



Medellín, Junio de 2005 AÑO 4 N° 10
ISSN 1657 - 5415

servatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD ~ GES

Equidad en salud: panorama de Colombia y situación en Antioquia

La salud y el desarrollo se implican mutuamente, manteniendo una relación bidireccional. Es así como la salud expresa en parte el nivel de desarrollo, al tiempo que es un determinante del mismo. En el marco de esta relación tan estrecha la equidad es reconocida como un objetivo importante de política en el campo de la salud, por lo que autores como Amartya Sen (1999) plantean que uno de los objetivos esenciales del desarrollo es el de mejorar las libertades de las que disfrutaban las personas, y que dentro de estas libertades se destaca el no estar expuestos a enfermedades y muertes evitables, algo que afecta principalmente a la población pobre.

De manera similar, el Informe sobre el Desarrollo Mundial para el año 2006 argumenta que las inequidades en salud influyen directamente sobre las oportunidades de los individuos, y que en el mediano plazo ellas se pueden traducir en inequidades en otras dimensiones del bienestar y reproducirse en el tiempo.

En este orden de ideas, en esta Observación se analizan los principales cambios que desde el punto de vista de la equidad trajo la reforma al sistema de salud en Colombia. El aporte está centrado en la elaboración de un esquema teórico y operacional para el análisis del problema, la revisión de algunos trabajos realizados en el país y la presentación de la situación para Colombia y el departamento de Antioquia.

El tema central de la Observación está organizado en cuatro partes. En la primera se presenta una síntesis sobre el concepto de equidad en salud y su relación con el desarrollo, como punto de partida para abordar el problema y reconocer la complejidad del concepto; en la segunda, se hace una revisión sobre la situación de Colombia y en especial su evolución a partir de la reforma de 1993; en la tercera, se presenta un análisis para Antioquia, primero con información proveniente de investigaciones que abordan el acceso de la población en términos generales y de manera particular para el régimen subsidiado, y segundo mediante el análisis de datos municipales sobre estado de salud, disponibilidad y uso de recursos. Finalmente, en la cuarta parte se presentan unas conclusiones desde el punto de vista académico y algunas pautas para abordar el tema de la equidad desde la perspectiva de la política de salud.

1. Una mirada al concepto de equidad en salud

1.1 ¿Qué significa la equidad en salud?

Comúnmente se identifica el término equidad en salud con justicia en la distribución de bienes y servicios, aceptando que justicia significa reducción de desigualdades entre grupos o individuos. Esta visión es bastante reducida y puede llevar a errores a la hora de analizar el tema, ya que existen desigualdades que pueden



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1803

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONOMICAS CIE

ser intrínsecas y no ser consideradas como inequidades en salud. Además, la simple reducción de desigualdades no introduce, necesariamente, mejoras en materia de equidad.

Desigualdades e inequidades

Existen dos tipos de desigualdades que no son consideradas como inequidades. En primer lugar están las relacionadas con el esfuerzo y las decisiones de los individuos, los cuales muestran motivaciones, actitudes y formas de actuar diversas de acuerdo con la posición que tienen en el grupo al que pertenecen y la relación de éste respecto de otros grupos en la sociedad. En segundo lugar, existen desigualdades naturales referidas a variaciones biológicas y aspectos de orden natural que hacen inevitable la diferencia. Es por esto que el concepto de equidad en salud está referido no solo a la reducción de desigualdades sino también a la identificación de diferencias que no son solamente innecesarias y evitables, sino que además son consideradas injustas.

Equidad y justicia social

Dado este contexto, la equidad en salud tiene una estrecha relación con el concepto de justicia social, y si bien es claro que juzgar cuáles situaciones son injustas puede ser un asunto relativo, multidimensional y variar de acuerdo al lugar o al tiempo, se pueden usar criterios para hacer consecuente la elección. John Rawls presenta los principios de justicia social como un modo en que las instituciones sociales básicas asignan derechos y deberes, así como la división de ventajas sociales, las cuales poseen una inviolabilidad que ni siquiera el bienestar de la sociedad en su conjunto puede pasar por alto (Vargas, 2001). En su primer principio, Rawls establece la igualdad en el derecho de cada persona a un esquema de libertades básicas que sea compatible con el de los demás (libertad equitativa), mientras que en el segundo precepto determina que las desigualdades económicas y sociales deben tener una configuración tal que sean ventajosas para todos (igualdad de oportunidades) y que beneficien al individuo en peor situación (principio de la diferencia).

Esto lleva a deducir que la equidad se refiere a la igualdad en cuanto a bienes sociales primarios (en este caso la salud), sujeta al principio de la diferencia. Por su parte, Amartya Sen va más allá y toma en cuenta que todos los individuos poseen distintos potenciales de acción y disfrute, por lo que plantea la equidad en términos de libertad, es decir, como garantía de posibilidades reales de actuar. Sen considera que para fines de evaluación de la equidad, el espacio correcto no es el de las utilidades ni el de los bienes primarios, sino el de las libertades fundamentales que permiten a los individuos el desarrollo de capacidades para elegir la vida que tienen razón para valorar (Vargas, 2001).

Tomando en cuenta lo anterior, la equidad en salud implica que idealmente cada individuo o grupo debería tener una oportunidad justa de obtener su potencial de salud total, es decir, no deben existir desventajas para obtener este potencial si pueden ser evitadas. De esta visión resulta que la inequidad se expresa en desigualdades “innecesarias, evitables e injustas”

(Whitehead, 1992) y que situaciones como acceso inadecuado a salud esencial y a otros servicios públicos, selección natural y movilidad social relacionada con la salud, sean reconocidas como un problema.

Es así como la equidad en salud tiene mucho ver con la forma en que el sistema reconoce y trata las preferencias de los individuos, ya que en la mayoría de los casos las diferencias en el ingreso y el poder (participación) se reflejan en diferencias en cuanto acceso a recursos en salud. Se sigue así, en el marco de las políticas públicas, que “cualquier política de salud que mejore las condiciones de salud de las personas menos acomodadas es equitativa” (Savodoff, 2001).

¿Cómo abordar la equidad en salud?

De acuerdo con los trabajos realizados sobre el tema, se identifican dos maneras básicas para abordar el tema de la equidad en salud: la equidad en condiciones y necesidades de salud de una población, de un lado, y en la prestación de los servicios de salud para responder a dichas necesidades, del otro. Para el primer caso, se toman en cuenta los conceptos mencionados anteriormente, como la relación entre equidad y justicia social, las diferencias entre segmentos y grupos de población y las políticas de salud y desarrollo para dirimir desigualdades consideradas evitables e injustas. Para el segundo caso, se definen tres premisas para aproximarse: igual acceso a los servicios de salud para igual necesidad, igual uso de servicios para igual necesidad e igual calidad de atención para todos.

1.2 Consideraciones sobre indicadores de la equidad en salud

El estudio de la equidad en salud, en términos de su indagación desde el punto de vista empírico, considera tres esferas de análisis: la unidad de análisis sobre la que recae el estudio, las dimensiones o ámbitos en los cuales se concreta el grado de equidad o inequidad y los indicadores que dan cuenta de tal grado.

La unidad de análisis

Para el primer caso, existen dos tipos de unidades de análisis a la hora de realizar el estudio empírico de la equidad en salud. Por un lado, se puede abordar desde el punto de vista de los individuos y su distribución, asociada a características de ingreso, estado de salud, nivel educacional, nivel socioeconómico, entre otros. Por el otro, el acercamiento puede realizarse desde el ángulo de las unidades geográficas, y tomar como objetos de análisis países, departamentos, municipios, entre otros.

