

# Cobertura en salud y la crisis económica de 1999: así ocurrió en el Caribe Colombiano

Jorge Luis Navarro España\*  
jnavarro@ocaribe.org

## RESUMEN

*La crisis económica de 1999 dejó secuelas sociales en el país. En el caso particular de la Costa Caribe, los efectos de esta sobre la cobertura en salud dependieron de las estructuras social y económica de cada departamento. El papel que cumple cada uno de los regímenes (contributivo y subsidiado) dentro del sistema de cobertura en salud, se constituye en uno de los elementos centrales de este documento.*

*Si hubo flujos de movimientos desde el régimen contributivo al subsidiado, es posible que la población trasladada se quede en el régimen subsidiado, aún cuando recupere la condición laboral para estar en el contributivo nuevamente. Esto generaría una situación de riesgo moral. La principal enseñanza en términos de política pública es que esta situación pone en peligro la viabilidad del sistema de salud, ya que obedece a principios contrarios al diseño del sostenimiento del mismo.*

**Palabras Claves:** Cobertura en salud, crisis económica, Costa Caribe.  
**Clasificación JEL:** I10 I18.

---

\*\* Economista, Magister en Gestión y Políticas Públicas. Investigador asociado del Observatorio del Caribe Colombiano y docente catedrático de la Universidad Tecnológica de Bolívar y la Universidad de Cartagena. Se agradecen las valiosas observaciones de un evaluador anónimo, así como las de Jorge Quintero. Lo expresado aquí solo compromete al autor del documento, y en ningún caso a las entidades para las que labora el autor. Para obtener una copia electrónica de este documento, solicítelo a joelmaas@yahoo.es o a jnavarro@ocaribe.org

## INTRODUCCIÓN

La crisis económica que vivió el país entre 1999 y 2002 (solo a partir de este último año hay signos de reactivación) ha sido la más severa en la historia reciente de Colombia. Una buena parte de los indicadores sociales del país se deterioraron de manera drástica, reflejo de esto fue el aumento de la pobreza, el incremento de la tasa de desempleo, la baja del ingreso medio y el aumento de la población subsidiada en salud. Hasta el momento, la mayor parte de las evaluaciones<sup>1</sup> de los efectos de la crisis se han centrado en los temas laborales y de ingresos. El propósito de este documento es hacer una aproximación a los efectos que pudo generar la crisis de 1999 en la cobertura en salud de la Costa Caribe.

Si bien hay problemas con la información, (hay pocos datos desde 1997 hacia adelante en las autoridades competentes)<sup>2</sup> se hace uso de herramientas básicas de estadísticas para extraer algunas conclusiones al respecto. El documento está dividido en cuatro secciones. En la primera se hace un recuento de la situación social en Colombia después de la crisis. En la segunda se exponen consideraciones teóricas de la salud y la economía desde el punto de vista micro y macroeconómico. En la tercera se analizan los hechos de cobertura en salud de la Costa Caribe mediante estadística descriptiva y conceptos básicos de economía y se finaliza con una sección de conclusiones.

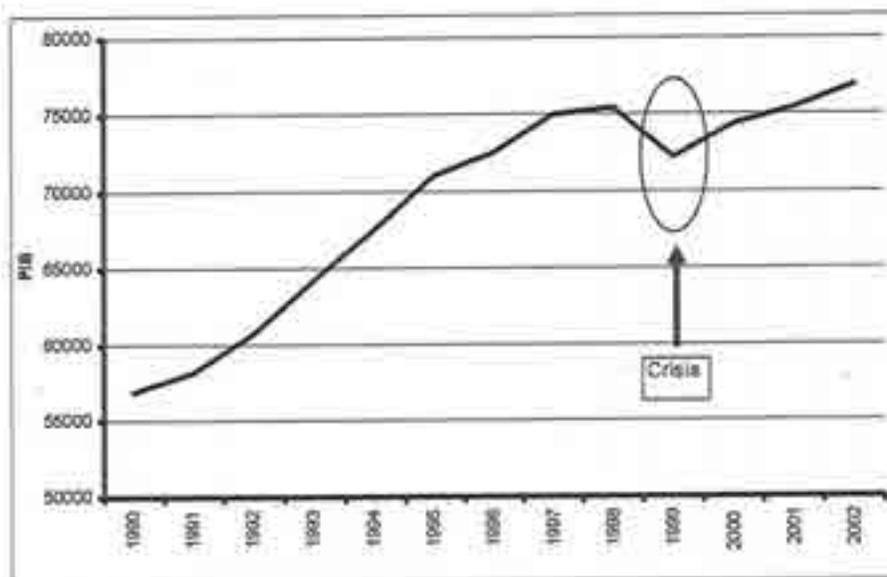
<sup>1</sup> Los documentos donde están contenidas estas evaluaciones se referencian en la siguiente sección.

<sup>2</sup> En la actualidad el Ministerio de Protección Social trata de mantener un sistema de estadísticas de todo el sector. Antes de este, la información disponible estaba manejada por la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Salud a través de boletines.

## 1. LA CRISIS ECONÓMICA DE 1999 Y LA CUESTIÓN SOCIAL EN COLOMBIA

La crisis económica de 1999 ha sido la más severa de la historia reciente de Colombia. A raíz de ello, muchos de los indicadores sociales de Colombia sufrieron un retroceso considerable. Luego de una década de crecimiento sostenido, en 1999 la economía sufrió una caída de más cuatro puntos porcentuales en la senda observada del PIB(4,2%).

Gráfico 1.  
PIB Real de Colombia 1990-2002.  
(Miles de Millones de 1994)



Fuente: Cálculos del autor con base en DANE.

Este hecho, tuvo consecuencias graves sobre el desempeño y resultado del sector social en Colombia. Según Baldión (2001), la situación de pobreza en el país medida por diferentes índices presentó retrocesos que podemos calificar de no despreciables. En la tabla siguiente se muestran los cambios más importantes en los indicadores de pobreza del país.

Tabla 1.  
Principales Indicadores de Pobreza en Colombia.  
1994 y 2000.

	1994	2000
Índice de Pobreza	56,7	59,8
Índice de Intensidad de la Pobreza	0,47	0,503
Índice de Severidad de Pobreza	0,154	0,187
Índice de Sen	0,356	0,397

Fuente: Baldión (2001)

El porcentaje de personas pobres aumentó en el país hasta casi el 60% entre 1994 y 2000. Así mismo, la distancia que separa a ese porcentaje de personas del límite monetario por encima del cual dejan de ser pobres aumentó 3 puntos porcentuales. Es decir, en 1994 el ingreso medio de una persona pobre estaba 47% por debajo del ingreso límite a partir del cual abandonaba dicha condición. En 2000, esa distancia aumentó a 50%.

A su vez, entre 1994 y 2000, la desigualdad se incrementó entre los mismos pobres. Es decir, entre los pobres hay algunos que están más cerca de la línea de pobreza, mientras que hay otros muy lejos de ella. Cuando el índice de severidad de pobreza aumenta, significa que los pobres más pobres están en peor condición en 2000 respecto a los pobres menos pobres, si se compara esta misma situación respecto a la de 1994 (el índice aumentó 3,3 puntos porcentuales). Este resultado es corroborado con la interpretación del índice de Sen. Cuando el valor de este tiende a cero, la situación de los más pobres se mejora. Como el índice aumentó de 0,356 a 0,397, los pobres en peor condición en 2000 desmejoraron su situación comparada con la de 1994.

Baldión señala también efectos en otros aspectos. Respecto a la tenencia de vivienda, el porcentaje de propietarios disminuyó 4% entre 1996 y 2000. Asimismo, la asistencia escolar se resintió con mayor fuerza en las zonas urbanas que en las rurales. En un hecho importante, el empleo asalariado disminuyó en más de 10% su participación en la composición de la población ocupada del país (de 58% a 48%, mientras que la de trabajadores por cuenta propia aumentó en 11,1% (de 28,4% a 39,5%). En lo referente al desempleo, entre 1994 y 2000 las tasas femenina y masculina aumentaron en "más de 12%" y "algo menos de 10%" respectivamente (Ibid.). Este hecho afectó

negativamente la probabilidad de la mujer de conseguir empleo remunerado<sup>3</sup>.

En el campo de la salud<sup>4</sup>, entre 1991 y 1999, el gasto público como porcentaje del PIB pasó de 1,1% a 3,5% (Karl, 2000). A pesar de ello, aún subsisten problemas en los avances de cobertura en salud del país. Revisando las cifras mostradas en dos números de la revista Dinero<sup>5</sup> se deduce que el ritmo de crecimiento de la población cotizante se disminuyó a causa de la crisis económica<sup>6</sup>. Trabajando sobre datos de la edición del 13 de octubre de 2000 se deduce que mientras entre 1995 y 1997 los cotizantes crecieron 63% entre 1997 y 2000 solo crecieron 0,67%. A pesar de ello, quizás no todas las causas de este comportamiento son atribuibles a la baja económica de ese año.

En la edición de 19 de septiembre de 2003 de la misma revista se dice que según cálculos del Ministerio de Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y la Organización Panamericana de la Salud en 2002 había 18,6 millones de personas no afiliadas al sistema de salud, representando un potencial de mercado que el desempleo y la crisis económica no habían dejado traducir en más usuarios. Así pues, la crisis económica a través del desempleo y los menores ingresos afectaba el funcionamiento del sistema de seguridad social en salud del país.

La crisis económica golpeó a los indicadores de salud de diferentes formas. Citando a Acosta et al (2004):

"es necesario aclarar que la crisis afectó de distintas formas al SGSSS.

