyó una matriz con 459 observaciones con información completa para la totalidad de las variables analizadas.

B. Lectura de resultados

Percepción General de la Corrupción en los Hospitales del Distrito. Con la encuesta de percepción de conductas irregulares se construyó un indicador de percepción medido como el porcentaje del personal hospitalario que percibe una o varias formas de anomalías (ausentismo, robo, irregularidades en la adquisición de insumos, pagos informales y uso indebido de las instalaciones hospitalarias por parte del personal médico asistencial).

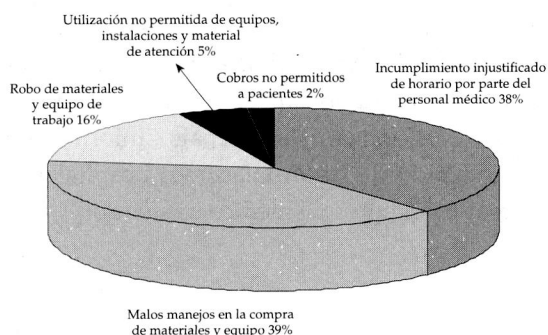
² Red Salud es una ONG conformada desde hace 10 años por las Asociaciones de Hospitales Públicos del País. Actualmente agrupa a 500 hospitales sin contar con los hospitales del Distrito, porque éstos no han podido conformar una asociación en la capital.

La encuesta de percepción sobre la existencia de actividades irregulares en los 32 hospitales del Distrito encontró que 55% del personal encuestado percibe que éstas existen en su respectivo hospital. A juicio del personal el incumplimiento del horario por parte de los médicos y los malos manejos en las compras de insumos son las irregularidades que se presentan con mayor frecuencia, sin que existan diferencias significativas entre hospitales ni entre el personal catalogado como administrativo o asistencial. (Gráfico 2A).

Respecto a lo que pasó antes de iniciarse la reforma, 59% de los encuestados considera que hoy la ocurrencia de hechos irregulares en los hospitales públicos es menor mientras que 27% de los encuestados no perciben ningún cambio frente a la situación anterior y sólo 14% perciben mayores niveles de conductas irregulares.

Con base en estos resultados de la percepción del personal de los hospitales se profundizó el análisis de las dos conductas irregulares más se-

Gráfico 2A
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE IDENTIFICÓ
CONDUCTAS IRREGULARES



Fuente: Encuesta de percepción realizada por los autores.

ñaladas: los malos manejos en la compra de materiales y equipo y el incumplimiento injustificado del horario por parte del personal médico.

Malos Manejos en la compra de materiales y equipo. Para medir las conductas irregulares asociadas a la adquisición de insumos se construyó una *proxy* con información acerca de las variaciones de precios que resultan al comparar los precios unitarios pagados con los precios unitarios ofrecidos por Red Salud para una muestra de insumos.

Es de anotar que desde hace tres años la Secretaría Distrital de Salud contrata a Red Salud con el fin de lograr convenios con los laboratorios y/o distribuidores de medicamentos para obtener un mejor precio de compra. En promedio, se acuerda un precio para alrededor de 185 medicamentos y 9 insumos médico-quirúrgicos. Este acuerdo es enviado a los gerentes y jefes de compra de cada uno de los treinta y dos hospitales del Distrito, suministrando información de los medicamentos negociados, el proveedor, precio unitario pactado, posibles descuentos y tiempo de entrega. El precio unitario acordado tiene vigencia de un año y no varía con el volumen de compras que realiza el hospital.

Los medicamentos fueron seleccionados teniendo en cuenta criterios como su homogeneidad en términos de características tales como presentación, calidad y uso. Se seleccionaron:

- Penicilina G cristalina INY 1'000.000UI;
- Jeringas desechables de 5ml C/A;
- Guantes de látex para examen diferentes tallas.
- Diclofenaco sódico SLN INY 75mg/3ml;
- Gentamicina SLN INY 80mg/2ml;
- Lidocaina 15 S/E SOL INY 50 ml;

Al comparar la información obtenida del proceso de compra en los hospitales con los precios de referencia de los convenios se observa que la variación de precios es importante para la totalidad de los insumos (Cuadro 3).

Con excepción de la lidocaina los promedios de adquisición de los insumos están por encima de los precios que están disponibles a los hospitales vía Red Salud.

Es muy difícil afirmar que la totalidad de las desviaciones se deben a corrupción en el manejo de adquisición de los insumos. Podría tratarse de una deficiente gestión que implica sobre costos en los procesos de compra. Muchos hospitales no disponen de los elementos mínimos para manejar la adquisición de insumos. No sorprende que los directivos de algunos hospitales justifiquen estas desviaciones diciendo que se les "acabaron las existencias lo que los obligó a comprar los insumos en la farmacia más cercana a precios muy altos", o "no hay recursos en el hospital por lo que los proveedores nos cobran más caro".

Sin embargo, la presunción de que existen conductas irregulares en la adquisición de insu-

mos en Colombia no es fortuita y responde a la aparición periódica en los medios de comunicación de denuncias e investigaciones respecto a esta práctica. Las encuestas con los informantes claves mostraron también una gran debilidad de los mecanismos de gestión y de control de los procesos de compra.

Como se puede apreciar en el Cuadro 4, sólo 34% de las adquisiciones se hicieron a precios iguales o inferiores a los precios de referencia, 22% se realizó con sobrepagos de hasta 10%, otro 22% con sobrepagos entre un 11% y 50%, 8% a precios mayores entre 51% y 100% a los precios de referencia; y finalmente 14% con sobrepagos de más de 100%.

El Cuadro 5 compara el valor total pagado por cada insumo durante 1998. Si los insumos analizados se hubieran comprado a los precios negociados con los laboratorios a través de Red Salud, el ahorro de todos los hospitales hubiera sido cerca de 11% del total invertido en la compra de estos insumos. Si se supone que este porcentaje representa la pérdida promedio en las compras de todos los insumos hospitalarios de un año y, dado que el gasto en suministros repre-

Cuadro 3
INDICADORES DE PRECIOS DE LOS INSUMOS SELECCIONADOS
(Pesos de 1998)

Descripción	Penicilina	Jeringas	Guantes	Diclofenaco	Gentamicina	Lidocaina
Mínimo	260	49	66	170	36	410
Máximo	950	428	160	980	1425	3814
Promedio	467	124	88	303	425	2515
Desviación estándar	167	43	15	127	282	1069
Coefficiente de variación	0,36	0,35	0,18	0,42	0,66	0,43
Precio Red Salud	392	105	69	195	298	2573

Fuente: Cálculo de los autores con base en las bases de datos de las compras realizadas durante 1998 por los hospitales del Distrito y precios de referencia del acuerdo con Red Salud.

Cuadro 4

DIFERENCIA ENTRE EL PRECIO DE COMPRA DEL INSUMO Y EL PRECIO DE RED SALUD

	%
Inferiores o iguales	34
0% y 10% superiores	22
11% y 50% superiores	22
51% y 100% superiores	8
101% superiores	14

Fuente: Base de datos con las compras realizadas durante 1998 por los hospitales del Distrito y precios de referencia del acuerdo con Red Salud (tipo de cambio promedio 1998: 1U\$ = 1.426 pesos).

senta alrededor de 10% del presupuesto hospitalario, se derivaría una pérdida total aproximada de 3.025 mil millones de pesos en Bogotá. Una idea de lo que representa este cálculo conservador es que con estos recursos podrían afiliarse cerca de 24.000 personas pobres adicionales a la seguridad social en salud.

Ahora bien, al comparar las conductas irregulares en la compra de insumos con otros países se aprecia que si bien no es un problema ex-

clusivamente colombiano, su magnitud es considerablemente mayor (50% más que en Argentina y Venezuela) (Gráfico 2B).

Incumplimiento injustificado por parte del personal médico. La evidencia anecdótica sobre la existencia del ausentismo médico en los hospitales públicos fue señalada en las encuestas de percepción y posteriormente cuantificada en el censo que se le hizo a la totalidad de las enfermeras jefes de los distintos servicios asistenciales. En la encuesta de percepción 34% del personal encuestado con una tasa de no respuesta de 17% percibió que el personal médico incumplió con sus horarios de trabajo.

En cuanto al censo de enfermeras, los resultados muestran que a nivel general, el promedio de las tasas de ausentismo injustificado, medidas como el porcentaje de horas programadas, no trabajadas y obtenidas del censo a las enfermeras es 5,7%.

En razón de los problemas surgidos a la hora de recolectar la información acerca del ausen-

Cuadro 5

COSTOS EN LAS COMPRAS REALIZADAS EN 1998

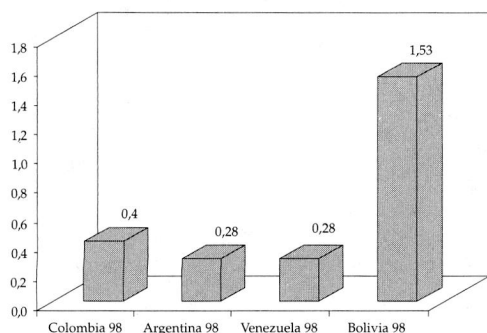
(Millones de pesos)

Insumo	Valor total de adquisición en las compras de 1998 (1)	Valor Red Salud estimado (cantidad comprada reportada por precio Red Salud) (2)	Diferencias (3) = (1) - (2)
Diclofenaco	21,1	17,6	3,5
Gentamicina	22,5	20,1	2,4
Lidocaina	35,8	34,5	1,3
Penicilina	27,6	29,6	-2,0
Jeringas	67,1	62,9	4,2
Guantes	309,0	262,3	46,7
Total	483,1	427,0	56,1

Fuente: Base de datos con las compras realizadas durante 1998 por los hospitales del Distrito y precios de referencia del acuerdo con Red Salud (tipo de cambio promedio 1998: 1U\$ = 1.426 pesos).

Gráfico 2B

DESVIACIONES EN EL PRECIO DE COMPRA DE INSUMOS (Coeficiente de variación)



Fuente: Resultados de estudios de los diversos países para este proyecto.

tismo médico es de esperarse que estas cifras subestiman un problema que, por lo menos de acuerdo a la evidencia anecdótica, es generalizado y es necesario que estudios posteriores profundicen en este tema. Con estas limitaciones en mente se hizo un cálculo sobre el costo directo de este fenómeno el cual arrojó un total de 2.575 millones, de pesos para Bogotá equivalente aproximadamente a 1 millón de dólares anuales lo que representa 1% del gasto total en los hospitales del Distrito.

61% de las enfermeras que autodiligenciaron la encuesta respondieron que la *modalidad* más frecuente de ausentismo médico, era "llegar después de iniciado el turno"; 15% respondió "abandonar sin justificación el turno antes de terminarlo", situación que en muchos casos está asociada a la existencia de varios empleos con horarios consecutivos en lugares distintos.

Al indagar a las enfermeras censadas sobre las principales causas por las que se están presentando estas situaciones entre los médicos, 40%

manifestó como razón principal la "tolerancia de estas situaciones en el sector público de salud"; 39% la "inoperancia de las medidas de vigilancia y control" y sólo 12% de las enfermeras señaló las "bajas remuneraciones" como la causa que explica estas conductas.

Igualmente, como consecuencia de estas anomalías de los médicos en el cumplimiento de sus horarios, las enfermeras consideran que ello trae consecuencias para la institución, como son "el atrasar o dificultar las actividades en los tiempos y en la forma prevista" (27%) generando obviamente mayor ineficiencia en la utilización de los recursos públicos, "generar mala imagen para la institución" (26%) y "bajar la calidad de la atención" (26%), circunstancias que, ante un escenario de competencia entre proveedores de servicios, como el que crea la reforma de 1993, le restan oportunidades a los hospitales públicos.

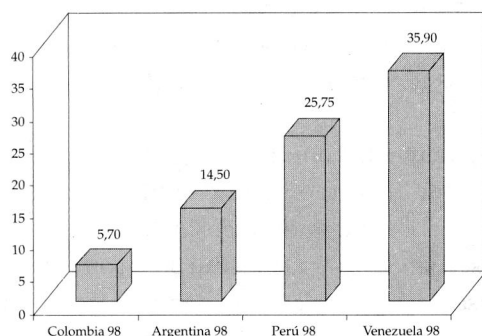
Al comparar las tasas de ausentismo médico con otros países se encuentra que Colombia presenta el indicador más bajo. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que para el caso colombiano se presentan los resultados del ausentismo médico injustificado, mientras que para los otros países no es clara la metodología utilizada para construir dicho indicador (Gráfico 2C).

Determinantes de las Conductas Irregulares. Los hospitales públicos de Bogotá no constituyen un conjunto homogéneo de hospitales en términos de su avance institucional y de los niveles de conductas irregulares estudiadas en este trabajo, a pesar de que todos enfrentan las mismas reglas de juego. El diferente nivel de desarrollo logrado luego de la reforma en salud de 1993 es el resultado de presentar diferentes restricciones, o al menos distintos grados de estas, que pudieron

Gráfico 2C

AUSENTISMO

(% de horas contratadas no laboradas)



Fuente: Resultados de estudios de los diversos países para este proyecto.

superarse, en mayor o menor medida, con el nuevo esquema institucional de la reforma.

A continuación se presenta una primera lectura del desarrollo institucional de los hospitales, mediante los indicadores obtenidos.

Autonomía. La totalidad de los hospitales del Distrito operan bajo el mismo marco normativo lo que implica que el margen de acción o espacio

de decisión formal (Bossert 1997) es teóricamente el mismo para todos.

En efecto, la mayoría de los hospitales considera que en el nuevo régimen, el Ministerio de Salud rara vez, o nunca, interviene en los principales procesos que atañen al funcionamiento del hospital (la elaboración del presupuesto, la contratación de personal o la compra de insumos) en claro contraste con la situación anterior a la descentralización y a la reforma de la salud, donde era el principal actor (Cuadro 6).

En cambio, frente a la entidad estatal responsable de la dirección y liderazgo de la salud a nivel *territorial*, la SDS, parece existir menos autonomía. Esto es especialmente manifiesto respecto al proceso de elaboración y manejo presupuestal, donde 90% de los hospitales perciben una permanente intervención de este organismo.

Esta situación quizás no es sorprendente a la luz de la importancia que en las finanzas de los hospitales públicos siguen teniendo los subsidios estatales provenientes del Estado a través de la

Cuadro 6

AUTONOMÍA DE LOS HOSPITALES: FRECUENCIA DE INTERVENCIÓN EN LOS PROCESOS ADMINISTRATIVOS (%)

Frecuencia	Presupuesto anual		Compra de insumos		Contratar recurso humano de planta		Contratar recurso humano mediante contrato de servicios		Establecer remuneración personal planta		Establecer remuneración contratistas	
	SDS	Minsalud	SDS	Minsalud	SDS	Minsalud	SDS	Minsalud	SDS	Minsalud	SDS	Minsalud
Siempre	91	3	9	3	44	0	0	0	39	13	0	0
Algunas veces	0	6	16	3	25	0	10	7	7	7	3	3
Rara vez	0	22	9	3	3	9	3	3	0	3	3	0
Nunca	9	69	66	91	28	75	87	90	55	77	94	97

Fuente: Resultados de las entrevistas a informantes claves, realizadas por los autores.

SDS, puesto que es ella quien aprueba los presupuestos, en un intento por preservar el equilibrio de las finanzas del Distrito, en las cuales el gasto en salud representó, en 1998, 8%. En este año sólo 10% en promedio de los ingresos provenían de la venta de servicios a aseguradoras y 90% restante sigue llegando de la Secretaría Distrital de Salud sea contra demostración de servicios prestados o sea como un subsidio directo. Estas cifras muestran una baja inserción de los hospitales públicos en el mercado considerando que los hospitales públicos sólo participan en 24% de los recursos del régimen subsidiado (aseguramiento para la población pobre). En 1998 la SDS asignó \$90 mil millones para aseguramiento de la población de bajos ingresos, de los cuales sólo \$ 22 mil millones se tradujeron en contratos de venta de servicio con los hospitales públicos del Distrito. Estas cifras muestran una participación muy pobre de la red hospitalaria pública, en este caso del Distrito en el nuevo esquema de seguridad social de salud. Ahora, es importante notar al respecto que existen grandes diferencias entre hospitales y varió, en 1998, entre 2% y 46% (Cuadro 7). En vista de lo anterior, la autonomía de los hospitales del Distrito estaría dada, no tanto por la figura jurídica de "Empresas Sociales del Estado" que los convierte *de jure* en

entidades autónomas sino, más bien, por su independencia financiera medida por la financiación mediante recursos diferentes a los asignados directamente por la Secretaría Distrital de Salud.

En cuanto a la autonomía en el manejo del recurso humano, la encuesta realizada a los directivos de los hospitales arrojó que 44% de los directivos considera que la Secretaría interviene "siempre" en la contratación del personal de planta y en el establecimiento de los salarios. Las remuneraciones en el Distrito son competencia del Concejo, suprema autoridad del Distrito con atribuciones normativas y de vigilancia y control de las demás autoridades distritales y fueron definidas por el acuerdo 14 de 1998. Ello contrasta con el personal por contrato que no está regido por normas generales del servicio civil, en donde sólo 10% y 3% de los directores de hospitales considera que la intervención de la Secretaría es frecuente en estos dos procesos (Cuadro 6).

Lo anterior refleja claramente el hecho de que sigue existiendo una autonomía limitada en cuanto al manejo del recurso humano en los hospitales, pero que ésta es sustancialmente menor en cuanto al manejo del personal de planta que en el manejo del personal de contratos. 39% de los directivos de los hospitales señaló que siempre existe intervención de la Secretaría de Salud para fijar la remuneración del personal de planta y 77% señaló que el Ministerio de Salud interviene. Esta percepción es resultado de los decretos de fijación de remuneraciones a los empleados de los organismos públicos nacionales y distritales. Por el contrario, ningún directivo de los hospitales afirma que exista alguna intervención en el caso de la remuneración de contratistas. Esto reafirma la idea de una mayor autonomía del director del hospital frente al personal vinculado por contrato (Cuadro 6).

Cuadro 7
VENTA DE SERVICIOS DE LOS 32 HOSPITALES
DEL DISTRITO A EPS Y ARS EN % DE
SUS INGRESOS TOTALES

	1997	1998	1999
Promedio	5	10	9
Mínimo	0	2	0
Máximo	22	46	19
Mediana	3	8	8

Fuente: Secretaría Distrital de Salud.

Adicionalmente, si se agrega el hecho que 77% de los gastos totales en los hospitales públicos en el Distrito se destinan al pago de personal (Morales y Giedion, 1998), se hace más evidente la rigidez y falta de autonomía de los hospitales en el manejo del recurso humano, situación que en un escenario de competencia, como pretende la reforma de 1993, los coloca en inferioridad de condiciones frente a otros proveedores de servicios que no pertenecen al sector público.

Ante esta situación de rigidez, los hospitales del Distrito han optado por recurrir a la contratación temporal de personal por la vía de hacer contratos que no están sujetos a las normas del servicio civil, en un esfuerzo por aumentar el grado de autonomía. Como se observa en el Gráfico 3, los hospitales han hecho amplio uso de esta posibilidad. Ahora sería interesante *testear* la relación entre la participación de los contratistas en el total del personal y la financiación de los hospitales públicos mediante venta de servicios a terceros (inserción en el mercado) ya que se podría pensar que los hospitales que busquen una

gestión eficiente orientada a vender servicios en el mercado necesiten una mayor flexibilidad en el manejo de su personal. Sin embargo, unas primeras exploraciones de esta relación no ofrecieron resultados contundentes, al hallarse relaciones inversas y no significativas entre estas variables.

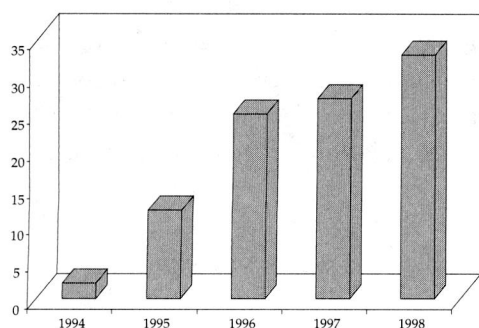
Ahora bien, los hospitales públicos utilizan de manera distinta el margen de autonomía dado para manejar el recurso humano y existen grandes variaciones entre hospitales al respecto. En efecto, para 1998, el promedio de la participación de las personas vinculadas por contrato en el total del personal era 33% pero el rango varía entre 12% y 91% con una mediana de 25% y una desviación estándar de 17.

En el Cuadro 8 se muestra la distribución de los hospitales de acuerdo a la importancia del personal de contratos en el total del personal.

Las cifras respecto a la real inserción en el mercado indican que los hospitales públicos todavía están muy lejos de ser financieramente autónomos, pues el porcentaje de venta de servicios a entidades distintas de la SDS equivale

Gráfico 3

PARTICIPACIÓN DE LOS CONTRATISTAS EN EL PERSONAL TOTAL DE LOS HOSPITALES DEL DISTRITO 1994-1998



Fuente: Secretaría Distrital de Salud.

Cuadro 8

DISTRIBUCIÓN DE LOS HOSPITALES DE ACUERDO A LA IMPORTANCIA DEL PERSONAL DE CONTRATOS EN EL TOTAL DEL PERSONAL

Intervalo	Número de hospitales	Frecuencia acumulada (%)
0%-20%	8	25
21%-40%	17	78
41%-60%	5	94
61%-80%	1	97
81%-100%	1	100
Total	32	-

Fuente: Secretaría Distrital de Salud y cálculo de los autores.

en el mejor de los casos a 10% del total de ingresos. Finalmente es de anotar que los hospitales han utilizado de manera muy distinta los espacios normativos que les permiten adquirir mayor o menor autonomía. Las diferencias en la participación de los ingresos provenientes de contratos con terceros en el total de los ingresos y de los contratistas en el total del personal son indicadores de esta situación.

