



Medellín, septiembre de 2005 AÑO 4 N° 11
ISSN 1657 - 5415

servatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD~GES

Macroeconomía y Salud en Colombia

La relación bidireccional entre economía y salud se caracteriza por tener dos atributos principales: simultaneidad y dualidad. El primero se refiere al hecho de que el desarrollo económico y las mejores condiciones de salud se refuerzan mutuamente, por lo que se hace indispensable progresar de manera paralela en los dos frentes. El segundo, la dualidad, se refiere a que la salud se convierte tanto en un sector de la economía como en un factor de bienestar para la población. Es así como, desde la perspectiva macroeconómica, se encuentra que la salud es un componente y una consecuencia fundamental del desarrollo económico, al observar que la mejoría del estado de salud de las personas impulsa un mayor crecimiento económico y, a su vez, posibilita una mayor acumulación de capital salud.

Los avances en salud tienen impacto sobre el crecimiento económico por medio de un conjunto de canales como, por ejemplo, la reducción de las pérdidas de producción ocasionadas por la enfermedad de los trabajadores; el incremento de la productividad del adulto debido a la mejor nutrición; el aumento en la cantidad de niños que asisten a la escuela y la mayor calidad de su aprendizaje; la utilización de recursos

naturales que, debido a las enfermedades, eran total o parcialmente inaccesibles, y la disponibilidad, para diferentes usos, de recursos que de otro modo sería necesario destinar al tratamiento de las enfermedades (OMS, 2001). De este modo, tanto por su impacto directo como indirecto, el nivel de salud de la población es uno de los aspectos importantes para tener en cuenta en la reducción de la pobreza y su persistencia en el tiempo.

La salud entonces, desde esta perspectiva, adquiere gran importancia en el marco de las políticas públicas al tener impactos económicos y convertirse en un fin para mejorar las condiciones de vida de las personas, al tiempo que se considera un medio para lograr mayor desarrollo y crecimiento económico. Por esta razón, la política económica no debe estar dirigida solo hacia la estabilidad macroeconómica y la gobernabilidad, que son ingredientes esenciales para la reducción de la pobreza, sino que debe complementarse con inversiones sociales y esfuerzos sectoriales.

Como parte de la preocupación mundial por este tema, se destacan los Objetivos de Desarrollo del Milenio que fueron propuestos en la Cumbre del Milenio celebrada por la



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**
1803

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS CIE**

Organización de Naciones Unidas (ONU) en el año 2000, donde se propuso reducir la pobreza y sus causas y manifestaciones. Además, se cuenta con el trabajo realizado por la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) bajo la coordinación del economista Jeffrey Sachs, a partir de cuyo informe se cuenta con el ejercicio adelantado por México (CMMS, 2004) y otros países.

En este contexto, con el propósito de avanzar en torno a los lineamientos propuestos por la OMS, acerca del establecimiento de comisiones nacionales de Macroeconomía y Salud, se ha convocado a un grupo de académicos e investigadores nacionales que han realizado o desarrollan investigación en esta área y poseen producción académica e intelectual que enriquece el acervo de conocimientos sobre la política y el sistema de salud en Colombia.

La Observación se divide en cuatro grandes temas, a saber: salud y desarrollo, financiamiento y cobertura del sistema de salud, ciencia y tecnología, y aspectos regionales. Además, contiene una observación académica en memoria del profesor Alan Williams, fallecido en el presente año. Por último, se plantean unas conclusiones y reflexiones encaminadas a motivar el establecimiento de la Comisión de Macroeconomía y Salud y la elaboración de un informe para Colombia, lo cual, de concretarse, redundaría en la consolidación de una comunidad académica que genere diálogo interdisciplinario e involucre los diferentes sectores y actores de la sociedad, y, de manera destacada, realice aportes en materia de nuevo conocimiento y ofrezca insumos para la política de salud.

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 en proyectos del GES

Elena del Corral Londoño
elenadelco@udea.edu.co

Coordinación general:

Grupo de Economía de la Salud, Universidad de Antioquia.

Coordinación editorial:

Jairo Humberto Restrepo Zea.
Aurelio Mejía Mejía.
Diana Marcela Ardila Londoño.

Colaboradores:

Ramón Abel Castaño Yepes, MD, MSc.
ramon.castano@urosario.edu.co
Profesor Investigador, Universidad del Rosario.

Jorge Andrés Zambrano Riveros, MSc.
jzambran@urosario.edu.co
Profesor Investigador, Universidad del Rosario.

Juan Miguel Gallego Acevedo, MSc.
juan.jgallego@gmail.com
Estudiante doctorado. Universidad Toulouse I.

Diana Pinto Masis, MD, Ph. D.
dpinto@fedesarrollo.org.co
Investigadora Fedesarrollo

Fernando Ruiz Gómez, MD, MSc.
frui@javeriana.edu.co
Director CENDEX, Universidad Javeriana.

Mauricio Vélez Cadavid, MD, MSc.
maurveca@susalud.com.co
Gerente de Salud de Susalud EPS.

Álvaro Franco Giraldo, MD, MSc, Ph. D.
afranco@guajiros.udea.edu.co
Profesor Universidad de Antioquia.

Jairo Humberto Restrepo Zea, MSc.
jairo@quimbaya.udea.edu.co
Coordinador GES, Universidad de Antioquia.

Sara Catalina Atehortúa Becerra.
scatehortua@agustinianos.udea.edu.co
Estudiante en formación del GES.

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.*

1. Salud y desarrollo

Principales indicadores sobre la situación de salud

Álvaro Franco Giraldo

El *Informe de Macroeconomía y Salud* (OMS, 2001) entiende la salud como un objetivo esencial del desarrollo, pero igualmente enfatiza en la necesidad de mejorar la salud para lograr los objetivos del desarrollo, entre ellos la reducción de la pobreza. Como lo plantea Feachem (2002), son evidentes los lazos que vinculan la salud con el crecimiento económico en el largo plazo, particularmente por la vía de la inversión en salud. Por esto, la Comisión de Macroeconomía y Salud (CMS) insiste en la importancia de darle una posición central a la salud en el desarrollo económico, invirtiendo en ella para lograr un desarrollo sostenido y mantener firmes las mejoras del bienestar humano.

A continuación se muestra una visión resumida de la situación de salud de Colombia, tomando en cuenta las líneas trazadas por la CMS. Se emplean fuentes nacionales e internacionales y se enfatiza en algunas conexiones de los indicadores de salud con los de orden socioeconómico y del desarrollo.

Colombia en el contexto del desarrollo

Colombia posee 44,4 millones de habitantes, de los cuales el 28% viven en el área rural y el 72% en cabeceras municipales, el 50,3 % es población femenina y el 31,6% menor de 15 años; la tasa global de fecundidad se ubica en 2,62 hijos por mujer. El nivel de pobreza se expresa en 59,8% de población bajo la línea de pobreza y 16,6% bajo la línea de indigencia (OPS/OMS, 2005). La concentración del ingreso y la riqueza es cada vez mayor —el coeficiente Gini del ingreso aumentó de 0,54 en 1996 a 0,56 en 2003, y el de la tierra es de 0,7 (DNP, 2005)—. En julio 15 de 2004, las cifras oficiales de la Red de Solidaridad Social sumaban 1.512.194 personas desplazadas.

En el *Informe de Desarrollo Humano* de 2005 el país se ubica en el puesto 69, mostrando mejoría en su Índice de Desarrollo Humano en los últimos años

Cuadro 1. Colombia: indicadores comparados de salud, economía y desarrollo, 2005

	Datos de Colombia	Datos América Latina y el Caribe	Datos de Noruega*
Indicadores de desarrollo humano			
Rango IDH	69	-	1
Índice IDH (2003)	0,785	0,797	0,963
Tasa analfabetismo ^b (2003)	5,8%	10,4%	7,9%
Red primaria (5° grado)	69%	-	-
Esperanza de vida al nacer /años	72,4	71,9	79,4
Índice de pobreza humana	7,4%	7,0%	-
Población debajo de línea de pobreza (2002)	64%	-	6,4%
Gasto en investigación/desarrollo (% PIB, 2002)	0,1%	0,6%	1,7%
Investigadores por millón (2002)	81	293	4 442
Índices demográficos y de calidad de vida			
Población (2003)	44,4 millones	510,4 millones	4,6 millones
Tasa anual de crecimiento	1,4	1,3	0,5
Población urbana (2003)	76,4	76,7	78,6
Población > 65 años (2003)	4,2%	4,9%	13,3%
Tasa de fecundidad	2,6	2,5	1,8
Índice cond. de vida. Rural	55,5%	-	-
Índice cond. de vida. Urbano	83,3%	-	-
Población total desnutrida (2002)	13%	10%	-
Niños bajo peso/edad, < de 5 años (2003)	7%	-	-
Bajo peso al nacer (2003) ^c	9%	-	(5%)
Mortalidad infantil en 20% más pobre/ 1000 n. v.	40,8 %	-	-
Mortalidad infantil en 20% más rico/ 1000 n. v.	16,2%	-	-
Indicadores económicos y de salud			
PIB (PPA) en billones US \$	298,8	3 947	171,9
PIB per cápita (PPA)/ US \$	6.702	7.404	37.670
Índice de Gini (2003)	56,3	57,1	25,8
Gasto público (2002) % PIB – Serv. de deuda	10,7	8,6	-
Gasto público (2002) % PIB – Educación	5,2	-	7,6
Gasto público (2002) % PIB – Salud	6,7	-	8,0
Gasto público (2002) % PIB – Militar	4,4	-	2,0
Gasto privado en salud % del PIB ^d (2000)	4,2	-	1,6
Gasto per cápita en salud (PPA)/ US \$ (2002)	536	-	3.409
Indicadores epidemiológicos			
Esperanza de vida total en años	72,4	71,9	79,4
Esperanza de vida en mujeres (2003)	75,4	-	81,9
Esperanza de vida en hombres (2003)	69,3	-	76,8
Médicos / 100.000 hab.	135	-	356
Incidencia HIV (2003) - % población 15-49 a.	0,7%	0,7%	0,1%
Vacunación sarampión – TBC, < 1 año	> 90 %	-	-
Mortalidad infantil por 1000 n. v. (2003)	18	27	3
Mortalidad infantil < de 5 años por 1000 n.v. (2003)	21	32	4
Mortalidad materna por 100.000 n. v. (2000) ^e	130	-	16

a. Noruega es el país con mejores índices de desarrollo humano.