Las dimensiones

Tomando como referencia la propuesta presentada por la Organización Mundial de la Salud (1998) respecto al análisis de la equidad en salud, y teniendo en cuenta lo presentado en el numeral 1.1, se plantean cuatro dimensiones o ámbitos con sus respectivos indicadores:

a. Estado de salud. Referido a la capacidad de las personas para vivir y actuar de acuerdo con sus expectativas, necesidades o roles sociales, de modo que se expresa mediante la mor-

talidad infantil, la mortalidad materna, la desnutrición o la esperanza de vida, entre otras medidas. Esta dimensión se relaciona con la necesidad de las personas, ya sea en el sentido de la *equidad vertical* o asignación de diferentes recursos para diferentes tipos de necesidades, o en el de la *equidad horizontal*, donde se asignan recursos equivalentes para el mismo tipo de necesidades.

b. Determinantes de la salud. Se consideran factores como: políticas y acciones del gobierno en salud y otros sectores; aspectos del sistema de salud; el desarrollo físico, mental y psicológico durante el ciclo de vida; aspectos de la comunidad; características socioeconómicas del hogar, medio ambiente e infraestructura (Flórez, 2002).

c. Recursos y oferta del sistema de salud. Se refiere a los recursos con los que cuenta el sistema de salud para atender las necesidades de la población. Aparecen indicadores como el número y tipo de médicos (y otro tipo de personal de salud disponible para la población), número de camas, disponibilidad de medicamentos u otras tecnologías médicas y cobertura de la seguridad social.

d. Utilización de servicios. Esta dimensión se centra en el consumo de servicios. En su estudio se incluyen medidas como el uso de consultas ambulatorias y otras prestaciones diagnósticas o terapéuticas, hospitalización y todo lo relacionado con atención prenatal y atención del parto.

Un elemento adicional que debe tenerse en cuenta para evaluar la equidad en salud, y el cual puede verse como parte integrante de los puntos c y d, es el del financiamiento. Siguiendo a Savedoff, el concepto de financiamiento equitativo de los servicios de salud se complica debido a la utilización de dos estándares diferentes para medir la progresividad del impuesto y del gasto. En lenguaje común, la progresividad del impuesto se considera en relación con la curva de distribución del ingreso. Es progresivo si los ricos pagan una mayor proporción de su ingreso que los pobres y regresivo en el caso contrario.

En contraste, los gastos se evalúan frente al gasto *per cápita* y no frente al ingreso. Como consecuencia, los gastos se consideran progresivos si una mayor cantidad *per cápita* se destina a los pobres que a los ricos, y regresivos si los pobres reciben menos. Por lo anterior se hace necesario, para evaluar la equidad en el financiamiento, tomar en cuenta la eficiencia del sistema tributario, la progresividad del gasto público en servicios de salud, la manera como se está financiando el sistema a partir de las capacidades de la población objetivo y los pagos de bolsillo.

Indicadores

El cuadro 1 presenta los tipos de indicadores más utilizados en el trabajo empírico, los cuales se aplican al análisis de las dimensiones presentadas anteriormente. Se explican detalladamente aquellos indicadores que son más comunes en los trabajos que se realizan sobre el tema, y se comentan algunos que no están muy presentes.

2. El panorama colombiano

2.1 La equidad como principio

La reforma colombiana al sistema de salud buscó desarrollar tres principios constitucionales –universalidad, solidaridad y eficiencia– e hizo explícito el principio de equidad en los siguientes términos:

“El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el Sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa.” (Ley 100 de 1993, art. 153, numeral 1).

Esta declaración se refiere a la manera como la Ley 100 intentó reducir la inequidad en salud, la cual desde la perspectiva del sistema de salud era manifiesta especialmente a través de la desigualdad en el acceso, el uso de los servicios y los pagos de bolsillo, lo cual estaba acompañado de barreras financieras para el acceso y la atención discriminatoria según el nivel socioeconómico de las personas.

La manera como se presenta el principio de equidad se complementa con el objetivo esencial asignado al sistema de seguridad social en salud: “crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención” (Ley 100, art. 152). Se tiene así que la estrategia adoptada para lograr equidad en el acceso fue el aseguramiento o la cobertura del seguro de salud, sobre la cual se definió la meta de universalidad: “A partir del año 2000, todo colombiano deberá estar vinculado al sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el Plan Obligatorio de Salud” (Ley 100, art. 157, literal B; subrayado propio).

Puede decirse entonces que la Ley 100 planteó un escenario de equidad en el que se proclama igualdad en el acceso a los servicios de salud, sin discriminación atribuida principalmente a cuestiones financieras o económicas. Sin embargo, no existe consenso sobre el particular y es así como se ofrece una lectura diferente que parte de señalar la fragmentación de los planes de beneficios como un factor que permite la persistencia de la inequidad o incluso podría agravarla:

“A pesar de que este principio de equidad expresado en la Constitución es igualitarista, en la práctica se ha establecido un sistema de seguridad social basado en un enfoque liberal de la equidad. En primer lugar, se ha segmentado el acceso a los servicios en función de la capacidad de pago del individuo y de su status laboral. En segundo lugar <...> se han empleado instrumentos de costo-efectividad, siguiendo un enfoque utilitarista de equidad.” (Vargas, Vásquez y Jané, 2002, p. 935)

Cuadro 1. Tipo de indicadores para el estudio de la equidad en salud

Indicador	Descripción	Ventajas y desventajas	Ejemplos
Razón de tasas entre el grupo socioeconómico más alto y el más bajo.	Se comparan dos grupos en situaciones extremas con respecto a un indicador de salud. Cuanto mayor es el valor dado por la razón de tasas, mayor la desigualdad. Se puede usar para individuos o unidades geográficas.	<ul style="list-style-type: none"> - Fácil de calcular e interpretar. - Solo tiene en cuenta los grupos extremos, deja de lado las desigualdades entre grupos intermedios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tasa de mortalidad infantil para el país con el menor ingreso (TMI₁): 59 por mil nacidos vivos - Tasa de mortalidad infantil para el país con el mayor ingreso (TMI₂): 22 por mil nacidos vivos. <p>Razón de tasas: $TMI_1/TMI_2=2.68$ En el país con la peor situación, mueren casi tres veces más niños que en el de mejor situación.</p>
Diferencia de tasas entre el grupo socioeconómico más alto y el más bajo.	Se basa en la diferencia entre las tasas de los grupos comparados. Es similar al anterior.	Las mismas del anterior.	<ul style="list-style-type: none"> - Tomando el caso anterior, la diferencia de tasas se expresa como: $TMI_1-TMI_2= 37$ por mil nacidos vivos.
Índice de efecto relativo basado en una regresión.	Se calcula mediante una regresión, en la cual la variable dependiente es el indicador de salud, y la independiente es el estrato socioeconómico.	<ul style="list-style-type: none"> - Toma en cuenta todos los grupos sociales y permite incorporar otras variables en el modelo, lo que facilita observar impactos directos e independientes. - Problemas teórico propio de la regresión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Calcula la TMI de los grupos a comparar. - Se realiza una regresión (forma funcional) de la TMI sobre las variables socioeconómicas. - Se interpretan los resultados.
Riesgo atribuible poblacional (RAP).	Se interpreta como la fracción de la tasa general del indicador de salud que se podría reducir en el caso de que todos los grupos tuvieran la tasa del grupo socioeconómico más alto. Se calcula como la diferencia entre la tasa general (de la muestra) y la tasa del grupo socioeconómico más alto, expresada como porcentaje de la tasa general.	<ul style="list-style-type: none"> - Fácil de calcular e interpretar. - Toma en cuenta variación entre los grupos y tamaño de la población. - No contempla la asociación entre el estrato socioeconómico y el indicador de salud en los grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> - TMI general de la muestra = 33 por mil nacidos vivos. - TMI de la unidad geográfica con mejor situación = 22 por mil nacidos vivos. $RAP= \frac{[(TMI_{Muestra} - TMI_{unidad}) / TMI_{Muestra}] * 100}{}$ $RAP= (33-22)/33 * 100 = 33\%$ <p>Si todas las unidades geográficas (país, departamento, municipio) tuvieran la TMI del de mejor situación, las muertes de niños se reducirían en 33%.</p>
Coefficiente de Gini y curva de Lorenz.	La curva de Lorenz, compara la distribución de una variable con la distribución en condiciones de uniformidad. Esta distribución uniforme, esta representada por una línea diagonal cuya pendiente es 1. Cuanto más se distancia la curva de Lorenz de esta pendiente, mayor es la desigualdad. El coeficiente de Gini, representa cuanto se desvía la curva de Lorenz de la diagonal de igualdad.	<ul style="list-style-type: none"> - Utiliza la información de todos los grupos. - No necesita una estratificación económica de la población. - Por si solo, el coeficiente de Gini no aporta información sobre la forma en que esta distribuida la desigualdad. - Cálculo complejo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las personas o grupos que conforman la población objetivo, se ordenan de peor a mejor situación de salud. - El Gini toma valores de cero (igualdad perfecta) a (desigualdad total).