C. Uso de la Información: transparencia y rendición de cuentas

En 1998, en promedio, 63% de los ingresos de los hospitales públicos del Distrito provenían de la facturación de los servicios prestados tanto a la SDS como a las aseguradoras del régimen subsidiado, ARS, y a las del régimen contributivo, EPS y el resto fue asignado directamente por la SDS sin que para ello los hospitales hubieran tenido que rendir cuentas. Así, sólo para 63% de sus ingresos los hospitales "rindieron cuenta" de los procedimientos adelantados y, a cambio, recibieron un pago de acuerdo a las tarifas acordadas, establecidas por el Gobierno Central. Así, cuando los hospitales no lograban justificar la totalidad de su gasto con la facturación, la Secretaría terminaba por asumir la diferencia y asignaba el faltante como bloque sin que existiera una clara rendición de cuentas por parte de los hospitales públicos al respecto.

Existen grandes diferencias entre hospitales en cuanto a la proporción de los ingresos recibidos contra prestación de servicios. Así, entre 1997 y 1999, mientras que algunos hospitales recibieron cerca de 87% de la totalidad de sus ingresos como resultado de la presentación de facturas, otros no lograron justificar sino 16% de sus ingresos de esta manera (Cuadro 9).

Dentro de este sistema mixto de incentivos - por un lado una asignación en función de los servicios prestados y, por otro lado, un sistema donde se cubre casi cualquier déficit- no parece existir una real rendición de cuentas. Al cubrir los déficit de los hospitales que no venden servicios y aplazar en varias oportunidades el avance de la reforma se han dado incentivos perversos a los hospitales.

Las posibilidades de contar con información para rendir cuentas exigen la existencia de unas herramientas básicas de gestión (Plan de Desarrollo, presupuesto anual de ingresos, plan de inversiones, metas de producción, metas de eficiencia y productividad, metas de calidad y misión institucional). En 1998 más de 80% de los hospitales carecían de la mayoría de estas herramientas.

Así mismo, al analizar la disponibilidad de herramientas de gestión necesarias para la adquisición de insumos, es de anotar que muchos hospitales carecen de instrumentos tan elementales como un plan de compras con cantidades de *stock* mínimas y máximas, promedios de consumo y tiempos de reposición, al igual que con un sistema de *kárdex* para su registro, instrumentos

Cuadro 9
INGRESOS PROVENIENTES DE VENTAS EN
FUNCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS
(% total de los ingresos)

	1997	1998	1999
Promedio de los 32 hospitales públicos	47	63	71
Mínimo	31	16	48
Máximo	68	87	91

Fuente: Secretaría Distrital de Salud.

necesarios para cualquier proceso transparente de adquisición de los insumos. Solamente en 4 hospitales del Distrito existen tales planes de compra que contienen los principales elementos de gestión como son los tiempos de reposición, promedios de consumos, y cantidades mínimas y máximas de *stock*. Finalmente, 17% de los hospitales no cuentan con un *kárdex* de registro que es quizás la herramienta más elemental de manejo de los insumos.

D. Participación de las partes interesadas en el servicio

La introducción de juntas directivas en los hospitales con representantes no sólo del hospital sino también de las entidades territoriales y, sobre todo, de la comunidad ha sido considerada herramienta fundamental de la transparencia y rendición de cuentas dentro del diseño de la reforma. En 1998 la totalidad de los hospitales contaban con una Junta Directiva, organismo que sesionaba en promedio cerca de 2 veces al mes, con la asistencia de todos los miembros (en 6 hospitales) o con sólo la ausencia ocasional de alguno de ellos (en 19 hospitales), (Cuadro 10). Así mismo, 20 hospitales reportaron en las encuestas activa participación en las Juntas (Cuadro 11), lo que, en conjunto, sugeriría que el Distrito cuenta con una participación activa de la comunidad en las decisiones más importantes de los hospitales públicos.

E. Vigilancia y el control en los hospitales del Distrito

Como se mencionó anteriormente, Colombia se caracteriza por exceso de reglas y un gran número de entidades de control que supuestamente constituyen el "garrote" a la corrupción. Sería di-

Cuadro 10
ASISTENCIA A LA JUNTA DIRECTIVA 1999
(Percepción de los directivos)

Clasificación asistencia a la Junta	Número de Hospitales
Siempre asisten todos	6
Ocasionalmente no asiste un miembro	19
Ocasionalmente no asisten varios miembros	4
Frecuentemente no asiste uno o varios miembros	3
Total	32

Fuente: Entrevistas a informantes claves en los hospitales del Distrito.

Cuadro 11
CALIFICACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN EN LAS JUNTAS 1999 (Percepción de los directivos)

Papel que desempeña la junta	
Asisten a las reuniones con carácter informativo	5
Asisten pero no participan en la toma de decisiones	13
Asisten, sugieren y partic. en todas las tomas de decisiones	6
Asisten, sugieren y partic. en algunas tomas de decisiones	20
Total	32

Fuente: Entrevistas a informantes claves en los hospitales del Distrito.

ficil calcular el costo de control específicamente para el sector de la salud, pero es ilustrativo que la suma de los presupuestos de las entidades de control indican que Bogotá asigna un porcentaje cercano a 8% del total de gastos a los organismos de control, tales como la Contraloría, o la Veeduría o al pago de los funcionarios que en cada entidad se dedican exclusivamente al control y a la vigilancia.

Frente a la pregunta sobre la existencia de mecanismos de vigilancia y control para prevenir estas conductas irregulares, se encontró en porcentajes superiores a 50%, que éstos existen, tal como se desprende del Cuadro 12.

Sin embargo, cuando en la misma encuesta se indaga por las razones que facilitan la pre-

sencia de estos distintos tipos de conductas irregulares, se responde que la razón fundamental es la deficiencia de los mecanismos de vigilancia y control y, en menor medida, la tolerancia del sector público. En efecto, en las encuestas de percepción, cuando se indaga por las causas de las conductas irregulares, 46% de los interrogados sobre las razones del ausentismo médico señala a las deficiencias en los mecanismos de vigilancia y control (Cuadro 13) y 60% señala el mismo motivo cuando se pregunta por la causa de los robos en el hospital (Cuadro 14)

Otro dato importante derivado de las encuestas sobre percepción es que las personas no denuncian este tipo de conductas y que no lo hacen en parte por temor a las represalias. Así, 65% de las personas que se enteraron de algún hecho

irregular "no hicieron nada" para denunciarlo y 85% de las personas indicaron que la razón para ello es el "temor a represalias".

De otro lado, se recogió información acerca del número de personas que no aprueban las evaluaciones de desempeño que, de acuerdo a las normas del servicio civil, se deben aplicar como mínimo una vez al año. De su lectura se hace evidente que la inmensa mayoría de los funcionarios de los hospitales obtienen los puntajes necesarios para "aprobar la evaluación", siendo muy significativo el hecho de que en sólo un hospital se observó un resultado insuficiente.

Finalmente, es de anotar que parece existir una gran diversidad entre instituciones al calificar la efectividad de los mecanismos de vigilan-

Cuadro 12
EXISTENCIA DE MECANISMOS DE VIGILANCIA Y CONTROL EN LOS HOSPITALES POR CONDUCTA IRREGULAR

Conducta Irregular	Si (%)	No (%)	No Sabe (%)
Incumplimiento injustificado de horario por parte del personal médico	62	31	7
Malos manejos en la compra de materiales y equipo	50	38	12
Robo de materiales y equipo de trabajo	58	32	10
Utilización no permitida de equipos, instalaciones y material de atención	52	36	12
Cobros no permitidos a pacientes	50	28	13

Fuente: Encuesta de percepción sobre conductas irregulares.

Cuadro 13
RAZONES DEL AUSENTISMO MÉDICO

	% de respuestas
Bajos salarios	15
Turnos excesivamente largos	6
Comportamiento tolerado por el sector público	33
Deficiencia en los mecanismos de vigilancia y control	46
Total	100

Fuente: Encuesta de percepción sobre conductas irregulares.

Cuadro 14
RAZONES DE LOS ROBOS DE INSUMOS

	% de respuestas
Bajos salarios	8
Comportamiento tolerado por el sector público	20
Deficiencia en los mecanismos de vigilancia y control	60
Otros	11
Total	100

Fuente: Encuesta de percepción sobre conductas irregulares.

cia y control para detectar faltas disciplinarias. Así por ejemplo, el promedio de la relación entre el total de faltas disciplinarias detectadas y el número de funcionarios de planta en los hospitales es de 7%, con grandes variaciones de unos hospitales frente a otros, lo que de alguna manera evidencia su desarrollo y aplicación desigual.

Todo lo anterior indica que si bien los hospitales públicos cuentan hoy con unas herramientas mínimas para adelantar la vigilancia y control, éstas no operan en la realidad y muchas veces no son apropiados por la comunidad y la institución, situación agravada por el temor a represalias.

V. Determinantes de las conductas irregulares

Uno de los propósitos centrales de este trabajo consiste en relacionar las conductas irregulares con unas variables institucionales que pretenden evaluar el nivel de autonomía, la generación y uso de la información, la participación de las partes interesadas y la vigilancia y el control en los hospitales del Distrito, controlando por variables directamente asociadas al proceso de compra y a las características de la persona responsable de la adquisición de insumos en los hospitales.

Por problemas con la información no fue posible realizar el mismo ejercicio para el ausentismo médico.

A. Determinantes de las variaciones de precios

Como se comentó anteriormente, tanto las encuestas de percepción, como el estudio realizado

con las compras de los 6 insumos escogidos, señalaron diferencias importantes con los precios a los cuales compraron los hospitales del Distrito estos insumos en 1998. Estos resultados estarían explicados por un conjunto de variables directamente asociadas al proceso de compra, a las variables institucionales que se han analizado en secciones anteriores de este trabajo y a las características del funcionario que decide la compra.

Para examinar las desviaciones de precios en la compra de insumos la variable independiente utilizada en los distintos ejercicios fue:

1. Variación

Para cada observación de adquisición de un insumo se definió su variación porcentual frente al precio disponible a través de Red Salud:

$$P_{ij}/P_i * 100$$

Donde: P_{ij} es el precio de adquisición del insumo i en el hospital j .

P_i es el precio del insumo i al precio que Red Salud ofrece a los hospitales.

Estas "brechas" de precios fueron asociadas a tres tipos de variables: aquellas relacionadas con el proceso de compra propiamente dicho, aquellas relacionadas con las características institucionales de los hospitales y finalmente aquellas asociadas a las características individuales de la persona encargada de efectuar la compra de los insumos. A continuación se presentan las variables explicatorias utilizadas y se indica su relación esperada con la variación porcentual de precios.

2. Variables explicatorias asociadas al proceso de compra

Se recolectó, para cada una de las observaciones de precios, un conjunto de variables asociadas al proceso de compra propiamente dicho considerando que la variación de precios puede depender parcialmente de variables tales como la cantidad comprada, de si se paga a tiempo al contado o a crédito, del tipo de proveedor minorista o mayorista, del tipo de proceso de compra (directo o proceso licitatorio) y del plazo acordado con el proveedor para efectuar el pago.

CANTIDAD: la cantidad comprada del insumo, entendida como poder de compra, pretendía encontrar una relación inversa con la variación de precios, dado que se esperan descuentos por parte del proveedor a medida que aumentan las cantidades adquiridas.

FPAGO: la forma de pago, variable dicotómica que toma el valor de 1 si se paga con retraso y de 0 si se paga puntualmente. Se esperaba que un proveedor, después de experimentar retrasos recurrentes en el pago, incorpore este costo en el precio de los insumos. Por lo tanto, suponemos mayores variaciones de precios cuando hay retraso en el pago.

PROVEED: mediante una variable dummy que toma el valor de 0 si el proveedor es un minorista o de 1 si es un mayorista. Se esperaba que la adquisición de un insumo donde el minorista, sea más alto que donde el mayorista debido a la cadena de intermediarios que precede la venta de un insumo por parte del primero.

FPDIAS: número de días concedidos para efectuar el pago. Se espera que el costo derivado

para el proveedor de mayores plazos en el pago de los insumos se refleje en mayores precios y por ende una mayor variación de este.

MECCOM: a través de la construcción de una variable que toma el valor de cero si se compra mediante orden de compra o de 1 si es mediante "cotización" proceso fuertemente regulado por las normas que aplican para compras de grandes sumas. Se esperaba que el control derivado del proceso licitatorio que exige cotizaciones implique una menor brecha de precios.

3. Variables explicatorias de carácter institucional

En segundo lugar se examinaron un conjunto de indicadores que evalúan el desarrollo de variables institucionales en cada institución. Se espera que un mayor grado de implementación de la reforma, medida a través mayor autonomía, produjera menores brechas de precios. Así mismo, una mejor información y una mayor participación de las partes interesadas tendería a reducir las conductas irregulares, medidas como variación de precios. En el mismo sentido, la existencia y la eficacia de los mecanismos de vigilancia y control tenderían a disminuir las conductas irregulares y serían asociadas a menores brechas.

Las siguientes fueron las variables explicatorias "institucionales" utilizadas:

La *autonomía* de los hospitales públicos de Bogotá se evaluó a través de un indicador lo más objetivo posible:

CONTRATOS: es la proporción del personal contratado mediante contratos de prestación de servicios en relación al personal total. Este in-

dicador busca captar la flexibilidad en el manejo del personal. Se esperaría que una mayor autonomía en el manejo del personal reduzca las brechas en los precios siempre y cuando este acompañada de unos mecanismos efectivos de rendición de cuentas.

Para evaluar *rendición de cuentas* se utilizaron indicadores que demuestran, por una parte, la posibilidad de suministrar información y, por otra, la participación de terceros. En el primer caso, agrupados en mecanismos de información, se escogieron los indicadores siguientes:

VENTASER: es la proporción de los ingresos obtenidos como resultado de la facturación de servicios prestados tanto a la Secretaría Distrital de Salud como a las aseguradoras. Es, tal vez, el indicador del principal cambio ocasionado por la reforma en la forma de financiación de los hospitales. Se considera que a medida que las asignaciones de recursos a los hospitales públicos dependen cada vez más de su producción real, y no de sus niveles históricos de gasto, disminuirá cada vez más el espacio para esconder las conductas irregulares en unos presupuestos de gasto poco transparentes. Por lo tanto, se esperan menores brechas de precios en los hospitales que se financian mediante venta de servicios.

INSER97: es el porcentaje de ingresos de los hospitales derivados de la facturación a los aseguradores únicamente. Esta variable, cuyos resultados promedio se reportaron en el Cuadro 7 también, constituye un indicador de rendición de cuentas en la medida en que a mayor sea la proporción en que los ingresos estén asociados a la venta de servicios en el mercado, el hospital debe controlar mejor sus gastos evitando conductas irregulares o desperdicios por ineficien-

cia. A mayor inserción en el mercado, menores brechas de precios.

HERRAGES: es el porcentaje de herramientas básicas de gestión disponibles a partir de una lista de 7 *ítems* elaborada con el apoyo de expertos. Estas son: i) plan de desarrollo; ii) presupuesto anual de ingresos; iii) plan de inversiones; iv) metas de producción; v) metas de eficiencia y productividad; vi) metas de calidad y vii) misión institucional. Se supone que la disponibilidad de estas herramientas introduce transparencia en el manejo institucional y, por lo tanto reduce los niveles de conductas irregulares. En consecuencia, a mayor porcentaje de herramientas de gestión menores brechas de precios.

HERRABAS: es el porcentaje de herramientas y equipo básico de manejo de suministros disponibles en el hospital a partir de una lista de 4 *ítems* elaborada con el apoyo de expertos. Estas son: i) plan de compras con mínimos y máximos; ii) plan de compras con promedio de consumo; iii) información acerca de los tiempos de reposición; y iv) *Kardex*. Al igual que en el caso anterior se supone que la disponibilidad de estas herramientas reduce las conductas irregulares al introducir mayor transparencia en la gestión. Por lo tanto, se esperaría que a mayor disponibilidad de herramientas básicas de gestión de insumos, menor brecha de precios.

Para medir vigilancia y control en los hospitales, de los indicadores definidos como *proxxy* de esta dimensión institucional, se decidió incorporar en la regresión:

MECONTROL: porcentaje de herramientas de vigilancia y control existentes a partir de una

lista de 6 ítems elaborada con ayuda de los expertos. Estos son: i) oficina de control interno disciplinario; ii) oficina de quejas y reclamos; iii) línea de denuncias; iv) comisión de personal; v) auditoría externa; y, vi) revisoría fiscal. Se esperaría que estas herramientas de control contribuirían a vigilar y reducir las conductas irregulares por lo que se plantea la hipótesis que a mayor porcentaje de herramientas de vigilancia y control menor brecha de precios.

B. Variables explicatorias de carácter individual

En tercer lugar, se probaron una serie de variables individuales que resumen algunas características de los jefes de compra en los hospitales.

INGRESO: el salario del jefe de compras de los hospitales del cual se espera una relación inversa con las compras a precios irregulares.

GENERO: se argumenta en muchos estudios una menor propensión de la mujer a incurrir en prácticas irregulares.

EXPER: la experiencia en el sector público medida en años de antigüedad, puede incidir positivamente en el nivel de conductas irregulares dado un mayor conocimiento de los espacios de violación de la ley y del sector público, por lo que estaría mejor preparado para ocultar el ilícito.

ESTAC: esta variable toma el valor de 0 cuando es soltero y 1 cuando es casado. El estado civil de los jefes de compra (casado o soltero) también influye en la posibilidad de encontrar conductas irregulares en especial en aquellos solteros. El sentido esperado de esta variable es ambiguo.

Puede pensarse que los casados tienen menor propensión al riesgo de incurrir en conductas irregulares para no arriesgar el sustento de su familia. Por el otro lado, podría pensarse que las conductas irregulares aumentan para los casados dadas sus mayores responsabilidades económicas.

ESPEC: el nivel de educación alcanzado, medido por haber o no cursado una especialización, influye negativamente en las conductas irregulares en la compra de insumos. Se podría esperar que mayores niveles educativos, poco frecuentes en el país, están asociados a personas con ambiciones académicas y mayor solidez a nivel de sus principios.

En razón de que no se contó con la información sobre la persona que toma las decisiones de compra en todos los hospitales, se trabajó únicamente con 452 datos de compra en 22 de los 32 hospitales.

Metodología. Antes de analizar los resultados conviene advertir que las series que se relacionaron tienen distintos grados de agregación. Mientras se cuenta con una serie de 452 observaciones de desviaciones porcentuales de precios (VARIACION), tenemos variables explicatorias (institucionales, o individuales) que se refieren a un hospital o a un jefe de compras y se repiten cuantas veces un hospital adquirió un insumo.

Se corrieron, en primer instancia, un conjunto de regresiones con MCO con errores robustos, agrupando por hospital mediante *clusters* y controlando con *dummies* por el mes de la compra y el tipo de insumo. El método de MCO con errores robustos permite controlar por posibles problemas de interdependencia de las observa-

ciones al interior de cada hospital. Ahora, cuando se realiza una regresión por Mínimos Cuadrados Ordinarios, los estadísticos t pueden estar sesgados hacia arriba por errores comunes del grupo como lo demuestra Moulton, (Moulton, 1986). Aplicaciones de estos hallazgos han sido realizados por Blanchflower and Oswald, (Blanchflower 1992, 1994, y 1995) mediante una correcta especificación de los efectos de variables agregadas. En vista de lo anterior, se hicieron estimaciones por efectos aleatorios que no se revelaron concluyentes para utilizar este método dados los resultados de la prueba de Breusch Pagan que probó que la varianza de los errores no es diferentes de 0 (véase última fila de la Cuadro 15).

Resultados. El Cuadro 15 presenta los mejores resultados obtenidos mediante MCO con errores robustos y con *clusters* para los hospitales. Se corrieron tres regresiones la primera de las cuales incluye la muestra completa mientras que la segunda y la tercera incluyen por un lado sólo aquellas observaciones sujetas a un proceso licitatorio y por otro lado aquellas en donde el proceso de compra no estaba sujeto a proceso licitatorio. Como se verá más adelante, la creación de esta última submuestra aumentó sustancialmente el poder explicativo de la regresión.

Las variables asociadas al proceso de compra (cantidad, FPAGO, FPDIAS, PROVEED, MEC-COM) no resultaron significativas en las dos primeras regresiones por lo que fueron eliminadas para la muestra pequeña (adquisiciones mediante órdenes de compra).

Por el contrario, entre las *variables institucionales* encontramos la relación esperada y alta significancia en contratos. Ello confirma la hipótesis que una mayor autonomía en el manejo del recurso humano (CONTRATOS) reduce la

brecha de precios en la compra de insumos. Así mismo, todas las regresiones indican que la brecha de precios disminuye cuando aumenta la proporción de ingresos recibidos por venta de servicios (VENTASER) tanto a la Secretaría de Salud como a terceros. Ello confirmaría la fiabilidad del indicador utilizado como *proxy* de la rendición de cuentas. La forma de contratación y el mecanismo de pago resultan ser las variables con mayor solidez dentro de las regresiones efectuadas al mantener su significancia y signo a través de todas las regresiones efectuadas. Ello es interesante ya que reflejan un cambio real en el funcionamiento del hospital y en especial respecto a los incentivos que operan frente al hospital como un todo (mecanismos de pago) y el personal en particular (forma de contratación).