b. Se considera el analfabetismo funcional (de 15 a 65 años)

c. Niños con peso inferior a la media al nacer.

d. El Banco Mundial presenta una cifra de 4.2 para el gasto privado en el 2000 y de 5.4 para el gasto público.

e. Proporción de Mortalidad Materna, ajustada por Organismos internacionales, supera la cifra reportada por países.

Fuente: *Elaboración propia con base en PNUD, 2005.*

Los datos corresponden a la información más actualizada y si son anteriores se hace explícito el año.

(UNDP, 2005). Sin embargo, se han incrementado las desigualdades, y es así como la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2005), al definir la estrategia de cooperación con el país para 2006-2010, llama la atención sobre cómo se ha acentuado la disparidad en la distribución de los ingresos, lo cual se hace más evidente al pasar de la zona urbana a la rural y en los departamentos más marginados: los pertenecientes a la región de la Orinoquía y Amazonía, Bolívar, La Guajira, Nariño, Cauca y Chocó, que se mantienen como los departamentos de menor desarrollo humano en los últimos catorce años (semejante al de los países africanos). De igual manera, se ratifica que la distribución por deciles del ingreso es insatisfactoria.

De acuerdo con el Departamento Nacional de Planeación (DNP, 2005), el producto interno bruto ha presentado un crecimiento continuo pero lento, exceptuando la crisis de 1999 que produjo un retroceso de cerca de cuatro años. De otro lado, ha incidido la situación de inestabilidad política debido al conflicto armado. De acuerdo con varios estudios, la crisis de gobernabilidad es importante en la definición de un marco de desarrollo del sistema económico y, por esta vía, importante para la salud (Deaton, 2001).

Por otra parte, la esperanza de vida de la población colombiana aumentó aproximadamente cinco años durante la década de los noventa, manteniéndose diferencias entre géneros por el mayor impacto de la violencia sobre los hombres (DNP, 2005). También se han presentado cambios epidemiológicos y demográficos importantes, como la disminución de la mortalidad infantil y los notables avances en la tasa de analfabetismo. Sin embargo, sigue siendo preocupante la situación de inequidad y pobreza.

Los indicadores sanitarios

En el año 2000, las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte, seguidas de las causas externas, enfermedades transmisibles y perinatales. Persiste, como problema endémico, la violencia, lesiones y muertes por causas externas (tasa de mortalidad por causa externa 108,8 por 100 mil hab., y por homicidio 69 por 100 mil hab.), las cuales aportan el mayor peso en la carga de la enfermedad. Sobre los costos de los servicios de salud están incidiendo de manera primordial las enfermedades crónicas y degenerativas, como los tumores (65,7 por 100 mil hab.), enfermedades cardíacas (122,1 por 100 mil en enfermedades cardiovasculares y por enfermedades cerebro vasculares 162,4). La tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos es de 25,6. La subnutrición infantil está constituyendo otro de los problemas más relevantes (7,3 % de niños con bajo peso al nacer; 13,7% de niños con desnutrición global). También se recrudece la mortalidad materna (la razón de mortalidad materna en Colombia es de 104,9 por 100 mil nacidos vivos) y las afecciones del período perinatal (19,6 por 100 mil hab.). Hoy en Colombia aumentan las enfermedades infecciosas, las enfermedades transmisibles (29,7 por 100 mil hab.), las emergentes y re-emergentes (malaria, dengue, fiebre amarilla), el VIH/SIDA (1.713 muertes por 100 mil hab. en 1999), tuberculosis (tasa de 28 por 100 mil hab. en 1995), entre otras.

Análisis en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio

El Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) estableció las metas para alcanzar en 2015 los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Éstos especifican 18 metas y 48 indicadores, tomando como línea de base el año 1990. Puede colegirse, de las metas relacionadas con la situación de salud colombiana y sus determinantes, que las brechas más grandes entre lo inercial y lo propuesto requieren de: reducción de la subnutrición de 13% a 7,5%, reducción de mortalidad en menores de un año de 20 a 14 por mil y reducción del cáncer de cuello uterino de 9,07 a 5,5 por cien mil, aunque la mayor alarma está dada por la salud sexual y reproductiva: bajar la mortalidad materna de 99 a 45 por cien mil (comparaciones entre 2003 y 2015) - Gráfica 1-.

Para alcanzar las metas propuestas se requieren esfuerzos adicionales a los meramente inerciales, como se puede inferir de la Gráfica 1. Ésta muestra la tendencia de algunos indicadores, relacionados con los Objetivos del Desarrollo del Milenio más cercanos a salud (mortalidad en menores de cinco años, salud sexual y reproductiva y erradicar la pobreza extrema y el hambre, seleccionados por el interés de representar la situación de salud). No puede desconocerse, sin embargo, que los ocho objetivos del desarrollo están plenamente identificados con el mejoramiento de la salud.

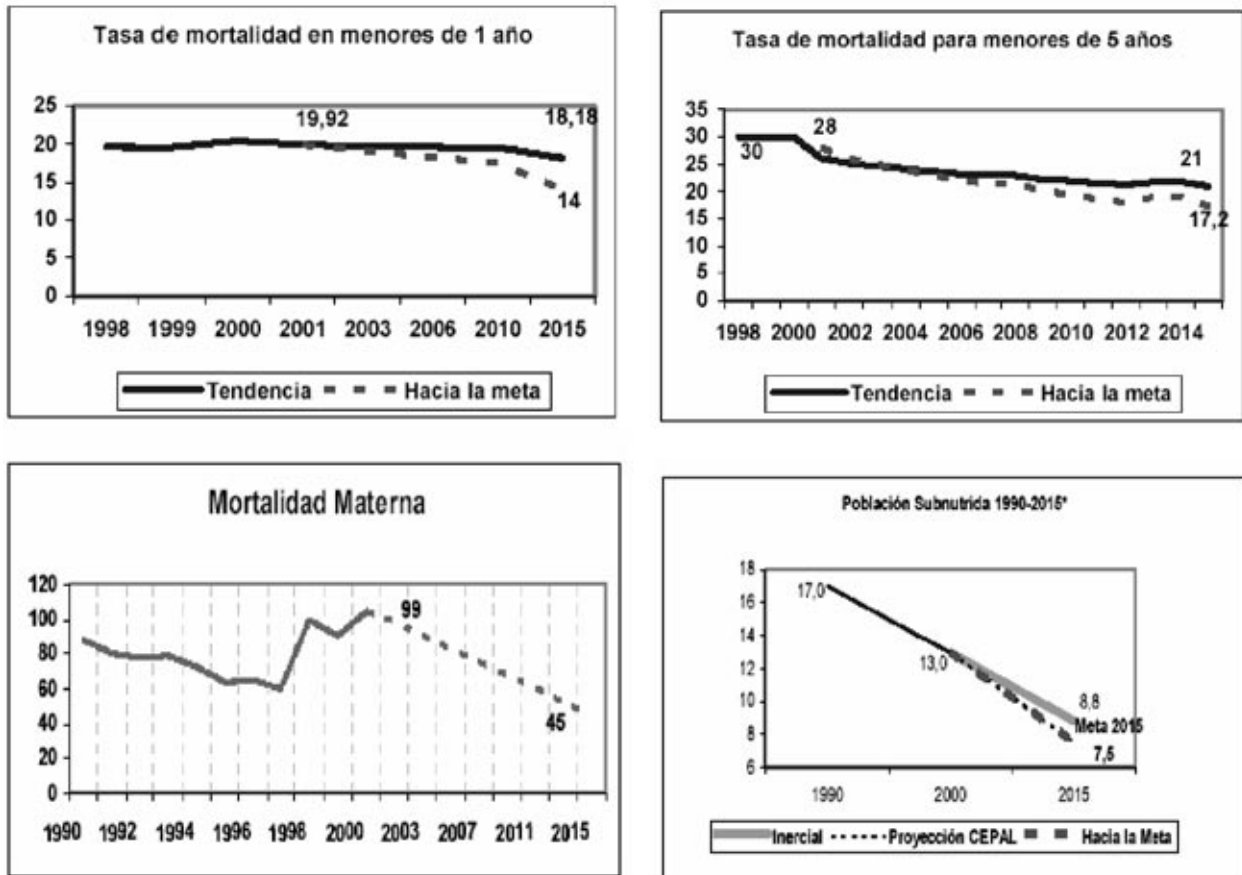
Conclusión

Colombia viene en una permanente mejoría de los indicadores, en promedio, aunque con grandes problemas y diferencias por región y grupos de población. Las inequidades, desigualdades evitables e injustas, constituyen el principal agravante y detonante de esta situación de salud. Vivimos en una sociedad jerarquizada y estratificada socialmente, con exclusión de la población de municipios pequeños, minorías étnicas, indígenas, zonas rurales, población desplazada. Las grandes inequidades se expresan en materia de acceso a servicios de salud, en los niveles de ingreso y en general en las condiciones de vida, desigualdades socio-sanitarias que reflejan la deuda social acumulada del desarrollo y las falencias de las políticas sociales.