Otros indicadores	
Indicador	Descripción
RAP absoluto	Se obtiene multiplicando el RAP por la tasa general de la población.
Índice de disimilitud relativo	Se interpreta como el porcentaje de casos que debería ser redistribuido para obtener el mismo indicador de salud en todos los grupos.
Índice relativo de desigualdad	Consiste en una regresión de la variable de salud, sobre un indicador de la posición relativa acumulada de cada grupo con respecto a una variable socioeconómica.
Índice y curva de concentración	Utiliza el mismo procedimiento del coeficiente de Gini y la curva de Lorenz, pero las personas o grupos se ordenan según una variable socioeconómica y no de salud.

Fuente: Schneider et al., 2002

2.2 Logros y limitaciones de la reforma

Los resultados que en materia de equidad puede ofrecer la reforma colombiana, al cumplirse diez años desde el inicio de su implementación, resultan incompletos y en algunos casos contradictorios, tanto por los hechos que se muestran a partir de la información disponible como por las diferencias en los análisis según el enfoque o el vínculo institucional o ideológico de los autores.

Cobertura del seguro: aún no están todos

La población cubierta en 2003 ascendía a 27 millones de personas, lo que representa una cobertura del 61.8% de la población nacional. Estas cifras contrastan con la situación de 1993, cuando la cobertura del seguro apenas superaba el 20% y el número de personas cubiertas en el ISS y las cajas públicas ascendía a 7.5 millones. Sin embargo, la meta de cobertura universal, después de cinco años de cumplido su plazo, no se ha logrado aún y parece imposible alcanzarla bajo las condiciones actuales.

Además, es importante resaltar la complementariedad entre regímenes que se presenta en Colombia: Bogotá (63%) y San Andrés (64,6%) muestran una mayor afiliación al contributivo para 2003, mientras que regiones como el Pacífico (17,1%) y Atlántico (29,5%) tienen la menor proporción (Zambrano et al., 2005).

La inequidad se reduce, pero aún falta

Si se considera el período inicial de la implementación de la reforma (cuando se dio el principal aumento de cobertura, el cual se ubica en 57,2% en 1997), la generación de recursos para subsidiar la afiliación permitió incorporar a personas de bajos ingresos a la seguridad social, y fue así como el 61% de las personas que se afiliaron en dicho período correspondían al régimen subsidiado; por otra parte, el 39% restante eran integrantes del grupo familiar de quienes venían cotizando y, en menor medida, de nuevos cotizantes (Restrepo, 2002). Se nota entonces que los principales logros obedecen a la incorporación de población al régimen subsidiado, lo cual se ha consolidado en los últimos años hasta el punto de que la cobertura de este régimen podría superar a la del contributivo. Además, esto ha implicado el mayor avance en materia de equidad y sin duda constituye una buena carta de presentación de la estrategia adoptada en la Ley 100:

“Las áreas rurales del país se han beneficiado en gran medida del aumento en cobertura, puesto que de una participación en la afiliación total cercana al 17% en el primero de los años, lograron cubrir alrededor de un 48% de la población total en 1997 <...> El crecimiento en la cobertura en aseguramiento entre esos dos años, ha tendido a favorecer a los grupos de menores ingresos, por ejemplo, mientras que el aumento superó el 200% para el 20% de la población más pobre, la tasa correspondiente al 20% más rico fue de 70% <...> Como resultado, la concentración en la afiliación se manifiesta a través de una reducción en el coeficiente, de 0,23 a 0,40, o, dicho en otras palabras, en términos de aseguramiento, la Ley 100 impregna equidad al sistema de salud” (DNP – PNUD, 2000, p. 107)

A pesar de estos logros, los cuales prácticamente se estancaron desde 1997 y han tenido algún retroceso, la cobertura conserva rezagos de equidad y esto obedece a la desigualdad económica que favorece la afiliación de personas con capacidad de pago, mientras la afiliación de los pobres está restringida por la disponibilidad de recursos y los problemas atribuidos a la identificación y clasificación de esta población. En otras palabras, pese a la fuerte reducción en la brecha de aseguramiento entre ricos y pobres, aún se tiene una situación de inequidad: “en el primer quintil solo está cubierto el 48,1% mientras que en el quintil 5 está afiliado el 83,7%” (Campos, et al 2004).

Finalmente, también se encuentran inequidades por región, condiciones de vida y por zona urbana –rural. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Flórez, 2002), en Bogotá el 72% de la población está afiliada, mientras en la región Atlántica, esa cifra sólo alcanza el 45%. Así mismo, las diferencias entre zona urbana y rural se mantienen; por edad, los grupos más desprotegidos son los menores y entre la población mayor de 50 años la no afiliación se reduce a un poco más del 30%.

¿Qué ha pasado con el acceso?

Los logros obtenidos en materia de cobertura de la seguridad social se acompañan de mejoras en la equidad en el financiamiento del sistema, ya que el principio de solidaridad apunta a que cada persona contribuya según su capacidad de pago y reciba atenciones según sus necesidades. Esta cuestión teórica fue la que llevó a ubicar al sistema colombiano en el contexto mundial como el más imparcial en el financiamiento (“fairness of financial contribution”), lo cual puede confundirse con “el más equitativo”. Sobre el particular, se tiene la reflexión del profesor Jorge Iván González que ayuda a despejar las dudas y suspicacias que suscitó este resultado:

“Junto con la imparcialidad de la contribución financiera, Colombia presenta rezagos en cobertura y un sistema de salud inequitativo <...> La forma como se distribuye el gasto público en salud confirma la falta de equidad del sistema. En el total, los quintiles cuatro y cinco reciben más que el quintil uno, así que el gasto en salud no favorece la equidad. Y al profundizar las desigualdades existentes, el sistema de salud es injusto” (González, 2001, pp. 44 - 46).