<sup>3</sup> La crisis afecta en especial la probabilidad de la mujer de obtener un empleo remunerado. El desempleo femenino urbano crece en más de 12 puntos entre 1994 y 2000, el de los hombres, siendo también extremadamente grave, lo hace en poco menos de 10 puntos. Llaman la atención el enorme incremento y las altas tasas de desempleo de las mujeres en sector rural que alcanzan 19% en 2000 y así cuadruplica el de los hombres. El problema se origina por falta de oportunidades de trabajo asalariado para la mujer en esta zona, lo que, a su vez, contribuye a explicar el éxodo de ellas hacia las grandes ciudades" (Baldón, 2001). La lectura del documento de Baldón provee un buen panorama de las principales implicaciones de la crisis sobre el panorama social del país.

<sup>4</sup> Lo que se desarrolla desde aquí hasta el final de esta sección es un recuento de los principales trabajos que sobre la relación entre la crisis económica de 1999 y el sector salud han sido desarrollados en el país. En la mayoría de estos trabajos, no han contrado en esta relación el objetivo único o principal de las investigaciones. La literatura revisada muestra que en general, se han propuesto evaluar los efectos de la crisis económica sobre diferentes frentes sociales, por lo que la evaluación de la crisis sobre la salud es solo un objetivo conexo. En otro tipo de trabajos aunque están centrados en el tema de la salud, el efecto de la crisis sobre el sector también es un objetivo que ayuda a la evaluación de un macro objetivo (sostenimiento financiero del sistema de salud, evaluación de la descentralización, entre otros) A nivel internacional existe el trabajo de realizado para la Argentina por Cavallo en 2003. Este documento es referenciado en la sección lib.

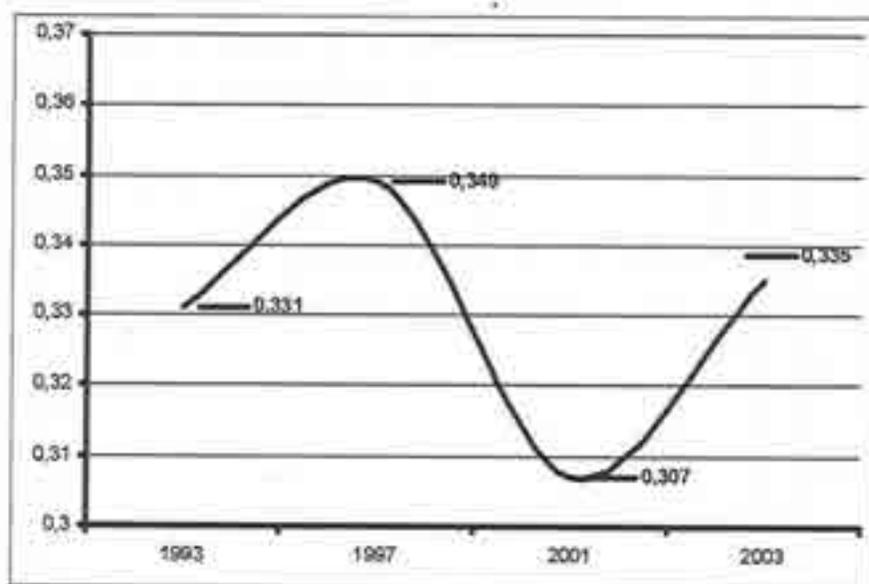
<sup>5</sup> Revista Dinero, "Colombia, modelo mundial de salud", 13 de octubre de 2000. Revista Dinero, "Cuidados intensivos", 19 de septiembre de 2003.

<sup>6</sup> A igual conclusión se llega en Acosta et al (2004:33) y Bitrán y Asociados-Econometría-ESAP (2001), referenciado en el primero de los documentos citados en este pie de página.

En primer lugar, el descenso en las tasas de crecimiento económico y su duración se manifestaron en una reducción o en un ritmo débil de crecimiento de los cotizantes, por el aumento del desempleo en que se manifestó la crisis. En segundo lugar, con la ECV 2003, se ha calculado la reducción del ingreso de las familias desde 1997, el cual alcanza una caída superior al 25%, lo que se expresa en menores ingresos para el régimen contributivo. En tercer lugar, tanto el mayor desempleo como la reducción de los ingresos laborales de las personas disminuyen su aporte directo al régimen subsidiado e, indirecto a través de los impuestos que constituyen otra fuente de financiamiento para la salud de los más pobres.”

Lo que confirma que los cotizantes crecieron a un menor ritmo en el periodo de la crisis, y que la baja en los ingresos al afectar el recaudo de cotización, afectó la viabilidad financiera del sistema. Según estos autores, el desempleo, que en los momentos más duros de la crisis alcanzó tasas superiores al 20%, redujo la población afiliada en más de 10%. En el siguiente gráfico se observa el porcentaje de personas de la población ocupada que cotiza efectivamente en el sistema de salud.

Gráfico 2.  
Relación Cotizantes/Ocupados en Colombia 1993-2003.



Fuente: Acosta, et al (2004)

Después de una tendencia creciente entre 1993 y 1997, el indicador estudiado cayó significativamente al pasar a 2001. Luego, en 2003 hay una recuperación, pero se puede intuir que la precariedad de los empleos que se crearon a partir de ese año no permitió una recuperación en los niveles de este cociente semejante a los registrados en 1997.

Luego de este panorama, es claro que la crisis económica de 1999 afectó de manera contundente los indicadores sociales del país. Específicamente, en salud es posible que la situación haya obligado a algunos cotizantes a retirarse del sistema dejando en posición de vulnerabilidad a este y las personas que dependían económicamente de ellos. En este punto específico, Baldión<sup>7</sup> señala que los empleados asalariados (la mayor parte de ellos en el sector formal) disminuyeron su participación en el total de ocupados en aproximadamente 852 mil personas durante la crisis. En tanto, los ocupados por cuenta propia aumentaron en 2,2 millones y sufrieron una gran pérdida de sus ingresos en términos reales<sup>8</sup>. Luego, se puede esperar que esta conjunción de hechos afectase negativamente la posibilidad de afiliarse al sistema contributivo de salud a los trabajadores por cuenta propia.

En el informe "Bien-estar: macroeconomía y pobreza" (CID-CGR, 2004)<sup>9</sup> nos recuerdan que:

"La cobertura total también supone que todos los que tienen algún ingreso hacen parte del régimen contributivo. Pero los requisitos de acceso y al forma de pago están diseñados para que accedan únicamente quienes tengan contrato de trabajo asalariado, mientras la situación para los "cuenta propia" es difícil y gravosa".

El sistema de salud en Colombia permite que la mayor probabilidad de acceso a cobertura la tengan quienes poseen un empleo asalariado y estable. Esta misma situación es advertida en Restrepo y Salazar (2002), Informe Harvard (1995)<sup>10</sup>,

<sup>7</sup> Op. Cit.

<sup>8</sup> "Independiente que se tome como año de referencia el 96 o el 98, lo que en general se observa es una disminución del ingreso real de los obreros y empleados particulares (-4% en el período 96-2000 y -13% para 98-2000), una ganancia para los obreros y empleados del gobierno (21% y 11%, respectivamente), una gran pérdida para los trabajadores por cuenta propia y patrono y empleadores (20% y 15%, para los primeros y 9% y 20%, para los segundos)", (Ibid.).

<sup>9</sup> Consultoría realizada por el Centro de investigaciones para el desarrollo (CID) de la Universidad Nacional para la Contraloría General de la República.

<sup>10</sup> Citado en Acosta et al (2004)

y en Giedion y Wällner (1996)<sup>11</sup>. Es decir, el sistema de cobertura de salud colombiano está diseñado para que puedan acceder al mismo las personas que están vinculadas formalmente a la economía y las personas pobres. Los que son trabajadores informales o independientes deben ingresar al sistema de manera voluntaria y autofinanciarse.

Si bien es cierto que es de interés de las personas cubrirse contra el gasto que ocasionaría el riesgo de perder la salud, también no es menos cierto que la cobertura en salud tiene la característica de un bien meritario. Es decir, aquellos bienes cuyos beneficios derivados del consumo no son valorados en su total dimensión por los demandantes<sup>12</sup>. Debido a ello, en este tipo de bienes se presenta un sub-consumo social. Esta situación de demanda por debajo del óptimo social tiende a persistir en ausencia de la intervención del Estado.

También se añade en CID-CGR (Ibid.) que las elasticidades ingreso y precio de los servicios médicos y farmacia cambiaron al pasar de 1997 a 2003. La elasticidad precio de estos bienes pasó de -0,44 a -0,91 y la elasticidad ingreso de 0,84 a 2,04. Allí se califica de preocupante estos resultados ya que frente a la caída de los ingresos los hogares reaccionaron reduciendo el consumo de bienes básicos. El agravante adicional en el caso de la salud es que "el sacrificio en los gastos de salud y educación generan mayor presión sobre los cupos públicos y el régimen subsidiado. Estas formas de responder a la crisis afectan negativamente la calidad de vida de la población". Con base en ello, es claro que la baja en los ingresos de las familias, obligaron a estas a disminuir los gastos en servicios de salud y por ende las llevó a refugiarse en el sector subsidiado de la salud, con la consecuente presión sobre las finanzas públicas, como ya se anotó.

Hechas estas consideraciones, lo que se propone en este artículo es indagar de qué manera afectó la crisis económica a la posibilidad de que las personas pudiesen contar con la afiliación al sistema general de salud. En particular esta pregunta se responderá para el caso de La Costa Caribe. Si bien la respuesta esperada a este interrogante puede ser apenas lógica, es importante identificar los factores que, una vez se dio la crisis, intensificaron o minimizaron su efecto

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> Esta no valoración se debe a problemas de racionalidad limitada y a la llamada "miopía del consumidor" principalmente.

sobre la probabilidad de ocurrencia de este suceso. Esta pregunta resulta pertinente como apoyo en cursos de acción de política pública en el futuro.