Por el contrario, la disponibilidad de instrumentos formales de gestión como por ejemplo el disponer de un plan de desarrollo dieron significativos en todas las regresiones pero en el sentido contrario al esperado. Igualmente, la existencia de mecanismos formales de control (ME-CONTROL) parece aumentar la brecha de precios contrario a lo esperado. Más sorprendente resulta que la disponibilidad de herramientas básicas relacionadas con la adquisición de insumos como por ejemplo el *kardex* o los planes de compra no resultan significativas en las dos primeras regresiones pero muestran una relación directa con la brecha de precios cuando se analizan solamente aquellas adquisiciones realizadas mediante ordenes de compra.

En cuanto a las *características de la persona encargada de la compra de insumos* (jefe de compras) es de observarse que el género y el estado civil resultan significativos en todas las regresiones y mantienen el signo en todas las regresiones. Así,

Cuadro 15
DETERMINANTES DE LAS VARIACIONES DE PRECIOS DE LOS INSUMOS

MCO con Errores Robusto por Hospitales				
Variables	Muestra completa	Sólo adquisiciones con proceso licitatorio	Sólo adquisiciones mediante orden de compra	
Proceso de compra	Constante	3,334 (2.622) **	3,626 (2.904)***	-3.044 (-1.201)
	Cantidad	4.47e-07 (0.158)	-4.07 e-06 (0.677)	-
	Fpago	-0.1059 (-1.010)	-0.0581 (-0.469)	-
	Proveed	0.0976 (1.003)	0.0611 (0.535)	-
	Meccom	0.0918 (1.494)	-	-
	Fpdias	-0.0005 (-1.203)	0.0002 (0.255)	-
Institucionales	Contratos	-0.7219 (2.755) **	-1.016 (-3.152)***	-7.759 (-4.633)***
	Ventaser	-0.5586 (-1.977) *	-0.8316 (-2.950)***	-5.271 (-2.419) **
	Herrabas	-0.0875 (-0.692)	0.679 (0.500)	2.471 (4.171)***
	Herrages	0.2684 (2.345) **	0.4078 (3.020)***	3.920 (3.722)***
	Mecontrol	0.2948 (4.439)***	0.3646 (5.423)***	-
	Inser97	-0.009 (-1.248)	-0.1138 (-1.366)	-
Características individuales del responsable de la compra	Ingreso	-4.04e-07 (-2.028) *	-6.45e-07 (2.651) **	3.27e-06 (3.104) **
	Género	0.1914 (2.389) **	0.2933 (2.420) **	2.685 (2.655) **
	Estac	0.1150 (2.493) **	0.1349 (3.025)***	0.7871 (3.987)***
	Exper	0.00003 (0.074)	0.0001 (0.344)	-0.0193 (-5.440)***
	Especi	-0.1470 (2.352) **	-0.0753 (-1.184)	-1.225 (-4.582)***
	No. Obs	452	380	72
R ²	0,3303	0,3302	0,6326	
F	43.71	21.51	39.26	
Prob F	0.0000	0.0000	0.0000	

* Significativo al 10%; ** Significativo al 5%; *** Significativo al 1%.

Fuente: Cálculo de los autores.

habría menores brechas de precios cuando el jefe de compra es mujer (GENERO) y cuando el jefe de compras es soltero (ESTAC). En cuanto al ingreso, es de observarse que, aunque significativa, cambia el signo en la última regresión (NGRESO). Sólo en las dos primeras regresiones se confirmaría una relación inversa entre nivel de ingreso y brecha de precios. Finalmente, la brecha de precios parece disminuir a medida que aumenta el nivel educativo (ESPECI).

En el agregado se observa que las regresiones mejoran al utilizarse sólo la submuestra de las adquisiciones que se hicieron sin proceso licitatorio. Así, el R^2 aumenta a 0,63 para la última regresión y los coeficientes de nuestras dos principales variables explicatorias de interés (VENTASER, CONTRATOS) aumentan significativamente.

C. Relación entre el ausentismo y las variables institucionales

Para explorar posibles relaciones entre ausentismo y factores institucionales se utilizó la información recolectada a través de la encuesta de percepción y se construyó un indicador que muestra el porcentaje de personas de cada hospital que percibieron ausentismo médico en su institución (PERAUSEN) y no la tasa de ausentismo derivada del censo de enfermeras comentada en una sección anterior, teniéndose en cuenta que hubo resistencia de las enfermeras para contestar la encuesta acerca del ausentismo de los médicos y que la muestra de los hospitales que entregaron información es muy pequeña.

Para medir el *ausentismo médico*, además de la tasa de ausentismo calculada atrás, se evaluó la percepción de ausentismo (*soft data*) mediante la siguiente variable:

PAUSEN: porcentaje del personal que percibe la existencia del ausentismo médico en cada hospital, información que se recolectó mediante las encuestas adelantadas al personal de todos los hospitales. Dadas las limitaciones para utilizar información de percepción en regresiones nos limitamos a hacer una simple exploración de los resultados mediante coeficientes de correlación.

Para efectuar estas correlaciones se incluyeron, además de algunas de las variables descritas anteriormente, las siguientes:

#REUN: número de reuniones de las juntas directivas por mes. Se esperaría que una junta activa incida en una menor tasa de ausentismo.

PVIYCON: porcentaje del personal en cada hospital que percibe que los mecanismos de vigilancia y control son eficaces. A mayor percepción de la eficacia de los mecanismos de vigilancia y control se esperaría una menor tasa de ausentismo.

FALTAS98: son el número de las faltas disciplinarias sobre el total del personal. El efecto esperado de esta variable es ambiguo. Así como se podría esperar que un mayor número de faltas refleje conductas irregulares, también podría reflejar eficacia en los mecanismos de vigilancia y control.

Al analizar los coeficientes de correlación (Cuadro 16) se observa que existe una relación inversa significativa entre la percepción de ausentismo y el porcentaje de contratistas. Esta relación hace suponer que el ausentismo disminuye en la medida en que aumenta el personal contratado bajo la modalidad, de prestación de servicios, que aumenta la autonomía de los directivos para despedir el personal con un desem-

Cuadro 16
RELACIONES ENTRE PERCEPCIÓN DE
AUSENTISMO MÉDICO Y VARIABLES
INSTITUCIONALES

Variable	Coeficiente de Correlación
VENTASER	-0,048
#REUN	0,276
HERRAGES	-0,084
PVIYCON	-0,061
FALTAS98	0,248
CONTRATOS	-0.446 *

* Significativo al 10%.

Fuente: Cálculo de los autores.

peño insatisfactorio. Ello parece reflejar lo dicho anteriormente en el sentido de que el *"hire and fire"* es una tarea casi imposible y titánica para el personal de planta y es sustancialmente más grande para el personal de contrato que no se ve enfrentado a una legislación laboral tan fuerte y rígida. A pesar de no ser significativas, el signo de las demás variables es el esperado con excepción del porcentaje del personal que ha recibido alguna falta disciplinaria. Así, el porcentaje del presupuesto asignado en función de los resultados, el número de reuniones mensuales de la junta, el disponer de herramientas básicas de gestión y la percepción de que funcionan estos mecanismos están inversamente relacionados con la percepción acerca del ausentismo.

VI. Conclusiones

El análisis preliminar de la información obtenida a través de las encuestas y entrevistas en los hospitales del Distrito, así como de su información financiera, permitió la construcción de indicadores o medidas aproximadas de su grado de autonomía, de las posibilidades de generar y

usar la información, de la participación de las partes interesadas, medidas aproximadas de transparencia en la gestión y del control de resultados a través de la evaluación.

Los hospitales del Distrito, contrario a lo buscado en la reforma, están lejos de ser autónomos; tanto en términos de manejo de su personal como su independencia financiera. Los hospitales han avanzado en la puesta en marcha de los principios modernos de gestión: autonomía, transparencia y rendición de cuentas, y mecanismos de vigilancia y control. La evidencia recolectada a través de entrevistas y encuestas muestra que en muchas instancias los avances institucionales son todavía nominales y no han sido apropiados por las entidades hospitalarias. Es importante anotar que el logro de la autonomía depende fundamentalmente de los incentivos con que se diseñe la reforma. En los hospitales no han visto la necesidad de reestructurarse y de avanzar en la venta de servicios y, con ello, lograr mayores niveles de autonomía, pues con base en presiones y con el apoyo de sectores opuestos a la reforma han obtenido recursos para cubrir sus déficit.

Más particularmente, con respecto al objetivo de este estudio, se confirmó la percepción del personal de los hospitales sobre conductas irregulares en la adquisición de insumos y en el ausentismo de los médicos. Un ejercicio de valoración de la pérdida de recursos públicos por estas prácticas indica que por sobrepagos se habrían gastado sumas equivalentes a 10% del presupuesto asignado a la adquisición de insumos médico-quirúrgicos, recursos que habrían permitido afiliar cerca de 24.000 personas pobres adicionales a la seguridad social en salud. Así mismo, el ausentismo de los médicos fue estimado en 5,7% y con los recursos que se per-

dieron por este efecto se habría podido asegurar otras 12.000 personas pobres.

El presente estudio profundizó sobre los determinantes de estas conductas, en donde se obtuvieron indicadores robustos sobre la relación inversa entre desviaciones de precios (*proxy* de conductas irregulares) y la variable que indica *autonomía*, medida como la flexibilidad que le ofrece a un hospital un mayor número de empleados por contrato a término fijo.

En este sentido, sin ignorar que el enganche de personal mediante contratos de servicios implica también importantes riesgos, pareciera que a medida que aumenta esta forma de contratación disminuyen las brechas de precios y los niveles de ausentismo de acuerdo con las correlaciones encontradas. Otros trabajos han demostrado la poca eficiencia derivada de la inflexibilidad total en la gestión del recurso humano. Los países que han logrado avanzar en contratos de trabajo evaluados en función de resultados ofrecen pruebas de mayor eficiencia de los funcionarios.

Así mismo, se demostró que entre mayor es el porcentaje de ingresos derivados de la *venta de servicios* tanto a la Secretaría Distrital de Salud como a aseguradoras, menores son las desviaciones registradas. Esto, a su vez, significa que entre mayor la asignación de subsidios de oferta sin exigir cuentas acerca de la cantidad y calidad de los servicios prestados, mayor la brecha de pre-

cios. Este es tal vez uno de los resultados más importantes. Esto podría explicarse por los incentivos de mayor eficiencia en el uso de los recursos derivados de un mecanismo de financiación de los hospitales que no asegura una oferta de servicios, independiente de aquellos que les demanda la comunidad. Desafortunadamente cuando se restringe el indicador de venta de servicios a los organismos distintos a la Secretaría Distrital de Salud, es decir, cuando se mide más precisamente su inserción en el mercado, no se encuentran resultados contundentes.

Finalmente, es importante reconocer el valor práctico de investigaciones que se orientan a medir y analizar conductas irregulares. Por un lado, las estimaciones demuestran lo importante que es controlar estas conductas por sus costos a la sociedad. Además, las medidas de conductas irregulares pueden ayudar a focalizar mejor las acciones orientadas a prevenirlas. Por último, la reflexión puede promover acciones específicas como en este caso, donde el estudio llevó a modificaciones importantes en los convenios para compras de insumos. Para el año 2000 se estableció un interesante sistema de subasta pública. Esta circunstancia permitió reducir los costos para los hospitales de acuerdo a información de la Secretaría Distrital de la Salud. Sería interesante evaluar, en estudios posteriores, el efecto de estos nuevos diseños institucionales en los precios pagados por los hospitales.

Bibliografía

- Ades, Alberto y Di Tella, Rafael (1999), "Rents Competition and Corruption". *American Economic Review*. September.
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (1999), "Corrupción, de mal en peor...". Bogotá, DC, Colombia. *Revista Hospitalaria*, 1 (6).
- Badel, M. (1999), Costos de la Corrupción en Colombia. Bogotá, DC, Colombia.
- Banco Interamericano de Desarrollo (1997), *Latin American after a decade of reforms, Economic and social progress. 1997 report*. Washington, DC, Estados Unidos: Johns Hopkins University Press.
- Banco Mundial (1997), *The state in a changing world*. Washington, DC, Estados Unidos: Oxford University Press.
- Barros, Paes de y Mendonça, Rosane (1998), "The Impact of Three Institutional Innovations in Brazilian Education", Savedoff, editor. *Organization Matters*. Washington, DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo
- Blanchflower, D. y Oswald, A. (1990), "The Wage Curve". *Scandinavian Journal of Economics*. 92 (2): 215-235.
- _____(1994), "Estimating a Wage Curve for Britain 1973 - 1990". *The Economic Journal*. 194, september.
- _____(1995), "An Introduction to the Wage Curve". *Journal of Economics Perspectives*. 9 (3):153-167
- Bliss, Christopher y Di Tella, Rafael (1997), "Does Competition kill Corruption?" *Journal of Political Economy*, vol 105 No. 51.
- Bossert, T. (1997), "Decentralization of Health Systems: Decision Space, Innovation and Performance", Data for Decision Making (DDM) *Working Paper*, Cambridge.
- Braun, Miguel y Di Tella, Rafael (2000) Inflation and Corruption. Mimeo.
- Cepeda, F. (1994), *La corrupción administrativa en Colombia - Diagnóstico y recomendaciones para combatirla*. Bogotá, DC, Colombia: Tercer Mundo Editores.
- Chawla, M. et al. (1996), "Mejoramiento del desempeño de los hospitales a través de políticas para aumentar la autonomía hospitalaria", Data for Decision Making *Working Paper*, Cambridge.
- Comisión de Racionalización del Gasto y de las Finanzas Públicas (1997), Tomo II. Administración del Estado. Bogotá, DC, Colombia
- Dale, T. And Malcolm, B. (1998), On Public Sector Reform in New Zealand. *The World Bank Research Observer*. 13 (1).
- Departamento Administrativo de la Función Pública (1998), *Estrategias contra la corrupción*. Bogotá, DC, Colombia: DAFP. Carta Administrativa N°87.
- Fundación Corona (2000), "Resultados del Estudio de Probidad". *El Tiempo*. Bogotá, Colombia. 6 de abril.
- Giedion, U y Molina, C. (1994), "El Sector de la Salud: Desafíos Futuros". *Revista Coyuntura Social*, N°11. Bogotá, DC, Colombia: Fedesarrollo.
- Giedion, U. y Morales, L. (1997), "Aproximación a la medición de la eficiencia en los hospitales públicos del Distrito Capital", mimeo. Bogotá, DC, Colombia: Fedesarrollo, Secretaría Distrital de Salud.
- Harvard School of Public Health (1995), La Reforma de Salud y el Plan Maestro de Implementación. Informe final. Mimeo. Bogotá, DC, Colombia
- Klitgaard R. (1988), *Controlling Corruption*, University of California Press.
- Langseth P. (1998), "International Approaches to Improve Government Integrity and Transparency", paper presented on the congress of *National and International Approaches to Improving Integrity and Transparency in Government*. Paris July 15-16.
- Lora E. y Pagés C. (1997), "La legislación laboral en el proceso de reformas estructurales de América Latina y el Caribe", Serie de documentos de trabajo 343, Washington, DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo
- Ministerio de Salud (1994), "La Reforma a la Seguridad Social en Salud". (3): 159-160. Bogotá, DC, Colombia.
- _____(1998), "Censo del Recurso Humano y Dinámica Salarial del Sector Salud Oficial, 1994-1998", Bogotá.
- Moulton, B. (1986), "Random Group Effects and Precision of Regression Estimates". *Journal of Econometrics*. (32): 385-397.
- OECD (1998), "Conclusions of the Workshop on Building Government Institutions", report elaborated for the congress of *National and International Approaches to Improving Integrity and Transparency in Government*. Paris July 15-16.
- Savedoff, W. (1998), "Social Services Viewed Through New Lenses", en *Organization Matters. Agency Problems in*

- Health and Education in Latin America*. Washington, DC, Estados Unidos: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Schick, A. (1998), "On Whether Developing Countries Should Try New Zealand's Reforms", *The World Bank Research Observer*. Vol 13. N°1, febrero.
- Secretaría de Salud de Santafé de Bogotá (1998), "Análisis del Sector Salud en el Distrito Capital, 1990-1998". Bogotá, DC, Colombia.
- Secretaría Distrital de Salud (1998) *Análisis del sector salud en el Distrito Capital, 1990-1998*. Bogotá, D.C., Colombia: Alcaldía Mayor de Bogotá DC.
- Shleifer, Andrei y Vishny, Robert W. (1993), "Corruption". *The Quarterly Journal of Economics*, August.
- Tanzi, V. (1997), "Corruption in the Public Finances". Trabajo presentado en la 8th conferencia internacional anti-corrupción. Lima, Perú.
- Thoene, B. (1999), "Posición de la Asociación Colombiana frente a la reforma de la ley 100 y la corrupción dentro del sistema de seguridad social en salud", *Revista Hospitalaria*. (1) 6.: 6-8. Bogotá.
- Vesga, et al. (1992), *La Corrupción Administrativa en Colombia*. Bogotá, DC, Colombia: Fedesarrollo
- Walford, V. (1998), *Reforma del sector salud: mejorando la eficiencia de los hospitales*. Institute for Health Sector Development, Londres.
- Wiesner, E. (1997), *La efectividad de las Políticas Públicas en Colombia: un enfoque Neo-Institucional*. Bogotá, DC, Colombia: Departamento Nacional de Planeación.

¿Sobre quien ha recaído el peso de la crisis?

Alejandro Gaviria U.¹

I. Introducción

El objetivo principal de este trabajo es estudiar los efectos de la actual crisis económica sobre los distintos sectores de la población colombiana. Se quiere no sólo delinear un perfil de los hogares que han llevado la peor parte en la crisis, sino también entender las diversas estrategias adoptadas por éstos como respuesta a las nuevas circunstancias. En última instancia, este trabajo pretende arrojar alguna luz sobre el diseño y la implementación de políticas orientadas a la protección de los grupos más vulnerables de la población colombiana.

En principio, todo estudio empírico que intente establecer sobre quienes ha recaído el peso de una crisis económica requiere información sobre los niveles de consumo de una muestra representativa de hogares antes y durante la crisis en cuestión. Con esta información a la mano, bastaría con calcular los cambios en los niveles de consumo y cruzarlos contra las características socioeconómicas de los hogares. Infortunada-

mente, en Colombia no se cuenta con esta información pues el país carece de bases de datos longitudinales que registren los cambios en los niveles de vida de los mismos hogares para intervalos de tiempo prolongados.

Buscando suplir esta carencia, este trabajo utiliza un módulo especial sobre riesgos personales y familiares incluido en la segunda aplicación de la Encuesta Social de Fedesarrollo. Aunque dicho módulo no contiene información sobre ingresos y gastos de los mismos hogares en dos periodos distintos, contiene una serie de preguntas retrospectivas que permiten inferir cuáles hogares experimentaron caídas en sus niveles de ingreso y consumo; información que permite, a su vez, identificar cuáles hogares han sido más propensos a experimentar caídas en su bienestar.

Los resultados de este trabajo muestran que existe una asociación negativa entre la probabilidad de que un hogar experimente una caída en su bienestar y el nivel socioeconómico del mismo.

¹ Investigador Asociado de Fedesarrollo. El autor agradece los comentarios de Martha Luz Henao y la financiación del Banco Mundial.

Las diferencias más importantes ocurren no entre los hogares más pobres y el resto sino entre el 20% más rico y los demás. Así, en muchos de los casos analizados, los hogares más pobres no son mucho más propensos a experimentar una caída en su bienestar que los hogares de clase media, pero en todos los casos dicha propensión es sustancialmente menor para los hogares más ricos.

Los resultados muestran, de otro lado, que los hogares más ricos no son sólo menos propensos a perder ingresos, sino que también cuentan con más y mejores instrumentos para enfrentar dicha eventualidad. A diferencia de los hogares pobres, los hogares más ricos cuentan con ahorros para atender situaciones de emergencia y tienen acceso al crédito. Los hogares más ricos también parecen tener más flexibilidad para aumentar su oferta de trabajo y para vender activos con el fin de compensar una pérdida en sus ingresos. Los resultados muestran, por otro lado, que las pérdidas de ingresos obligan a muchas familias, especialmente a las más pobres, a disminuir sus inversiones en capital humano. Así, 12% de los hogares que reportan una pérdida en sus ingresos reportan también que uno de sus miembros tuvo que interrumpir sus estudios por razones económicas. Infortunadamente, la experiencia internacional muestra que muchos de quienes interrumpen sus estudios en épocas de crisis no regresan a las aulas cuando viene la recuperación.

La siguiente sección de este trabajo contiene una descripción de la Encuesta Social de Fedesarrollo con un énfasis en las variables que miden los riesgos económicos y las características socioeconómicas de los hogares. La tercera sección presenta los principales resultados empíricos.

Las dos secciones siguientes analizan las consecuencias de la vulnerabilidad sobre la oferta laboral y sobre las inversiones en capital físico y humano. Finalmente, la última sección presenta algunas conclusiones de carácter general.

II. Descripción de la información

En este trabajo se utilizan cifras tomadas de la segunda aplicación de la Encuesta Social de Fedesarrollo con el fin de estudiar qué tipo de hogares han sido más propensos a experimentar caídas en sus niveles de bienestar como producto de la reciente crisis económica. Como se dijo arriba, la idea es delinear un perfil de los hogares que se han visto más afectados por la reciente crisis con el doble objeto de brindar alguna luz sobre cuáles son los grupos más vulnerables de la población y cuáles las políticas más adecuadas para su protección.