El análisis de González de alguna manera recoge lo que varios estudios han afirmado, en el sentido de que si bien se tienen unos resultados favorables en materia de cobertura del seguro, en cuanto al acceso no hay evidencias contundentes sobre mejoras similares. A lo señalado por Céspedes et al. (2002), puede comentarse el intento por evaluar diez años de equidad a partir de las encuestas de demografía y salud de 1990, 1995 y 2000:

“Las tendencias en los indicadores de salud entre 1990 y 2000 muestran una mejoría importante en el acceso potencial (afiliación), evidente por su promedio y por su equidad. Sin embargo, pese a las mejoras observadas en el uso de servicios de salud materna, con un descenso de la inequidad, al analizar cada uno de los indicadores de acceso y estado de salud se observa

la existencia de inequidades a lo largo de toda la década, en prácticamente todos los indicadores, a favor de las zonas urbanas y de los grupos de mayor nivel socioeconómico” (Flórez, 2002)

Esta mirada, basada en la distribución de ingresos, puede complementarse con las diferencias en el acceso según el régimen de la seguridad social, corroborándose la existencia de un acceso diferencial a partir de la existencia de planes de beneficios distintos. En efecto, la lectura de las encuestas de calidad de vida de 1997 y 2003 (Restrepo *et al.*, 2005) muestran que dentro de las personas del régimen contributivo que manifestaron haber estado enfermas en 1997, cerca del 84% asistieron a los servicios de salud, mientras esta cifra bajó hasta 70% para las personas del régimen subsidiado y al 60% para los vinculados; en 2003, las cifras enseñan variaciones en los dos primeros regímenes, con una reducción de la diferencia (80% y 74%, respectivamente), mientras que la población vinculada habría presentado un retroceso (50%).

En cuanto a los motivos de esta situación, en el régimen contributivo predominan aspectos sobre la necesidad percibida (caso leve) o la falta de tiempo (69% en 1997 y 63% en 2003), mientras que en el régimen subsidiado, la falta de dinero representaba el 44% de la no asistencia en 1997 y en 2003 bajó al 30%, marcando en contrario un ascenso de la necesidad percibida, desde el 27% en 1997 al 39% en 2003. Por último, la población vinculada explica su no asistencia a los servicios de salud, principalmente por la falta de dinero (63% en 1997 y 57% en 2003).

Un resumen de esta situación, basado en la utilización de los servicios según el nivel de ingresos, da fuerza a la idea de que siguen existiendo razones económicas como limitante para el acceso efectivo a los servicios de salud: mientras en los dos primeros quintiles se concentra el 32% de la atención, en los dos últimos quintiles se concentra el 46% (Campos *et al.*, 2004).

Los pagos de bolsillo: la gran preocupación

Varias investigaciones recientes muestran que el gasto de bolsillo en salud, uno de los indicadores trazadores de inequidad considerado regresivo en la mayoría de los países, no ha tenido en Colombia un impacto positivo sobre los más pobres. A pesar de las diferencias en metodología y resultados, hay consenso en que este gasto no disminuyó para el 20%-25% más pobre de la población entre 1993 y 1997 (Arbeláez, Castaño, Giedion y Morales, 2001; DNP-Misión-PNUD, 2001), y para el año 2000, el gasto se mostró aún más regresivo, con un retorno a los niveles de 1993.

De acuerdo a la Encuesta de Calidad de Vida 1997, existen desigualdades asociadas al ingreso a la hora de realizar gasto en salud, es decir, los hogares de estrato bajo tienen que hacer un mayor esfuerzo que los de estratos más alto. Los hogares de estrato 1 gastan el 12,2% de su ingreso corriente en salud mientras que los de estrato 6 el 8,1%, cuando el promedio para el país representa alrededor del 9,62% (Ramírez, 2002).

3. La situación en Antioquia

Varios trabajos dan cuenta de fenómenos sobre inequidad en salud en Antioquia. En especial, se han evidenciado desigualdades entre territorios que pueden ser catalogadas como injustas, indeseables o innecesarias, y se han encontrado diferencias entre grupos de población, como la perteneciente al régimen subsidiado y la vinculada.

3.1 Algunas aproximaciones

La investigación “*Condiciones de acceso y sostenibilidad financiera del régimen subsidiado de salud en Antioquia*” (Restrepo *et al.*, 2003), coincidiendo con otros hallazgos y la referencia teórica, encuentra que el seguro es un buen mecanismo para facilitar el acceso a la población pobre. Es así como se muestran las ventajas de la población afiliada sobre los vinculados o población pobre no afiliada, como es el caso de unas frecuencias de uso de servicios diferentes y, en general, una mayor utilización por parte del primer grupo de personas, notándose especialmente la diferencia en su favor en la entrega de medicamentos, odontología y consulta médica, mientras la población vinculada registra usos similares o incluso superiores en urgencias y hospitalizaciones.

Sin embargo, la misma investigación reconoce que si bien el seguro es una condición necesaria para facilitar el acceso, ella no es suficiente, y es así como se cuestiona la persistencia de dificultades frente a las cuales no se logran cambios positivos o ellos son pequeños, o, aún más, se generan situaciones nuevas que obstaculizan el acceso. En este sentido, las barreras económicas y geográficas, las barreras administrativas y de contención de costos, y el aumento del gasto de bolsillo en salud, son importantes a la hora de buscar un balance entre lo que se pretende y lo que se logra.

Respecto a esto, trabajos como “*Análisis sobre el acceso a los servicios de ortopedia y cirugía red de servicios ESE Metrosalud Medellín, 2001*” (Ortiz y González, 2004) y “*La acción de tutela como alternativa de acceso a los servicios de salud. Panorama nacional y análisis para Medellín, 2003*” (Londoño, 2005), dan cuenta de algunos asuntos puntuales: a. La afiliación a la seguridad social incide en la dinámica del acceso inicial y la efectividad de la referencia; b. Cuando la población vinculada se enferma y tiene necesidad de consultar, no acude a los servicios por barreras organizativas y financieras, decidiendo buscar alternativas para dar respuesta a la necesidad o realizar la demanda cuando la enfermedad se hace más compleja; c. Existe una alta participación de Antioquia en las tutelas interpuestas por los ciudadanos con miras a proteger su derecho a la salud, y de manera sorprendente, la gran mayoría provienen de personas afiliadas a la seguridad social, cuando se sospecha que la población vinculada tiene las mayores restricciones de acceso.

Por último, respecto al promedio nacional, Antioquia aparece con un buen comportamiento en indicadores como estado de salud, cobertura y demanda de servicios. Los dos primeros

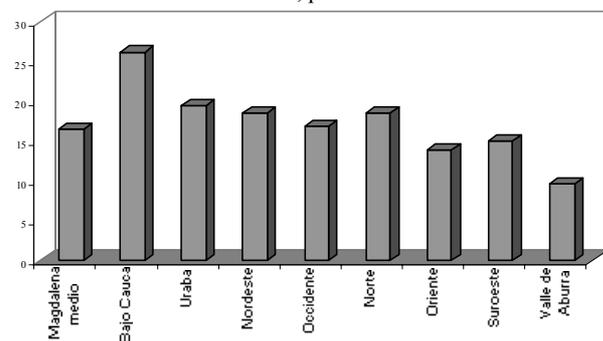
serán tratados en el próximo numeral, mientras que sobre el tercero hay algunos comentarios: a. Antioquia ha aumentado el porcentaje de la población que consulta por prevención, pasando de alrededor del 40% en 1997 a cerca del 45% en 2003, mientras que a nivel nacional, cerca del 75% de la población bogotana consulta y solo el 34% de la región Pacífica lo hace; b. Para el caso de tener enfermedad crónica y consultar, Antioquia disminuye su proporción entre 1997 y 2003. Para el primer año es de 11,3% mientras que para el segundo es de 10,2%, tendencia que se manifiesta en varias regiones del territorio nacional; c. En cuanto a la tasa de hospitalización, el departamento tiene un comportamiento acorde con el del país, ya que se observa una tendencia a la disminución, pasando del 6,5% en 1997 a menos del 6% en 2003. (Zambrano et al, 2005)