## 2. Consideraciones teóricas acerca de la decisión de cobertura en salud.

### a. Perspectiva microeconómica

La teoría económica intenta explicar el comportamiento de las personas desde una perspectiva racional. Esto se entiende como un proceso mediante el que los individuos ordenan sus cursos de acción y los evalúan mediante una contraposición de los beneficios y costos que implicarán dichas acciones. De esta manera llegan a una decisión: si los beneficios son mayores que los costos realizan la acción, en caso contrario, prefieren no realizarla.

Así, la economía ha explicado diversos aspectos de la vida social con este instrumental analítico<sup>12</sup>. Dentro de estas actividades que la economía ha intentado explicar se encuentran las relacionadas con la salud de las personas. En esta perspectiva, la salud es vista como un bien dentro de la canasta de consumo de las familias<sup>13</sup>, donde estas intentan maximizar (sacar el máximo provecho) del gasto que realizan en salud (visitas al médico, compra de medicinas, actividades de prevención, entre otros)<sup>14</sup>. Así, las familias deben resolver la mejor manera de asignar su presupuesto a los diferentes gastos que tiene que atender.

Los modelos microeconómicos plantean que el uso de los servicios está en relación con la demanda de salud. Esta se considera una forma de capital humano en la que los individuos pueden invertir, y al hacerlo, estos pueden aumentar sus capacidades como productores y como consumidores, invirtiendo en ellos mismos. Esta idea es de común aceptación en la economía teórica (la inversión en capital humano incrementa la productividad en el mercado y fuera del mercado). Grossman (1972) señala que la acumulación de capital salud influye sobre el tiempo de vida que se puede dedicar a producir ingresos y bienes. De esta manera, hay una inter-relación entre los

<sup>12</sup> El economista más prolífico en este aspecto ha sido Gary Becker, quien ha abordado una variada gama de temas que van desde el matrimonio y la fertilidad, pasando por las actividades criminales, hasta llegar a aspectos como la educación y el uso del tiempo.

<sup>13</sup> Lo que no implica que se esté conceptualizando de manera mercantilista el estado de salud de las personas.

<sup>14</sup> Al respecto hay que aclarar que en economía, la salud tiene una doble naturaleza. Por un lado es una inversión y por otro lado es un gasto en consumo.

roles que como inversores y consumidores en salud cumplen las personas en el transcurso de su vida.

Para el citado autor, la inversión en salud hace incurrir en un costo que comprende erogaciones en efectivo y el costo de oportunidad del tiempo. De allí que la cantidad óptima de inversión esté determinada por estos dos factores. Basándose en que la demanda de servicios de salud es una derivación de la salud misma, construye los siguientes supuestos:

- Los individuos nacen con un acervo inicial de salud que se deprecia a medida que pasa el tiempo a una tasa creciente<sup>11</sup>.
- No obstante, la salud puede incrementarse por medio de la inversión en los servicios de salud.
- Cuando el capital salud declina por debajo de un nivel umbral, el individuo muere.

De lo anterior se concluye que la edad influye en la tasa a la que se deprecia el capital salud, en tanto que las variaciones en el ingreso tienen dos efectos:

- El incremento del salario, supone el incremento del costo de los días en que el individuo está enfermo.
- Dado que la producción de salud conlleva un uso del tiempo del individuo, el incremento del ingreso acrecienta el costo de producir salud.

Phelps y Newhouse (1973)<sup>12</sup> modifican el modelo de Grossman suponiendo que los servicios de salud no son homogéneos e incorporan el efecto de la existencia de seguros por gastos médicos en la demanda de servicios de salud. Estos autores también introducen los efectos de calidad proponiendo que los diferentes servicios tienen diferente productividad. El trabajo de Phelps y Newhouse es pionero en el análisis de los efectos de los seguros en salud sobre la demanda de servicios médicos.

Según la teoría del consumidor, los individuos actúan como agentes maximizadores de la utilidad. De esta manera se espera que el seguro de salud

<sup>11</sup> Lo que significa que hay una dotación inicial en salud que se adquiere genéticamente o por herencia.

<sup>12</sup> Referenciado en Arredondo y Meléndez (1992).

elegido por el consumidor se corresponde con un acto racional en el sentido que la escogencia observada es aquella con la que alcanza el máximo de satisfacción<sup>17</sup> entre todas las opciones a su disposición.

Si existe un consumidor  $i$  que se enfrenta a  $j$  alternativas, la utilidad de la escogencia  $j$ -ésima es  $U_{ij}$ . Si ello es cierto, respecto a cualquier alternativa  $k$ , de tal modo que  $K_j$ , se cumplirá que  $U_{ij} > U_{ik}$ , y se espera que el consumidor  $i$  siempre elegirá la alternativa  $j$  a la  $k$ , de no mediar cambios en las preferencias, los ingresos o los precios de los bienes o servicios. En el contexto de los seguros de salud, las anteriores condiciones implican que la situación de cobertura que se observa en cualquiera de los individuos de una economía debe corresponder de manera estricta a la que maximiza su utilidad entre las alternativas disponibles<sup>18</sup>.

Así, las personas deciden hacer un gasto en salud, compatible con la mejor asignación de gasto respecto a los otros bienes. No obstante, aquí surge una dificultad. El gasto en salud puede ser preventivo o curativo y este último sólo se da cuando media la presencia de enfermedades. A diferencia de lo que ocurre con la compra de otros bienes (cuyo gasto las familias pueden planear de acuerdo a los precios de estos, las preferencias y las restricciones de ingreso), de los dos tipos de gastos en salud solamente uno puede ser planeado, el preventivo, mientras que el curativo no. La razón de esto radica en que el suceso que induce el gasto -la enfermedad- no puede ser previsto.

El hecho que la enfermedad sea un suceso incierto, hace que el gasto también lo sea. En primera medida la incertidumbre se deriva del hecho de no saber cuando será necesario realizar dicho desembolso, pero también del hecho que tampoco puede saberse el monto del mismo. Si la siniestralidad patológica es muy drástica el gasto será mucho mayor en comparación con un suceso de menor gravedad. Así mismo, otros factores como la duración de la enfermedad, la experticia y conocimientos del médico y la eficacia del tratamiento, afectan el monto a gastar<sup>19</sup>.

<sup>17</sup> Una vez que ha considerado sus restricciones.

<sup>18</sup> Pero como se dice en Marchionni (1998), "(...) hay un alto porcentaje de la población que hace reducido o nulo ejercicio de la elección. Ciertos miembros dentro de una familia 'arrastran' a otros en sus decisiones y, por otra parte, una gran proporción de la población queda atrapada por la obligatoriedad de las obras sociales. Esto limita la posibilidad de interpretar la cobertura observada como el resultado de la elección de un individuo.

<sup>19</sup> La mayor parte de estos argumentos están contenidos en Arrow (1963).

Debido a estas situaciones, la mayor parte de los Estados obligan a sus ciudadanos a consumir seguros obligatorios en salud (afiliación a EPS en el caso de Colombia). En este sentido, el consumo en salud tiene las características de un bien meritario. Si no se obligase a las personas a consumirlo habría un consumo sub-óptimo socialmente. Considerando algunos factores (grado de rechazo o adherencia al riesgo), algunas personas preferirán no hacer el gasto<sup>20</sup>.

La solución al problema no resulta fácil. Cutler y Zeckhauser (1999) hacen una descripción completa de los problemas que conlleva la implementación de los seguros de salud: riesgo moral, acción oculta, problema agente-principal, selección adversa, diseño de los sistemas de co-pago entre otros aspectos. Estas situaciones son inducidas principalmente por dos hechos fundamentales: Las personas incurren en la práctica del sobre uso del seguro, una vez que disfrutan de su cobertura y los oferentes de salud inducen la demanda más allá de lo necesario. El primer aspecto se refiere a que los asegurados hacen uso del seguro muchas más veces respecto a la situación en la que ellos encararían el pago completo de los tratamientos. El segundo aspecto se refiere al hecho que los oferentes de salud harán que los asegurados vayan más de las veces necesarias a consulta ya que de ello dependen sus beneficios. Las dos circunstancias descritas atentan contra la viabilidad financiera del sistema de seguro en salud.

Existen además otras circunstancias relacionadas con el diseño de un sistema de seguro de salud óptimo. El otro problema principal está relacionado con la selección adversa que se suscita para los intermediarios del sistema (Cutler y Zeckhauser, 1999). Este problema, identificado de manera general por Akerlof (1970), consiste en que los intermediarios del mercado de salud (EPS en el caso colombiano) tienen más probabilidad de tranzar con los individuos más riesgosos para ellos desde el punto de vista financiero. Es decir, las personas que tienden a asegurarse son aquellas que saben que tienen problemas congénitos, que pertenecen a grupos riesgosos, o que padecen alguna

<sup>20</sup> Como ya se dijo, el consumo de un bien meritario es más bajo de lo que socialmente es conveniente debido a que las personas tienen problemas para percibir todos los beneficios que les reportaría el consumo del mismo. Este es el ejemplo de las campañas de vacunación, los seguros contra accidente, los cinturones de seguridad en los automóviles, los cascos en las motocicletas, la educación, entre otros, entre otros.

enfermedad. Como el negocio del intermediario consiste en solventar los gastos de uso del seguro con los pagos hechos principalmente por los grupos que no hacen uso reiterado del mismo, la excesiva presencia de grupos que inducen sobrecostos arriesga el sostenimiento de la actividad.

En Colombia, la ley obliga a todas las personas que están vinculadas a la economía formal en calidad de empleado a hacer parte del seguro. Se parte del hecho que el asegurado está generando ingresos que se pueden usar para cubrir parte de la prima periódica del seguro. La parte restante es asumida por el empleador. Además, existe la opción para los trabajadores independientes de cotizar voluntariamente y por tanto que ellos asuman la totalidad de la prima periódica. Para las personas que no pueden cubrir estos pagos, existe la vinculación asistencial por parte del Estado.