La segunda aplicación de la Encuesta Social fue realizada en marzo de 2000. La encuesta es representativa de las áreas metropolitanas de las cuatro principales ciudades del país (Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla) y comprende 5.017 personas distribuidas en 1.184 hogares. Esta encuesta incluyó, además de las preguntas tradicionales sobre ingresos y gastos, un módulo especial sobre riesgos personales y familiares que contiene varias preguntas sobre la ocurrencia de desempleo y eventualidades similares y sobre las acciones incurridas por los hogares para hacer frente a las nuevas circunstancias.

En este trabajo se considera que un hogar sufrió una caída en su ingreso si el jefe del mismo reporta la ocurrencia de al menos una de las siguientes cuatro eventualidades: i) pérdida de empleo; ii) reducción del salario del jefe del ho-

gar u otro miembro; iii) caída de ingresos de negocio o actividad propia; y iv) quiebra de negocio o actividad propia. Esta información permite suplir, por lo menos de manera parcial, la ausencia de información sobre ingresos y gastos de los hogares antes y durante de la crisis. En resumen, la Encuesta Social contiene información sobre cuáles hogares experimentaron caídas en sus ingresos, pero no sobre la magnitud de dichas caídas.

La encuesta contiene también información sobre la capacidad de ahorro y endeudamiento de los hogares y sobre cambios en los hábitos de consumo. Específicamente, se le preguntó al jefe si en su hogar contaban con ahorros para enfrentar una eventual disminución de los ingresos; si se vieron obligados a cambiar sus hábitos de consumo; y si algún miembro del hogar se endeudó durante 1999. Adicionalmente, la encuesta contiene información sobre aspectos socioeconómicos y demográficos de los hogares e individuos, y sobre la tenencia de activos y características de la vivienda.

El Cuadro 1 presenta los promedios de las principales variables utilizadas en este trabajo. 37% de los hogares experimentaron caídas en sus ingresos durante 1999 y 54% modificaron sus hábitos de consumo en el mismo año. 21% de los hogares cuentan con ahorros y 17% consiguieron algún tipo de crédito durante 1999. 26% de los hogares son encabezados por mujeres y 16% por individuos mayores de 60 años. 12% de los hogares aumentaron su participación laboral durante 1999, 17% aumentaron el número de horas trabajadas y 14% vendieron activos. Por último, el porcentaje de hogares en los cuales los jefes reportaron que al menos unos de los miembros se vió obligado a interrumpir sus estudios durante 1999 está por encima de 6%.

Uno de los principales objetivos de este trabajo es estudiar si existen diferencias entre familias pobres y ricas en la probabilidad de perder ingresos. A primera vista, este análisis parece sencillo: bastaría con clasificar los hogares de acuerdo a sus ingresos y calcular la probabilidad en cuestión para cada una de las categorías de

Cuadro 1
PROMEDIO DE LAS PRINCIPALES VARIABLES

Variable	Número de observaciones	%
Hogar perdió ingresos durante 1999	1.184	37,3
Hogar cambió hábitos de consumo durante 1999	1.184	54,0
Hogar posee ahorros para casos de emergencia	1.165	20,5
Hogar recibió crédito durante 1999	1.175	17,3
Jefe de hogar es mujer	1.184	26,4
Jefe de hogar es mayor de 60 años	1.184	15,9
Hogar aumentó su participación laboral durante 1999	1.184	11,6
Hogar aumentó el número de horas trabajadas durante 1999	1.010	16,6
Hogar vendió activos durante 1999	1.181	13,8
Algún miembro del hogar interrumpió sus estudios durante 1999	1.184	6,5

Fuente: Encuesta Social Fedesarrollo, Etapa II. Marzo de 2000. Cálculos del autor.

ingresos que se consideren convenientes. Sin embargo, este procedimiento puede conducir a resultados errados y de alguna manera tautológicos. El problema es que los hogares que perdieron ingresos tendrán, en promedio, ingresos más bajos, lo cual puede llevar a concluir que los pobres tienen una mayor propensión a perder ingresos cuando la causalidad puede bien fluir en sentido contrario. Esto es, en muchos casos es la vulnerabilidad la que causa la pobreza y no viceversa.

La solución al problema planteado arriba consiste en usar indicadores del nivel socioeconómico de los hogares que sean menos susceptibles a caídas transitorias en el nivel de ingresos. Una opción obvia sería usar el estrato del vecindario donde reside el hogar, pero esta variable no brinda la resolución requerida. Mientras 80% de los hogares incluidos en la encuesta aparecen clasificados en los estratos dos y tres, apenas 3% de los mismos aparecen clasificados en los estratos cinco y seis. Esto implica, primero, que los estratos más comunes esconden grandes diferencias en el nivel socioeconómico de los hogares y, segundo, que los estratos menos comunes contienen muy pocas observaciones, lo que impide realizar cualquier tipo de inferencia.

Afortunadamente, la Encuesta Social contiene una serie de preguntas sobre tenencia de activos y características de la vivienda que pueden usarse para aproximar el quintil de nivel socioeconómico de los hogares². El procedimiento

seguido para tal efecto fue el siguiente: primero se utilizó la metodología de componentes principales para calcular, con base en las variables listadas en la nota 2, un índice del nivel socioeconómico del hogar, luego se usó este índice para ordenar los hogares según su nivel socioeconómico, y, finalmente, se utilizó este ordenamiento para definir los respectivos quintiles. Los quintiles así definidos tienen la ventaja de ser poco susceptibles a cambios transitorios en el ingreso y de estar basados en magnitudes que pueden medirse con bastante exactitud (véase Filmer y Pritchett, 1998 para un argumento detallado en este sentido)³.

El Cuadro 2 muestra, para cada quintil, el promedio de tres variables relacionadas con el nivel socioeconómico del hogar: el ingreso del hogar, los años de educación del jefe y el estrato del vecindario donde habita el hogar. Cada una de estas magnitudes aumenta de manera monótona con los quintiles, lo que le otorga credibilidad a la metodología empleada. Este cuadro muestra también que las diferencias entre los dos últimos quintiles son especialmente acentuadas. Como se verá adelante, el mismo patrón se repite para la mayoría de las variables analizadas en este trabajo.

III. Modelo empírico y resultados principales

El modelo empírico que sirve de base para los resultados de esta sección es el siguiente:

² La encuesta preguntó si el hogar cuenta con algunos de los siguientes servicios o activos: acueducto, alcantarillado, teléfono, televisión a color, nevera, lavadora de ropa, computadora, automóvil y segunda casa o apartamento.

³ Véase Jackson (1991) para una exposición detallada de la metodología de componentes principales y Castaño y Moreno (1994) para la aplicación de una metodología similar para la identificación de beneficiarios de sistemas sociales en Colombia.

Cuadro 2

INGRESOS, EDUCACIÓN Y ESTRATO POR QUINTIL DE NIVEL SOCIOECONÓMICO

Quintil de nivel socioeconómico	Ingresos del hogar	Años de educación del jefe de hogar	Estrato promedio
1	456.937	7,1	2,0
2	521.925	7,7	2,3
3	574.314	9,8	2,7
4	798.519	10,5	2,8
5	1.387.137	13,4	3,9

Fuente: Encuesta Social Fedesarrollo, Etapa II. Marzo de 2000. Cálculos del autor.

$$Y_i = c + X_i\beta + \varepsilon_i, \quad (1)$$

donde Y_i es una variable ficticia que muestra si el hogar i presentó una pérdida de ingresos ocasionada por alguna de las cuatro causas descritas en la sección anterior; X_i es un vector de características del hogar que incluye, entre otras, el origen socioeconómico y la educación del jefe y ε_i es un término de error. Los coeficientes β fueron estimados usando un modelo de probabilidad lineal, pero son muy similares a los obtenidos con base en modelos Probit y Logit.

El Cuadro 3 presenta los resultados de la estimación de la ecuación (1) para varias especificaciones alternativas. Como se muestra, existe una conexión negativa bastante evidente entre la probabilidad de perder ingresos y el quintil de nivel socioeconómico. Dicha probabilidad es al menos veinte puntos porcentuales mayor en los hogares más pobres que en los hogares más ricos. Cabe señalar, de otro lado, que la mayor diferencia entre quintiles contiguos ocurre entre el cuarto y el quinto, lo que sugiere, entre otras cosas, que los hogares más pudientes reúnen ciertas condiciones que los hacen mucho menos

propensos a experimentar caídas drásticas en sus ingresos.

Aunque la educación del jefe disminuye la probabilidad de que el hogar experimente una pérdida de ingresos a través de su efecto sobre el nivel socioeconómico, esta variable no parece afectar dicha probabilidad de manera directa. Este resultado contradice, al menos parcialmente, la bien extendida hipótesis de que las inversiones en capital humano constituyen una forma indirecta, pero efectiva, de protección contra caídas inesperadas del ingreso (véase, por ejemplo, el trabajo reciente de Gill y Ilahi, 2000).

Los hogares encabezados por mujeres presentan una probabilidad levemente mayor de experimentar una caída en sus ingresos, pero la diferencia no es significativa en términos estadísticos. Cabe señalar que el promedio de los ingresos de dichos hogares es apenas 6% inferior al correspondiente para los hogares encabezados por hombres y que no existe diferencia alguna en los años de educación entre los hombres y mujeres que reportan ser jefes de hogar. Así pues, y en claro contraste con los Estados Unidos por ejemplo, en Colombia los hogares encabeza-

Cuadro 3
PROBABILIDAD DE PERDER INGRESOS Y CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR

	(1)	(2)	(3)	(4)
Quintil 2	-0,074 (1,69)	-0,074 (1,67)	-0,070 (1,60)	-0,070 (1,58)
Quintil 3	-0,111 (2,52) *	-0,108 (2,38) *	-0,096 (2,11) *	-0,100 (2,20) *
Quintil 4	-0,128 (2,89)**	-0,124 (2,69)**	-0,115 (2,47) *	-0,121 (2,60)**
Quintil 5	-0,227 (5,17)**	-0,220 (4,38)**	-0,207 (4,08)**	-0,210 (4,14)**
Educación jefe		-0,001 (0,28)	-0,003 (0,79)	-0,002 (0,48)
Jefe mujer			0,018 (0,55)	0,009 (0,28)
Jefe mayor de 60 años			-0,073 (1,82)	-0,080 (1,95) *
Hogar extendido				0,019 (0,29)
Hogar compuesto				0,097 (1,47)
Constante	0,481 (15,46)**	0,489 (11,84)**	0,509 (11,23)**	0,46 (6,02)**
Observaciones	1183	1183	1183	1183
R ²	0,02	0,02	0,03	0,03

Valores absolutos de los t estadísticos en paréntesis; * significativo al 5%; ** significativo al 1%. El primer quintil y los hogares unipersonales son los grupos de referencia.

Fuente: Encuesta Social Fedesarrollo, Etapa II, marzo de 2000.

dos por mujeres no parecen ser más pobres ni más vulnerables⁴.

Los hogares cuyo jefe tiene más de 60 años de edad tienen una probabilidad ocho puntos porcentuales menor de perder ingresos. Este resultado es, a todas luces, lógico pues muchos de estos hogares derivan su sustento de pensiones, las cuales, por definición, no están sujetas a los vaivenes del ciclo económico. De otro lado, los hogares compuestos (aquellos que alojan dos o

más familias) parecen más vulnerables, aunque la evidencia no es del todo clara y puede estar mostrando, más que un efecto propio, el efecto de algunos factores socioeconómicos no capturados por las demás variables.

En síntesis, los resultados anteriores muestran que existe una conexión positiva entre pobreza y vulnerabilidad (entendida esta última como la probabilidad de que un hogar experimente una caída drástica en sus ingresos). Varios

⁴ Este resultado es común en varios países latinoamericanos (véase, por ejemplo, BID, 1998). La interpretación más frecuente es que las madres solteras más pobres usualmente no son jefes de familia pues, ante la ausencia de un sistema de asistencia social extendido, tienen que recurrir a sus padres y familiares en busca de un techo y de ayuda con sus hijos.

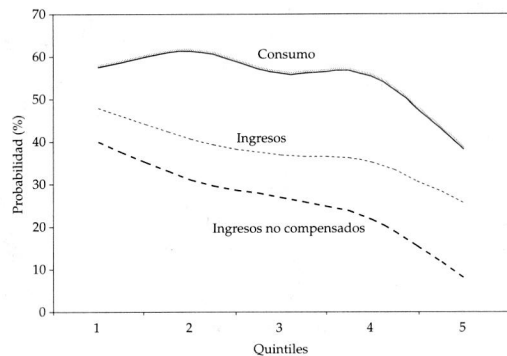
mecanismos pueden dar cuenta de esta conexión. Primero, los pobres tienden a trabajar en sectores más volátiles. La crisis de la construcción, por ejemplo, ha dejado a muchos trabajadores de baja calificación sin ninguna alternativa de empleo. Segundo, los pobres están excesivamente concentrados en el sector informal de la economía que es, en general, más volátil que el sector formal. Y tercero, el empleo menos calificado tiende a ser más elástico al ingreso, lo que implica que los trabajadores no calificados sufrirán más que proporcionalmente en tiempos de crisis. Infortunadamente, la evidencia disponible no permite distinguir entre estos mecanismos.

Aunque el ejercicio anterior entrega algunas pistas acerca de las características que hacen a un hogar más propenso a experimentar pérdidas de ingreso, sería errado asociar las pérdidas de ingreso con pérdidas de bienestar. Después de todo, los cambios de bienestar dependen de cambios en el consumo, los cuales no pueden asociarse con cambios en el ingreso, al menos que se esté dispuesto a suponer que los hogares no tienen ninguna capacidad para transferir ingresos de un período a otro.

La Encuesta Social contiene algunas variables que permiten aproximar la capacidad de los hogares para compensar una caída del ingreso, bien sea recurriendo a ahorros pasados o a endeudamiento. Esta información permite, a su vez, identificar los hogares más propensos a sufrir cambios y disminuciones en sus hábitos de consumos y, por ende, a sufrir mayores pérdidas de bienestar. El supuesto es que los hogares que reportan, de un lado, pérdidas de ingresos y, de otro, la inexistencia de ahorros y la ausencia de crédito tienen una mayor probabilidad de experimentar caídas drásticas en su bienestar.

El Cuadro 4 reporta los resultados de reestimar la ecuación (1) usando como variable independiente una nueva variable ficticia que asigna un valor de uno a los hogares que, además de reportar una caída en sus ingresos, reportaron que no poseían ahorros en 1999 ni recibieron crédito durante el mismo año. Como era de esperarse, las diferencias entre hogares ricos y pobres son más grandes en esta oportunidad. Mientras 40% de los hogares pertenecientes al primer quintil experimentaron pérdidas de ingresos que no pudieron ser compensadas con ahorros o créditos, el mismo porcentaje es inferior a 10% para los hogares del último quintil. Cabe señalar, de otro lado, que las diferencias entre los quintiles intermedios son mucho mayores cuando se analizan pérdidas de "bienestar" que cuando se analizan pérdidas de ingresos. Como se muestra en el Gráfico 1, la probabilidad de una caída de ingresos es la misma en los quintiles tres y cuatro, pero las familias pertenecientes al cuarto quintil parecen tener una mayor capacidad para amortiguar dichas caídas.

Gráfico 1
PROBABILIDAD DE CAÍDA DE BIENESTAR Y
QUINTILES DE NIVEL SOCIOECONÓMICO



Fuente: Encuesta Social Fedesarrollo, Etapa II, marzo de 2000.

Cuadro 4

HOGARES QUE PERDIERON INGRESOS, NO POSEEN AHORROS NI RECIBIERON CRÉDITO EN 1999

	(1)	(2)	(3)	(4)
Quintil 2	-0,087 (2,23) *	-0,083 (2,13) *	-0,08 (2,06) *	-0,084 (2,14) *
Quintil 3	-0,129 (3,31)**	-0,113 (2,82)**	-0,112 (2,76)**	-0,118 (2,91)**
Quintil 4	-0,183 (4,68)**	-0,163 (3,99)**	-0,162 (3,94)**	-0,169 (4,10)**
Quintil 5	-0,318 (8,17)**	-0,281 (6,32)**	-0,281 (6,25)**	-0,283 (6,30)**
Educación jefe		-0,006 (1,71)	-0,005 (1,55)	-0,005 (1,36)
Jefe mujer			0,033 (1,18)	0,037 (1,27)
Jefe mayor de 60 años			-0,001 (0,04)	0,004 (0,12)
Hogar extendido				0,094 (1,63)
Hogar compuesto				0,129 (2,20) *
Constante	0,399 (14,44)**	0,44 (12,04)**	0,427 (10,65)**	0,323 (4,77)**
Observaciones	1183	1183	1183	1183
R ²	0,06	0,06	0,06	0,07

Valores absolutos de los t estadísticos en parentesis; * significativo al 5%; ** significativo al 1%; El primer quintil y los hogares unipersonales son los grupos de referencia.

Fuente: Encuesta Social Fedesarrollo, Etapa II, marzo de 2000. Cálculos del autor.

Al igual que en el ejercicio anterior, la educación no parece tener un efecto directo sobre la variable de interés. Los hogares encabezados por mujeres tampoco parecen ser más vulnerables. Por su parte, los hogares encabezados por personas mayores de 60 años son menos propensos a experimentar caídas en sus ingresos, pero tienen también una menor capacidad de ahorro y endeudamiento. En general, los dos efectos anteriores se contrarrestan, lo que implica que la probabilidad de una caída en el "bienestar" no es menor en los hogares encabezados por personas de edad avanzada que en el resto de los hogares.

La Encuesta Social incluye también varias preguntas sobre cambios en los hábitos de consu-

mo que permiten estudiar de manera más directa las pérdidas de bienestar de los hogares. Con base en estas preguntas se creó una variable ficticia que toma el valor de uno si el jefe de hogar reportó que durante 1999 el hogar incurrió en todas y cada una de las siguientes actividades: i) se dejaron de comprar bienes no esenciales; ii) se trataron de comprar productos más baratos; y iii) se redujeron los gastos de entretenimiento.

El Cuadro 5 muestra los resultados de estimar la ecuación (1) usando como variable dependiente la variable definida arriba. Los resultados muestran que no existen diferencias sustanciales para los cuatro primeros quintiles en la probabilidad de experimentar una caída en el consumo.

Cuadro 5
PROBABILIDAD DE DISMINUIR EL CONSUMO Y CARACTERÍSTICAS DEL HOGAR

	(1)	(2)	(3)	(4)
Quintil 2	0,038 (0,850)	0,038 (0,830)	0,041 (0,900)	0,032 (0,690)
Quintil 3	-0,016 (0,360)	-0,019 (0,410)	-0,011 (0,240)	-0,020 (0,430)
Quintil 4	-0,020 (0,44)	-0,023 (0,49)	-0,017 (0,35)	-0,026 (0,54)
Quintil 5	-0,195 (4,32)**	-0,202 (3,90)**	-0,193 (3,69)**	-0,193 (3,71)**
Educación jefe		0,001 (0,25)	<0,000 (0,07)	<0,000 (0,12)
Jefe mujer			0,022 (0,68)	0,043 (1,27)
Jefe mayor de 60 años			(0,048) (1,16)	(0,025) (0,59)
Hogar extendido				0,205 (3,05)**
Hogar compuesto				0,180 (2,63)**
Constante	0,580 (18,07)**	0,573 (13,48)**	0,582 (12,46)**	0,394 (5,01)**
Observaciones	1183	1183	1183	1183
R ²	0,03	0,03	0,03	0,04

Valores absolutos de los t estadísticos en parentesis; * significativo al 5%; ** significativo al 1%; El primer quintil y los hogares unipersonales son los grupos de referencia.

Fuente: Encuesta Social Fedesarrollo, Etapa II, marzo de 2000. Cálculos del autor.

Dicha probabilidad es, sin embargo, al menos 20 puntos porcentuales menor para los hogares pertenecientes al último quintil. La diferencia cualitativa entre los hogares del último quintil y el resto es bastante manifiesta en este caso. Una vez más los resultados ponen de presente que la conexión entre quintil de nivel socioeconómico y vulnerabilidad presenta un quiebre de pendiente a la altura del cuarto quintil (véase de nuevo el Gráfico 1).

Ni la educación de los jefes de hogar ni el género de los mismos parecen afectar la probabilidad de una caída del consumo de los hogares. Dicha probabilidad es cuatro puntos porcentuales menor para los hogares cuyo jefe de hogar

es mayor de 60 años y al menos 20 punto porcentuales menor para los hogares unipersonales. Sin embargo, este último resultado debe interpretarse con cautela pues los hogares unipersonales representan sólo 5% del total de hogares de la muestra.

IV. Vulnerabilidad y deserción escolar

Las cifras de la Encuesta Social sugieren también que la crisis económica ha tenido un efecto sustancial sobre las tasas de deserción escolar. En el total de la muestra, 6,5 % de los jefes reportaron que al menos uno de los miembros del hogar se vió obligado a interrumpir sus estudios. Cuando

se restringe la muestra a los hogares que padecieron caídas en sus ingresos, este porcentaje asciende a 11,9 %. Sin embargo, estas diferencias pueden reflejar no tanto una conexión causal entre vulnerabilidad y deserción escolar, sino el hecho de que los hogares pobres son no sólo más vulnerables, sino también más propensos a que sus miembros interrumpen sus estudios por diversos motivos.

El Cuadro 6 muestra que la conexión entre vulnerabilidad y deserción escolar se mantiene aun después de tener en cuenta el quintil de nivel socioeconómico de los hogares, lo que sugiere la presencia de una conexión causal entre las variables en cuestión. La probabilidad de que un miembro del hogar interrumpa sus estudios es 8 puntos porcentuales más alta en los hogares que reportaron una caída en sus ingresos que en los hogares que no reportaron caída alguna: una diferencia superior a 100% con respecto al valor medio de la muestra. Los resultados del Cuadro 6 muestran también que las diferencias en vulnerabilidad entre hogares pobres y ricos explican, en gran medida, las diferencias correspondientes en las tasas de deserción escolar⁵.