3.2 Diferencias territoriales en estado de salud

Mortalidad infantil

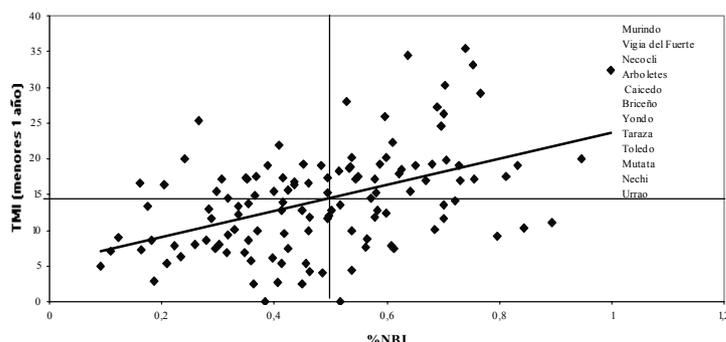
El departamento mantiene un buen comportamiento en la tasa de mortalidad infantil. Se observa una tendencia a la disminución durante los últimos años, pasando de 18,9% en 1999 a 14,4 en 2004. Además, respecto a la media nacional (26,4%) el valor es bajo. A pesar de esto, se observan grandes diferencias al interior del departamento. Las subregiones con peores indicadores son Bajo Cauca, Urabá y Nordeste, y las que reportan un mejor comportamiento son Valle de Aburrá, Oriente y Magdalena Medio (gráfico 1). Por su parte, los municipios de Apartadó, El Bagre, Necoclí, Turbo, Murindó, Arboletes, Tarazá, Nechí, Caicedo, Mutatá, Sabanalarga y Chigorodó, entre otros, son los que presentan peor comportamiento, al ubicarse en el cuadrante II (mayor porcentaje de necesidades básicas insatisfechas y mayor tasa de mortalidad) del gráfico 2. De otro lado, Retiro, Sabaneta, Envigado, Guarne, Itagüí, Copacabana, Don Matías, Rionegro, Bello y La Estrella, entre otros, se ubican en el tercer cuadrante, con un porcentaje de necesidades básicas insatisfechas bajo y una tasa de mortalidad baja.

Gráfico 1. Antioquia: Mortalidad infantil por mil nacidos vivos, promedio 1994-2003.



Fuente: Base de datos de mortalidad. Departamento Nacional de Estadística –DANE– y Dirección Seccional de Salud de Antioquia

Gráfico 2. Antioquia: Mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) y % NBI, promedio 1994 -2003.



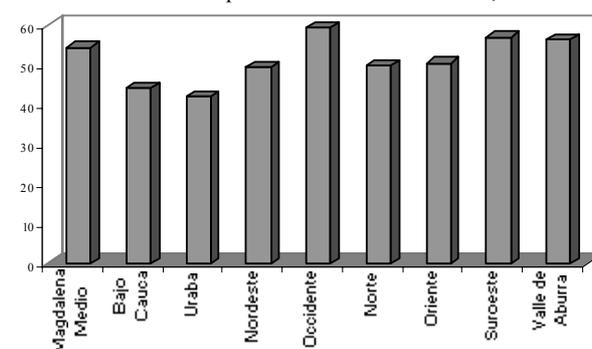
Fuente: Base de datos de mortalidad. Departamento Nacional de Estadística –DANE– y Dirección Seccional de Salud de Antioquia

Sorprende el caso de Medellín que se encuentra en el cuadrante I, con un porcentaje de necesidades básicas insatisfechas bajo pero con una tasa de mortalidad relativamente alta, lo que se puede explicar a partir de las diferencias que existen entre los diferentes grupos sociales al interior de la ciudad.

Esperanza de vida

Como una aproximación a la esperanza de vida, se calculó la media que resulta de las edades de muerte de las personas, según la información disponible por municipio y rango de edad (gráfico 3). Se observa que las subregiones con un número de años menor son Urabá, Bajo Cauca y Nordeste, mientras que las de mayor número son Occidente, Magdalena Medio y Suroeste. Medellín y Valle de Aburra presentan un buen comportamiento.

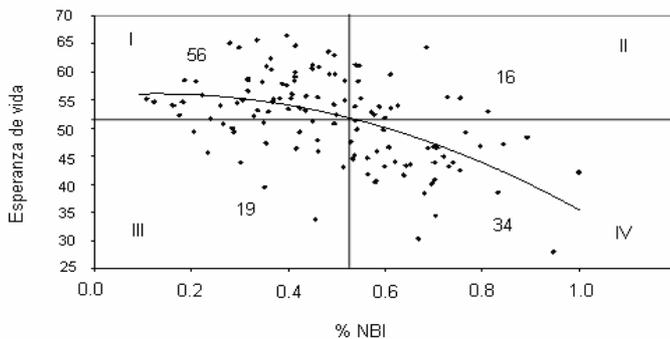
Gráfico 3. Antioquia: Edad media de muerte, 2003.



Fuente: Base de datos de mortalidad. Departamento Nacional de Estadística –DANE– y Dirección Seccional de Salud de Antioquia.

El gráfico 4 muestra el análisis para la esperanza de vida y el porcentaje de necesidades básicas insatisfechas. Se observa un patrón entre las series, tal que, a mayor porcentaje de NBI menor edad media de muerte y viceversa. En el gráfico hay dos cuadrantes especialmente interesantes: el número I, por tener los

Gráfico 4. Antioquia: Esperanza de vida y % NBI, 2003.



Fuente: Base de datos de mortalidad. DANE y DSSA.

mejores indicadores, y el IV por ser el de los peores. En el primero aparecen 56 municipios entre los cuales están: Peñol, Rionegro, Guarne, Barbosa, Puerto Berrio, Retiro, Bello, Medellín, Marinilla, Bello, Itagüí, Caldas, Sabaneta, Copacabana, entre otros. Mientras tanto, en el cuadrante IV resaltan municipios con indicadores muy bajos como: Vigía del Fuerte, Nechí, Tarazá, Necoclí, Turbo, Mutatá, El Bagre, Murindó, San Pedro de Urabá, Yondó, Arboletes, San Juan de Urabá, entre otros.

Resalta el hecho que los municipios del cuarto cuadrante sean los mismos que tenían problemas con la tasa de mortalidad y pertenezcan, en su mayoría, a las subregiones identificadas como problemáticas. También es importante destacar que el mayor número de municipios se ubicó en el cuadrante I, donde las condiciones son las mejores. Por último, dado el carácter del indicador, las desigualdades existentes entre los municipios del cuadrante I y IV son preocupantes desde el punto de vista de la equidad.

Morbilidad evitable

Para el caso de la morbilidad, la persistencia de enfermedades y problemas como sífilis, SIDA, desnutrición, diarrea, entre otros, son una muestra de la existencia de inequidad al interior del departamento, dado que son problemas de fácil prevención y representan una pérdida desde el punto de vista de capital humano. Se observa que para 2004 se mantiene un valor muy alto (10,6%) en la tasa de mortalidad por diarrea en menores de cinco años, aunque mantiene un comportamiento descendente desde el año 2000. En cuanto a desnutrición, la tasa de mortalidad en menores de cinco años para 2004 se ubica en un 8,4%, que representa una mejora sustancial respecto al valor reportado en 2001 de 25,7%. Es preocupante el caso de enfermedades como el SIDA y la sífilis congénita, que han venido en aumento durante los últimos años. Para el 2004 muestran valores de 10,1% (tasa por cien mil habitantes) y 3.5% respectivamente (tasas por mil nacidos vivos).