De lo expresado en el párrafo anterior se deduce que para los empleados y para los cotizantes por cuenta propia, la disminución o desaparición de sus ingresos puede llevarlos a salir del sistema de seguridad social en salud. Por ello es posible que durante las crisis económicas, una buena proporción de la población quede por fuerza del sistema, generando emergencias sociales desde el punto de vista de la salubridad.

## **B. Perspectiva macroeconómica**

¿Cómo las crisis económicas afectan a las decisiones de cobertura en salud? Como ya se sugirió en el apartado anterior, las crisis económicas disminuyen los ingresos medios de los habitantes. Como los consumidores se enfrentan a gastos ciertos (vivienda, alimentos, entre otros) y gastos inciertos (salud), estos preferirán suprimir los gastos inciertos para poder atender los ciertos ante la disminución de los ingresos.

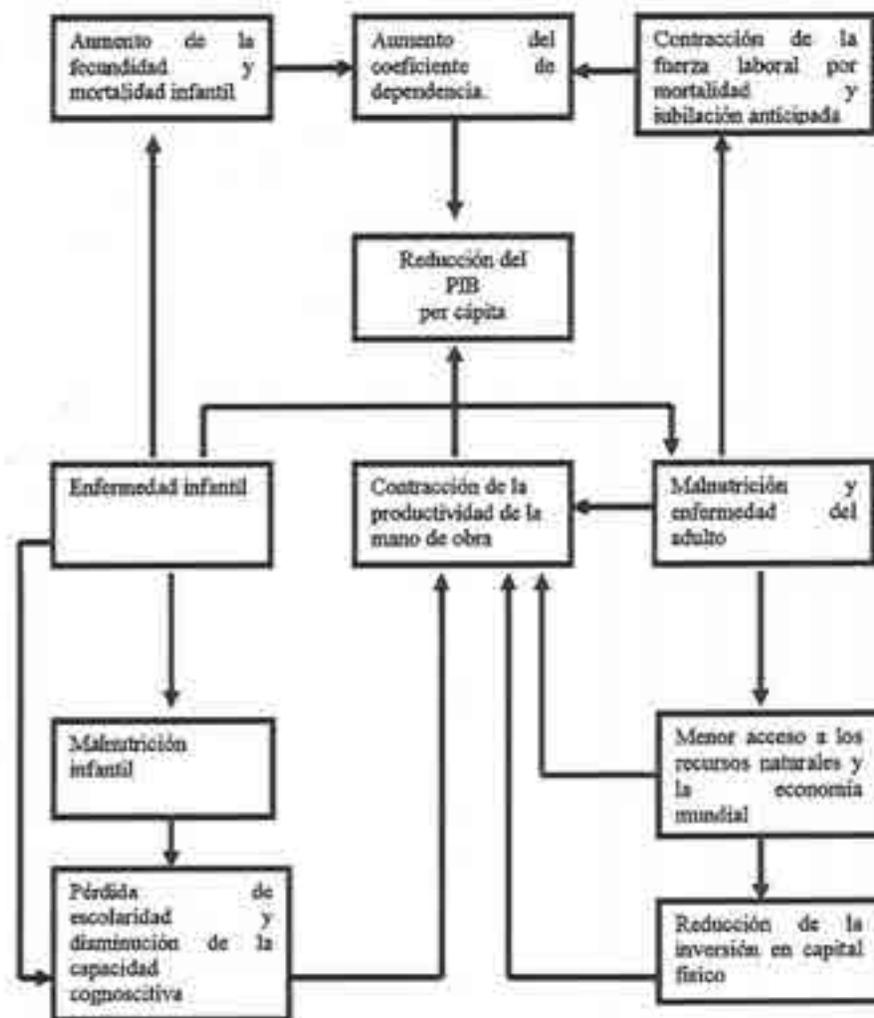
Es decir, existe una relación entre la fluctuación del PIB y la decisión de cobertura en salud. Adicionalmente, hay otras relaciones entre el PIB y los indicadores de salud de una sociedad. Bloom et al (2004) realizan una descripción bastante sintetizada de la forma en que un buen estado de salud impulsa el crecimiento del PIB. Sus puntos principales se pueden resumir en:

- Las personas ahorran más sólo si una alta esperanza de vida posibilita disfrutar de los beneficios de esta decisión hacia el futuro.

- La buena salud (o poca propensión a enfermarse) alienta la inversión extranjera directa, - a una conclusión similar llega Sachs (2003)-.
- Un buen estado de salud impulsa la educación y por esta vía, se puede esperar un mayor crecimiento hacia el futuro como consecuencia de la acumulación de capital humano.

Si bien en este documento se revisa el efecto que tuvo la crisis económica sobre la cobertura de salud y lo referenciado de estos autores muestra la causalidad en sentido contrario (salud sobre crecimiento del ingreso), en otro aparte del mismo texto, ellos reconocen que esta causalidad puede ser de doble vía, y que ello aún no se ha definido. Posteriormente concluyen que esta doble vía puede contribuir a formar círculos viciosos o virtuosos. A continuación se muestra un esquema de las relaciones y efecto entre la salud y las variables macroeconómicas.

Figura 1.  
Vínculos de la salud y PIB.



Fuente: Rogot, Jamison y Bloom (2001). Referenciado en Bloom et al. (2004).

Vista esta relación entre PIB y salud (o viceversa), las mismas conclusiones pueden extenderse a las fluctuaciones (o cambios de estado, en el caso de la salud) de estas variables. De hecho, para el caso colombiano, Cárdenas (2000) sostiene que las fuentes de recursos del régimen subsidiado dependen en gran

medida del desempeño macroeconómico del país y que es necesario buscar mecanismos anti-cíclicos para disminuir dicha vulnerabilidad.

De otro lado, por teoría macroeconómica básica sabemos que las fluctuaciones del PIB llevan a fluctuaciones de las principales variables macroeconómicas, comprendido allí el consumo. Como ya dijimos, hay consumos que tienen el carácter de ciertos y otros que tienen el carácter de inciertos (gasto en salud). La teoría del ingreso permanente predice que ante cambios en los niveles de ingreso esperado, los agentes ajustan el consumo o lo mantienen constante, dependiendo de si el cambio en el ingreso esperado proviene de componentes permanentes o transitorios<sup>21</sup>.

Una extensión de este razonamiento podría aplicarse cuando la disminución del ingreso tiene que ser acompañada de una disminución del consumo. Y como este último tiene componentes ciertos e inciertos, probablemente los primeros ajustes de parte de los agentes deben recaer sobre el componente incierto, dependiendo del grado de aversión al riesgo. Aún con agentes neutros o aversos al riesgo, la casi imposibilidad de no poder esquivar los gastos que regularmente se hacen (vivienda, alimentación) debe llevar a estos a priorizarlos sobre los inciertos<sup>22</sup>.

De esta manera es posible esperar que los trabajadores independientes, que cotizan voluntariamente, decidan no cubrir el seguro transitoriamente mientras aumenta el ingreso de nuevo- o que los asalariados al perder sus empleos pierdan la cobertura del seguro. Consecuentemente, la no cobertura en salud en algunos casos llevará al no tratamiento de enfermedades o a paliativos parciales, con repercusiones en capital humano y productividad hacia el futuro.<sup>23</sup>

<sup>21</sup> Es decir, si el cambio en el ingreso proviene de un alza de sueldo (que es un ingreso permanente) o de una ganancia ocasional como una rifa, lotería, entre otros. Ver Mankiw (2004).

<sup>22</sup> Recordéndonos los hallazgos sobre el comportamiento de gasto en salud y educación de las familias ante los cambios en el ingreso. La conclusión hecha en CID-CGR (2004) es que las familias disminuyeron sus gastos en estos rubros ante la baja en los ingresos producto de la crisis de 1999.

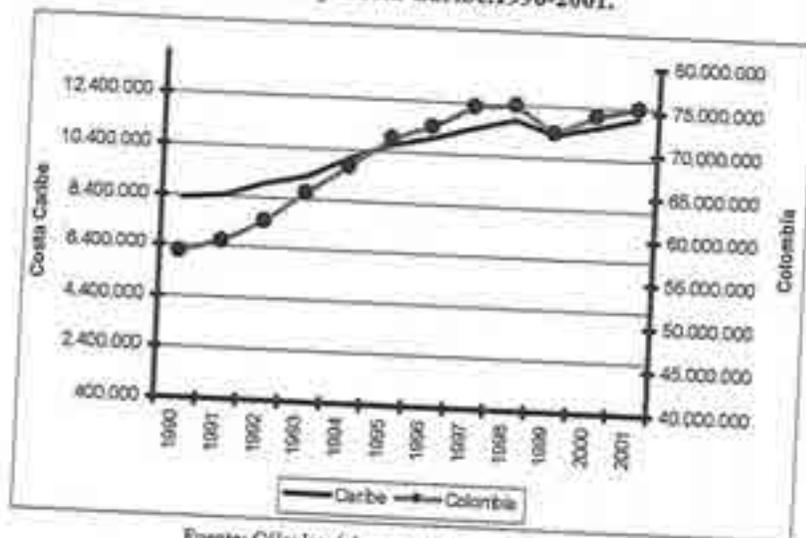
<sup>23</sup> Cevallos (2003) hace un recuento en el caso de Argentina de los posibles efectos de la crisis de 2001 en ese país sobre algunas variables de salud: Pérdida de las ganancias en salud obtenidas durante años; Riesgo de aparición de brotes de enfermedades emergentes y re-emergentes; Aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad en poblaciones vulnerables tales como niños, mujeres embarazadas y ancianos; Deterioro de la infraestructura de los servicios de salud debido a la falta de mantenimiento e inversión; Incremento del costo social en salud al exigirse mayores gastos de bolsillo a los habitantes para poder atenderse en el sistema; Aumento de la exclusión social en salud de la población más deprimida económicamente; Creciente demanda en salud mental por la carencia de servicios comunitarios.