Este panorama condiciona, sin ninguna duda, el perfil epidemiológico del país y nos lleva a concluir que además del desarrollo socioeconómico global es urgente reorientar la acción de los servicios de salud. Éstos, no obstante la reforma sectorial, han contribuido a empeorar algunos indicadores de salud (como la mortalidad materna). En consecuencia, las estrategias tienen que ir más allá que lo planteado por el Conpes Social. Nuestro compromiso debe ser mayor, en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de las iniciativas derivadas de la CMS.

* Los Objetivos del Milenio son: 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre. 2. Lograr la educación primaria universal. 3. Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer. 4. Reducir la mortalidad en menores de 5 años. 5. Mejorar la salud sexual y reproductiva. 6. combatir el VIH-SIDA, la malaria y el dengue. 7. Garantizar la sostenibilidad ambiental. 8. Fomentar una sociedad mundial para el desarrollo.

Gráfica 1. Colombia: desfase de los indicadores de salud en relación con las Metas de Desarrollo del Milenio, 1990 – 2015



Fuente: tomado de Documento Conpes Social 91.

Determinantes de la percepción subjetiva del estado de salud de los colombianos

Juan Miguel Gallego Acevedo

La relación entre salud y economía parece adquirir mayor relevancia en los países pobres y en desarrollo, donde la trampa de pobreza atribuida a la relación dual entre salud y estatus socioeconómico es más profunda. Por un lado, las personas pobres no cuentan ni con la capacidad económica ni con un entorno mínimo para mejorar sus indicadores en salud (por falta de acceso físico y barreras económicas para obtener servicios básicos en atención de la salud y en infraestructura sanitaria), lo cual trae como consecuencia que su estado de salud se vea deteriorado y expuesto a las incidencias catastróficas de epidemias y enfermedades transmisibles. Por otro lado, un precario estado de salud disminuye la capacidad física de las personas para generar ingresos económicos. Este planteamiento se encuentra en la línea de argumentación de la CMS.

A pesar del entendimiento de esta relación, la dirección y los efectos de las causalidades entre economía y salud no son necesariamente claros. En principio, no se conoce directamente si las personas son pobres porque son enfermas o se enferman porque son pobres. Esta endogeneidad entre salud y condiciones socioeconómicas son un punto esencial para tener en cuenta en la aplicación de las políticas públicas. Los hacedores de política han expresado ampliamente que, en situaciones de extrema pobreza, las acciones deben estar encaminadas hacia un paquete completo de políticas que mejoren a la vez las condiciones de acceso a la atención sanitaria y el entorno socioeconómico de las personas. Sin embargo, para el caso de países en desarrollo, donde la cobertura de servicios esenciales es más amplia y los índices de incidencia de enfermedades transmisibles han sido

reducidos considerablemente en comparación con los países de extrema pobreza, las políticas sanitarias deben enfocar gran parte de sus esfuerzos hacia la cobertura de servicios para la atención de enfermedades no transmisibles, las cuales demandan un conocimiento más profundo de los determinantes del estado de salud de la población.

Es importante conocer no sólo los efectos de las atenciones directas en salud, sino también de aquellos factores no médicos que determinan el estado de salud de las personas, como variables económicas relativas al ingreso o el tipo de ocupación de las personas y variables sociales como el nivel educativo. Muchos de los aportes en este aspecto han tomado como marco teórico el modelo desarrollado por Grossman en 1972, quien considera la salud como un bien de capital humano que es producido por cada individuo, tomando la idea de Becker (1965) sobre producción familiar de capital humano. Los individuos compran servicios de asistencia médica con el fin de mejorar su estado de salud, de modo que la demanda de servicios de atención médica es una demanda derivada de la demanda por el bien de capital salud (generalmente medido a partir de una variable de estado de salud).

A partir del modelo de Grossman (1972) se puede estudiar la forma en que cambian las decisiones óptimas de los agentes con respecto a su estado de salud cuando ciertos parámetros se modifican, es decir, se puede analizar el comportamiento de los agentes desde el punto de vista de la evolución de la edad, el nivel de ingreso, la educación y las facilidades médicas. En general, las personas jóvenes, educadas y con altos ingresos cuentan con un mejor estado de salud porque tienen mayor presupuesto para comprar servicios de atención médica, son más eficientes en el uso de esos servicios y tienen una mejor información sobre cómo ciertos comportamientos pueden deteriorar su salud. Empíricamente, autores como Wagstaff (1993), Gerdtham *et al.* (1999) y Grossman (2000) han confirmado las predicciones empíricas del modelo.

Para el caso colombiano, se han empleado dos enfoques para estimar los determinantes del estado de salud y del acceso a servicios de salud. Por un lado, Flórez y Tono (2002), Flórez *et al.* (2003) y Ribero y Núñez (2000) usan *variables objetivas de medición del estado de salud* (mortalidad infantil, nutrición infantil y variables antropométricas como altura) para encontrar los determinantes del estado de salud. Los dos primeros estudios estiman los determinantes de algunas mediciones del estado de salud y su efecto sobre las inequidades en salud. Ribero y Núñez (2000), además, estiman el efecto de la salud sobre la generación de ingresos de los individuos. En un modelo de estimación de dos etapas en la parte inicial estiman los determinantes de las condiciones saludables de un individuo. Por otro lado, existen los trabajos de Ramírez *et al.* (2004), Arias y Tovar (2005), y Zambrano (2005) quienes usan una *medida subjetiva del estado de salud*, como la percepción que cada individuo tiene sobre su estado general de salud, y estiman los determinantes del estado de salud.

Lo más relevante de estos últimos estudios es que usan bases de información donde pueden combinar variables de estado de salud con las variables socioeconómicas, especialmente el ingreso de los hogares, y variables institucionales del sistema de salud. Ambos estudios siguen la formulación empírica del modelo de Grossman (1972) donde las variables más relevantes que explican el estado de salud son la educación, la edad y el ingreso. Una mirada a la estadística descriptiva de las encuestas de calidad de vida muestra que, tanto en los años de 1997 como 2003, la educación y el ingreso tienen un efecto positivo sobre la percepción de las personas sobre su estado de salud y la edad tiene el efecto contrario. En el cuadro 2 se observa que a medida que la persona alcanza un nivel educativo alto su percepción sobre un mal estado de salud disminuye. El mismo fenómeno puede observarse en el caso del ingreso del hogar, donde a mayor ingreso del hogar las personas reportan un mejor estado de salud. Por el contrario, la edad promedio es mayor en personas que poseen una percepción de su estado de salud más deteriorada.

Adicionalmente a las principales variables del modelo, en los estudios de Ramírez *et al.* (2004), Arias y Tovar (2005) y Zambrano (2005) se utilizan variables que capturan las características específicas del sistema de salud a partir de la reforma de 1993. Básicamente se observa que el tipo de afiliación a la seguridad social parece estar relacionado con el reporte del estado de salud en el siguiente sentido: las personas que reportan afiliación al sistema de salud en regímenes con mayores posibilidades de acceso a servicios de atención médica en general reportan una mejor percepción de su estado de salud.

Los ejercicios econométricos de ambos trabajos confirman la intuición inicial de la observación estadística del cuadro 2: los determinantes del estado de salud, usando como variable a explicar la percepción de cada individuo sobre su estado general de salud, son la educación y el ingreso, los cuales afectan positivamente la salud de las personas. Por el contrario, la edad tiene un efecto negativo. Cuando se entra a estudiar aspectos más específicos del caso colombiano, como las diferencias geográficas y las características institucionales del sector salud, se encuentra que la salud parece estar fuertemente relacionada con el tipo de región donde se encuentra localizada la persona. Por ejemplo, en regiones con un grado de desarrollo más amplio (las regiones de Bogotá, y Antioquia) las personas tienden a reportar un mejor estado de salud; esto puede ocurrir no solo por el efecto geográfico, sino también por la existencia de mejores condiciones de acceso a servicios médicos en dichas regiones. Con respecto al sistema de salud, las personas afiliadas al régimen contributivo, el cual ofrece el paquete más amplio de servicios en atención médica, tiene mayor probabilidad de reportar un mejor estado de salud que aquellos no afiliados al sistema o afiliados al régimen subsidiado. Estos dos últimos efectos contribuyen con los resultados del otro grupo de trabajos antes reseñado para el caso colombiano, donde existe una fuerte desigualdad en el contexto regional y por regímenes de afiliación sobre el estado de salud de las personas.