Además, el análisis por subregión para 2003 enseña que Bajo Cauca, con un 34,9%, Urabá con un 29,1% y Norte con un 18,7% son las que poseen los valores más altos en la tasa de

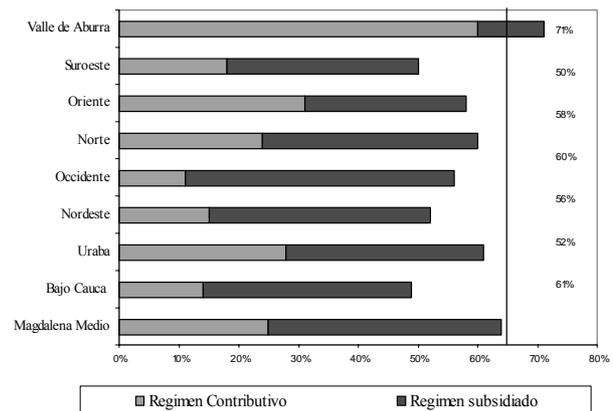
mortalidad por enfermedad diarreica aguda (tasa por cien mil niños menores de cinco años). En cuanto a mortalidad por desnutrición, Bajo Cauca con 57,1%, Urabá con 33,1% y Norte con 25% son las subregiones con peores indicadores (tasa por cien mil niños menores de cinco años).

3.3 Cobertura del seguro de salud

La cobertura de la seguridad social en salud ha presentado un ligero aumento en los últimos años, pasando del 61% en 1999, al 63% en 2002 y al 65% en 2004, lo que corresponde a cerca de 3.5 millones de personas afiliadas. Comparado con el panorama nacional Antioquia presenta un buen comportamiento, ya que se observan regiones como el Pacífico con una cobertura del régimen contributivo de 17,1% y del subsidiado de 35,5% para el 2003; Atlántico 29,5% en el contributivo y 26% en el subsidiado; Valle con 45% y 13,1% respectivamente; mientras Antioquia (cuadro 3) muestra, para 2002, 41% y 22% en cada uno de los regimenes, y para 2004 aparece con 44% y 21%.

Las regiones de Bajo Cauca, Nordeste y Suroeste presentan para 2004 un nivel inferior al promedio departamental, con 49%, 52% y 50% respectivamente, mientras Magdalena Medio y Valle de Aburrá presentan una cobertura superior al 60% y el resto de regiones registran un nivel cercano al promedio (cuadro 3 y gráfico 5). Por su parte, el 42% de los municipios presenta una cobertura inferior al 50%, el 46% posee cobertura entre el 50% y el 70%, y el 16% tiene una superior al 70%.

Gráfico 5. Antioquia: Cobertura del seguro de salud, 1999-2004.



Fuente: DSSA, Superintendencia Nacional de Salud, Ministerio de Protección Social, cálculos GES-CIE.

Estas cifras muestran la complementariedad entre ambos regimenes, según el nivel de desarrollo de cada región o municipio, lo cual, además de ser una expresión de la solidaridad en la que se basa el sistema, constituye un aspecto clave en materia de equidad al reducir las diferencias sobre acceso potencial: para 2004, el mayor aporte a la cobertura del Valle de Aburrá (71%) lo hace el régimen contributivo (60%), en contraste con el régimen subsidiado (11%); en cambio, en las demás regiones predomina la afiliación al régimen subsidiado: Magdalena Medio

Cuadro 2. Antioquia: Cobertura del seguro de salud, 1999 – 2004.

Subregión	Regimen Contributivo			Regimen subsidiado			Total		
	1999	2002	2004	1999	2002	2004	1999	2002	2004
Magdalena Medio	24%	24%	25%	38%	39%	39%	62%	63%	64%
Bajo Cauca	11%	12%	14%	32%	35%	35%	43%	47%	49%
Uraba	20%	21%	28%	36%	36%	33%	56%	57%	61%
Nordeste	10%	13%	15%	35%	36%	37%	45%	49%	52%
Occidente	10%	10%	11%	42%	45%	45%	52%	55%	56%
Norte	17%	20%	24%	33%	35%	36%	50%	55%	60%
Oriente	26%	27%	31%	26%	28%	27%	52%	55%	58%
Suroeste	17%	16%	18%	29%	32%	32%	46%	48%	50%
Valle de Aburra	56%	59%	60%	11%	12%	11%	67%	71%	71%
Total Antioquia	40%	41%	44%	21%	22%	21%	61%	63%	65%

Fuente: DSSA, Superintendencia Nacional de Salud, Ministerio de Protección Social, cálculos GES-CIE.

por ejemplo, presenta un 39% en el subsidiado y un 24% en el contributivo, y Occidente tiene un 45% para el primero y 11% para el segundo.

Por último, como sucede en el plano nacional, para Antioquia se nota que a pesar del avance en cobertura en las regiones del departamento y su focalización en la población más pobre a través de la mayor importancia del régimen subsidiado, para 2004 el objetivo de universalidad esta todavía lejano.

4. Conclusiones

La equidad en salud es un concepto multidimensional que no solo está referido a la salud sino que también engloba otras dimensiones del desarrollo. Por esto, es importante tener en cuenta que las inequidades en salud pueden resolverse a partir del esfuerzo de otros sectores del desarrollo distintos a salud, como es el caso de las acciones necesarias para la generación de ingresos y una mayor cobertura en educación, tanto en cuanto a cupos escolares como a rendimiento y calidad. Además, mientras no se resuelvan las inequidades características del sistema socioeconómico y no se revisen aspectos estructurales del sistema de seguridad social que impiden la afiliación de personas de bajos ingresos y mantienen restricciones al acceso, las acciones emprendidas quedan cortas e incluso pueden tener un efecto nulo.

Desde el punto de vista de equidad, los resultados de la reforma colombiana no ofrecen conclusiones absolutas. El carácter multidimensional del concepto hace que se planteen diferentes opiniones dependiendo del enfoque desde el que se habla, o dicho en otros términos, los resultados presentan avances o deficiencias de acuerdo a la dimensión que se analice: estado de salud, recursos y oferta de servicios de salud, utilización de servicios, estado de salud o financiamiento. Además, existen hechos inesperados, como la crisis económica de 1998, que afectaron el proceso propuesto inicialmente en la reforma y que no podían ser considerados. De todos modos, esto abre el debate sobre la capacidad que tiene el sistema para afrontar contingencias y sus posibilidades para responder a las condiciones futuras de la economía, como pasa con la dinámica del empleo.

Hay varios aspectos por resaltar en el panorama nacional: a. El régimen contributivo es el que mayores logros tiene en materia de atención, pero evidencia desigualdades a su interior asociadas con la capacidad de pago: quienes pertenecen a este régimen y forman parte del 20% más pobre, tienen una mayor probabilidad de enfermar y no recibir atención, lo que guarda relación directa con el concepto de desigualdad evitable e injusta; b. Quienes están afiliados al régimen subsidiado tienen alta probabilidad de recibir atención, aunque con diferencias respecto al régimen contributivo, cosa que tiene su origen en la diferencia en los planes de salud que tienen ambos regímenes; c. La probabilidad de atención más baja la tienen quienes no están afiliados, lo que fortalece la idea de la importancia de la estrategia de aseguramiento (Ramírez, 2004); d. El sistema colombiano es progresivo desde el punto de vista del ingreso, es decir, los ricos pagan una mayor proporción de su ingreso que los pobres para la financiación del sistema, pero regresivo desde el gasto, esto es, los pobres reciben menos gasto *per cápita* y realizan mayores gastos directos (pagos de bolsillo) como porcentaje de su ingreso.