Si esto ocurre, en el caso colombiano las personas que caigan en esta condición podrían pasar al régimen subsidiado (previa consideración y cumplimiento de algunas condiciones del hogar y sus integrantes). Una vez que las personas vuelvan a encontrar empleo, es posible que no vuelvan a pasarse al régimen contributivo para evitar el pago del seguro obligatorio. Es decir, hacia el futuro podría darse una situación de riesgo moral. Si ello ocurre, se pone en peligro el sistema contributivo y el subsidiado. Al sistema contributivo porque estarían cotizando menos personas que las que lo tendrían que hacer. Al régimen subsidiado porque se les disminuye los aportes que se les hace desde el régimen contributivo y se les recargaría con personas que están en disposición de acceder al sistema de salud por la modalidad contributiva. Hechas estas consideraciones, se analizan los hechos de la cobertura en salud para la Costa Caribe.

### 3. HECHOS DE LA COBERTURA EN SALUD EN EL CARIBE COLOMBIANO.

La crisis económica se sintió de manera similar que a nivel nacional, como puede observarse en el siguiente gráfico.

Gráfico 3.  
Tendencia del PIB Real (millones de Pesos de 1994).  
Colombia y Costa Caribe. 1990-2001.



Fuente: Cálculos del autor con base en DANE.

Entre 1990 y 2001, el PIB real de los departamentos de la Costa Caribe tuvo un comportamiento similar al del país. Esto muestra que la economía de la Costa Caribe, en general, depende en gran medida de la fluctuación de la demanda nacional. En este sentido, este comportamiento sugiere que el poco dinamismo autónomo de la actividad económica de esta parte del país, la hacen muy vulnerable a las contracciones de la demanda nacional. En esta medida, la capacidad de auto proveerse servicios sociales, se puede ver muy minada en época de crisis. El análisis del crecimiento per cápita puede aportar más luces acerca del efecto de lo ocurrido.

Tabla 2.  
Crecimiento Per cápita Colombia y Costa Caribe. 1997-1999

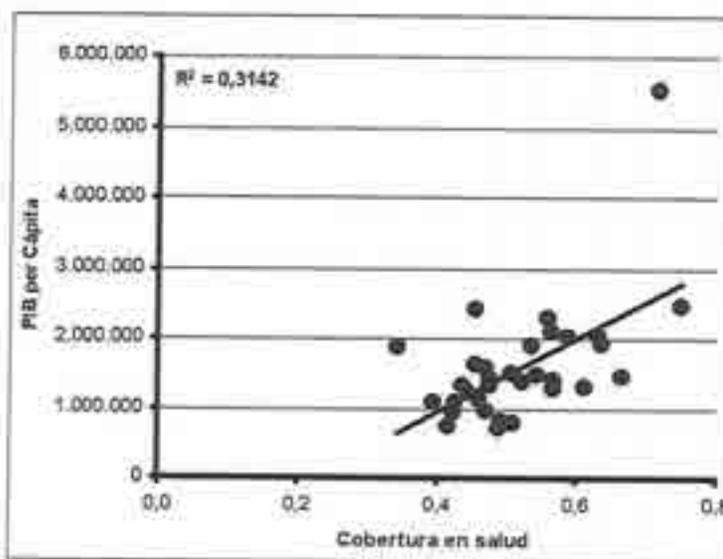
Departamento	1997-1999
Antioquia	-8,28%
Bogotá	-13,93%
Valle	-8,14%
Atlántico	-10,17%
Bolívar	-2,39%
Cesar	-3,42%
Córdoba	5,51%
La Guajira	-7,34%
Magdalena	-8,15%
Sucre	-4,45%
Colombia	-8,73%

Fuente: Cálculos del autor con base en DANE.

Entre 1997 y 1999, tres de los departamentos de la Costa Caribe tuvieron tasas de decrecimiento per cápita por encima de la cifra nacional y tres aunque decrecieron, no retrocedieron tanto como el promedio del país. En la tabla también se muestra que Córdoba fue el único departamento costero que creció en términos per cápita entre 1997 y 1999. Esto es un primer indicio que la relación de dependencia entre estas dos variables (salud y fluctuación del PIB), seguramente no se dio en el mismo sentido en toda la región, aún más si se tiene en cuenta que las cifras del decrecimiento económico de los departamentos

costeos fluctuaron en un rango de 8 puntos porcentuales (-%2 y -10%). De esta manera, es posible esperar que los efectos de la crisis sobre la cobertura en los diferentes departamentos no hayan sido homogéneos. El gráfico 4 muestra la relación entre PIB per cápita y cobertura en salud en el país.

Gráfico 4.  
PIB per cápita vs. Cobertura en Salud\*,  
Departamentos de Colombia. 2001

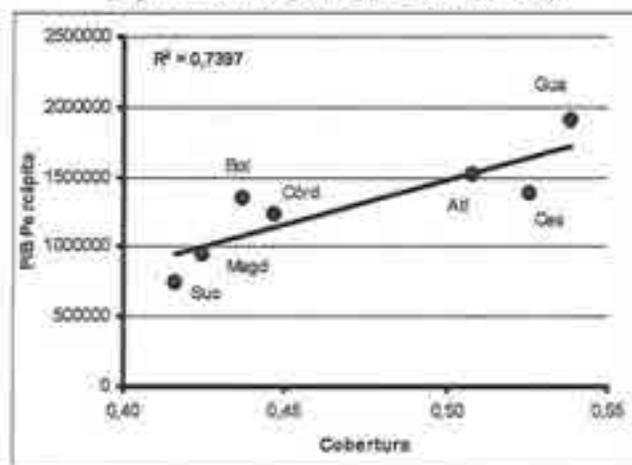


Fuente: Cálculos del autor con base en DANE y Superintendencia Nacional de Salud.  
\* = (Contributivos + subsidiados)/población total.

La gráfica muestra que en Colombia, la cobertura en salud de los departamentos está directamente relacionada con el ingreso de sus habitantes. Dada esta relación, debe esperarse que durante las crisis económicas se vea comprometida la cobertura en salud de la mayoría de los colombianos (lo que es un aspecto coyuntural). Es decir, si la cobertura en salud depende de los ingresos de los habitantes de cada departamento, y estos se disminuyen durante las crisis económicas, debe esperarse que cuando medien periodos de recesión, se debe incrementar el riesgo de afrontar un gasto mayor ante la presencia de enfermedades de los habitantes de las regiones de todo el país. La ocurrencia de esta circunstancia depende de las fluctuaciones del ingreso.

Pero de otro lado, esta relación también significa que las regiones más pobres no sólo enfrentan este problema durante las recesiones sino que lo afrontan de manera permanente (constituyendo un problema estructural). Cuando se consideran estas dos aseveraciones y el hecho que según Espinosa y Albis (2004), la región Caribe es una de las más pobres del país, la situación de vulnerabilidad social de esta zona del país es estructural<sup>24</sup> y debe agudizarse durante las crisis económicas. De hecho, al interior de la Costa Caribe, la relación observada al nivel nacional es mucho más fuerte (ver gráfico 5). Así las cosas, los fenómenos coyunturales (shocks de oferta por ejemplo) deben agudizar los efectos de la relación entre la cobertura en salud y la desigualdad en el ingreso para el caso colombiano.

**Gráfico 5.**  
**PIB per cápita vs. Cobertura en Salud.**  
**Departamentos de la Costa Caribe, 2001**



Fuente: Cálculos del autor con base en DANE y Superintendencia Nacional de Salud

Esta panorámica muestra que la relación directa entre cobertura en salud e ingreso por habitante no es menor para esta región del país. Así como esta relación es válida para la región de manera global, también se cumple individualmente en sus departamentos. El cálculo de la elasticidad entre estas dos variables entre 1999 y 2001 así lo indica (ver tabla 3).

<sup>24</sup> La ventaja de hacer comparaciones con los datos de esta manera es que arroja indicios de fenómenos de corto plazo (desigualdad del ingreso) así como fenómenos de largo plazo (fluctuación del ingreso), si se asume que todas las unidades de análisis transitan por la misma senda de crecimiento

Tabla 3.  
 Elasticidad Cobertura en Salud del Ingreso\*,  
 Costa Caribe, 1999- 2001<sup>23</sup>

Departamentos	1999		2001		Cobertura (Variación Relativa)	PIB p.c. (Variación Relativa)	Elasticidad (Valor absoluto)
	Cobertura	PIB p.c.	Cobertura	PIB p.c.			
Atlántico	50,13%	1538607	50,63%	1516456	0,0139	-0,0131	1,06
Bolívar	40,29%	1281243	43,69%	1343181	0,0843	0,0483	1,74
Cesar	45,56%	1282399	52,56%	1381782	0,1536	0,0775	1,98
Córdoba	45,88%	1278090	44,87%	1234249	-0,0264	-0,0343	0,77
La Guajira	48,21%	1675616	53,89%	1909318	0,1657	0,0179	9,26
Magdalena	44,04%	996249	42,48%	945726	-0,0358	-0,0233	1,54
Sucre	41,68%	821435	41,62%	740540	-0,0018	-0,0985	0,02

Fuente: Cálculos del autor con base en DANE y Superintendencia Nacional de Salud  
 \* = PIB per cápita (PIB p.c.)