Cuadro 2. Proporciones observadas para la percepción del estado de salud después de condicionar sobre las variables explicativas adicionales

	Muy bueno		Bueno		Regular		Malo	
	1997 ^a	2003 ^b	1997 ^a	2003 ^b	1997 ^a	2003 ^b	1997 ^a	2003 ^b
Nivel Educativo								
Ninguno	4,1%	2,8%	44,0%	36,5%	44,4%	47,3%	7,4%	13,5%
Primaria	7,3%	3,7%	47,5%	48,6%	40,7%	41,7%	4,5%	6,0%
Secundaria	14,1%	9,9%	63,4%	66,2%	21,2%	22,3%	1,3%	1,6%
Superiorc	26,1%	21,8%	63,5%	67,2%	9,9%	10,3%	0,5%	0,7%
Edad (promedio)	31,2	26,9	31,6	27,8	38,1	38,3	43,3	51,2
Logaritmo natural del Ingreso del hogar (promedio)^d	12,4	14,32	12,0	13,77	11,3	13,4	10,9	13,23
Sistema Salud								
Contributivo	16,4%	15,2%	58,7%	66,6%	22,7%	16,9%	2,2%	1,4%
Subsidiado	5,9%	4,9%	46,7%	56,3%	42,3%	34,1%	5,1%	4,7%
No afiliado	9,4%	6,5%	54,8%	64,3%	32,6%	26,3%	3,2%	2,9%

^a Fuente: Ramírez et al. (2004). ^b Fuente: Arias y Tovar (2005). ^c Para comparar los dos estudios se agruparon ciertas categorías que aparecen más desagregadas en el estudio de Arias y Tovar (2005). ^d Se usa el logaritmo natural del ingreso del hogar para capturar su tendencia, los valores no son comparables entre años, solamente entre estados de salud dentro de cada año.

2. Características del sistema de salud

El seguro y el acceso a los servicios de salud

Jairo Humberto Restrepo Zea

Colombia se destaca, en el contexto de los países de ingresos medio-bajos, por contar con el seguro como estrategia para facilitar el acceso a los servicios de salud. Dicho seguro fue diseñado teniendo en cuenta recomendaciones teóricas y propuestas incluidas en la agenda de reforma liderada por organismos internacionales. Al mismo tiempo, posee algunas ventajas para ser impulsado como instrumento de reforma a los sistemas de salud en otras partes del mundo, aunque igualmente merece ser examinado de manera crítica para corregir sus dificultades. Cabe preguntarse entonces, en el marco de un estudio sobre Macroeconomía y Salud para Colombia, cómo marcha el seguro de salud, en particular cuál es la cobertura y cómo ésta se expresa en protección efectiva de los riesgos financieros que trae consigo la enfermedad; además, es importante conocer las condiciones de acceso y dentro de éstas el papel que juega el seguro como elemento que facilita la atención en salud.

Los principios del seguro de salud

La idea del seguro obligatorio y universal es afín a la seguridad social como bien meritario o preferente, de modo que la afiliación al sistema se debe realizar tanto por quienes tienen capacidad de pago —por la vía de la cotización al régimen contributivo—, como por parte de las personas sin capacidad de pago —mediante su afiliación gratuita al régimen subsidiado—. En esto descansa la principal distinción del sistema de seguridad social en salud de Colombia, ya que se asume el concepto de aseguramiento o

protección de riesgos para dar cobertura a la población con un conjunto de beneficios explícitos, lo cual contrasta con el sistema de asistencia pública que predomina en muchos países.

Por su parte, el carácter único y solidario del seguro significa, por un lado, que los beneficios no se diferencian según los riesgos de las personas, su contribución o preferencias, y por el otro, que la financiación es solidaria, esto es, que los ingresos provienen de contribuciones del salario, los impuestos generales y ciertos tributos específicos recolectados a partir de la capacidad de pago de los contribuyentes, mientras los gastos se establecen en términos de la prima del seguro que no depende del ingreso individual pero sí del riesgo, de modo que aquélla se reconoce a todas las personas cubiertas según su edad, género y región.

Este esquema, si bien resulta atractivo y es señalado por muchos como digno de emular, también suscita algunas inquietudes, como la que se plantea en torno a la mezcla macro – micro de unos principios de corte socialdemócrata y neoliberal, respectivamente, lo que puede ocasionar problemas de consistencia y dar al traste con las metas previstas (Restrepo, 2004, p. 14); de igual modo, se tienen consideraciones sobre la equidad del sistema desde su diseño, y es así como hay quienes señalan que: “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” (Vargas, Vásquez y Jané, 2002, p.935).

Cobertura de la seguridad social en salud

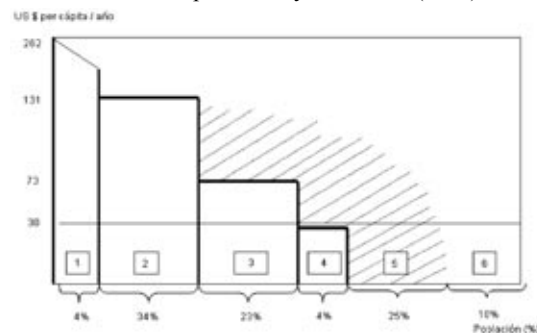
La cobertura del seguro de salud, luego de una década de esfuerzos y pese a un repunte reciente, no ofrece muchas posibilidades de alcanzar la universalidad y enseña algunos hechos contradictorios en materia de equidad. En efecto, en cuanto a la población cubierta, la Encuesta de Calidad de Vida de 2003 dio cuenta de una tasa equivalente al 61,8% de la población del país, cifra que si bien resulta superior en 4,6 puntos porcentuales a la registrada en la Encuesta de 1997, cuando ascendió a 57,2%, muestra que el 38,2% de la población no goza de la protección del seguro.

En cuanto a las implicaciones sobre la equidad, se aprecian varios hechos. En primer lugar, aunque en general el seguro ofrece un conjunto de beneficios superior al paquete de atenciones clínicas esenciales recomendado por la CMS, el cual fue estimado entre 30 y 40 dólares per cápita anuales para los países de ingresos medio-bajos, se destacan diferencias según la manera como las personas se vinculan al sistema. Es así como se identifican los grupos que se ilustran en la gráfica 2, cada uno de los cuales representa un porcentaje de la población del país, recibe un gasto per cápita financiado con recursos del seguro —la línea gruesa—, en algunos casos puede recibir recursos fiscales adicionales o para financiar la atención en salud dado que no goza de la cobertura del seguro —el área con líneas diagonales—, y puede asumir gastos con recursos propios —el área en blanco—.

Un primer grupo, cercano al 4% de la población y que recibe los mayores recursos en términos per cápita, está conformado por empleados estatales de las fuerzas militares, los maestros y la Empresa Colombiana de Petróleos, entre otros, agrupado bajo los denominados regímenes especiales; el segundo grupo asciende al 34% de la población y está conformado por los afiliados al régimen contributivo, los cotizantes y sus familias, quienes reciben el plan obligatorio de salud; el tercer grupo, el régimen subsidiado, lo conforman personas afiliadas de manera gratuita a un plan inferior al anterior, con cerca del 23% de la población; un cuarto grupo (4%) se refiere a las personas que comienzan a recibir una cobertura de beneficios aún inferior al anterior, básicamente orientado a las atenciones de alto costo, cuyo esquema se ha dado en llamar subsidios parciales; en un quinto grupo se tienen las personas sin capacidad de pago y no cubiertas por el seguro, un 25% de la población, las cuales con financiación pública reciben atención como población vinculada, y un sexto grupo (10%) son las personas con capacidad de pago y no afiliadas.

En segundo lugar, si se tiene en cuenta la cobertura de 2003 según la distribución de ingresos, resulta que para el primer quintil la cifra alcanza el 46,5% de la población y para el último quintil el 82,7%; además, si la cobertura se toma solamente para el régimen contributivo, considerando que desde el punto de vista del contenido del plan de beneficios ese es el ideal consagrado en la ley, la diferencia entre ambos quintiles se amplía al contar el primero con el 6,1% de personas cubiertas y el último con 78,9%; por supuesto, este diferencial es compensado en parte por la acción del régimen subsidiado, de manera que éste alcanza una cobertura del 40,5% entre el primer quintil de ingresos y del 3,8% en el último quintil (Ramírez, 2004, p.29).

Gráfica 2. Cobertura: población y beneficios (UPC)



Fuente: elaboración propia.

En tercer lugar, pese a que una de las fortalezas del sistema ha sido la de reducir las brechas en coberturas entre el área urbana y rural, así como entre regiones, en especial por la manera como se complementan en su alcance el régimen contributivo y el régimen subsidiado, aún se mantienen diferencias notorias. Es así como mientras el promedio de la población no cubierta en el país en 2003 era del 38,2%, en el área rural sube hasta el 48,3% y en las cabeceras desciende al 34,5%; de nuevo, si se examina la situación solamente en el régimen contributivo la brecha es aún mayor, notándose que en las cabeceras la cobertura de este régimen es de 48,2% y en el área rural apenas llega al 13,3%. En el caso regional, el trabajo de Zambrano (2005) ofrece algunos detalles para profundizar en el estudio.

¿Qué pasa con el acceso?