En el contexto departamental, Antioquia representa una muestra de lo que sucede en el mundo en cuanto a las inequidades en salud entre grupos de población por nivel socioeconómico y su ubicación geográfica. Se destaca la precaria situación que se enfrenta especialmente en Urabá, Bajo Cauca y Nordeste. Las disparidades en materia de morbilidad evitable, nutrición, mortalidad infantil y esperanza de vida, entre otros indicadores claves, enseñan que persiste la trampa de la pobreza y no se logra la vinculación de estas comunidades y personas al desarrollo. Además, la disponibilidad de recursos dispuestos por la sociedad, como es el caso de la cobertura de la seguridad social, también deja por fuera a personas en situación de pobreza y este mecanismo no garantiza el acceso a los servicios de salud y mejoras en el estado de salud.

A manera de ejercicio, se calcularon, para 2003, algunos indicadores presentes en el cuadro 1. La razón de tasas, muestra que en Bajo Cauca, Urabá y Nordeste mueren casi dos veces más niños que en el Valle de Aburra. En el caso del riesgo atribuible poblacional, si todas las subregiones de Antioquia tuvieran el indicador del Valle de Aburra, la muerte de niños en el departamento, se podría reducir en aproximadamente 37%, lo que representa, en términos absolutos, alrededor de 4 por mil nacidos (en términos absolutos sería número de niños). En cuanto a la diferencia de tasas, se observa una diferencia de 13,2 por mil nacidos vivos entre Valle de Aburra y Bajo Cauca, que son las regiones extremas.

A partir de la comparación nacional, Antioquia presenta, en términos generales, un comportamiento bueno en aspectos como cobertura y acceso a servicios de salud, aunque queda trabajo

por hacer en estos aspectos y en especial el mejoramiento del estado de salud.

El panorama que se observa en cuanto a equidad en salud es tomado por la iniciativa del gobierno departamental a través de la Alianza de Antioquia por la Equidad, de la cual hacen parte entidades públicas y empresarios. Para la Alianza se plantean algunas estrategias:

- a. Participar activamente en el fortalecimiento de la gobernabilidad en salud y la recuperación de la política integral de salud, mediante el fortalecimiento del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud;
- b. Adherirse al Pacto por la Salud Pública en Antioquia, buscando una ampliación tanto en términos de metas más ambiciosas como de metas nuevas, más instrumentos y acciones concretas, con la definición de responsables, recursos y mecanismos de seguimiento;
- c. Promover la realización de eventos subregionales en los cuales se discuta la problemática de salud y, de manera consistente con los dos puntos anteriores, se busquen acciones verificables para garantizar el acceso integral de la población a los servicios de salud. Como prioridad de intervención, se sugiere abordar las regiones de Urabá y Bajo Cauca;
- d. Adoptar los 20 municipios en los cuales se presenta la situación más precaria en materia de equidad en salud, buscando que sus indicadores mejoren sustancialmente y se ubiquen en niveles superiores al promedio actual;
- e. Crear o apoyar la creación de unos fondos mutuales, como los que hoy existen en varias comunidades, que permitan financiar gastos de transporte a los centros de atención y medicamentos para las personas más necesitadas.

Referencias

- Campos, Jazmín; Rivera Magda y Castañeda, Martha Yanira (2004). "El malestar de la salud en Colombia". *Economía colombiana*. Edición 303.
- Castaño, Ramón Abel; Arbeláez, José; Giedión, Úrsula y Morales, Luis (2002) "Equitable financing, out-of-pocket payments and the role of health care reform in Colombia". *Health Policy and Planning*. Vol. 17, Supl.: 5-11.
- Céspedes, Juan Eduardo; Jaramillo, Iván y Castaño, Ramón Abel (2002). "Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia" *Cadernos de saúde pública*. Vol. 18, No. 4.
- Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE –. Base de datos de mortalidad. En: http://www.dane.gov.co/inf_est/series_proyecciones.htm
- Dirección Seccional de Salud de Antioquia – DSSA – Base de datos mortalidad. En: <http://www.dssa.gov.co/evitables/macroproblema94.htm>
- DNP – PNUD (2000). *Informe de Desarrollo Humano para Colombia*. Bogotá, Alfaomega S. A. y DNP.
- Flórez, Carmen Elisa (2002). "La equidad en el sector salud: una mirada de diez años". Bogotá D.C., Fundación Corona — Fundación Ford —.
- González, Jorge Iván (2001) "Imparcialidad financiera y equidad. Otra lectura del informe de la Organización Mundial de la salud - año 2000" *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. No. 1
- Hernández, Mario (2002). "Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia". *Cadernos de saúde pública*. Vol. 18, No. 4.
- Londoño, Alba Y. (2005). "La acción de tutela como alternativa de acceso a los servicios de salud. Panorama nacional y análisis para Medellín, 2003". Medellín, Universidad de Antioquia (Memoria de Grado).
- Ortiz, Angela M. y González, María C. (2004). "Análisis sobre el acceso a los servicios de ortopedia y cirugía red de servicios ESE Metrosalud Medellín, 2001". Medellín, Universidad Pontificia Bolivariana (Tesis de maestría).
- Ramírez, Clara (2004). "Sistema general de salud: afiliación, atención y equidad". *Economía colombiana*. Edición 303.
- Ramírez, Manuel; Cortés, Darwin y Gallego, Juan Miguel. (2002) "El gasto en salud de los hogares colombianos. Un análisis descriptivo" *Lecturas de Economía*. No. 57.
- Restrepo, Jairo H. (2002). "El seguro de salud en Colombia. ¿Cobertura universal?". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. Vol. 1, No. 2.
- _____ (2003). "Condiciones de acceso y sostenibilidad financiera del régimen subsidiado de salud en Antioquia." Informe de investigación. Medellín, CIE.
- Savedoff, William (2001). "Repercusiones políticas de un enfoque en la equidad en salud en América Latina" En: OPS (Ed.) *Invertir en salud. Beneficios sociales y económicos*. http://publications.paho.org/spanish/Savedoff_PC_582.pdf
- Schneider, Maria C.; Castillo, Carlos; Bacallao, Jorge; Loyola, Enrique; Mujica, Oscar; Vidaurre, Manuel y Roca, Anne. (2002) "Métodos de medición de las desigualdades de salud". *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol. 12, No. 6.
- Sen, Amartya. (1999) "La salud en el desarrollo". Discurso inaugural ante la 52ª. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra.
- Vargas, Gustavo (2001). "Gasto social en salud y su impacto sobre la equidad". Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. (Tesis de maestría).
- Vargas, I.; Vásquez, M. L. y Jané, E. (2002) "Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica". *Cadernos de saúde pública*. Vol. 18, No. 4.
- Whitehead, Margaret (1992). "The Concepts and principles of equity and Health". *International Journal of Health Services*. Vol. 22, No.3.
- World Health Organization (1998) *Final report of the meeting on policy-oriented monitoring of equity in health and health care*. Geneva, WHO.
- Zambrano, Andrés; Acosta, Olga Lucía; Ramírez, Manuel; Guerra José Alberto; Rivera, David (2005) "Una aproximación de la salud en Colombia a partir de la encuesta". *Borradores de Investigación*. No. 72.

Observación Académica

Informe sobre el Desarrollo Mundial 2006: Equidad y Desarrollo

Aurelio Mejía Mejía

El próximo año el Informe sobre el Desarrollo Mundial¹ se centrará en el estudio de la relación entre equidad y desarrollo. Por equidad se entiende principalmente que los individuos tengan iguales oportunidades de llevar la vida que desean al tiempo que se evitan las formas más extremas de privación. A su vez, igualdad de oportunidades implica que los individuos, sin importar el sexo, raza, ubicación geográfica o condición socio económica, tengan idénticas oportunidades de adquirir diversos activos y participar en la vida pública, así como obtener los mismos retornos por esfuerzos similares. El principal mensaje del Informe es que la equidad es complementaria, en muchos aspectos fundamentales, de la consecución de la prosperidad en el largo plazo.