De los datos calculados, llama la atención el hecho que de los 7 departamentos costeños, cuatro presentaron una elasticidad entre 1 y 2 (Atlántico, Bolívar, Cesar y Magdalena); dos departamentos se comportaron inelásticamente (Sucre y Córdoba) y solo uno (La Guajira) presentó una elasticidad comparativamente alta. Así, en su mayoría, esta región se comportó de manera elástica en su cobertura en salud a raíz de la crisis de 1999. Pero las variaciones calculadas no se mostraron en extremo bruscas. A pesar de ello, es claro que la variación del ingreso por habitante produjo una respuesta más que proporcional en la cobertura de su salud. El caso de La Guajira puede considerarse atípico y quizás pueda estar más explicado por el sesgo que se le ha atribuido al desempeño de su PIB per cápita<sup>24</sup>.

El caso de Sucre y Córdoba es llamativo. La inelasticidad presentada por estos dos departamentos indica que en ellos, ante variaciones del ingreso, la

<sup>23</sup> Se calcula la elasticidad en valores absolutos porque se ha considerado aquí que con un periodo tan corto de análisis la interpretación de los signos mostraría una relación más bien coyuntural. Encontrar un signo sería más adecuado en un análisis en el que se disponga de mayor cantidad de datos por año. De otro lado, la teoría microeconómica tradicional clasifica los bienes según el ingreso en superiores, normales e inferiores. Esta clasificación no tendría sentido en el caso de la cobertura en salud. Por un lado, la afiliación al régimen contributivo es obligatoria para los que se vinculan a la economía formal. Y la afiliación al régimen subsidiado es asistencial. Estas razones justifican trabajar con valores absolutos y no centrarse tanto en los signos (aun con esto, el lector puede deducir los signos de las relaciones directamente en la tabla).

<sup>24</sup> El PIB per cápita de La Guajira ha estado sesgado por la producción minera de ese departamento. El sesgo atribuido en este caso obedece a que los ingresos que se generan allí fluyen hacia otras regiones del país o hacia fuera del mismo. En este sentido, son recursos que no son apropiados en forma de ingresos por sus habitantes.

cobertura en salud varía en menor proporción. La explicación a ello puede radicar en que el crecimiento poblacional en estos dos departamentos fue absorbido de manera constante por sus sistemas de cobertura actual y debido a ello la variación del ingreso no afectó en mayor medida su cobertura<sup>27</sup>. El resultado corrobora que no a todos los departamentos los afectó de la misma manera. Así, como se esperaba, las variaciones del ingreso tienen un efecto significativo sobre los departamentos que tienen un bajo ingreso relativo. Lo escrito aquí se vuelve más contundente cuando se calcula esta misma elasticidad respecto a la cobertura contributiva (tabla 4).

Tabla 4.  
 Elasticidad Cobertura Contributiva del Ingreso\*.  
 Costa Caribe, 1997-1999

Departamento	Cobertura (Variación Relativa)	PIB p.c. (Variación Relativa)	Elasticidad (Valor absoluto)
Atlántico	-0,2712	-0,2713	0,9995
Bolívar	-0,0040	-0,3114	0,0127
Cesar	-0,1228	0,4639	0,2648
Córdoba	-0,3147	-0,0565	5,5735
La Guajira	0,0839	3,0214	0,0278
Magdalena	-0,2994	-0,2494	1,2007
Sucre	-0,2851	-0,0498	5,3201

Fuente: Cálculos del autor con base en DANE y Superintendencia Nacional de Salud  
 \* = PIB per cápita (PIB p.c.)

Los resultados cambian sustancialmente respecto a lo encontrado inicialmente. La mayor parte de los departamentos de la Costa Caribe presentan una respuesta inelástica de la cobertura contributiva ante cambios en el ingreso (5 departamentos tienen una elasticidad entre 0 y 1,2. De estos, sólo un departamento tiene elasticidad mayor a uno). Los departamentos de Sucre y Córdoba presentaron una elasticidad mayor a 5, llama la atención el hecho que siendo vecinos geográficamente presentan comportamientos similares en los dos tipos de elasticidades. Se concluye entonces que en ambos, la proporción

<sup>27</sup> Posiblemente este comportamiento esté afectado por la modalidad de cobertura (contributiva y subsidiada) como se muestra enseguida.

de población cubierta por el régimen subsidiado tiende a ser estable y fluctúa la proporción cubierta por el régimen contributivo. Esta conclusión se apoya igualmente en lo expresado por Medina (2000) quien califica como destacable el crecimiento de la población en régimen contributivo en Sucre y Córdoba como resultado del esfuerzo de las autoridades por vincular a los trabajadores independientes. Es posible entonces que la cantidad de trabajadores independientes que se afiliaron al régimen contributivo hayan perdido su vinculación ante la merma de sus ingresos en el tránsito por la crisis de 1999.

Asimismo, Medina da cuenta que en el periodo 1996-1999 la cobertura subsidiada creció en importancia en la región. Esto explicaría lo encontrado en el cálculo de la elasticidad cobertura en salud del ingreso: las demandas poblacionales por cobertura en salud son absorbidas por el régimen subsidiado en un ritmo casi acompasado. De allí su inelasticidad respecto a la cobertura total y la elasticidad respecto al régimen contributivo.

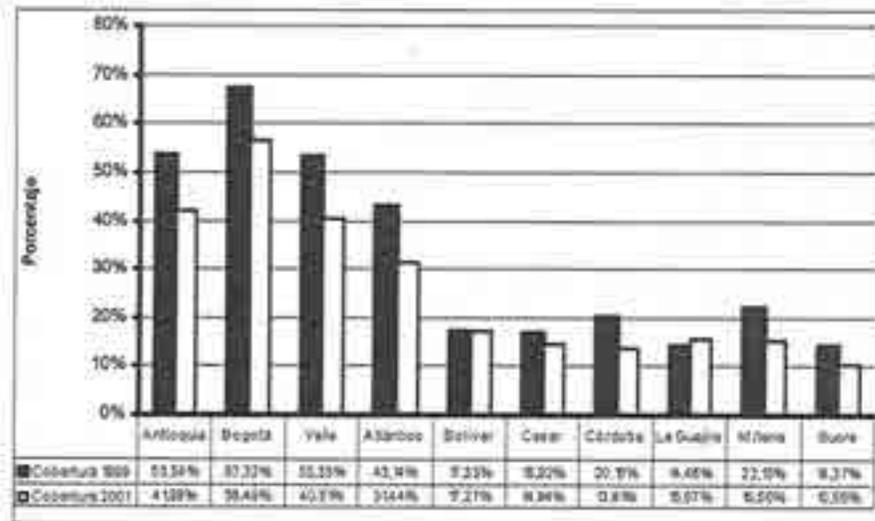
La interpretación global de estas dos elasticidades sería que la región es elástica respecto al ingreso en cuanto a cobertura total por la presencia del régimen subsidiado en salud. Una vez descontado el efecto de este, la región es mayoritariamente inelástica. Lo que lleva a pensar que ante las variaciones del ingreso, en la región el porcentaje de personas que pierden sus empleos en el sector formal (y por tanto su cobertura en salud) sería comparativamente menor respecto a los que lo pierden en el sector informal y que generan bajos ingresos (que teóricamente son los que se encuentran afiliados al régimen subsidiado). Es decir, la región depende demasiado del régimen subsidiado de salud y este fue utilizado como "malla de seguridad" para las personas que perdieron su cobertura en salud durante la crisis económica.

Estos hallazgos son congruentes con lo que predicen los fundamentos teóricos de estudio de la pobreza: los más pobres tienen mayor probabilidad de perder sus empleos ante las crisis económicas, así como tienen menos probabilidad de encontrar empleo una vez que la actividad económica se ha recuperado. Para el caso de la Costa Caribe, estudios recientes han dado cuenta de la validez de esta hipótesis (Espinosa y Albis, 2004).

Estas mismas elasticidades fueron calculadas para Antioquia, Bogotá y Valle con resultados de 10,3; 50,1 y 41,3. Estos resultados muestran que la variación del ingreso en el caso de estos tres departamentos se refleja con mayor énfasis

en el empleo formal, respecto a los departamentos de la Costa Caribe. La diferencia radica entonces en que en la Costa la crisis económica de 1999 afectó con más fuerza la cobertura en salud de la población más vulnerable, cuando se le compara con el resto del país. Esto confirma que comparativamente con el país, la Región Caribe ha precarizado su situación social. Estos hechos sugieren entonces como era de esperarse-, que se presentó una disminución del total de población cubierta por el seguro obligatorio de salud (gráfico 6).

**Gráfico 6.**  
**Porcentaje de la Población en Régimen Contributivo,**  
**Principales departamentos del país y Costa Caribe. 1999 y 2001**



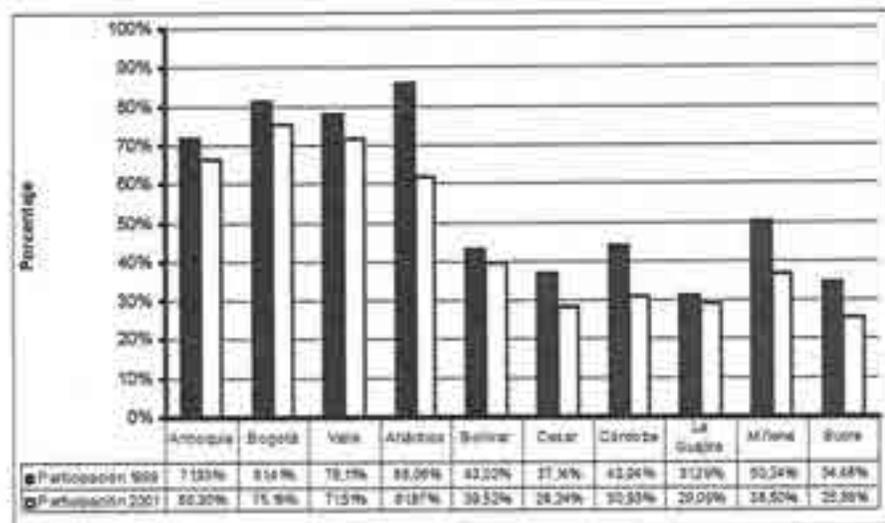
Fuente: Cálculos del autor con base en DANE y Superintendencia Nacional de Salud.