La información suministrada por la Encuesta de Calidad de Vida de 2003 permite corroborar que el seguro de salud es una facilidad para el acceso, aunque también sugiere dificultades propias para las personas aseguradas. Los datos de la Encuesta permiten establecer que la posibilidad de que una persona enferma reciba atención médica asciende al 82,3% para personas en regímenes especiales, al 80,2% para las del régimen contributivo, al 75,1% para las del régimen subsidiado, y al 52,1% para lo no afiliados al sistema (Ramírez, 2004).

También se presentan diferencias para los pacientes con enfermedad crónica. Si bien la proporción de enfermos crónicos asciende en el país al 14%, esta cifra es superior en el régimen contributivo (17,2%), seguida del régimen subsidiado (14,5%) y de la población vinculada (10,4%), lo cual corrobora un aspecto favorable sobre la población, acerca de la cobertura del seguro, al tiempo que resulta ser un indicio de selección adversa sobre el sistema en su conjunto. La otra diferencia que presentan los enfermos crónicos es que la proporción de quienes consultan periódicamente es de 71,5% en el régimen contributivo, 55,9% en el régimen subsidiado y 34,6% para la población vinculada (Ramírez *et al.*, 2005).

Un hecho adicional se refiere al acceso a medicamentos. Mientras el 25,6% de la población que consulta en el régimen contributivo no recibe medicamentos, en el régimen subsidiado esta cifra es del 32,4% y entre los vinculados del 97,1%; además, en el régimen contributivo el 54,1% de los pacientes reciben

todos los medicamentos prescritos y el 20%, recibe algunos, y en el régimen subsidiado estos porcentajes se ubican en 44% y 23,6%, respectivamente (Ramírez *et al.*, 2005b).

Finalmente, la probabilidad de recibir atención médica en caso de enfermedad presenta diferencias entre quintiles de ingresos, aunque éstas son inferiores a la que se registran en el caso de la cobertura del seguro. En efecto, mientras la brecha de cobertura entre el primer quintil y el último es de 1,8, según las cifras reportadas anteriormente, la brecha de la probabilidad de recibir atención es de 1,3 (59,8% y 77%, respectivamente). Esta situación es una muestra del cuidado que debe tenerse al momento de evaluar los alcances del sistema de salud a partir del acceso como propósito esencial, de modo que se reconozca que además del seguro existen otras facilidades que le permiten a las personas no afiliadas gozar del acceso, y, al mismo tiempo, que la población

asegurada enfrenta barreras, tanto para recibir la atención inicial como para darle continuidad a los tratamientos.

Este panorama sobre la cobertura y el acceso pone de presente varios dilemas que enfrenta el sistema colombiano para dar respuesta a las necesidades de la población y a los propósitos de desarrollo del país. En especial, se tienen grandes dificultades para alcanzar la cobertura universal del seguro, de modo que una cuestión a resolver es cómo brindar opciones para afiliarse a cerca del 40% de la población aún no cubierta. El camino iniciado por el gobierno, en términos de subsidios parciales, no resulta adecuado en el marco de la propuesta de intervenciones clínicas esenciales. Además, en términos del acceso, hace falta un mejor conocimiento y mayor vigilancia y control para garantizar facilidades y regular una atención oportuna e integral.

El dilema colombiano en acceso y equidad en el gasto en salud

Fernando Ruiz Gómez

“La salud es un objetivo prioritario por derecho propio, así como un elemento fundamental para el desarrollo económico y la reducción de la pobreza [...] para los países pobres, el aumento de las inversiones en salud comportaría un crecimiento de los ingresos, [...] reportaría grandes beneficios sociales, sin olvidar las consecuencias favorables para los miembros más ricos de la sociedad”. Hallazgos sobre vínculos entre salud y desarrollo, Informe de la CMS.

En las sociedades donde las carencias alimenticias dejan de ser el centro de gravitación para el objetivo del desarrollo, la salud y la educación pasan a ser los factores esenciales para el crecimiento del capital humano y la productividad (Schultz, 1979). La enfermedad no solamente comporta la pérdida de bienestar individual asociada a los efectos económicos de la incapacidad, transitoria o permanente, también involucra los efectos negativos en la esperanza de vida o carga de enfermedad y las implicaciones psicológicas o familiares. Todas ellas determinan consecuencias gravosas sobre las familias y las sociedades.

Es en esta interrelación donde se dan las implicaciones macroeconómicas de la salud (o mala salud) de las poblaciones sobre sus sociedades. Simplemente no es posible ser una sociedad exitosa si la carga de incapacidad, asociada por ejemplo a la tuberculosis o el VIH-SIDA, afecta porcentajes crecientes en una comunidad. Cuando muchos países han solucionado o controlado la mayor parte de los factores de riesgo de enfermedad, las comunidades menos avanzadas no tienen posibilidades de competir en un mundo donde las barreras comerciales se disuelven frente a abismos en el acceso a tecnología y formación del capital humano.

Esto ha forzado a los países más pobres a dar prioridad a la inversión en salud. Desafortunadamente, la capacidad de inver-

sión en salud está poderosamente correlacionada con la propia riqueza de cada nación (Sachs, 2001), generando un ciclo de mayor pobreza. En muchos países del África subsahariana, un logro importante puede ser apropiado, como gasto integral en salud, US \$35 al año para un paquete elemental de intervenciones asistenciales y en salud pública. En contraste, países desarrollados como Canadá, fácilmente superan los US \$4.000 dólares per cápita al año como gasto en salud.

La recomendación de los US \$36 per cápita año de gasto en salud aplica al caso de los países de ingresos medio-bajos, como Colombia. Ahora bien, pese a que esta cifra es superada en el país (si dividimos los aproximadamente 15 billones de pesos que gastamos en 2003 en salud (Ministerio de la Protección Social, 2004), se obtiene un gasto per cápita de alrededor de \$340.000), se tiene un rezago en el acceso a la salud generado por el muy precario desarrollo de la seguridad social durante la última mitad del siglo XX, lo cual trató de subsanar la Ley 100 de 1993. La afiliación a la seguridad social, según el Estudio Sectorial de Salud, apenas superaba el 16% de la población en 1989 (Yepes, 1990). Pero ésta era, además, mayoritariamente una población de hombres jóvenes ubicados en entornos urbanos y vinculados a trabajos formales. Esto generó una carga de inequidad con diferenciales en el acceso, que ha golpeado en especial algunos grupos étnicos, a las mujeres, los menores y la población rural.

Probablemente, el único impacto incontrastable de nuestra reforma de seguridad social en salud ha sido el incremento en la cobertura del aseguramiento logrado durante los pasados doce años. Haber asegurado, para el año 2004, 29'841.826 de colombianos, 65,9% de la población es un logro muy importante (Ruiz, 2005a). Sin embargo, esta cifra esconde diversos elementos que vale la pena analizar con mayor detenimiento:

1. Nuestro gasto público en salud es alto frente a nuestra riqueza, pero muy bajo frente a las intenciones de cobertura y garantía expresadas en la Ley 100 de 1993. No hemos logrado cubrir en seguridad social a toda la población, tampoco equiparar los planes de beneficio y los crecimientos proyectados se basan en planes de beneficios muy limitados que denominamos “subsídios parciales”. Por otro lado, tenemos el gasto en salud más alto de América Latina.
2. Evidencia reciente indica que el gasto en salud aún tiene diferentes condicionantes de inequidad entre la población colombiana (O’Meara, 2003). Esta inequidad golpea particularmente a aquellos que no tienen un trabajo formal, ni tampoco están en posibilidad de ser sujeto de un subsidio.
3. Igualmente, se ha postulado que el sistema general de seguridad social en salud está siendo forzado a pérdidas de bienestar en algunos actores, particularmente hospitales y recursos humanos, en la medida que frente al crecimiento en el acceso, las restricciones de gasto representadas en la unidad de pago por capitación son financiadas a partir de algunos proveedores de bienes y servicios.

Estos factores comprometen la sostenibilidad del sistema en el largo plazo. En el fondo subyace una condición que afecta a todos los países pobres: los insumos requeridos para el mantenimiento de la salud son más costosos que las posibilidades generales de la economía, pero de igual modo no es éticamente aceptable que exista un mínimo de cobertura que la sociedad acepte, mientras en los agentes sociales y políticos la disponibilidad a pagar es totalmente inelástica al producto global de la sociedad. Muchos países solucionan este dilema a través de la restricción de oferta: sólo se ofrece la tecnología y servicios que sean financiables por el Estado, dejando que el efecto final sea la muerte o la incapacidad. En Colombia, con las definiciones de la Ley 100, se disolvió esa posibilidad: la salud es un servicio público de carácter obligatorio para el Estado y gratuito para los usuarios en la atención básica (Artículo 174). Es decir, una garantía extendida cuya única válvula de escape es la progresividad y gradualidad adjudicada al Estado para el alcance de la cobertura universal.

¿Cuál es el nivel de gasto necesario y suficiente en salud para Colombia?, ¿Cuál es la cobertura de servicios adecuada? Estas preguntas aún esperan respuesta y probablemente sea necesario primero responder la segunda desde la microeconomía para comenzar a disolver todos los dilemas macroeconómicos. El gasto en salud no parece completamente meritorio aún en países pobres como el nuestro. El estudio del Cendex sobre usos y

gastos en salud, realizado para cuatro ciudades, encontró que los niveles de gasto de bolsillo varían de manera significativa dentro de los diferentes segmentos de aseguramiento (Ruiz, 2005b). En el cuadro 3 se muestra cómo ciertas poblaciones, como las vinculadas a regímenes especiales, tienen un grado de protección desproporcionadamente alto frente a los demás grupos; el muy alto nivel de predicción en gasto entre los multiasegurados es cinco veces más alto que el promedio en gasto de los asegurados privadamente y el ajuste de los subsidiados. Sin embargo, la pregunta más crítica en un esquema de aseguramiento: ¿Cuál es el nivel de gasto que la sociedad debe amparar y proteger en las familias colombianas?