La equidad, entendida en el sentido anterior, por lo general no implica igualdad en los resultados (por ejemplo, en el ingreso o el consumo) debido a que seguirían produciéndose diferencias entre los individuos por diferir en sus necesidades, preferencias, esfuerzos y talentos.

¿Por qué la preocupación por la equidad? Si bien ésta es un logro que la mayoría de personas valorarían como intrínsecamente importante, existen otros motivos por los cuales se debe centrar la atención en este tema:

- Las desigualdades en diferentes dimensiones (salud, educación, participación política, ingresos, entre otras) pueden hacer más difícil la reducción de la pobreza y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Grandes desigualdades pueden estar asociadas con una mayor prevalencia de crimen y violencia, lo cual empeora el clima de inversión y reduce la capacidad de los gobiernos para proveer bienes públicos.
- Los fallos en los mercados de crédito, seguros, tierras y capital humano impiden que los recursos fluyan hacia aquellos sectores con mayores retornos.
- Altos niveles de inequidad política pueden conducir al diseño de instituciones económicas y acuerdos sociales que sistemáticamente favorezcan los intereses de aquellos con mayor influencia.
- Los efectos adversos de las inequidades políticas, económicas y sociales sobre el desarrollo son altamente perjudiciales, puesto que tienden a perpetuarse en el tiempo y entre generaciones.

Ahora bien, las contribuciones que sobre el desarrollo económico puede tener el logro de mayor equidad están asociadas a la

incidencia que esta última tiene sobre el funcionamiento del entorno para las inversiones y la potenciación o empoderamiento de los pobres, las dos vías principales en que se basa la estrategia de lucha contra la pobreza del Banco Mundial. El Informe de 2006 se centra en la relación instrumental entre equidad y desarrollo, con énfasis en dos canales: fallos de mercado e inequidades políticas.

En primer lugar, el funcionamiento de los mercados de capitales y seguros en la mayoría de países en vía de desarrollo está lejos de ser perfecto, impidiendo que se desarrollen proyectos productivos y potencialmente rentables. De la misma manera, las fallas en el mercado de capital humano limitan el desarrollo de todas las capacidades de individuos talentosos, lo cual restringe su capacidad de generar mayores ingresos en el futuro y de contribuir a la economía. Asimismo, la desigual distribución de las tierras genera ineficiencias y perpetúa las desigualdades en el acceso. Por último, la desigualdad en el poder conduce a la formación de instituciones que perpetúan desigualdades en el poder, educación, salud, status, las cuales por lo general socavan el crecimiento en el largo plazo; según el Informe, para desarrollarse una sociedad debe crear incentivos para que la mayoría de la población pueda invertir e innovar.

En definitiva, las propuestas del Informe están encaminadas a crear las condiciones para que los países puedan alcanzar un mayor desarrollo en el largo plazo. Y aunque el diseño de las políticas depende del contexto específico de cada país, Colombia podría adoptar las recomendaciones generales planteadas en el informe en lo relacionado con la inversión en las personas, ampliando las oportunidades que les permitan desarrollar sus capacidades, el acceso a recursos productivos complementarios, la promoción de la justicia en los mercados y la provisión del bien público de la estabilidad macroeconómica.

En particular, en el sector salud se propone mejorar la información a los ciudadanos sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad, crear incentivos para incrementar la demanda de servicios de salud por parte de mujeres y niños y para ciertas enfermedades, reducir los costos de los servicios, mejorar el acceso y evitar barreras financieras mediante subsidios directos y aseguramiento de los pobres, a través de subsidios cruzados o de un esquema separado que no incluya contribuciones.

Referencia

World Bank (2005) *World Development Report 2006: Equity and Development* (Draft Report) Washington D.C. Disponible en www.worldbank.org/wdr2006

¹ Estas notas son preliminares y pueden diferir de las que aparezcan en el informe final.

Actualidades del GES

El GES participa en convocatoria para la sostenibilidad de los Grupos A y B Universidad de Antioquia 2005-2006, con una solicitud por setenta millones de pesos para financiar la adquisición de software especializado, actualización de material bibliográfico y computadores, formación de dos estudiantes de maestría y contratación de personal de asesoría y apoyo.

Informe de investigación, primer semestre de 2005

“Análisis costo efectividad de dos intervenciones diagnósticas que utilizan técnicas de biología molecular en un programa de prevención y control de la tuberculosis”. IP: Profesora Helena del Corral Londoño.

Publicación reciente

Restrepo, Jairo Humberto y Rodríguez, Sandra (2005). “Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia”. *Revista de Economía Institucional*, Vol. 7 No. 12, Bogotá, pp. 165-190, primer semestre.

Participación en Congreso Mundial

En el 5o. Congreso Mundial de Economía de la Salud (Barcelona 10 a 12 de Julio de 2005) se presenta el trabajo «Health insurance as strategy for acces streamlined facts of the colombian health care reform» elaborado por Jairo Humberto Restrepo del GES, Andrés Zambrano y Manuel Ramírez del Grupo de Economía de la Universidad del Rosario, y Mauricio Vélez de Susalud EPS.

El trabajo se presenta en la sesión organizada *Health Reform in Middle Income Countries in Latin America*, presidida por Verónica Vargas del Ministerio de Salud de Chile y en la que también participan Ana Sojo de la CEPAL en México y Hernán Sandoval de la Comisión de Reforma a la Salud de Chile.

Otras actividades e información de interés

El GES prepara dos actividades académicas para el 10 de noviembre próximo, inscritas en el 4º Congreso Internacional de Salud Pública que se realizará en Medellín a partir de esa fecha: Coloquio de Investigadores del área de Economía de la Salud, y Seminario Nacional Macroeconomía y Salud.

Para apoyar la preparación de estas actividades se vincula Sara Atehortúa como estudiante en formación.

Información institucional:

Rector de la Universidad de Antioquia:
Alberto Uribe Correa.

Decano de la Facultad de Ciencias Económicas:
Mauricio Alviar Ramírez.

Director del CIE:
Jorge Lotero Contreras.

Coordinador del GES:
Jairo Humberto Restrepo Zea.
jairo@catios.udea.edu.co

Profesores e investigadores U. de A.
Helena del Corral Londoño.
elenadelco@udea.edu.co

Jóvenes investigadores:
Aurelio Mejía Mejía.
Juan Camilo Tamayo Ramírez.

Estudiantes en formación y pasantías:
Sara Catalina Atehortúa Becerra.
Sandra Patricia Ortiz Sanmartín.
Diana Marcela Ardila Londoño

Texto original:
Jairo H. Restrepo Zea
y Juan Camilo Tamayo R.

Edición de textos:
Aurelio Mejía Mejía
y Juan Camilo Tamayo R.

Diseño:
Santiago Ospina Gómez.

Diagramación e impresión:
L. Vieco e Hijos Ltda.

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

Las ideas y opiniones aquí expresadas sólo comprometen al GES o a sus autores cuando sean artículos firmados.

Esta edición del Observatorio fue elaborada en el marco de la Alianza de Antioquia por la Equidad, iniciativa de la Gobernación de Antioquia a la que se ha vinculado el GES con la elaboración de dos documentos y la participación en la discusión técnica y política de su contenido: “Equidad en salud en Antioquia” y “Equidad y nutrición en Antioquia”.