En todos los departamentos de la Costa Caribe el porcentaje de población bajo régimen contributivo disminuyó entre 1999 y 2001. A excepción de Atlántico, en el resto de departamentos la pérdida en puntos porcentuales no fue superior a ocho. El caso del Atlántico indica que es el departamento cuyo comportamiento económico y social se asemeja más al nacional, no solo en la pérdida de cobertura sino en el porcentaje de población cubierta por el régimen contributivo. La explicación más probable a este hecho radica en que,

Atlántico es un departamento muy urbano, con gran influjo de Barranquilla sobre el resto de ciudades, y además, con el PIB más grande de la Costa Caribe (Barranquilla es la cuarta ciudad más grande del país). En esta medida se puede esperar que su comportamiento económico (y lo que se deriva de esto) esté más concatenado a los movimientos de la actividad económica nacional.

Asimismo, la participación del régimen contributivo dentro del total de la población cubierta en la región disminuyó entre 1999 y 2001. De hecho, a excepción de Atlántico, en ninguno de los departamentos restantes el régimen contributivo alcanza el 40% de participación en el total de población cubierta en salud. En la misma línea, lo que los datos muestran es que comparado con otras ciudades del país, la población de la Costa Caribe no genera las condiciones adecuadas para proveer este seguro de manera autónoma. Es decir, se depende mucho de las políticas nacionales (ver gráfico 7).

**Gráfico 7.**  
**Porcentaje de la Población en Régimen Contributivo.**  
**Principales departamentos del país y Costa Caribe. 1999 y 2001**



Fuente: Cálculos del autor con base en DANE y Superintendencia Nacional de Salud.

De igual manera, el crecimiento de la población subsidiada en salud fue más significativo en la Costa Caribe que en otros departamentos importantes del país como puede verse en la tabla 5, mientras que en los departamentos más prósperos del país, el crecimiento más alto de la población subsidiada fue menor a 31% (Valle del Cauca), en el Caribe colombiano todos los departamentos incrementaron su población subsidiada por encima de 30%.

**Tabla 5.**  
**Crecimiento Población Subsidiada.**  
**Colombia, principales departamentos del país y Costa Caribe.**  
**1998-2001.**

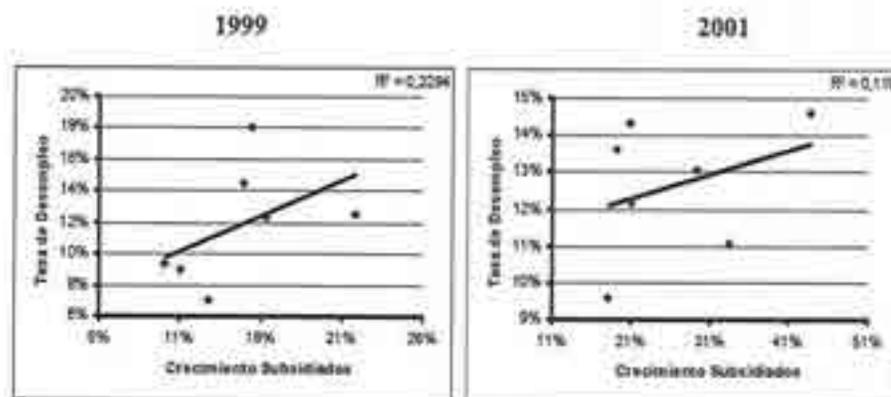
	Crecimiento			
	1998-1999	1999-2000	2000-2001	1998-2001
Antioquia	1,81%	0,43%	4,65%	7,01%
Bogotá	2,90%	9,57%	15,95%	30,72%
Valle	3,06%	1,09%	10,51%	15,13%
Atlántico	14,96%	-4,13%	43,73%	58,41%
Bolívar	16,39%	1,21%	19,14%	40,34%
Cesar	11,08%	2,45%	33,39%	51,80%
Córdoba	15,45%	1,53%	20,82%	41,62%
La Guajira	10,05%	2,91%	21,00%	37,05%
Magdalena	21,89%	-1,23%	29,38%	55,76%
Sucre	12,78%	0,01%	18,10%	33,21%
Colombia	9,37%	1,98%	16,38%	29,61%

Fuente: Cálculos del autor con base en Ministerio de la Protección Social.

El crecimiento de la población subsidiada se aceleró en mayor medida entre 2000 y 2001, si bien es cierto que entre 1998 y 1999 también había tenido un aumento significativo. Comparativamente, otros departamentos importantes del país tuvieron crecimientos en su población subsidiada menores a los presentados por sus pares de la Costa Caribe. Esto precisamente, muestra el grado de dependencia que tiene la Región Caribe respecto al régimen subsidiado y que se acrecentó en los últimos años. Los datos sugieren que en este fenómeno tuvo incidencia la crisis económica de 1999 a través del

desempleo- (ver gráfico 8). No obstante, se reconoce que hacen falta pruebas más elaboradas para afinar las conclusiones.

Gráfico 8.  
Crecimiento población subsidiada Vs. Tasa de Desempleo.  
Costa Caribe, 1999 y 2001

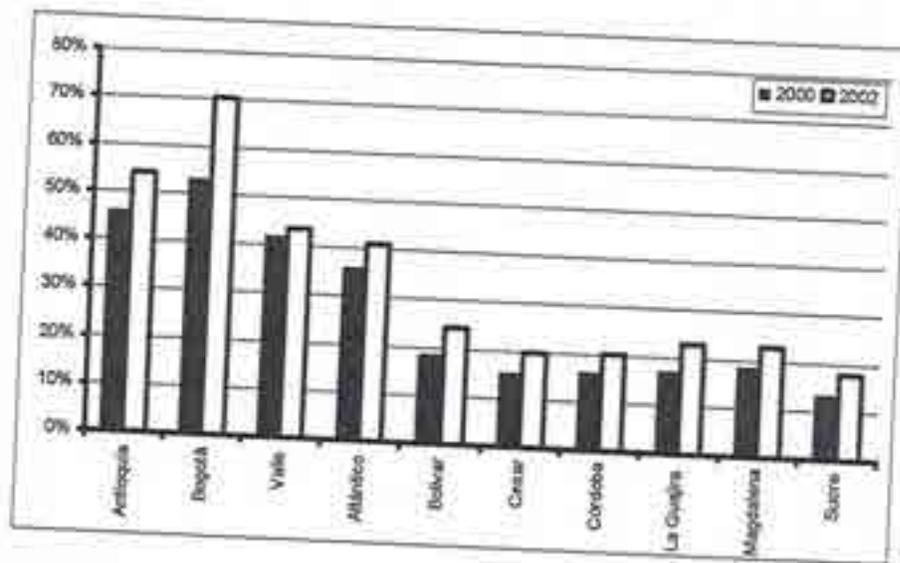


Fuente: Cálculos del autor con base en DANE y Superintendencia Nacional de Salud

La situación social, inducida por la crisis de 1999, pareció determinar el crecimiento de la población subsidiada en la región. En 1999 y 2001 los departamentos con mayores tasas de desempleo tuvieron un mayor incremento en su población subsidiada (la correlación es positiva). El hecho que los datos sean más dispersos en 2001 (aumento de la varianza en el crecimiento de población subsidiada) puede refrendar una conclusión anterior de este mismo documento. Los sucesos acontecidos entre 1999 y 2001 afectaron la cobertura en salud de los departamentos costeños de diferente manera. Una mayor varianza de los datos se interpreta como comportamientos más disímiles de las unidades de observación. Esto es apenas lógico si se tiene en cuenta que hay departamentos muy agrícolas, y otros en los que hay mayor importancia de la actividad industrial. Asimismo, el grado de urbanización de todos los departamentos no es igual.

También se puede analizar el comportamiento del cociente "cotizantes/ocupados" para extraer otras conclusiones respecto de esta situación.

Gráfico 9.  
Cotizantes/Ocupados.  
Principales Departamentos y Costa Caribe, 2000 y 2002.\*

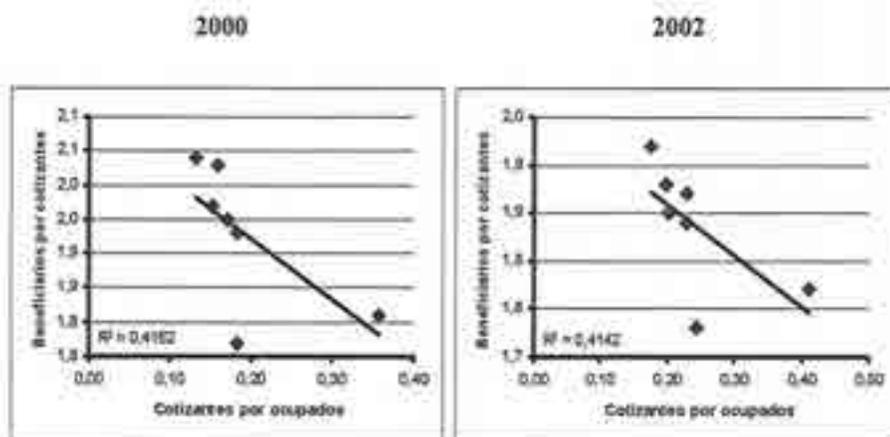


Fuente: Cálculos del autor con base en DANE y Superintendencia Nacional de Salud.  
\* Los datos de ocupados de 2000 son de septiembre.