Mark V. Pauly y otros economistas de la salud (1968) son particularmente escépticos frente a las ganancias de bienestar producto de la cobertura garantizada en salud. El postulado es que una vez se produce un efecto precio, producto de la garantía, el incentivo hacia el abuso moral en los asegurados tiende a generar pérdidas de bienestar no financiables y que afectan el equilibrio del sistema de seguros.

La mejor receta macroeconómica para un sistema de seguridad social en salud necesariamente es aquella que garantiza el empleo formal. Cualquier situación en la cual eso no es posible transforma a los sistemas de protección social en “second best” de política en los cuales la tensión se genera entre las posibilidades del financiamiento y las condiciones de la demanda.

La comunidad, los jueces y muchos sectores de tomadores de decisión han apropiado esa garantía integral a cargo del Estado sobre la salud. En la medida en que no se generen tasas de crecimiento económico apreciable, este compromiso no podrá ser honrado y, de hecho, la política actual de subsidios parciales representa una forma *ex ante* de ajustar esa garantía. Cuando se han dado crecimientos muy importantes en la inversión pública y privada en salud, probablemente esté listo el escenario para una aproximación más racional en la cual se puede abrir la puerta a aceptar un componente de bien privado en la salud, que nos permita plantear esquemas de *coaseguro*, valga decir cofinanciación privada en aquellos que tienen posibilidad de pago y ya soportan altos gastos de bolsillo.

Colombia enfrentará en el inmediato futuro las condiciones de competencia en el ámbito de un mundo globalizado y tratados que favorecen el libre comercio y la provisión de bienes y servicios transfronterizos. La apropiación de capital humano para ello es un factor crítico y la de salud de la población debe ser una condición necesaria y suficiente en su activo.

Cuadro 3. Colombia: Predicción de probabilidad de uso de servicios médicos y gasto de bolsillo según plan de aseguramiento, 2001.

	Subsidiado	Contributivo	Especial	Privado	Multiasegurado	No asegurado	Promedio
Probabilidad de Semanas Ambulatorias	0,688	0,738	0,778	0,797	0,852	0,634	0,467
Probabilidad de Semanas Hospitalización	0,079	0,058	0,059	0,117	0,039	0,077	0,070
Gasto de Bolsillo Ambulatorio	\$ 25.649,40	\$ 49.280,92	\$ 51.612,68	\$ 205.710,84	\$ 59.616,91	\$ 84.526,42	\$ 58.092,29
Gasto de Bolsillo Hospitalario	\$ 101.005,70	\$ 245.866,49	\$ 83.158,75	\$ 1.404.438,91	\$ 335.325,48	\$ 381.131,18	\$ 300.035,15

Fuente: Ruiz, 2005b

Financiamiento del sector salud: tensiones, política y políticas

Ramón Abel Castaño Yepes

Este ensayo analiza los desafíos de financiamiento que plantea la relación entre salud y desarrollo. Más que repetir lo que ya se ha comprobado con la evidencia empírica, o lo que ha sido señalado en detalle por otros autores en cuanto al efecto de la salud en el desarrollo, el ensayo llama la atención sobre tres implicaciones en materia de política sectorial, y por supuesto, en materia de proceso político, pues de estas implicaciones se derivan, como se verá, tensiones imposibles de resolver con los recursos tecnológicos disponibles en la actualidad. Se trata de la tensión entre inversión en salud versus gasto en atención curativa, la tensión entre el objetivo de protección financiera de los hogares y el de maximización del nivel agregado de salud, y la tensión entre modelos de financiamiento y desempeño de los mercados laborales.

Salud: ¿medio o fin?

La primera pregunta es si se debe considerar la salud como un medio para el desarrollo, o como un fin de éste. En tal sentido, Sen (2000) muestra que ambas vías son perfectamente válidas, aunque termina dando mayor énfasis a la inversión en salud como medio para el desarrollo, pues el estar sano y el escapar de la morbilidad evitable y la mortalidad prematura, son capacidades fundamentales de los seres humanos que contribuyen al desarrollo, y cuya distribución no debe estar determinada por el ingreso de los hogares. Pero el darle la categoría de capacidades no implica que el efecto inverso también sea válido, pues es claro que un mejor ingreso implica un mejor acceso a servicios de salud, mejores condiciones de vivienda y saneamiento básico y un mejor nivel educativo. Todos estos factores son reconocidos como determinantes socio-económicos del grado de salud de las personas. Lo interesante de esta discusión es que la posición tradicional de considerar la salud como una consecuencia del desarrollo, se revierte hacia una posición que le da una importancia clave como motor del desarrollo.

Ahora bien, si se acepta que la salud es una variable que impulsa el desarrollo, se puede inferir de ello que la función objetivo de un sistema de salud es maximizar el nivel agregado de salud de la población, pues a mayor salud, mayor contribución al desarrollo, vía mayor productividad de la mano de obra, mayor expectativa de vida para contribuir al desarrollo, menor gasto empobrecedor en los hogares y menor pérdida de ingresos a causa de la enfermedad (OMS, 2001). El componente de la mayor productividad de la mano de obra es especialmente importante en población de bajos ingresos y en procesos productivos altamente dependientes de la mano de obra, tales como la agricultura o la manufactura.

Esta consideración pone sobre la mesa la primera tensión: si el objetivo es maximizar el nivel de salud, la restricción presupuestal del sistema obliga a que el gasto se priorice hacia intervenciones de alto impacto sobre la salud agregada. Si se tiene en cuenta que el informe de la CMS señala claramente las

principales causas de carga de la enfermedad en países en desarrollo (VIH/SIDA, malaria, TBC, infecciones infantiles, muerte materna y perinatal, deficiencias de micronutrientes y afecciones relacionadas con el tabaquismo), pero al mismo tiempo señala las intervenciones prioritarias para atacar estas causas de carga de la enfermedad (intervenciones en su gran mayoría de corte preventivo y de promoción, y de acciones de salud pública), es claro que la restricción presupuestal en países de este nivel de ingresos obliga a dar prioridad a este tipo de intervenciones y no a las curativas de bajo impacto. Un estudio de Bloom y Williamson (1998) demuestra que la inversión en salud que contribuyó al crecimiento de los países del este asiático no fue precisamente la de tipo hospitalario y de alta complejidad; el estudio menciona como los grandes factores explicativos, la mayor productividad agrícola, que aumentó la disponibilidad de alimentos y mejoró la nutrición, el mayor uso de anticonceptivos, y el acceso a antibióticos y antimaláricos.

Sin embargo, el proceso político difícilmente aceptará que la priorización del gasto descuide la atención curativa y de alta complejidad, pues allí se ubican las víctimas visibles que conmueven a la sociedad, mientras los beneficios de las intervenciones prioritarias de alto impacto solo se refieren a víctimas anónimas, o simples estadísticas de futuros enfermos que hoy estamos protegiendo. Esta dinámica es precisamente la que ha dado piso a la preeminencia de la atención curativa, medicalizada, centrada en el episodio agudo, y con el hospital como escenario por excelencia de la salud, lo que algunos autores han llamado el "modelo hegemónico" de la salud. Y el problema del modelo hegemónico es que consume la mayor parte de los recursos para salud, pero aporta muy poco a la función objetivo de maximizar el nivel agregado de salud.

Pero más allá de consumir parte importante de los recursos, el gasto curativo ejerce una gran presión sobre la asignación macroeconómica de los recursos, lo que se evidencia en una proporción creciente del PIB dedicada a salud. Quizá en países en desarrollo esta tendencia no es clara porque el bajo crecimiento o el incremento en las inequidades en el ingreso, no permiten que haya un crecimiento del gasto en salud en proporción superior al crecimiento del PIB, como lo predeciría una elasticidad ingreso mayor de uno.

La disyuntiva entre gasto curativo y de prevención/promoción es palpable para Colombia: mientras financiar un plan de beneficios esencial tendría un impacto muy fuerte sobre el nivel agregado de salud, ello implicaría subfinanciar la prestación de servicios curativos y de rehabilitación, de mediana y alta complejidad. ¿Cuál es la situación actual? Las presiones hacia el gasto curativo vía Acción de Tutela y por una mayor demanda por este tipo de atención que por la de promoción y prevención, llevan a que el gasto en salud se aleje de las acciones de alto impacto y se concentre más en acciones de bajo impacto pero de mucho mayor costo. Así, el sistema no puede cumplir con

su función objetivo de maximizar el nivel agregado de salud, como se muestra en la gráfica 3.

La única posibilidad de que, conservando el nivel de gasto curativo, se mejore el nivel de salud agregado, sería incrementando el gasto en promoción/prevenición y ello solo sería posible incrementando el presupuesto. Es decir, el mayor gasto curativo conlleva a una mayor presión sobre la economía para dedicar recursos al sector. Es preciso reconocer que también existe algo de ineficiencia como resultado de procesos que no agregan valor, o que incluso quitan valor (Ej.: ineficiencia administrativa, corrupción, etc.). Aunque no hay claridad sobre si estos procesos son más costosos en el esquema del SGSSS que en el previo a 1993, no sería esperable que reduciéndolos a su mínimo nivel se resolviera la presión sobre los recursos de la economía en general.