La conexión entre caídas de ingreso y deserción escolar es uno de los aspectos más preocupantes de la actual crisis pues, tal como lo muestra

la evidencia internacional, muchos de los jóvenes que interrumpen sus estudios no regresan a las aulas cuando viene la recuperación⁶. Así, los resultados sugieren que los programas de asistencia que buscan mitigar las altas tasas de deserción escolar exhibidas por los hogares más vulnerables tienen amplia justificación. Aunque un programa de este tipo se piensa implementar en las áreas rurales más pobres del país, la conexión entre vulnerabilidad y deserción escolar no se circunscribe solamente a dichas áreas, como bien lo demuestran los resultados del Cuadro 6⁷.

V. Respuestas de los hogares

El análisis anterior brinda algunas luces sobre cuáles son los grupos más propensos a experimentar una caída en el ingreso, el consumo y el bienestar. Este análisis debe, sin embargo, ser complementado con otro que busque entender la manera como reaccionan los hogares ante las nuevas circunstancias económicas. Sólo entonces se tendrá una idea cabal sobre quiénes son los grupos más vulnerables y cuáles son los mecanismos más apropiados para atender sus necesidades. Así, por ejemplo, aunque los resultados anteriores muestran que los hogares más pobres son más propensos a experimentar pérdidas de ingresos, los mismos pueden tener también una mayor capacidad de aumentar la oferta laboral como respuesta a tal eventualidad⁸.

⁵ El formulario de la Encuesta Social incluye también una pregunta en la cual se le indaga a cada miembro del hogar si tuvo que interrumpir sus estudios por razones económicas. Los resultados obtenidos con base en esta pregunta fueron muy similares a los anteriores que están basados, como ya se dijo, en la opinión del jefe del hogar.

⁶ Véase al respecto los trabajos de Portela de Souza (2000) y Duryea (2000) para Brasil.

⁷ Es preocupante que 13% de los hogares reporten que al menos uno de sus miembros entre los diez y los dieciocho años no esté estudiando por razones económicas.

⁸ Véase, por ejemplo, Cunnigham y Malony (2000).

Cuadro 6
VULNERABILIDAD Y DESERCIÓN ESCOLAR
 (Variable dependiente: probabilidad de deserción escolar)

	(1)	(2)	(3)	(4)
Quintil 2	-0,021 (0,91)	-0,013 (0,58)	-0,013 (0,57)	-0,01 (0,46)
Quintil 3	-0,051 (2,23) *	-0,042 (1,86)	-0,041 (1,76)	-0,04 (1,71)
Quintil 4	-0,053 (2,32) *	-0,042 (1,85)	-0,04 (1,70)	-0,039 (1,67)
Quintil 5	-0,025 (1,11)	-0,006 (0,26)	-0,003 (0,11)	-0,003 (0,11)
Perdió ingresos en 1999		0,084 (5,68)**	0,084 (5,67)**	0,084 (5,65)**
Educación jefe			<0,000 (0,24)	<0,000 (0,09)
Jefe mujer				0,033 (2,01) *
Constante	0,095 (5,93)**	0,054 (3,13)**	0,058 (2,60)**	0,046 (1,98) *
Observaciones	1183	1183	1183	1183
R ²	0,01	0,03	0,03	0,04

Valores absolutos de los t estadísticos en paréntesis; * significativo al 5%; ** significativo al 1%; El primer quintil es el grupo de referencia.

Fuente: Encuesta Social Fedesarrollo, Etapa II, marzo de 2000. Cálculos del autor.

El análisis de esta sección tiene dos partes. Primero se examina la propensión de los hogares a compensar una caída de ingresos con aumentos en la participación laboral, aumentos en el número de horas trabajadas y venta de activos. Una vez se determina la relevancia empírica de estas estrategias se examina si hogares pertenecientes a diferentes estratos sociales son más o menos propensos a seguir cada una de esas estrategias. Infortunadamente, las cifras no permiten estimar el efecto de estas estrategias en términos de ingresos adicionales.

Los resultados presentados en el Cuadro 7 confirman la relevancia empírica de las estrategias mencionadas arriba. Según se muestra, los hogares que reportan caídas en sus ingresos son mucho más propensos a aumentar la oferta

de trabajo y a vender algunos de sus activos. Así, por ejemplo, la probabilidad de que algún miembro del hogar se sume a la fuerza de trabajo es 14 puntos porcentuales más alta en los hogares que reportaron caídas en sus ingresos que en los hogares que reportaron lo contrario. Las diferencias para las otras estrategias en cuestión (aumento en el número de horas trabajadas y venta de activos) son de 13 y 15 puntos, respectivamente. Cuando se analizan las mismas diferencias para hogares que reportan y no reportan caídas en el consumo, se obtienen diferencias más pequeñas, alrededor de 7 puntos porcentuales, pero todavía significativas.

El Cuadro 8 muestra las diferencias por quintiles de nivel socioeconómico en la probabilidad de que un hogar incurra en cada una de las estra-

Cuadro 7
ESTRATEGIAS DE COMPENSACIÓN Y
VULNERABILIDAD

	Aumentó participación (%)	Aumentó horas trabajadas (%)	Vendió activos (%)
Perdió ingreso	21	24	25
No perdió ingreso	7	10	10
Diferencia	14	13	15

Fuente: Encuesta Social Fedesarrollo, Etapa II, Marzo de 2000. Cálculos del autor.

tegrías señaladas arriba como respuesta a una caída del ingreso. Según se muestra, la probabilidad de que alguno de los miembros del hogar se sume a la fuerza de trabajo ante la eventualidad de una disminución de ingresos es muy similar para los primeros cuatro quintiles y mucho mayor para el último quintil. Los hogares del último

quintil tienen también una mayor capacidad de aumentar el número de horas trabajadas para compensar una caída en el ingreso y de vender activos con el mismo fin, aunque el reducido número de observaciones no permite inferencias muy precisas en este último caso.

En conclusión, la evidencia muestra que los hogares más ricos no son sólo mucho menos propensos a experimentar caídas en sus ingresos, sino que también parecen ser más capaces de enfrentar estas caídas, bien sea aumentando la oferta laboral o vendiendo activos. Este resultado no es consistente con la evidencia disponible para otros países latinoamericanos, la cual muestra, entre otras cosas, que los hogares más pobres tienen una mayor flexibilidad para aumentar la participación laboral. Infortunadamente, no se cuenta con información suficiente para estudiar las causas de esta divergencia.

Cuadro 8
ESTRATEGIAS DE COMPENSACIÓN Y QUINTILES DE NIVEL SOCIOECONÓMICO

	Aumentó participación	Aumentó horas trabajadas	Vendió activos
Quintil 2	0,05 (0,90)	0,033 (0,52)	0,001 (0,02)
Quintil 3	-0,011 (0,19)	0,031 (0,49)	0,021 (0,35)
Quintil 4	-0,039 (0,67)	0,055 (0,87)	0,048 (0,78)
Quintil 5	0,128 (2,01) *	0,294 (4,18)**	0,132 (1,94)
Constante	0,196 (5,19)**	0,182 (4,36)**	0,223 (5,56)**
Observations	457	400	456
R ²	0,02	0,05	0,01

Valores absolutos de los t estadísticos en paréntesis; * significativo al 5%; ** significativo al 1%; El primer quintil es el grupo de referencia. Sólo hogares que experimentaron pérdidas de ingresos fueron incluidos en el análisis.

Fuente: Encuesta Social Fedesarrollo, Etapa II, marzo de 2000.

VI. Conclusiones

Los resultados de este trabajo muestran que los sectores más pobres de la población colombiana son más propensos a experimentar pérdidas de ingresos y cuentan con menores instrumentos para afrontar dicha eventualidad. Sin embargo, estos resultados no son definitivos pues ignoran, de un lado, los distintos programas de asistencia

social que existen en el país y, de otro, lo que sucede cuando viene la recuperación. Sobre lo primero, existe un estudio reciente de Fedesarrollo (2000) que realiza una evaluación sistemática de los programas de asistencia y seguridad social que existen en el país. Sobre lo segundo, habrá que esperar la recuperación para examinar la evidencia y así poder dar un veredicto definitivo.

Bibliografía

- BID (1998), *Enfrentando la desigualdad*, Washington, DC.
- Cunningham, W. y W. Maloney (2000), "Measuring Vulnerability: Who suffered in the 1995 Mexican Crisis?", Mimeo, Banco Mundial, Washington, DC.
- Castaño, E. y Moreno, H. (1994), "Selección y cuantificación de las variables del sistema de selección de beneficiarios, Sisben", *Planeación & Desarrollo*, Vol. XXV, Julio, 1994.
- Duryea, Suzanne (2000), "Effects of Economic Shocks on Children's Employment in Brazil". Mimeo, BID, Washington, DC.
- Fedesarrollo (2000), "Evaluación de la Red de Protección Social en Colombia". Mimeo, Bogotá.
- Filmer, D. and L. Pritchett (1998), "Estimating Wealth effects without Income or Expenditure Data: Educational Enrollment in India". Mimeo, DECRG, Banco Mundial, Washington, DC.
- Gill, I. S. Y Ulahi, N. (2000), "Economic Insecurity, Individual Behavior and Social Policy", Mimeo, Banco Mundial, Washington, DC.
- Jackson, J. E. (1991), *A User's Guide to Principal Components*, New York: John Wiley & Sons.
- Portela de Souza, A. and P. Emerson (2000), "Is There a Child Labor Trap" Intergenerational Persistence of Child Labor in Brazil", Mimeo, Cornell University.

Acceso a servicios de salud en Colombia: efectos del ingreso y de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos¹

Teresa Tono R.²

I. Antecedentes

Usar servicios de salud es bueno para las personas porque contribuye a mejorar sus condiciones de salud. Por esta razón los sistemas de salud deben tener como objetivo el que las personas usen los servicios de salud que necesitan para mejorar sus vidas.

Ante esta convicción debemos preguntarnos cuál es la manera de lograr este objetivo para las personas de bajos recursos en nuestro país: ¿financiando el funcionamiento de los prestadores de servicios de la red pública, comunmente llamados los subsidios a la oferta, o financiando la afiliación de las personas de bajos recursos a la seguridad social, los subsidios a la demanda? Este estudio busca contribuir a la respuesta a este punto central, a la organización, funcionamiento y financiación del sector salud.

Nuestro país lleva por lo menos siete décadas intentando cumplir con el propósito de aumentar el acceso a servicios de salud. Los grupos ocupacionales más fuertes negociaron la cobertura de servicios de salud como parte de sus prestaciones laborales con el objeto de garantizar su acceso a los servicios. En 1925 los policías y los militares obtuvieron un paquete completo de servicios de seguridad social para ellos y sus dependientes, incluyendo atención del embarazo y parto. En 1945 fue creada la Caja Nacional de Previsión para proveer, entre otros, servicios de salud a los empleados del sector público. Con el mismo objetivo fue creado, un año después, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales - ICSS (hoy ISS), para los empleados de empresas privadas (Colombia: Social Security Review, 1987).

Hasta 1993 el sistema de salud colombiano se centró en los subsidios a la oferta como meca-

¹ Este estudio recibió el "Premio Internacional de Investigación en Políticas de Salud José Luis Bobadilla, 2000" patrocinado por el Banco Interamericano de Desarrollo-DIB, el Banco Mundial y la Organización Panamericana de Salud. Este artículo presenta un resumen del estudio "Access to Health Care in Colombia: Effects of Income and Provider Availability on the Use of Medial Services in Seven Cities", correspondiente a la tesis de "Ph.D. in Health Services" de la Universidad de California Los Angeles.

² Directora Área de Estudios, Centro de Gestión Hospitalaria; Email: ttono@cgh.org.co. La autora agradece la financiación de la fundación FES, Fundación Corona, Fundación Antonio Restrepo Barco y Colciencias.

nismo para financiar la entrega de servicios a las personas de bajos recursos. La reforma constitucional de 1936 introdujo la asistencia pública para la salud al hacer explícita la responsabilidad del Estado ante la atención en salud para los incapacitados y los individuos de bajos recursos (Quevedo, 1990). En respuesta se creó en 1946 el Ministerio de Higiene como organismo independiente responsable de las políticas de salud y se reforzó la presencia de dos sistemas de salud paralelos, con diferentes modos de financiación, organización y entrega de servicios.

El primer estudio de salud fue realizado entre 1965 y 1966. El Estudio de Recursos Humanos en Salud y Educación Médica fue llevado a cabo por el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME, e incluyó una investigación del estado de salud de la población y su uso de servicios médicos, censos de profesionales de la salud, de instituciones de atención médica y de facultades de medicina.

Los resultados mostraron que en 1965 existían enormes diferencias regionales en los indicadores de disponibilidad de los servicios. Los autores reportaron que los municipios con más de 20 mil habitantes tenían 46% de la población, 65% de las camas hospitalarias y 74% de los médicos. Mientras que en los municipios de más de 20 mil habitantes había 3,5 camas y un médico por cada mil personas, en los municipios de menos de 1.500 habitantes había 0,4 camas por mil habitantes y un médico por cada 6.384 personas. Aún más, Bogotá, el municipio con mayores recursos, era también el municipio con los menores indicadores de morbilidad y discapacidad.

Los afiliados al sistema de seguridad social alcanzaban tan solo 8,8% de la población. Pero

aún entre los individuos con este derecho adquirido existían diferencias significativas en su cobertura. La afiliación aumentaba de manera consistente con el ingreso y con el nivel de urbanización. De igual manera, la cobertura era mayor para los hombres que para las mujeres y variaba por región geográfica, siendo mucho mayor en Bogotá que en la Costa Atlántica (Ruíz y Torres, 1990).

Adicionalmente, este estudio señaló que el uso de servicios médicos variaba de manera notable con el ingreso. Mientras que 68,3% de los individuos con ingreso alto recibían cuidados para el embarazo y parto, tan solo 16,2% de aquellos con ingreso bajo recibían dichos servicios (Ministerio de Salud Pública, 1972)

En 1966 fue creado el Fondo Nacional Hospitalario para dirigir la inversión en construcción y dotación de hospitales en el país, utilizando los dineros de las reservas del ISS. Tres años después, en 1969, el Congreso de la República aprobó el Plan Nacional Hospitalario a través de la ley 39, con el objeto de establecer criterios técnicos para la construcción de hospitales, dificultar la manipulación política de la inversión hospitalaria y establecer un modelo de regionalización de los servicios hospitalarios (Vivas *et. al.*, 1988).

De esta manera se reforzó el modelo de asistencia pública a través del financiamiento de las instituciones públicas que brindaban servicios de salud.

El Estudio de Instituciones de Atención Médica de 1970 confirmó los hallazgos del estudio de recursos humanos en salud y educación médica. Colombia contaba en 1969 con 2,3 camas por mil habitantes, cifra que entonces se encontraba por debajo del promedio suramericano de 3,6. Paradójicamente, los cálculos del autor mues-

tran baja ocupación de estas camas, con porcentajes ocupacionales que iban de 36,7% en el Huila y tan solo llegaban hasta 67,5% en Santander, sugiriendo ineficiencias y baja capacidad resolutive en estas instituciones. Adicionalmente, la distribución regional de las camas era poco equilibrada. Mientras que Bogotá y Cundinamarca contaban con 4,1 camas por mil habitantes, Sucre tenía 0,9 camas por mil habitantes (Ministerio de Salud Pública, 1973).

A fines de la década de los sesenta y principios de la década de los setenta existía un claro propósito nacional e internacional, expresado por los Ministros de Salud del continente, de alcanzar la cobertura total de la población en los sistemas de servicios de salud (Plan Decenal de Salud de las Américas, 1973).

Los objetivos de extender la cobertura de atención médica a toda la población y de saneamiento ambiental a todas las comunidades dieron como resultado la creación en 1975 del *Sistema Nacional de Salud*, el cual recibió el mandato de ordenar e integrar la totalidad del sector de salud. El Sistema Nacional de Salud debía extender la cobertura de servicios de salud a todos los colombianos a través de una provisión sistematizada y coordinada de servicios de salud, particularmente a través de la aplicación de la estrategia de atención primaria (Vivas *et. al.*, 1988).

El Sistema Nacional de Salud buscaba dar coherencia a toda la capacidad instalada del país, ignorando su pertenencia patrimonial. Se sustentaba en un modelo de atención progresiva de las necesidades de servicios de salud dividido en tres niveles de complejidad creciente de la infraestructura de atención ambulatoria y hospitalaria: primario o local, secundario o regional, y terciario o especializado/universitario (Barco, 1988).

Sin embargo, el reparto geográfico que dio lugar a las Unidades Regionales estuvo basado en la distribución de hospitales existente en ese momento y en reparticiones político-administrativas que no estaban relacionadas con los objetivos de salud (Barco, 1988). De esta manera, se mantuvieron las desigualdades regionales y la desconexión entre las necesidades de la población y la disponibilidad de los servicios.

La segunda encuesta nacional de salud fue realizada en 1977. Los resultados del Estudio Nacional de Salud, ENS, mostraron que la tendencia de reducción de la mortalidad infantil continuaba y ésta había disminuido a sesenta por mil en 1976. Este descenso fue atribuido a la disminución en enfermedades infecciosas y desnutrición, al acceso a servicios de atención primaria, al acceso a agua potable y otros servicios públicos y, principalmente, al aumento del nivel educativo de las madres (Oróstegui, 1990).

Adicionalmente, la ENS mostró que 36% de la población vivía en áreas sin servicios de salud adecuados, 49% usaba servicios provistos por el Ministerio de Salud o el Sistema de Seguridad Social y el 15% restante usaba los servicios del sector privado. Adicionalmente, esta encuesta registró que dos de cada tres residentes rurales carecían de servicios de salud, agua corriente, o alcantarillado; 86% de la población rural vivía a menos de dos horas del centro de salud más cercano y 70% vivía a menos de dos horas del hospital más cercano (Pabón, 1983).

El número de afiliados a un sistema de seguridad social había aumentado desde la encuesta anterior y llegaba a 16% de la población. Sin embargo, de acuerdo con los resultados de la ENS, el ingreso continuaba influenciando la afiliación

y la utilización de servicios (Ruíz y Torres, 1990). Mientras que 65,4% de los individuos encuestados en los grupos de ingreso más bajo no tenían una consulta médica en el año anterior a la encuesta 90,6% de aquellos en el grupo de ingreso alto habían tenido una consulta médica (Yepes, 1990).

Para explorar con mayor profundidad la utilización de servicios Pabón y sus colegas, en 1984, emplearon los datos de la ENS para su estudio de la demanda y utilización de servicios, el único de su clase en Colombia. Ellos operacionalizaron el concepto de "necesidad satisfecha" como el uso de servicios entre individuos que manifestaban tener necesidad de un servicio. Sus resultados mostraban que tan solo 55,5% de los entrevistados obtenían un servicio de salud para una necesidad percibida, lo cual dejaba a 44,5% de la población con "necesidades insatisfechas".

Los autores categorizaron sus resultados por región geográfica, nivel de urbanización, ingreso del hogar, y edad, encontrando marcadas variaciones. Mientras que en Bogotá 23% de la población presentaba necesidades insatisfechas, en la distante y principalmente rural Región Oriental, 62% de la población reportaba necesidades insatisfechas. El ingreso aparecía directamente relacionado con necesidades satisfechas. Mientras que 67% de la población en los grupos de ingreso bajo reportaban necesidades insatisfechas, tan solo 0,7% de los individuos en los grupos de ingresos altos presentaban necesidades insatisfechas. La necesidad insatisfecha declinaba de manera consistente al aumentar el ingreso familiar (Pabón, Rodríguez y Rico, 1984).

También, utilizando datos de la ENS, Escobar condujo un análisis de la demanda de servicios

de salud entre mujeres en edad reproductiva (Escobar, 1990). En un análisis de los determinantes de demanda por servicios materno-infantiles ella encontró que la probabilidad de demandar cuidado prenatal aumentaba con el ingreso del hogar. Adicionalmente, esta tendencia alcanzaba un pico a partir del cual al aumentar los ingresos se producía una disminución en el uso generándose una relación de "U" invertida. La autora concluyó que el ingreso es un importante determinante del uso de servicios prenatales, pero que llegado a un cierto nivel de ingreso alto los aumentos en ingresos no aumentaban la probabilidad de buscar cuidados prenatales.

En 1986 se llevó a cabo el Estudio Nacional de Hospitales el cual reportó un esfuerzo evidente del Ministerio de Salud por aumentar la productividad de los hospitales acortando las estancias hospitalarias y aumentando el uso de servicios y tecnologías ambulatorias. Sin embargo, los autores reportaron que la productividad de los hospitales disminuía con el nivel de complejidad. Mientras que el porcentaje ocupacional de los hospitales universitarios era 74,8%, el porcentaje ocupacional de los hospitales de primer nivel era 40,4%. Adicionalmente, los autores encontraron un excedente de camas hospitalarias de 29% y recomendaron que se suspendiera la construcción de nuevas camas (Yepes *et. al.*, 1990).

Vivas y sus colegas publicaron en 1988 su estudio sobre el Sistema Nacional de Salud. Sus conclusiones fueron, entre otras, que el Sistema Nacional de Salud, trece años después de su iniciación, tenía un bajo nivel de desarrollo. Los autores reportaron que el principal instrumento de aumento de la cobertura, la estrategia de

atención primaria en salud, no había alcanzado 50% de su potencial (Vivas *et. al.*, 1988).