En la Costa Caribe, exceptuando a Atlántico, ningún departamento tiene este cociente por encima de 23%. Para 2000, estos mismos departamentos presentaban este indicador por debajo de 20%. Es decir, una proporción bastante significativa de las personas que laboran no pertenecen al régimen contributivo. Las implicaciones que tiene esta situación para la situación social de la Región Caribe es que el aparato económico de esta no tiene la capacidad necesaria para proveer un empleo de condiciones dignas a la población ocupada (que incluya el acceso a prestaciones sociales comprendida la cobertura en salud-). Asimismo, es evidente el rezago en este aspecto respecto al resto del país. Esto implica que cuando medien crisis económicas en el futuro, la población trabajadora del caribe colombiano quedaría descubierta en salud, con las posibles implicaciones que pueda tener esto en términos de productividad. Esta baja capacidad de proveer empleos de calidad (estabilidad con prestaciones sociales) también tiene implicancias desde el punto de vista social y de la sustentabilidad del sistema de cobertura en salud, como se

muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 10.  
Beneficiarios/cotizantes Vs. Cotizantes/ocupados.  
Costa Caribe. 2000 y 2002



Fuente: Cálculos del autor con base en DANE y Superintendencia Nacional de Salud

El gráfico muestra la relación que existe entre el número de personas que depende de cada cotizante en el sistema contributivo de salud y el porcentaje de personas ocupadas afiliadas al sistema contributivo de salud. Para los años 2000 y 2002 en los departamentos del Caribe colombiano se presentó una relación inversa entre estas dos variables. En otras palabras, aquellos departamentos en los que existe una alta proporción de trabajadores en el régimen contributivo, pocas personas dependen de esos mismos trabajadores para tener acceso a cobertura en salud. Por el contrario, Los departamentos en los que la proporción de trabajadores que cotizan es baja, existen comparativamente una mayor proporción de personas que dependen de ellos para acceder al sistema contributivo de salud.

En los departamentos de la Costa Caribe en los que hay relativamente pocas personas haciendo aportes al régimen contributivo, una proporción alta de personas hará uso del seguro obligatorio de salud. Esto llama la atención en el sentido que estos departamentos representan una carga para el sistema como un

todo. De hecho, del gráfico se puede deducir que la mayor parte de los departamentos costeños se encuentran en esta situación. Solo dos departamentos se encuentran en una posición cómoda (participación más alta de cotizantes y menos personas dependiendo de ellos). El hecho que en dos años distintos la relación se mantenga quizás puede significar que esta situación ha tendido a estabilizarse.

Hay una situación similar que es señalada por Medina (Ibíd.): Los departamentos costeños con menor capacidad institucional son los que tienen la mayor cantidad de población necesitada y los que cuentan con menores recursos de inversión para salud. De esta manera, en el tema de salud, en la Costa Caribe se conjugan tres factores de manera no conveniente para la región: una alta proporción de personas necesitadas con baja capacidad económica, ubicadas en departamentos con baja capacidad de gestión institucional.

#### 4. CONCLUSIONES

Los datos sugieren que la crisis económica de 1999 afectó de manera diferente a los departamentos de la Costa Caribe en cuanto a su cobertura en salud. Esta consideración parte del hecho que las estructuras social, económica y demográfica de estos son variadas. Asimismo, los hechos analizados permitieron conocer comportamientos diferenciados de los sistemas de cobertura al interior de los departamentos. En unos, el sistema subsidiado actuó como un colchón de seguridad que amortiguó la vulnerabilidad de cobertura en salud de su población. En otros, la variación de la población subsidiada al parecer ha absorbido de la población, por lo que los cambios descubiertos durante la crisis se dieron por el lado de los afiliados al régimen contributivo.

Asimismo, este suceso dejó claro que el problema de acceso a seguridad social en la Costa Caribe obedece a características estructurales de la región que podrían tener incidencia a lo largo del tiempo. Los hechos encontrados en el breve periodo de tiempo que comprende este análisis son solo reflejo de estas características. En esta misma línea, la estructura social caracterizada por altos niveles de pobreza, contribuye a impulsar esta situación.

En este mismo sentido, Medina reseñaba en 2000 que entre 1996 y 1999 el porcentaje de personas subsidiadas creció más aprisa en la Costa Caribe que el

promedio del país (33% y 22,6% respectivamente). No obstante, el porcentaje de personas con NBI con cobertura subsidiada era de 39% en 1998, mientras que el promedio del país era muy superior (57%). La situación en 1996 era algo similar. Este mismo índice en la Costa Caribe era 38% y en el país el promedio era de 46%. Es decir, a pesar de ser comparativamente más pobres, somos objeto de una menor inversión subsidiada en salud.

Como es probable que una proporción de personas que en la Costa Caribe laboraban como independientes hayan perdido su afiliación al régimen contributivo y por tanto pasaron al régimen subsidiado, ellas tendrían motivos para no volver al contributivo una vez mejorada su situación laboral. La explicación a este hecho radica en que de esta forma se evita el pago de la contribución y de las cuotas moderadoras<sup>21</sup>. Este comportamiento tipificado como riesgo moral, ha sido documentado en trabajos recientes para el caso de Cartagena (Julio y Torres, 2005), y en el país (Escobar y Panapoulou, 2003)<sup>22</sup>. Luego, la posibilidad que este comportamiento se haya difundido en la Costa Caribe es factible, como consecuencia de la crisis económica de 1999. La principal enseñanza en términos de política pública es que esta situación pone en peligro la viabilidad del sistema de salud, ya que obedece a principios contrarios al diseño del sostenimiento del mismo. Es decir, los que pueden contribuir a sostener a los subsidiados debido a la capacidad que tienen de generar ingresos, estarían evadiendo dicho pago.

Para la Costa Caribe, los hechos de salud reseñados aquí tienen varias implicaciones. Por un lado, la estructura económica y social de la región genera condiciones laborales y de protección social deficientes para su población. Lo segundo es que la crisis económica de 1999 lo que hizo fue enfatizar la crudeza de esta realidad. La región depende del régimen subsidiado para cubrir la mayor parte de sus habitantes. Pero esto agrega una carga que podría resultar cada vez mayor en las finanzas públicas tanto nacionales como departamentales y locales. En este aspecto, es necesaria la inclusión de las autoridades y gestores locales en la búsqueda de soluciones a esta problemática. Dado que hay allí un problema de agencia, este puede

<sup>21</sup> A comienzos del mes de mayo, la Corte Constitucional declaró que no se pueden cobrar cuotas moderadoras en el régimen subsidiado. Esta situación, si bien fue posterior a la mayoría de los hechos estudiados aquí, pueden agravar esta conducta.

<sup>22</sup> Este último reseñado en Acosta et al (2004).

minimizarse en la medida que la solución parta de quienes conocen de cerca el funcionamiento del sistema de salud en lo local y regional.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

ACOSTA, Olga; RAMÍREZ, Manuel y CAÑÓN, Carlos (2004), Principales estudios sobre sostenibilidad financiera del sistema general de seguridad social en salud, Fundación Corona y Universidad del Rosario, Bogotá.

ARREDONDO, Armando y MELÉNDEZ, Víctor (1992), modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis, *Salud pública de México*, enero-febrero, Vol. 34, No. 1.

ARROW, Kenneth (1963), Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review*, Vol. 53, 5, 941-973.

BALDIÓN, Edgar (2001), Impacto social de la crisis económica. Diferenciales urbano rural. Boletín SISD No. 31, Departamento Nacional de Planeación, Bogotá.

BLOOM, David; CANNING, David y JAMISON, Dean (2004), Health, wealth and welfare, *Finance and Development*, Volume 41, Number 1, International Monetary Fund, march, Washington.

CEVALLOS, José (2003), Argentina: efectos socio-sanitarios de la crisis, 2001-2003, Organización Panamericana de la Salud, Buenos Aires.

CID-CGR (2004), Bien-estar: macroeconomía y pobreza, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de ciencias económicas, Centro de investigaciones para el desarrollo, Contraloría General de la República, Bogotá.

CUTLER, David y ZECKHAUSER, Richard (1999), *The anatomy of health insurance*, NBER Working Paper 7176, National Bureau of Economic Research, June, Cambridge.

ESPINOSA, Aarón y ALBIS, Nadia (2004), Pobreza y calidad de vida en el Caribe Colombiano, Cuadernos regionales de economía No. 22, Observatorio del Caribe Colombiano-DANE, Cartagena.

KARL, Claudio (2000), Incidencia del gasto público en salud 1990-1999, Boletines de divulgación económica, Departamento Nacional de Planeación, Unidad de análisis macroeconómico, Santafé de Bogotá.

JULIO, Carmen y TORRES, Gloria (2005), Incidencia de la salud en la productividad y calidad de vida: el caso de Cartagena, Tesis de pregrado, Programa de economía, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Cartagena, Cartagena.

MANKIW, Gregory (2004), *Macroeconomía*, Antoni Bosch Editor - Alfa Omega, Bogotá.

MARCHIONNI, Mariana (1999), *La cobertura en salud en el área metropolitana. Un análisis empírico en base a modelos de elección binaria y multinomial*, documento de trabajo No. 12, Departamento de Economía, Facultad de ciencias económicas, Universidad Nacional de La Plata, abril, La Plata.

MEDINA, María (2000), *Inversión territorial y descentralización en la Costa Caribe*. En: *Fundesarrollo, Descentralización en el Caribe colombiano*, Fundación para el desarrollo del Caribe, Barranquilla.

RESTREPO, Jairo y SALAZAR, Verónica (2002), *El seguro obligatorio de salud en Colombia: evolución y determinantes de la cobertura*, *Coyuntura Social*. No. 26, mayo, Bogotá

Revista Dinero, "Colombia, modelo mundial de salud", 13 de octubre de 2000.

Revista Dinero, "Cuidados intensivos", 19 de septiembre de 2003.

SACHS, Jeffrey (2003), *Institutions matter, but not for everything*, *Finance and Development*, Volume 40, Number 2, International Monetary Fund, June, Washington.