Salud versus protección financiera

Otro desafío que la relación entre salud y desarrollo plantea, es el impacto financiero del gasto en salud sobre los hogares: en la medida que los hogares de bajos ingresos enfrentan un alto gasto de bolsillo para obtener atención médica curativa, es muy alto el riesgo de empeorar sus condiciones de pobreza y que estas condiciones de pobreza se hagan crónicas, pues con mucha frecuencia el pago de un gasto médico implica liquidar activos productivos que dejan a los pobres aún más dependientes de su mano de obra, o asumir deudas que comprometen sus escasos ingresos futuros. De ahí la importancia de la función de protección financiera, mediante la mancomunación de recursos, como una estrategia para evitar el efecto empobrecedor del gasto en salud.

Pero esta función de protección financiera implica una tensión con la función última de maximizar el nivel agregado de salud de la población. El conflicto surge porque los eventos de salud que empobrecen a los hogares son, en la mayoría de los casos, los que requieren intervenciones de corte curativo, especialmente medicamentos y atención hospitalaria. Pero estos dos tipos de servicios de salud no generan un impacto importante sobre el nivel de salud agregado. La tensión se evidencia porque las intervenciones propuestas por CMS como intervenciones de alto impacto, en su mayoría no tienen como propósito, ni como efecto secundario, evitar el empobrecimiento de los hogares, al menos en el corto plazo, sino maximizar el nivel agregado de salud. Esta tensión es mucho más evidente en países de ingreso medio, pues en éstos aún hay grandes grupos de población en condiciones de pobreza, pero existe oferta de alta tecnología curativa y de atención tardía, cuya accesibilidad plantea serios desafíos de política sectorial. En este caso, tampoco es posible optimizar el bienestar agregado cuando el mayor nivel de salud posible y la protección financiera, se enfrentan a la restricción presupuestal del sistema, como se muestra en la gráfica 4.

Financiamiento y desempeño macroeconómico

Un tercer aspecto que se ha debatido poco en Colombia es el impacto de los modelos de financiamiento del sistema de salud sobre la economía en general. En el caso específico de

los impuestos a la nómina, es claro que hay un efecto sobre el mercado laboral. La evidencia empírica muestra que después de los incrementos en impuestos a la nómina que introdujo la Ley 100 de 1993 para el pago de pensiones y salud, un incremento del 10% en los costos de nómina lleva a una caída del 4% en el empleo (Kugler y Kugler, 2002). Este es un hallazgo muy preocupante, pues en un país de ingreso medio, con un mercado laboral altamente informal, aunque con una baja elasticidad frente al salario, no deja de causar alarma un impacto negativo de cuatro puntos porcentuales. Por otra parte, el mayor recaudo que reflejaría esta baja elasticidad termina siendo menor de lo esperado, pues estos mismos autores demuestran que el empleador transfiere parte del impuesto al empleado, causando una reducción de salarios de un 2%.

Este argumento se puede retomar hacia futuro, para contribuir al debate actual sobre el impacto de los medicamentos de alto costo y el efecto de la Acción de Tutela sobre lo que no está incluido en el POS. Aunque hay mayoría de voces que piden incrementar los contenidos del POS estos actores solo ven los beneficios de corto plazo pero no los de más largo plazo. Para financiar todo lo que hoy se demanda por tutelas fuera del POS, sería suficiente un incremento de un punto porcentual en la cotización. Pero estos actores que solo miran el lado positivo de tener un plan más amplio, no se detienen a pensar quiénes terminarán pagando por esa ampliación: los empleados formales, perdiendo sus empleos o reduciendo su ingreso efectivo y la economía en general al reducirse aún más el empleo formal.

Proceso político y políticas de salud

Aunque haya razones de peso de tipo económico en cuanto a la mejor utilización de los recursos disponibles para maximizar la función objetivo del sistema de salud, es decir, lograr la eficiencia de asignación, dicha asignación está lejos de ser un proceso tecnocrático, de ingeniería social a puerta cerrada, que dé como resultado un plan de beneficios altamente costo-efectivo al cual deba someterse la sociedad sin más preguntas. Este proceso de asignación de recursos escasos es eminentemente un proceso político, pues está en juego la salud, la vida, el dolor y el sufrimiento de personas de carne y hueso, lo que hace el proceso de asignación altamente sensible.

En la literatura internacional sobre justicia distributiva y priorización, se ha acuñado el término “regla del rescate” (Hadorn, 1991) para ilustrar la disposición de la sociedad a dedicar recursos ingentes en un esfuerzo que tiene pocas probabilidades de éxito, aún a sabiendas de que se paga un alto costo de oportunidad por tal decisión. Esto se explica porque el costo de oportunidad de la regla del rescate son solo víctimas anónimas, o a lo sumo estadísticas, mientras la víctima visible que conmueve a la sociedad sí es un drama de carne y hueso que se debate entre la vida y la muerte. En esta dinámica, obviamente, la posición política ganadora es la que se alinea con el deseo de la sociedad, y no con la de los tecnócratas, lo que termina dando prioridad al gasto “de rescate” a expensas del gasto de alto impacto social. Y más allá de desfinanciar el gasto de alto impacto, termina generando presiones sobre la economía en general para dedicar más recursos al sector de la salud, con un

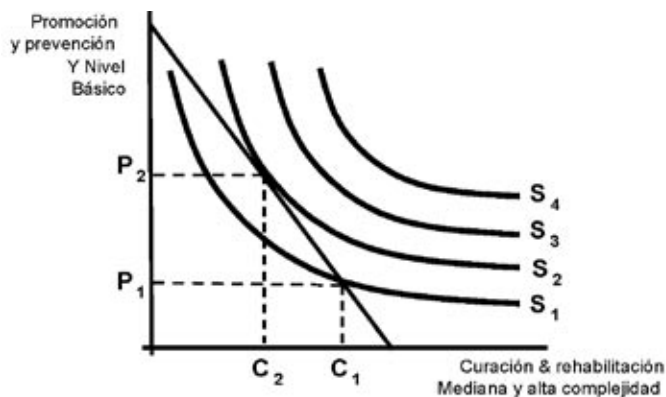
impacto macroeconómico negativo, pues el gasto hospitalario de alta complejidad no contribuye al desarrollo.

Conclusión

La aparente lógica de la relación entre salud y desarrollo plantea unos desafíos de política sectorial en materia de financiamiento muy difíciles de resolver, como se ha esbozado en este ensayo para las tres implicaciones comentadas. Parte de esta dificultad radica en que su abordaje depende mucho más del proceso político que de un proceso puramente tecnocrático. Peor aún, el

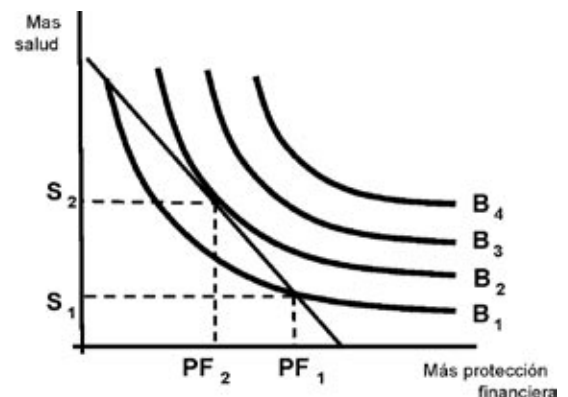
proceso político es altamente sensible, pues están en juego vidas humanas, dolor y sufrimiento. Ello no implica que se desconozca la realidad de la restricción presupuestal para responder a los casos trágicos obedeciendo a la “regla del rescate” e ignorando la necesidad de invertir en salud. Pero tampoco implica desconocer el peso tan crucial que usualmente tienen los casos particulares y sensibles, que hacen que el proceso de racionamiento sea esencialmente un proceso político particularmente difícil. El justo medio es, sin duda alguna, un mero juicio de valor, pero es un juicio que la sociedad debe enfrentar sin más dilación.

Gráfica 3. La tensión entre atención curativa y promoción/prevenición. El problema para el sistema de salud consiste en maximizar el nivel agregado de salud S_i , sujeto a la restricción presupuestal. P_2C_2 representa el nivel óptimo de gasto en cada rubro, pero el real es P_1C_1 con un mayor gasto en atención curativa y de rehabilitación.



Gráfica 3

Gráfica 4. La tensión entre protección financiera y nivel de salud agregado. El problema de la política social consiste en maximizar el nivel agregado de bienestar B_i , sujeto a la restricción presupuestal. S_2PF_2 representa el nivel óptimo de gasto en cada objetivo, pero el real es S_1PF_1 con una mayor importancia en la protección financiera, pues ésta es la que se asocia a atención curativa y de rehabilitación.