Entre 1986 y 1989, el Instituto Nacional de Salud llevó a cabo la tercera encuesta nacional de salud. Esta encuesta, llamada la Encuesta Nacional de Actitudes, Conocimientos y Prácticas en Salud, CAPS, utilizó una submuestra de la ENS y estudió el comportamiento alrededor de la salud de los colombianos. Los resultados de este estudio descriptivo sugieren que en los nueve años transcurridos entre la ENS y CAPS el número de afiliados a un sistema de seguridad social aumentó a 24% de la población (Pabón, 1993).

Adicionalmente, este estudio reportó un aumento en el número de visitas médicas en general, y visitas médicas a instituciones en particular, así como una estabilización del número total de hospitalizaciones y de su frecuencia en la población general. Sin embargo, esta encuesta no recogió información sobre la percepción de los individuos sobre sus necesidades de salud o si obtuvieron respuesta a esa necesidad. Aún más, no se utilizaron métodos analíticos para evaluar la relación entre la utilización de servicios y las características de la población encuestada (Pabón, 1991).

En 1990 el Estudio Sectorial de Salud describió las inequidades en el sector de la salud. Primero documentó la diferencia sistemática en el estado de salud de los individuos en relación al ingreso. La mortalidad infantil entre los individuos de menor ingreso era tres veces mayor que la mortalidad infantil entre los individuos de mayor ingreso. De igual manera, la esperanza de vida era más baja, la mortalidad general y la prevalencia de cualquier enfermedad era consistentemente

más alta entre los individuos de bajos ingresos. En segundo lugar presentó el menor uso de servicios de salud frente a una necesidad identificada, entre las personas de menor ingreso. Aún más, este estudio señaló un mayor índice de demanda rechazada por los prestadores de servicios entre las personas de bajos ingresos (Oróstegui, 1990).

Con los datos de un módulo de salud adicionado a la última etapa de la Encuesta Nacional de Hogares de 1992, Molina y sus colegas encontraron que entre todos los servicios de salud prestados, las instituciones del Sistema Nacional de Salud cubrían tan solo 27%, cuando 47% de la población estaba clasificada como pobre. El Instituto de Seguros Sociales - ISS y la Caja Nacional de Previsión, Cajanal, en conjunto, cubrían 15% de los servicios prestados, 58% restante de los servicios fueron pagados por sistemas alternativos o por cuenta propia de los usuarios. El Sistema Nacional de Salud cubría los servicios de los habitantes de las zonas rurales, generalmente los más pobres. El ISS y Cajanal, en contraposición, cubrían principalmente los servicios de individuos de mayores ingresos en las zonas urbanas. Aún más, la distribución por ingreso de los afiliados del ISS mostraba que 56,6% de los afiliados pertenecían a los estratos altos, 21,5% al estrato medio, y tan solo 21,9% a los estratos pobres.

Al diferenciar el uso de servicios por estrato económico, los investigadores encontraron que en el Sistema Nacional de Salud el uso de servicios era equivalente con la población en cada estrato, con la excepción del uso de cirugías, las cuales aumentaban con el ingreso de los hogares. Contrastando con lo anterior, en el ISS, con excepción de los servicios de maternidad, la utiliza-

ción de servicios se encontraba asociada al ingreso. Adicionalmente, este estudio mostró que mientras el gasto en salud representaba 1,5% de los ingresos de los individuos con mayores ingresos, entre los individuos con menores ingresos alcanzaba 7,5%.

Al evaluar las causas de no asistencia, encontraron que 19% de los individuos identificados como enfermos no utilizaron servicios. De estos, 50% reportaron como causa para la no utilización el costo de los servicios.

En los análisis de la probabilidad de uso de servicios por parte de los enfermos, los investigadores reportaron que la afiliación a algún tipo de aseguramiento seguida por el ingreso de los hogares, constituían los principales determinantes de uso.

Adicionalmente, en 1992, a su llegada al Ministerio de Salud, Londoño y sus colaboradores confirmaron los hallazgos de Molina: las condiciones de acceso eran insuficientes e inequitativas. 24% de la población no recibía atención ante una necesidad identificada y 55% de las personas de bajos ingresos que no utilizaron servicios frente a una necesidad, no lo hacían por no poder cubrir los costos de los servicios. Menos de 50% de la población asalariada y tan solo 23% de la población total se encontraba afiliada a la seguridad social (Ministerio de Salud, 1994a). Su conclusión fue que los subsidios a la oferta no estaban generando entre las personas de bajos ingresos los usos de servicios de salud deseables.

El análisis anterior llevó al gobierno y a los miembros del Congreso a la convicción que el nivel socioeconómico de los individuos era la

principal barrera para el uso de servicios de salud entre las personas de bajos ingresos.

Como respuesta el Congreso de la República aprobó en 1993 una reforma al sector salud que tiene como objetivo central el acceso universal a los servicios de salud. Para ello, el nuevo sistema ordena afiliar a todos los individuos a un sistema único de seguridad social. Para financiar la afiliación de las personas de bajos recursos el sistema recurre a los dineros que anteriormente se empleaban para financiar el funcionamiento de las instituciones de prestación de servicios del Sistema Nacional de Salud. El supuesto detrás de esta política es que la afiliación a la seguridad social elimina el efecto del nivel socioeconómico sobre el uso de los servicios.

La pregunta enfrentada en este estudio fue si el supuesto fundamental del nuevo sistema era correcto: el ingreso de las personas es el principal determinante del uso de servicios. Por lo tanto, ¿cuál de las políticas tiene mayor probabilidad de mejorar el acceso y la equidad en éste: los subsidios a la oferta o los subsidios a la demanda? Las hipótesis fueron: i) El uso de servicios médicos aumentaría con la necesidad de servicios médicos (estado de salud); ii) El uso de servicios médicos aumentaría con el ingreso; iii) El uso de servicios médicos aumentaría con la disponibilidad de proveedores; y iv) El efecto del ingreso como predictor del uso de servicios médicos sería mayor que el efecto de la disponibilidad de proveedores después de controlar las características de estado de salud y sociodemográficas.

II. Marco teórico

Varias definiciones del concepto de acceso a los servicios de salud se han presentado en la li-

teratura. Aday y Andersen sugieren que "el acceso debe ser definido como aquellas dimensiones que describen la entrada potencial y actual de un grupo poblacional dado al sistema de provisión de servicios de salud" (Aday LA, Andersen RM, 1983). Su acercamiento al estudio del acceso a los servicios de salud implica que las características del sistema de provisión de servicios y las características de la población en riesgo reflejan el acceso *potencial* a los servicios médicos, mientras que la utilización y la satisfacción son considerados como indicadores del acceso *realizado*. Penchansky y Thomas definen acceso "como el concepto que representa el encaje entre los clientes y el sistema" (Penchansky y Thomas, 1981), está relacionado pero no es idéntico a las características de la población en riesgo en el modelo de Aday y Andersen.

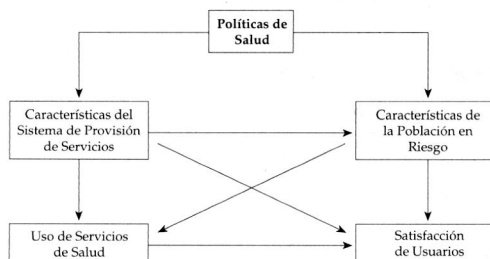
Para operacionalizar los conceptos de acceso y de utilización de servicios de salud se encuentran disponibles diferentes modelos. Aday y Andersen desarrollaron el "Expanded Behavioral Model" (Gráfico 1). Este modelo tiene 5 componentes: la política de salud, las características del sistema de provisión de servicios de salud

(lo cual incluye tanto su disponibilidad como organización), las características de la población en riesgo (diferenciadas como variables de predisposición al uso, variables que habilitan el uso y variables de necesidad del servicios), la utilización de servicios de salud y la satisfacción del usuario.

Basados en este modelo, Aday y Andersen proponen que el acceso equitativo a servicios de salud es uno "en el cual la enfermedad (definida por el paciente y su familia o por profesionales de la salud) es el principal determinante de la asignación de recursos" (Aday, Andersen y Fleming, 1980).

En 1993 el "Committee on Monitoring Access to Personal Health Services", establecido por el "Institute of Medicine" publicó un estudio sobre el acceso a servicios de salud en los Estados Unidos. El Comité desarrolló un grupo de indicadores con el cual evaluaron el acceso a servicios de salud personales en los Estados Unidos (Committee on Monitoring, 1993). La definición de este Comité sobre el acceso y, los indicadores que desarrollaron para monitorearlo, reflejan su creencia en que una medida adecuada para juzgar el acceso debe fundamentarse tanto en el uso de los servicios de salud, como en los cambios que ellos generan en las condiciones de salud. Por lo tanto, la definición de acceso de este Comité es "el uso oportuno de servicios de salud personales para obtener los mejores resultados de salud". Para ellos la equidad en el acceso a servicios de salud "involucra determinar si han existido diferencias sistemáticas en el uso y resultados entre grupos de la sociedad y si estas diferencias resultan de barreras financieras o de otro tipo a los servicios de salud".

Gráfico 1
EL "EXPANDED BEHAVIORAL MODEL"



Fuente: Aday LA, Andersen R: "A Framework for the Study of Access to Medical Care". Health Services Research, 1974 9(3): 208-220.

A. Modelo conceptual

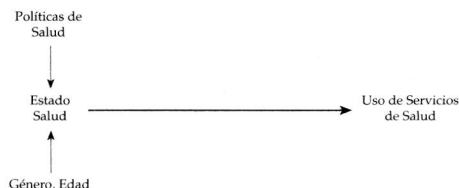
El uso de servicios de salud en Estados Unidos, donde la mayoría de la investigación en este campo se ha llevado a cabo, se encuentra determinado principalmente por el estado de salud de los individuos (Hulka y Wheat, 1985); (Maurana *et. al.*, 1981); (Aday y Eichhorn, 1972). La tenencia del seguro está positivamente relacionada con la utilización de servicios de salud (Hulka y Wheat, 1985); (Maurana *et. al.*, 1981); (Aday y Eichhorn, 1972). La edad y el género son también indicadores de la utilización de servicios de salud porque son indicadores de morbilidad asociada. Los niños y los ancianos tienen necesidades especiales de salud. Las mujeres usan más servicios de salud que los hombres debido a sus necesidades de cuidado obstétrico (Aday y Eichhorn, 1972). El ingreso también ha sido identificado como un determinante del uso de servicios. Las personas con ingresos bajos se encuentran en peor estado de salud que aquellas con ingresos altos. Por esta razón utilizan, en general, más servicios de salud. Sin embargo, su uso de servicios de salud en relación con su estado de salud es menor que el de las personas con ingresos altos (Freeburg *et. al.*, 1979).

Estos resultados no pueden ser generalizados a países con diferentes modos de organizar y financiar sus sistemas de salud. Esto es especialmente cierto cuando el desarrollo económico de estas naciones está en un período más temprano que el de los Estados Unidos. En esas naciones la capacidad del sistema de proveer servicios se encuentra reducida tanto por razones económicas como por razones de eficiencia. Adicionalmente, las relaciones entre las variables que habilitan el uso, por ejemplo la tenencia de seguro y el ingreso, son diferentes.

En Colombia, a diferencia de los Estados Unidos, el sector de la salud ha dependido principalmente del gobierno para la entrega de servicios. Es más, el estado de salud de la población colombiana es diferente al de la población de los Estados Unidos. Los colombianos se encuentran en un período de transición epidemiológica en el cual los individuos de bajos ingresos presentan causas de morbilidad y mortalidad principalmente de tipo prevenible y de enfermedades infecciosas, similares a los países con menor desarrollo. En contraste, los individuos de alto nivel económico se enferman principalmente de enfermedades crónicas y no infecciosas, de manera similar a la de las poblaciones de las naciones industrializadas. Todos estos factores generan fuerzas diferentes a las que se presentan en los Estados Unidos y que afectan el acceso de los individuos a los servicios de salud.

La investigación en Colombia sugiere que el estado de salud y la percepción de necesidades de servicios de salud constituyen importantes factores en el uso de los servicios por parte de los individuos (Pabón *et. al.*, 1984). Este efecto puede estar influenciado por factores que predisponen el uso, de tipo inmutable como son la edad y el género. Adicionalmente, factores mutables, como la educación predisponen a los individuos a utilizar servicios (Gráfico 2).

Gráfico 2
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
EFFECTO DEL ESTADO DE SALUD



La relación entre el estado de salud y el uso de servicios estaría mediada por las características de los individuos que los habilitan para utilizar los servicios, en particular, el ingreso. Toda la investigación previa en Colombia, citada en este documento, muestra una relación entre el ingreso y el uso, y sugiere que esta puede ser una relación causal.

El ingreso de los individuos determina su habilidad para comprar servicios. En Colombia, todos los individuos, a menos que se consideren indigentes, deben pagar en alguna medida por los servicios de salud, los medicamentos o ambos. En el caso del antiguo Sistema Nacional de Salud, el sistema utilizado por los pobres, los que no tienen seguro y aquellos que viven en zonas rurales, los individuos se clasifican de acuerdo al ingreso familiar en uno de cuatro grupos. Los individuos del grupo de ingreso alto deben pagar tarifa completa. Los individuos de los siguientes dos grupos pagan tarifas descontadas, y aquellos del último grupo reciben sus servicios sin ningún cargo. Este tratamiento se le aplica también a los medicamentos, siempre que la farmacia del hospital pueda proveerlos. Sin embargo, las instituciones del sector público frecuentemente se encuentran cortas de suministros y medicamentos (Yepes, 1990). Los pacientes con frecuencia deben comprar sus medicamentos y algunos suministros hospitalarios en la farmacia privada local y pagar por ellos tarifas completas directamente de su bolsillo. Adicionalmente, muchas de las instituciones del Sistema Nacional de Salud son instituciones orientadas a la atención primaria. Tan solo 20% de todas las instituciones públicas ofrecen servicios de nivel secundario y menos de 5% de los hospitales pueden clasificarse como proveedores de cuidado terciario (Ministerio de Salud, 1994b).

Las instituciones que proveen servicios más complejos frecuentemente se encuentran tan ocupadas que deben rechazar los pacientes. Por lo tanto, los usuarios del Sistema Nacional de Salud que requieren cuidado hospitalario complejo deben, con frecuencia, usar el sistema privado y pagar por ello tarifas completas directamente de su bolsillo, o prescindir de los servicios.

Las personas afiliadas a los sistemas de seguridad social son los pacientes con el menor gasto de bolsillo. Estos sistemas proveen en general servicios completos. Sin embargo, sus pacientes se encuentran en la misma situación de aquellos del Sistema Nacional de Salud, ya que sus instituciones no cuentan con inventarios completos de medicamentos y suministros. Como resultado, estos pacientes deben comprarlos de su bolsillo en farmacias del sector privado a tarifas completas.

Los pacientes que usan el sector privado pagan directamente de su bolsillo, o cuentan con planes de seguros privados con mecanismos de compartir el gasto como deducibles, coaseguros, copagos y topes.

Como resultado de un medio donde los servicios de salud y los medicamentos se deben pagar directamente de su bolsillo, el ingreso, como medida de la capacidad de pagar por los servicios, se convierte en una importante fuerza para determinar que individuos obtienen servicios para cubrir sus necesidades de salud.

El ingreso se encuentra también relacionado con el estado de salud de diferentes maneras. La investigación económica ha mostrado que el estado de salud es un determinante del ingreso

permanente. Adicionalmente, los individuos en mal estado de salud tienen mayor dificultad que sus contrapartes sanos para conseguir y retener un empleo (Banco Mundial, 1993).

Adicionalmente, y actuando en la dirección opuesta, el ingreso determina el estado de salud al actuar como una variable que media en el uso de servicios de salud. Por ejemplo, el uso de servicios preventivos evita el uso posterior de servicios curativos (US Preventive, 1989). El ingreso también afecta el estado de salud a través de las condiciones que lo predisponen, por ejemplo, el ingreso de los individuos influencia el ambiente en el cual trabajan y viven (Banco Mundial, 1993) (Gráfico 3).

La falta de un número adecuado de proveedores de servicios de salud ha sido atribuido como la causa principal del acceso inadecuado a servicios de salud en Colombia (Vivas *et. al.*, 1988). Por esta razón, hasta hace poco tiempo, el gobierno dedicó muchos recursos a la construcción y administración de instituciones de salud en todo el país. Sin embargo, el Estudio Nacional de Hospitales en 1986 mostró que las instituciones de menor complejidad tenían tasas de ocupación de 30% a 50%. Tan sólo las instituciones de carácter terciario tenían porcentajes ocupacionales por

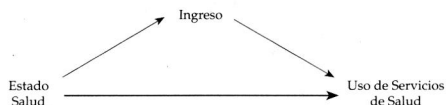
encima de 70%. Los reportes de uso de servicios ambulatorios mostraron los mismos patrones de bajo uso de servicios (Yepes *et. al.*, 1986).

Adicionalmente, otras autoridades reguladoras han autorizado un aumento marcado del número de Escuelas de Medicina y de centros educacionales para todas las profesiones de la Salud. Como resultado, el número de médicos y otros profesionales de la salud ha aumentado de manera consistente³. Sin embargo, el acceso general a cuidados médicos no ha aumentado significativamente con el aumento de proveedores.

La investigación en los Estados Unidos ha documentado que existe una asociación entre la distribución de médicos y el ingreso promedio de la población. Los médicos tienden a establecerse en las zonas del país donde los individuos tienen mayores ingresos. Aún más, existe una tendencia de los médicos a aceptar empleos en las zonas más cercanas y más urbanizadas (Schwartz *et. al.*, 1980). La disponibilidad de proveedores está relacionada también con el estado de salud de la población. Los proveedores estarían disponibles donde sus servicios son requeridos. El Sistema Nacional de Salud determinaría la localización de un proveedor basado en reportes de las necesidades de servicios de salud de la población. De manera similar, los sistemas de seguridad social contratarían con proveedores o financiarían los suyos propios de acuerdo a la demanda de servicios de sus afiliados en esa área (Gráfico 4).

Gráfico 3

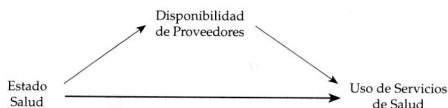
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA EFECTO DEL INGRESO



Resumiendo, el estado de salud define la necesidad de un servicio de salud. El ingreso de los

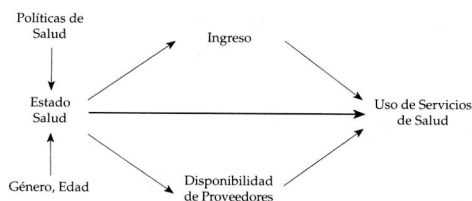
³ Datos del Ministerio de Salud sobre número de egresados de las facultades de medicina.

Gráfico 4
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA EFECTO DE LA DISPONIBILIDAD DEL PROVEEDOR



individuos actúa como un fuerte mediador sobre el uso de los servicios y podría, adicionalmente, intervenir sobre el estado de salud. La disponibilidad de los proveedores influencia el uso de servicios y puede a su vez estar determinado por el estado de salud de la población, pero no explica la variación del uso de servicios en la misma proporción que el estado de salud de los individuos.

Gráfico 5
UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA EFECTO DEL ESTADO DE SALUD, DEL INGRESO Y DE LA DISPONIBILIDAD DEL PROVEEDOR



B. Metodología

1. Fuentes de Datos

Para este estudio se empleó información sobre los individuos y sobre los proveedores de servicios de salud. Estos datos se obtuvieron de las siguientes fuentes:

a. Individuos

Los datos sobre las características de los individuos y sobre su uso de servicios se obtuvieron de la Encuesta Nacional de Hogares, Etapa 83 - ENH'83 recogida en Marzo de 1994. Esta encuesta fue aplicada en las siete ciudades principales: Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Manizales y Pasto.

b. Proveedores de Servicios

La información sobre los proveedores de consulta médica y de hospitalización en las siete ciudades incluidas en la ENH fue recogida y procesada específicamente para el estudio.

c. Médicos

Las fuentes de información sobre médicos en ejercicio de la profesión en las siete ciudades fueron los directorios telefónicos de páginas blancas y amarillas, las listas de miembros de sociedades médicas, el censo de Ascofame de especialistas médicos de 1993 y los listados de médicos registrados por Confecámaras.

d. Instituciones

La información sobre las instituciones prestadoras de servicios fue obtenida a partir de los listados de instituciones del Dane, de la Superintendencia Nacional de Salud, del Ministerio de Salud, de los listados de instituciones de salud registradas en Confecámaras, de las páginas blancas y amarillas de los directorios telefónicos, y de un censo de instituciones por medio del cual se hizo recolección de datos primarios.

2. Recolección de la información del censo de proveedores de servicios

Para la recolección de información sobre las instituciones se realizaron las siguientes actividades:

- Se elaboró una lista de instituciones a las cuales se enviarían los cuestionarios a partir de los listados existentes. Se limpiaron eliminando duplicados e inconsistencias y se verificaron por medio de llamadas telefónicas las dudas que no se resolvían automáticamente.
- Se enviaron los cuestionarios por correo. Se incluyeron sobres autodirigidos y se obtuvo una respuesta espontánea de 11,3%.
- Se encuestaron por teléfono y por medio de visitas a las demás instituciones durante un período de 2 años hasta obtener respuesta de 100%.

3. Procesamiento de la información

a. Médicos

Se digitaron los datos, se unieron los listados de diferentes fuentes, se eliminaron los duplicados y se verificaron inconsistencias por medio de llamadas telefónicas.

b. Instituciones

- Se desarrolló un sistema de captura de los datos en el programa Access.
- Se digitaron los cuestionarios de todas las instituciones.

- Se desarrolló un software geográfico especializado para la generación de las variables de proveedores de servicios basado en los programas MapInfo, SQL y Crystal Reports, (geoanálisis).
- Se creó una base de datos con la información de los individuos de la ENH'83, la de las instituciones y la de los médicos y se integró al sistema de información geográfica-geoanálisis.
- Con todos los datos de médicos e instituciones integrados en una sola base de datos se volvió a limpiar y a eliminar duplicados e inconsistencias.
- Por medio de geoanálisis se clasificaron los médicos en tres categorías y las instituciones en cuatro categorías, de acuerdo a su nivel de complejidad.
- Se generaron las variables de distancia entre cada individuo en la encuesta y el proveedor más cercano por categoría en cada ciudad.
- Se generaron las variables de densidad de proveedores alrededor de cada individuo en la encuesta con tres radios diferentes por categoría en cada ciudad.
- Se corrieron modelos analíticos para probar las variables de densidad con radios diferentes y se escogió la densidad con radio de 2 kilómetros, por la que mostraron un mayor poder predictivo.

4. Variables en el modelo

A partir de datos recogidos se crearon las siguientes medidas (Cuadro 1):

Cuadro 1
VARIABLES DEL MODELO

Variable	Descripción
Independientes/Control	
<i>Necesidad</i>	
Estado de Salud Percibido	Pregunta directa en la ENH'83
Incapacidad/Días de Incapacidad	Pregunta directa en la ENH'83
<i>Predisposición</i>	
Edad	Pregunta directa en la ENH'83, para la cual se crearon dummies por grupo de edad.
Sexo	Pregunta directa en la ENH'83
Educación	Pregunta directa en la ENH'83, para la cual se crearon dummies por nivel educativo alcanzado.
Empleo	Pregunta directa en la ENH'83, para la cual se crearon dummies por grupo de edad.
Estado Civil	Pregunta directa en la ENH'83, para la cual se crearon dummies por grupo de edad.
Tamaño Hogar	Pregunta directa en la ENH'83.
<i>Capacidad</i>	
Ingreso familiar per capita	Preguntas directas en la ENH'83, para la cual se creó la variable ingreso familiar dividido por el número de miembros de la familia.
Tenencia de seguro de salud	Pregunta directa en la ENH'83, para la cual se crearon dummies por tipo de seguro.
<i>Disponibilidad de Servicios</i>	
Densidad de proveedor alrededor del individuo por categoría.	Construida por medio de análisis geográfico a partir del censo de proveedores.
Distancia al proveedor más cercano por categoría.	Construida por medio de análisis geográfico a partir del censo de proveedores.
Dependientes	
<i>Utilización de Servicios</i>	
Uso de consulta médica	Pregunta directa en la ENH'83.
Uso de hospitalización	Pregunta directa en la ENH'83.

5. Análisis estadístico

Se empleó una regresión logística en análisis separados del uso de consulta médica y de hospitalización, tanto de los datos agregados de todas las ciudades como de análisis de los datos para cada ciudad.

Primero se corrieron modelos completos con las variables de características de los individuos y de disponibilidad de proveedores. Posteriormente se realizaron pruebas de fortaleza de los efectos, por medio de la comparación del ajuste al modelo entre modelos parciales con las varia-

bles de características de los individuos en el modelo y modelos parciales con las variables de disponibilidad de proveedores.

C. Resultados

1. Asociaciones entre el uso de servicios médicos, características de los individuos y disponibilidad de proveedores

Las asociaciones entre el uso de servicios médicos, características de los individuos y disponibilidad de proveedores se presentan en el Cuadro 2.

Cuadro 2
ASOCIACIONES ANTE EL USO DE SERVICIOS MÉDICOS Y LAS VARIABLES INDEPENDIENTES

Medidas	Consulta médica (%)			Hospitalizaciones (%)		
	Usuarios	No-usuarios	Valor P	Usuarios	No-usuarios	Valor P
Variables de necesidad						
Estado de Salud						
Excelente	3,0	97,0		3,3	96,7	
Muy bueno	4,1	95,9		3,4	96,6	
Bueno	5,5	94,5	0,000	3,9	96,1	0,000
Regular	27,8	72,2		12,5	87,5	
Malo	47,9	52,1		25,2	74,8	
Días de incapacidad						
Si	79,8	20,2	0,000	75,4	24,6	0,000
No	4,1	95,9		4,0	96,0	
Variables socioeconómicas						
Edad						
0 a 5 años	9,7	90,3		4,6	95,4	
6 a 15 años	5,1	94,9		2,7	97,3	
16 a 30 años	6,3	93,7	0,000	5,0	95,0	0,000
31 a 45 años	8,6	91,4		5,5	94,5	
46 a 60 años	13,0	87,0		7,3	92,7	
61 y más	23,0	77,0		11,2	88,8	
Género						
Masculino	7,3	92,7	0,000	4,7	95,3	0,000
Femenino	9,9	90,1		5,8	94,2	
Nivel educativo						
Ninguno	13,3	86,7		7,0	93,0	
Preescolar	9,2	90,8	0,000	4,2	95,8	0,000
Primaria	10,2	89,8		5,8	94,2	
Secundaria	7,3	92,7		4,9	95,1	
Universitario	7,2	92,8		5,0	95,0	
Tamaño familia						
Estado civil	4,9	5,2	0,000	4,8	5,2	0,000
Unión libre	8,9	91,1		7,0	93,0	
Casado	10,9	89,1	0,000	7,4	92,4	0,000
Viudo	21,9	78,2		10,4	89,6	
Divorciado	10,7	89,3		6,3	93,7	
Soltero	6,6	93,4		3,6	96,4	
Variables de Capacidad						
Ingreso familiar per cápita	169.905	163.468	0,131	181.214	163.070	0,001
Ingreso familiar per cápita						
Quintil 1	8,5	91,5		5,7	94,3	
Quintil 2	8,6	91,4		5,1	94,9	
Quintil 3	8,6	91,4	0,419	4,9	95,1	0,024
Quintil 4	9,1	90,9		5,0	95,0	
Quintil 5	8,5	91,5		5,6	94,4	
Seguro de salud						
Si	9,1	90,9	0,003	5,5	94,5	0,034
No	8,4	91,6		5,1	94,9	
Tipo de seguro						
Ninguno	8,4	91,6	0,000	5,1	94,9	0,001
ISS	9,4	90,6		5,7	94,3	
Cajas de previsión	12,8	87,2		6,8	93,2	
Privado	7,7	92,3		4,9	95,1	
Empleo						
Si	7,2	92,8	0,000	4,6	95,4	0,000
No	10,1	89,9		5,9	94,1	
Variables de disponibilidad de proveedores						
Distancia a médico 1	1,4	1,5	0,005	1,6	1,5	0,025
Distancia a médico 2	2,1	2,2	0,002	2,4	2,2	0,018
Distancia a médico 3	2,3	2,4	0,001	2,5	2,4	0,026
Distancia a hospital I	3,0	3,3	0,000	3,3	3,2	0,230
Distancia a hospital II	3,1	3,4	0,000	3,5	3,4	0,019
Distancia a hospital III	3,0	3,3	0,000	3,3	3,3	0,081
Distancia a hospital IV	3,2	3,5	0,000	3,6	3,5	0,101
Densidad de médico 1	14	14,0	0,174	14,0	14,0	0,041
Densidad de médico 2	0,58	0,57	0,617	0,58	0,57	0,225
Densidad de médico 3	0,43	0,41	0,012	0,43	0,42	0,267
Densidad de hospital I	0,16	0,15	0,009	0,16	0,15	0,323
Densidad de hospital II	0,10	0,10	0,809	0,11	0,10	0,018
Densidad de hospital III	0,10	0,10	0,005	0,10	0,10	0,623
Densidad de hospital IV	0,082	0,081	0,356	0,081	0,081	0,865

Fuente: Cálculos del autor.

El uso de servicios médicos está asociado de manera significativa con múltiples características de los usuarios. La edad de la persona influye el uso en un patrón que sigue la forma de una "U" con una cola más larga al final. Los niños pequeños usan más servicios que los niños mayores y que los adultos jóvenes. El uso de servicios aumenta una vez que las personas alcanzan el grupo de 46 a 60 años de edad y aumenta de manera marcada después de los 60 años.

Las mujeres usan más servicios que los hombres. Las personas sin educación tuvieron el mayor uso entre todos los grupos educativos. Las personas viudas utilizaban más servicios y aquellos solteros eran los usuarios menos frecuentes entre los grupos de estado civil. Los usuarios eran miembros de familias de menor tamaño.

Las medidas de estado de salud eran marcadamente diferentes entre los usuarios de servicios y los no usuarios. A medida que mejoraba el estado de salud reportado disminuía, de manera dramática, el uso de servicios.

El efecto de ingreso sobre el uso de consulta médica no fue estadísticamente significativo. El efecto de hospitalización también siguió la forma de una U: era mayor entre los ricos y los pobres y menor entre los individuos con ingreso medio. Los individuos asegurados usaban más servicios que aquellos que no lo estaban. Cuando se estratificó por tipo de seguro se encontró que las personas con seguros privados usaban menos servicios que los demás y las personas afiliadas a una Caja de Previsión eran los usuarios con mayor uso. Aquellos que se encontraban empleados eran usuarios menos frecuentes que los desempleados.

Finalmente, los usuarios de consulta médica presentaron distancias al proveedor más cortas

que lo no usuarios. Los usuarios de consulta médica y de hospitalizaciones vivían en áreas con densidades mayores o iguales que las de los no usuarios. Sin embargo, no eran estadísticamente significativas en la mayoría de los casos

2. Determinantes del uso de consulta médica y de hospitalización

Los resultados del análisis de los determinantes de consulta médica se presentan en el Cuadro 3, y los de hospitalización en el Cuadro 4.

La variable que más impacto tiene sobre el uso de consulta médica y hospitalización es el estado de salud de las personas. Existe también un "efecto de dosis": a peor estado de salud, mayor probabilidad de uso de servicios.

Las características socioeconómicas fueron determinantes del uso de consulta médica: los hombres usaron menos consulta médica. Este efecto puede atribuirse a las necesidades obstétricas de las mujeres y a la percepción de que socialmente es más aceptable que las mujeres se enfermen y usen servicios. La edad tiene un efecto de U sobre el uso de consulta médica y de hospitalización. La literatura muestra que este efecto está determinado por el determinante biológico. Los niños y los ancianos están en peor condición de salud que los adultos jóvenes. A mayor educación, mayor probabilidad de uso de consulta médica. A mayor tamaño del hogar, menor uso. Los empleados tienen menor probabilidad de usar servicios.

A mayor ingreso, mayor probabilidad de uso particularmente sobre la consulta médica. Los asegurados tienen mayor probabilidad de uso, con un efecto mayor para los afiliados a Cajas de Previsión.

Cuadro 3
RESULTADOS DE LA ESTIMACIÓN LOGÍSTICA: USO DE LA CONSULTA MÉDICA

Variable Independiente	Disponibilidad de médico		Disponibilidad de hospital	
	Odds Ratio	P - Value	Odds Ratio	P - Value
Estado de salud				
Excelente ~	1,00		1,00	
Muy bueno	1,38	0,001	1,36	0,001
Bueno	1,97	0,000	1,95	0,000
Regular	8,15	0,000	8,03	0,000
Malo	8,83	0,000	8,71	0,000
Días de incapacidad				
Si	63,48	0,000	63,52	0,000
Género				
Masculino	0,82	0,000	0,82	0,000
Edad				
Hasta 5 años	1,38	0,010	1,39	0,009
6 a 15 años	0,71	0,003	0,71	0,003
16 a 30 años	0,69	0,000	0,69	0,000
31 a 45 años	0,78	0,007	0,78	0,006
46 a 60 años	0,83	0,039	0,83	0,039
61 y mayor ~	1,00		1,00	
Educación				
Ninguna	0,62	0,001	0,62	0,001
Preescolar	0,80	0,136	0,80	0,135
Primaria	0,79	0,005	0,79	0,004
Secundaria	0,86	0,048	0,86	0,046
Universitaria ~	1,00		1,00	
Estado civil				
Casado	1,13	0,094	1,13	0,078
Unión libre	1,25	0,008	1,25	0,009
Viudo	1,11	0,355	1,12	0,328
Divorciado	0,95	0,634	0,95	0,653
Soltero ~	1,00		1,00	
Tamaño de familia	0,95	0,000	0,95	0,000
Empleo				
Empleado	0,76	0,000	0,76	0,000
Seguro de salud				
ISS	1,47	0,000	1,46	0,000
Privado	1,14	0,094	1,14	0,097
Caja de Previsión	2,00	0,000	2,00	0,000
No asegurado ~	1,00		1,00	
Ingreso familiar per cápita				
Quintil 1 ~	1,00		1,00	
Quintil 2	1,10	0,163	1,10	0,174
Quintil 3	1,23	0,004	1,23	0,003
Quintil 4	1,40	0,000	1,40	0,000
Quintil 5	1,39	0,000	1,39	0,000
Distancia al proveedor				
Cerca	1,17	0,024	1,20	0,003
Media	1,22	0,001	1,07	0,240
Lejano ~	1,00		1,00	
Densidad del proveedor				
Baja ~	1,00		1,00	
Media	1,24	0,000	1,16	0,006
Alta	1,12	0,079	1,01	0,910
Ciudad				
Bogotá ~	1,00		1,00	
Barranquilla	1,42	0,000	1,46	0,000
Bucaramanga	1,56	0,000	1,81	0,000
Manizales	2,33	0,000	2,46	0,000
Medellín	2,79	0,000	3,02	0,000
Cali	1,06	0,483	1,13	0,125
Pasto	1,12	0,255	1,30	0,022
Número de observaciones		47921		47921
Pseudo R ²		0,4106		0,4103
Pearson's Chi ² Goodness of Fit		38,833 (valor p=1.000)		39,408 (valor p=1.000)

~ Categoría de referencia.
Fuente: Cálculos del autor.

Cuadro 4
RESULTADOS DE LA ESTIMACIÓN LOGÍSTICA: USO DE HOSPITALIZACIÓN

Variable independiente	Disponibilidad de médico		Disponibilidad de hospital	
	Odds Ratio	P - Value	Odds Ratio	P - Value
Estado de salud				
Excelente ~	1,00		1,00	
Muy bueno	1,10	0,290	1,11	0,246
Bueno	1,26	0,002	1,28	0,001
Regular	2,80	0,000	2,82	0,000
Malo	4,21	0,000	4,26	0,000
Días de incapacidad				
Si	4,52	0,000	4,53	0,000
Género				
Masculino	0,93	0,150	0,94	0,154
Edad				
Hasta 5 años	1,55	0,001	1,56	0,001
6 a 15 años	1,04	0,763	1,04	0,725
16 a 30 años	1,34	0,002	1,35	0,002
31 a 45 años	0,99	0,926	1,00	0,964
46 a 60 años	0,94	0,489	0,94	0,512
61 y mayor ~	1,00		1,00	
Educación				
Ninguna	0,80	0,093	0,80	0,106
Preescolar	0,85	0,304	0,85	0,315
Primaria	0,89	0,163	0,90	0,190
Secundaria	0,89	0,124	0,90	0,145
Universitaria ~	1,00		1,00	
Estado civil				
Casado	1,97	0,000	1,98	0,000
Unión libre				
Viudo	1,98	0,000	1,98	0,000
Divorciado	1,74	0,000	1,75	0,000
Soltero ~	1,61	0,000	1,61	0,000
	1,00	1,00		
Tamaño de familia	0,97	0,001	0,97	0,001
Empleo				
Empleado	0,78	0,000	0,78	0,000
Seguro de salud				
ISS	1,14	0,014	1,14	0,013
Privado	0,94	0,439	0,94	0,413
Caja de Previsión	1,09	0,510	1,09	0,499
No asegurado ~	1,00		1,00	
Ingreso Familiar Per cápita				
Quintil 1 ~	1,00		1,00	
Quintil 2	0,89	0,072	0,89	0,066
Quintil 3	0,83	0,006	0,83	0,006
Quintil 4	0,88	0,071	0,88	0,068
Quintil 5	0,99	0,911	0,98	0,797
Distancia al proveedor				
Cerca	0,94	0,347	0,94	0,296
Media	0,91	0,080	1,01	0,828
Lejano ~	1,00	1,00		
Densidad del proveedor				
Baja ~	1,00		1,00	
Media	1,02	0,730	1,00	0,972
Alta	1,02	0,794	1,14	0,052
Ciudad				
Bogotá ~	1,00		1,00	
Barranquilla	0,62	0,000	0,59	0,000
Bucaramanga	1,58	0,000	1,38	0,001
Manizales	1,36	0,003	1,26	0,023
Medellín	1,22	0,003	1,21	0,004
Cali	0,99	0,893	0,96	0,586
Pasto	0,93	0,481	0,83	0,083
Número de observaciones		47921		47921
Pseudo R ²		0,1109		0,1111
Pearson's Chi ² Goodness of Fit		41,085 (valor p =0.633)		41,767 (valor p =0.538)

~ Categoría de referencia.

Fuente: Cálculos del autor.

La probabilidad de uso de consulta médica aumenta con la disponibilidad de proveedores. No hay efecto de la disponibilidad de servicios sobre el uso de hospitalización.

3. Fortaleza de los efectos: ingreso versus disponibilidad de proveedores

La comparación de la fortaleza de los efectos se presenta en el Cuadro 5. En esta tabla se muestran los resultados de comparar el ajuste del modelo por medio del *likelihood-ratio*.

Las variables de ingreso tienen un modelo con mejor ajuste que el de disponibilidad de servicios en el uso de consulta médica.

D. Discusión

Las asociaciones entre el uso de servicios de salud y características socioeconómicas de las personas encontradas en este estudio son consistentes con las de estudios previos (Ministerio de Salud, 1972); (Pabón *et. al.*, 1984); (Pabón, 1983). Adicionalmente, en un estudio que incluyó una medida de disponibilidad de proveedores (tiem-

po de recorrido al centro de salud más cercano), los resultados mostraron que a medida que la distancia aumentaba el uso de consulta médica disminuía (Pabón *et. al.*, 1984).

La característica que se comporta de manera diferente en este estudio en comparación con los anteriores fue la educación ya que en estudios anteriores la frecuencia de hospitalizaciones aumentaba con la educación (Ministerio de Salud, 1972); (Pabón *et. al.*, 1984); (Pabón, 1983), mientras que en este estudio este efecto no tuvo significancia.

1. Estado de salud

El estado de salud como fuerte determinante del uso de servicios médicos es un hallazgo frecuente en la literatura. Maurana, Hulka, Aday reportaron este efecto para la población de los Estados Unidos (Maurana *et. al.*, 1981); (Hulka y Wheat, 1985); (Aday y Shortell, 1992).

Aún más, este hallazgo es consistente con los de otros dos estudios colombianos. Escobar, utilizando datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1980, encontró que las mujeres con mayor riesgo de complicaciones tenían una mayor probabilidad de usar servicios durante el parto (Escobar, 1990). Pabón, utilizando datos de la misma encuesta, también encontró que el estado de salud era un determinante del uso de consulta médica (Pabón *et. al.*, 1984).

El hallazgo del mayor efecto del estado de salud sobre la consulta médica que sobre la hospitalización también es consistente con la literatura (Andersen *et. al.*, 1987).

Este hallazgo es consistente con el modelo conceptual propuesto en este estudio y confirma la primera hipótesis.

Cuadro 5
COMPARACIÓN DEL AJUSTE DE LOS MODELOS
CON LOS CONCEPTOS DE INTERÉS EN EL USO
DE CONSULTA MÉDICA

Concepto de Interés	Likelihood-Ratio	Valor P
Con ingreso		
Disponibilidad de médico	30,34	0,000
Disponibilidad de hospital	30,95	0,001
Con disponibilidad de proveedores		
Disponibilidad de médico	27,85	0,000
Disponibilidad de hospital	28,03	0,000

Fuente: Cálculos del autor.

2. Educación y características socioeconómicas

La edad y el género influyen el uso de consulta médica, tal como se propuso en el modelo conceptual.

Los niños con edad hasta los cinco años tienen mayor probabilidad de uso de consulta médica y de hospitalización que las personas de 60 años y más, probablemente por los controles de crecimiento y desarrollo y por la morbilidad mayor asociada a este grupo de edad. La edad también tuvo un efecto sobre el uso de hospitalización entre las personas con edad entre los 16 y los 30 años, quienes tenían mayor probabilidad de ser hospitalizados. Este hallazgo es consistente con los de un estudio previo en el país en el país en el cual este grupo de edad tiene la tasa de hospitalización más alta y era atribuida a la práctica de hospitalizar a las mujeres para la atención del parto (Pabón, 1993).

Las mujeres usaron más consultas médicas, probablemente debido a su necesidad de servicios obstétricos y a la norma cultural que hace más aceptable que las mujeres se enfermen y utilicen servicios, tal como lo reportó Aday para las mujeres de los Estados Unidos (Aday *et. al.*, 1993).

Las personas en todos los estados civiles tenían mayor probabilidad de ver al médicos que aquellos que se encontraban solteros. Las personas en estado de viudez usaban tres veces más consultas médicas y hospitalizaciones que los solteros. Este hallazgo es consistente con el efecto del estado civil sobre el uso de servicios identificado en los Estados Unidos (Morgan, 1980).

El tamaño de la familia influye tanto el uso de consulta médica como el de hospitalización. Este efecto probablemente se explica por la necesidad de distribuir los recursos familiares entre más individuos, incluyendo la atención de la persona que cuida por la salud de los demás, quien es la personas que procura los servicios que requieren los niños y los ancianos. A medida que el tamaño de la familia aumenta el tiempo del "cuidador" debe ser dividido entre un número mayor de individuos y de esta manera se reduce la cantidad de cuidados que cada individuo recibe incluyendo la probabilidad de la utilización de un servicios médico.

El nivel educativo de las personas refleja la habilidad de los individuos de manejar el sistema. Cuando un colombiano necesita una consulta médica debe primero presentarse físicamente y conseguir un turno para después esperar a ser llamado, o llamar con anticipación para asegurar esta cita. En algunos entornos, tal como los de los centros de atención del Instituto de Seguros Sociales, las personas deben esperar por horas, para conseguir ese turno. Los pacientes también deben demostrar que tienen derecho a los servicios (residen en el área de influencia del hospital o se encuentran afiliados a una institución que tiene contrato con el prestador de los servicios) y de su capacidad de pago (para cubrir tarifas y copagos). Adicionalmente, múltiples entidades afiliadoras utilizan un esquema de verificación de derechos, ante el cual deben solicitarse múltiples autorizaciones para poder acceder a los servicios, particularmente los más especializados. Las personas con bajo nivel educativo tienen mayor dificultad manejando estos procedimientos que aquellas con mayor educación. Por lo tanto, los individuos con menor educación

tienen mayor dificultad para asegurar su acceso a los servicios, tal como lo muestra este estudio.

El empleo disminuye la probabilidad de que una persona use servicios tanto de consulta médica como de hospitalización. Este efecto puede atribuirse a la renuencia de los empleadores a permitir a sus empleados a dejar el trabajo para asistir a consultas médicas o a hospitalizarse por condiciones no urgentes.

3. Ciudades

Una posible explicación para el efecto de la ciudad puede encontrarse en las variables no medidas en Colombia y no incluidas en el modelo, como son las diferencias culturales y las creencias frente a la salud y la enfermedad, factores organizacionales de las instituciones de salud y los patrones de práctica médica.

Las percepciones sobre salud y enfermedad varían entre los habitantes de las diferentes regiones del país. Los habitantes de la Región Caribe tienden a creer que la enfermedad y la muerte son circunstancias de la vida que deben aceptarse. Probablemente por esta razón tienden a sentirse en mejor estado de salud y utilizan menos consultas médicas y hospitalizaciones que los residentes de las otras ciudades estudiadas. En contraste, los residentes de la Región Andina tienen una percepción diferente de la salud, frente a la cual se produce una preocupación mayor frente a la enfermedad, como en el caso de Bucaramanga donde los habitantes tienen una mayor probabilidad de hospitalización.

La forma como los prestadores de servicios están organizados también es diferente entre las ciudades. La organización de las instituciones

de salud incluye mecanismos que facilitan el uso de los servicios, tal como la presencia de trabajadoras sociales, consultas de rápido acceso, citas por horario, horarios especiales, presencia de médicos en todos los horarios, entre otros. Estas condiciones son establecidas a nivel local en el caso de las instituciones públicas y en el de las privadas por cada organización.

Los estudios previos en los Estados Unidos han mostrado que los patrones de práctica médica influyen la forma y contenido de los servicios que usan las personas en diferentes ciudades. En las ciudades donde la presencia de cirujanos es mayor se generan mayores tasas de cirugía, mientras que en aquellas donde existen más médicos generales, las tasas de cirugía son menores (Holahan, Berenson y Kachavos, 1990). Es muy probable que el mismo comportamiento esté presente en Colombia donde la distribución de los médicos es muy dispareja.

4. Seguro de salud

La condición de afiliado al ISS como a una caja de previsión tiene un efecto sobre el uso de consulta médica, tal como se propuso en el modelo conceptual.

Los afiliados a una caja de previsión tuvieron una probabilidad de uso de consulta médica mayor que la de cualquier otro grupo. Este efecto podría atribuirse a que los afiliados a una caja de previsión eran los empleados públicos del país, quienes a través de la historia han demostrado una marcada habilidad para asegurar beneficios laborales para sí mismos y sus familias (Colombia: Social Security Review, 1987).

La afiliación al ISS también predice el uso de hospitalización, aspecto que coincide con los

hallazgos de Molina en los cuales antes de la reforma este seguro proveía mayor acceso a servicios de hospitalización que los otros tipos de seguro (Molina *et. al.*, 1994).

La afiliación a un seguro de salud reduce el costo de compra de los servicios médicos y de esta manera aumenta el acceso financiero de las personas a éstos servicios. Este efecto también es descrito frecuentemente en relación a la población de los Estados Unidos (Browm, 1989); (Andersen *et. al.*, 1987).

5. Ingreso

Tal como se propuso en el modelo conceptual y en la segunda hipótesis, el ingreso de las personas predice el uso de consultas médicas. A medida que aumenta el ingreso también lo hace la probabilidad de ver al médico.

El ingreso determina la capacidad de las personas para comprar servicios. En Colombia, antes de la implementación de la reforma, los individuos debían pagar el total o una proporción del valor de las consultas médicas. En consecuencia, el ingreso constituía un importante determinante de quien obtenía servicios de salud para atender sus necesidades y con cuánta frecuencia.

La probabilidad de hospitalización siguió un patrón de U frente al ingreso, el uso era mayor entre las personas de bajos y altos ingresos y menor entre aquellos que se encontraban en el tercer quintil y no aumentó con el ingreso, como se propuso en la hipótesis. La explicación a este resultado podría encontrarse en la estructura del sector salud antes de la reforma. En el sistema anterior las personas de bajos ingresos utilizaban sin costo las instituciones del sector público y las

personas con ingresos mayores utilizaban las instituciones del sector privado. Los individuos con ingreso medio eran obligados a pagar para utilizar el sistema, tenían una menor probabilidad de estar asegurados que los de ingreso alto y no tenían capacidad de pago para comprar servicios en el sector privado.

6. Disponibilidad de proveedores

Vivir cerca de un proveedor de servicios, o en un área con mayor número de proveedores por habitante aumenta la probabilidad de tener una consulta médica, tal como se propuso en el modelo conceptual y en la tercera hipótesis. Este efecto no se encontró en relación con el uso de hospitalizaciones.

La disponibilidad de proveedores sobre el uso de consulta médica, pero no sobre las hospitalizaciones, es el resultado de una política fundamental del sector salud colombiano antes de la reforma: la dependencia del sector de los hospitales para proveer acceso a los servicios tanto intrahospitalarios como ambulatorios. En el Sistema Nacional de Salud todos los centros y puestos de salud dependían de un hospital por completo y los administradores de los hospitales dedicaban a los centros de atención ambulatoria la menor cantidad de recursos para destinarlos a la mucho más costosa atención hospitalaria. De esta manera, los centros de atención ambulatoria en las ciudades compiten con los hospitales por los recursos y terminan con recursos financieros y de personal insuficientes (Vivas *et. al.*, 1988) y con una baja capacidad para atender las necesidades de servicios de las personas en su vecindario.

Adicionalmente, las ciudades en este estudio son grandes ciudades con extensos sistemas de

transporte que permiten a las personas viajar hasta un hospital y así contrarrestar el posible efecto de la distancia sobre el uso de servicios.

Finalmente, en confirmación de la última hipótesis y del modelo conceptual, el ingreso mostró ser un determinante más importante en el uso de consulta médica y de hospitalización que la disponibilidad de proveedores, probablemente por todas las razones expuestas en la argumentación inicial.

III. Conclusiones e implicaciones de política

Este estudio se enfocó en una pregunta que es crítica para la implementación de la reforma del sector salud en Colombia. ¿Debe el país concentrar sus esfuerzos en los subsidios dirigidos a los individuos, basado en la convicción que eliminar la barrera del ingreso sobre el uso de servicios es la manera más efectiva de aumentar el acceso equitativo? De manera alternativa, ¿debe volver a los subsidios centrados en los proveedores y apostarle al efecto que la disponibilidad de proveedores tiene sobre el uso de servicios?

Basado en los resultados que muestran un efecto inverso entre el ingreso y el uso de consulta médica y de hospitalizaciones; un efecto directo de la disponibilidad de proveedores sobre el uso de consulta médica pero ningún efecto sobre las hospitalizaciones; y la mayor fortaleza del efecto del ingreso en comparación con el de la disponibilidad de proveedores es posible concluir que el supuesto principal de la reforma es correcto. Por lo tanto, Colombia debe continuar con la política de subsidiar el acceso a los servicios de salud a través de los subsidios a la demanda.

Sin embargo, el efecto positivo de la disponibilidad de proveedores sugiere que una política de aumentar la provisión de servicios ambulatorios también debe ser implementada para aumentar el acceso a estos servicios.

Carrasquilla y sus colegas encontraron recientemente que los programas de atención primaria en comunidades urbanas eran más efectivos en la entrega de servicios cuando a los centros de salud se les permitía planear y entregar servicios en respuesta a su evaluación de las necesidades de la comunidad, que cuando estas eran diseñadas por una oficina central de planeación exclusivamente (Carrasquilla *et. al.*).

Basado en los resultados de Carrasquilla y en los de este estudio, que muestran que el uso de consulta médica es determinado por las características de los individuos y por la disponibilidad de proveedores, a los centros de atención ambulatoria debería dárseles la autonomía de los hospitales para la planeación y definición de los modos de entrega de servicios con el objeto de lograr que se ajusten mejor a las necesidades de la comunidad donde se encuentran localizados. De igual manera, los directores de los centros de atención ambulatoria deberían coordinar sus esfuerzos con los de los líderes comunitarios y los gobiernos locales.

Otras características individuales como la educación, el tamaño de la familia y el empleo mostraron también un efecto sobre el uso de los servicios, sin embargo, la reforma en proceso de implementación no contiene elementos que los resuelva. Varias políticas podrían desarrollarse para responder a estos efectos.

Las propuestas presentadas a continuación responden a la interpretación de los resultados

que hace la autora y, por lo tanto, se extienden más allá de los resultados del estudio. Estas propuestas son, por lo tanto, sugerencias que responden a hipótesis aún no probadas.

Primero, ajustar las características organizacionales del sistema haría más fácil el acceso para las personas de bajo nivel educativo. Las trabajadoras sociales y las enfermeras deberían estar disponibles para ayudar a las personas a utilizar el servicio, particularmente en los centros ambulatorios. Adicionalmente, se debería ampliar los horarios y emplear sistemas de citas por horario, se podría emplear sistemas de señalización e instrucciones visuales que no requieran que las personas sepan leer. Por último se deben introducir sistemas de comprobación de derechos simplificados que eliminen algunos de los muchos trámites que confunden e intimidan a las personas de bajo nivel educativo.

Segundo, se debe llevar el sector salud a las personas. Los programas de extensión comunitaria pueden proveer apoyo a los cuidadores en los hogares que se encuentran recargados con grandes familias y a los individuos que viven solos y que no cuentan con quien los cuide. Por

medio de los programas de extensión se puede organizar un sistema de consulta primaria en las casas, un mecanismo de transporte a los centros de atención y un mecanismo para los programas de educación en salud dirigido a las necesidades específicas de la familia.

Finalmente, horarios especiales en los centros de atención ambulatoria que extiendan la atención a las horas en que los empleados de la comunidad han salido de sus trabajos aumentarían el uso de consulta médica programada, al igual que lo haría la presencia de médicos en las instalaciones del centro laboral.

Las políticas propuestas probablemente tendrían una mayor posibilidad de éxito si se integraran en un sistema local de salud que sea responsable por la evaluación de las necesidades de salud de la comunidad, la planeación de la entrega de los servicios, incluyendo su organización y financiación, y su coordinación con la comunidad ante la cual es responsable. Por lo tanto, los programas de atención primaria en salud, que siguen este postulado y los cuales han sido descuidados en la última década, deberían ser reconsiderados.

Bibliografía

- Aday, LA., Andersen, RM (1983), "Equity of Access to Medical Care: A Conceptual and Empirical Overview" En: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical Research, editor. *Securing Access to Health Care: The Ethical Implications of Differences in the Availability of Health Services*. Government Printing Office. Washington, DC, Estados Unidos.
- Aday, LA., Andersen, RM., Fleming, GV. (1980), *Health Care in the U.S.: Equitable for Whom*. Sage Publications. Beverly Hills.
- _____, Begley, CE., Lairson, DR., Slater, CH. (1993), *Evaluating the Medical Care System. Effectiveness, Efficiency, and Equity*. Health Administration Press. Ann Arbor.
- _____, Eichhorn, R. (1972), *The Utilization of Health Services: Indices and Correlates - A Research Bibliography*. DHEW Pub No.73-3003. Washington, DC. Estados Unidos.
- _____, Shortell, SM. (1992), "Indicators and Predictors of Health Services Utilization". En: SJ. Williams y PR. Torrens, editores. *Introduction to Health Services*. John Wiley and Sons. New York.
- Andersen, R., Aday, LA., Lyttle, C., Cornelius, L., Chen, M. (1987), *Ambulatory Care and Insurance Coverage in an Era of Constraint*. Pluribus Press. Chicago.
- Banco Mundial (1993), "Invertir en Salud". En *Informe Sobre el Desarrollo Mundial*. Washington, DC. Estados Unidos.
- Barco, V. (1988), "El Problema de Los Hospitales. Una Vía de Solución en el Marco del Sistema Nacional de Salud". En: V. Barco, ed. *Así Estamos Cumpliendo. Tomo X. Análisis y evaluación de la situación realizado por La Previsora S.A.*. Bogotá, Colombia. Presidencia de la República. Bogotá.
- Brown, ER. (1989), "Access to Health Insurance in the United States". *Medical Care Review*, 46(4):349-385.
- Carrasquilla, J.G., Arias, NL., Charry, LC., Gómez, OL. et. al. Documento en preparación. "Evaluación del Programa de Atención Primaria en Salud de la Fundación FES y la Fundación Antonio Restrepo Barco".
- Colombia: *Social Security Review*. 1987. World Bank Document No. 6540-CO.
- Committee on Monitoring Access to Personal Health Services. 1993. *Access to Health Care in America*. Institute of Medicine. National Academy Press. Washington, DC. Estados Unidos.
- Escobar, M.L. (1990), *Demand for Health Services in Colombia: The Choice of Provider by Women of Child Rearing Age*. Ph.D. Dissertation, Rice University. Houston.
- Freeburg, LC., Lave, JR., Lave, LB., et. al. (1979), "Health Status, Medical Care Utilization, and Outcomes. An Annotated Bibliography of Empirical Studies". DHEW Pub No. 80-3263. Washington, DC. Estados Unidos.
- Holahan, J., Berenson, RA., Kachavos, PG. (1990), "Area Variations in Selected Medicare Procedures". *Health Affairs*, (4):166-175.
- Hulka, BS., Wheat, JR. (1985), "Patterns of Utilization: The Patient's Perspective". *Medical Care*, 23(5):438-460.
- Maurana, CA., Eichhorn, RL., Lonquist, LE. (1981), *The Use of Health Services: Indices and Correlates - A Research Bibliography*. National Center for Health Services Research. Rockville.
- Molina, CG., Giedion, U., Rueda, MC., Alviar, M. (1994), "El Gasto Público en Salud y Distribución de subsidios en Colombia", En: *Estudio de Incidencia del Gasto Público Social*. Fedesarrollo, Departamento Nacional de Planeación. Bogotá.
- Ministerio de Salud Pública de Colombia, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (1972), *Métodos y Resultados. Estudio de Recursos Humanos en Salud y Educación en Colombia*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional para Programas Especiales de Salud, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (1973), *Estudio de Instituciones de Atención Médica. Recurso Institucional*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud (1994), *El Revolcón de la Salud*. Informe de Gestión 1993/1994. Bogotá, Colombia.
- _____(1994), *La Salud en Colombia. Diez años de información*. Bogotá, Colombia.
- Morgan, M. (1980), "Marital Status, Health, Illness and Service Use". *Social Science and Medicine*. 14A:633-643.
- Oróstegui, M. (1990), "Situación de Salud". En: F. Yepes, editores. *La Salud en Colombia. Estudio sectorial de Salud*. Ministerio de Salud/Departamento Nacional de Planeación. Bogotá, Colombia.
- Pabón, A. (1983), "Población y Mortalidad General. Volumen I: Morbilidad Sentida 1977-1980". Bogotá, Colombia.

- Estudio Nacional de Salud / Ministerio de Salud / Instituto Nacional de Salud.
- Pabón, A. (1991), *Demanda y Utilización de Servicios de Salud. Encuesta Nacional sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud*. Instituto Nacional de Salud / Ministerio de Salud. Bogotá, Colombia.
- _____. (1993), *Indicadores de salud y sus tendencias*. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia.
- _____, Rodríguez, E., Rico, J. (1984), *Demanda y Utilización de Servicios de Salud*. Estudio Nacional de Salud. Ministerio de Salud / Instituto Nacional de Salud. Bogotá, Colombia.
- Plan Decenal de Salud de las Américas* (1973), Informe Final de la Tercera Reunión de Ministros de Salud de las Américas. Santiago de Chile. OPS/OMS Doc No. 118. Washington, DC, Estados Unidos.
- Penchansky, R., Thomas, JW. (1981), "The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction". *Medical Care*, 19:127-140.
- Quevedo, E. (1990), "Análisis Sociohistórico". En: F. Yepes, editores. *La Salud en Colombia. Estudio sectorial de Salud*. Ministerio de Salud / Departamento Nacional de Planeación. Bogotá, Colombia.
- Ruíz, H., Torres J. (1990), Seguridad Social. Volumen I: *Características de la Población. Encuesta Nacional sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud: 1986-1989*. Bogotá, Colombia. Ministerio de Salud / Instituto de Seguros Sociales / Instituto Nacional de Salud.
- Schwartz, W., Newhouse J., Bennett, B., et. al. (1980), "The Changing Geographic Distribution of Board -Certified Physicians" *Journal of Medicine*. New England. 303:1032-37.
- US Preventive Services Task Force (1989), *Guide to Clinical Preventive Services. An Assessment of the Effectiveness of 169 Interventions*. Williams and Wilkins. Baltimore.
- Vivas, J., Tarazona, E., Caballero, C., Marrero, N. (1988), *El Sistema Nacional de Salud*. Fedesarrollo, Organización Panamericana de la Salud. Bogotá, Colombia.
- Yepes, FJ. (1990), *La Salud en Colombia*. Estudio Sectorial de Salud. Ministerio de Salud / Departamento Nacional de Planeación. Bogotá, Colombia.
- _____, Dávila, C., Velandia, F., Rodríguez, E., Sanchez, LH. (1986), *Estudio Nacional de Hospitales*. Universidad Javeriana. Comisión de Gastopúblico. Bogotá, Colombia.

FEDESARROLLO

FUNDACION PARA LA EDUCACION SUPERIOR Y EL DESARROLLO

FEDESARROLLO es una fundación privada, independiente, sin ánimo de lucro, dedicada a la investigación no partidista en los campos de economía, ciencia política, historia, sociología, administración pública y derecho. Sus principales propósitos son contribuir al desarrollo de políticas acertadas en los campos económico y social, promover la discusión y comprensión de problemas de importancia nacional, y publicar y difundir análisis originales sobre fenómenos económicos y sociopolíticos, nacionales y latinoamericanos que sirvan para mejorar la calidad de la educación superior.

El Consejo Directivo es responsable de vigilar por la adecuada marcha de la administración de la institución y de trazar y revisar los objetivos generales de la fundación. La administración de los programas, del personal y de las publicaciones corre por cuenta del director ejecutivo, quien es el representante legal de la fundación. El director y el editor de *Coyuntura* asesorados por un comité interno de publicaciones tienen la responsabilidad de determinar qué trabajos se publican en *Coyuntura Económica* o en forma de libros o folletos de la institución. La publicación de un trabajo por FEDESARROLLO implica que éste se considera un tratamiento competente de un problema y por lo tanto un elemento de juicio útil para el público, pero no implica que la fundación apoye sus conclusiones o recomendaciones.

FEDESARROLLO mantiene una posición de neutralidad para garantizar la libertad intelectual de sus investigadores. Por lo tanto, las interpretaciones y las conclusiones de las publicaciones de FEDESARROLLO deben considerarse exclusivamente como de sus autores y no deben atribuirse a la institución, los miembros de su Consejo Directivo, sus directivos, o las entidades que apoyan las investigaciones. Cuando en una publicación de FEDESARROLLO aparece una opinión sin firma, como es el caso del análisis coyuntural en la revista de la institución, se debe considerar que ésta refleja el punto de vista del conjunto de investigadores que están colaborando en la institución en el momento de la publicación.

EDITORIAL

INDICADORES SOCIALES

- I. Indicadores de Empleo
- II. Indicadores de Encuesta Social

ANALISIS COYUNTURAL

El sistema de seguridad social en salud: logros y retos

INFORMES DE INVESTIGACIÓN

Desarrollo institucional del sector salud en Bogotá

Ursula Giedion

Héctor Raúl López S.

John Alberto Marulanda R.

Decisiones: sexo y embarazo entre las jóvenes colombianas

Alejandro Gaviria U.

Efectos de la reforma en salud sobre los hospitales públicos:
el caso de Bogotá

Ursula Giedion

Luis Gonzalo Morales F.

Olga Lucía Acosta N.

¿Sobre quien ha recaído el peso de la crisis?

Alejandro Gaviria U.

INFORME ESPECIAL

Acceso a servicios de salud en Colombia: efectos del ingreso y de la
disponibilidad de proveedores sobre el uso de servicios médicos

Teresa Tono R.