Gráfica 4

3. Ciencia y tecnología

Evaluación de tecnología en salud. Retos de la globalización

Diana Pinto Masis

En las últimas décadas, la innovación tecnológica¹ ha logrado avances asombrosos en los cuidados de salud; en pocos años ha habido desarrollos en todas las áreas médicas: antivirales, biotecnología, imágenes diagnósticas, reemplazo de órganos y tejidos, técnicas quirúrgicas y tecnología computarizada,

¹ En un sentido amplio, tecnología en salud incluye tanto el equipo, aparatos, drogas y los procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la prevención y rehabilitación de la enfermedad, como los sistemas organizacionales y de soporte que se utilizan en la provisión de servicios de salud.

entre muchas, que han contribuido a mejorar la asistencia sanitaria y los resultados en salud para los pacientes. Deaton (2004) sostiene que una gran parte de las mejoras en salud y la expectativa de vida de la humanidad se puede atribuir a la difusión de ideas, técnicas y terapias desarrolladas en los países ricos hacia los países más pobres. El autor cita varios estudios que evidencian que el efecto de la transmisión de conocimiento y tecnología en la mortalidad puede ser tan importante como aquel que resulta de los incrementos en el ingreso de la población.

“La disminución en los costos del intercambio de bienes acelerará la velocidad en que se instauran nuevas terapias en un país, habiéndose probado su efectividad en otro, y esto puede tener importancia para la salud en cuanto a ítems tales como unidades de cuidado intensivo neonatal, equipos de diálisis, equipos de tamizaje y unidades cardíacas, por ejemplo, al igual que la introducción de intervenciones de baja tecnología en países pobres, las cuales han sido conectadas a reducciones en la mortalidad” (traducción propia del original).

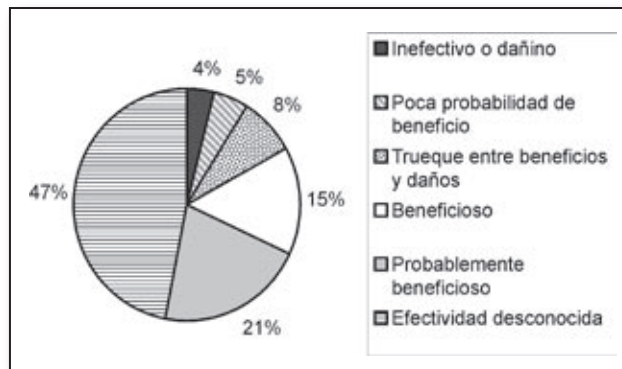
He subrayado la frase “habiéndose probado su efectividad en otro [país]” para condicionar este promisorio panorama. Veamos unas cifras de *Clinical Evidence*, una publicación reconocida internacionalmente que resume la mejor evidencia sobre los efectos de intervenciones clínicas acerca del estado del arte del conocimiento médico. Como se muestra en la gráfica 5, al calificar 2.404 tratamientos según la evidencia disponible sobre su efectividad, se encontró que 360 (15%) califican como beneficiosos, 538 (22%) son posiblemente beneficiosos, 180 (7%) implican un trueque entre beneficios y daños asociados, 115 (5%) tienen poca probabilidad de ser beneficiosos, 89 (4%) pueden ser inefectivos o dañinos, y 1122 (47%), la proporción más grande, tienen efectividad desconocida.

Aunque este ejemplo representa solamente un conjunto de las intervenciones en salud existentes, sirve para ilustrar la gran incertidumbre respecto a la efectividad de la tecnología médica que se propaga por el mundo. Es decir, la transferencia de tecnologías incluye intervenciones valiosas, pero también intervenciones que tienen más riesgos que beneficios y otras cuyos beneficios son muy pequeños en relación con su costo adicional. Por otro lado, la proliferación de tecnología en salud es uno de los principales factores que tracciona los costos de un sistema de salud; por ejemplo, Newhouse (1992) y Cutler (1995) estiman que la introducción de tecnología explica entre la mitad y dos terceras partes del incremento en costos por encima de la inflación general del sistema de salud de los E.U. Existe entonces el riesgo de que el incremento y aceleración de la transferencia de tecnología como consecuencia de la globalización exacerbe el desperdicio de recursos y la mala calidad de la atención implícitos en la adopción indiscriminada de intervenciones de salud, y propicie una escalada en el gasto en salud.

Hay múltiples factores que influyen en la demanda y desarrollo de tecnología en salud, entre los cuales se encuentran: avances científicos; políticas de propiedad intelectual, patentes; cambios demográficos y epidemiológicos; patrones de práctica clínica- entrenamiento médico, educación continuada;

políticas de cobertura y pago de servicios (terceros pagadores, aseguramiento); competencia entre proveedores de servicios; demanda por parte de los pacientes- mercadeo directo a consumidores, influencia de los medios masivos, y temor a demandas por mala práctica.

Gráfica 5. Calificación de 2.404 tratamientos médicos comunes según la evidencia disponible sobre su efectividad



Fuente: *Clinical Evidence*. <http://www.clinicalevidence.com/ceweb/about/knowledge.isp>. Consultado Octubre 2005

Las agencias gubernamentales, clínicas, pacientes, terceros pagadores y las compañías farmacéuticas y productoras de insumos buscan la representación de sus intereses particulares, lo cual sumado a las deficiencias en información sobre efectividad y costos, hace particularmente complejo el proceso de formulación de políticas a nivel de país en relación al desarrollo, adopción y difusión de tecnología.

La necesidad de tomar decisiones mejor informadas respecto a intervenciones en salud ha promovido la incorporación de la evaluación de tecnología² como una herramienta de política pública clave para mejorar el acceso y los desenlaces en salud de la población. Hay varios ejemplos de países que han ido introduciendo componentes de evaluación de tecnología en los diferentes niveles de decisión de su sistema de salud (Canadá, el Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda). Prácticamente, todos los países de la comunidad europea

² Coates (1992) define la evaluación de tecnología como: “...la categoría de estudios de política dirigidos a brindarles a los tomadores de decisiones información acerca de los impactos y consecuencias de nuevas tecnologías o cambios en tecnologías viejas. Evalúan tanto las consecuencias directas, indirectas y secundarias, beneficios y daños, y señalan las incertidumbres en el uso o transferencia de una tecnología ya sea en el ámbito público o privado. La evaluación de tecnología provee a los tomadores de decisiones un conjunto ordenado de opciones de política analizadas y un entendimiento de sus implicaciones para la economía, el ambiente y los procesos políticos, legales e institucionales de la sociedad.” (traducido de Coates, 1992).

cuentan con agencias de evaluación de tecnología que actúan como cuerpos asesores financiados con dineros públicos, que además forman parte de una red regional (European Collaboration for Health Technology Assessment- ECHTA). En el contexto mundial se han conformado redes internacionales que realizan estudios conjuntos y brindan asesoría técnica (por ejemplo el International Network of Agencies for Health Technology Assessment-INAHTA).

Sin duda, la información generada por la evaluación de tecnología en salud es un bien público global, regional y nacional³, cuya provisión mejora la calidad de la atención y protege a la población al fomentar el uso de intervenciones efectivas y costo-efectivas. Es fundamental reconocer su fortaleza como instrumento para poner un filtro al creciente flujo de conocimiento e innovaciones médicas y así captar lo mejor de la globalización.

La promoción y desarrollo de la evaluación de tecnología por país requiere de inversiones en infraestructura y recurso humano y la construcción de un ambiente político favorable. Los recursos existentes para este fin se pueden optimizar a partir de una cuidadosa suma y articulación de esfuerzos públicos y privados, locales e internacionales. Por ejemplo, ante restricciones presupuestarias y técnicas para llevar a cabo evaluación de tecnología localmente, actividades tan sencillas y de bajo costo como financiar y promover entrenamientos en evaluación crítica de la literatura médica en los diferentes niveles de decisión, combinadas con incentivos apropiados para la aplicación de este conocimiento en el quehacer diario, facilita el aprovechamiento de la información disponible mundialmente.

¿Estamos preparados en Colombia para los retos que implica la globalización del conocimiento médico? Me atrevo a afirmar que no. Como ejemplo de muchas de las fallas y carencias en las políticas públicas nacionales en relación a la tecnología médica basta con una breve alusión al candente tema de los recobros al Fondo de Solidaridad y Garantía por medicamentos no incluidos en los planes obligatorios. Las siguientes selecciones de un artículo reciente publicado en el periódico El Tiempo titulado “Tutelas por drogas son un negocio” (El Tiempo, Martes 18 de octubre de 2005), ilustran las presiones por parte de la industria, los profesionales de

salud y de los mismos pacientes para el uso de nueva tecnología en salud y la pobreza de argumentos técnicos para justificar la necesidad de la misma y en el planteamiento de las alternativas para abordar el problema⁴.

“El debate gira en torno a lo que algunos denuncian como grave problema para las finanzas del estado, un beneficio para las multinacionales farmacéuticas y las mismas EPS, mientras que otros dicen que es la única herramienta para defender el derecho a la vida de miles de colombianos.”

“Varios pacientes consultados cuentan que los médicos les aconsejan un determinado tratamiento (advirtiéndoles que no está contemplado en el POS) pero que es la alternativa más eficaz para mejorar su calidad de vida.”

“Los laboratorios también son señalados como culpables del aumento en las tutelas por las campañas que realizan con los médicos mediante viajes y actividades para convencerlos de recomendar productos de marca a los pacientes.”

“Una de las propuestas del Ministerio de la Protección Social es incluir al menos 20 de los 40 medicamentos que se piden mediante tutela, en la lista que ofrece cobertura con el POS, para frenar el acelerado uso del mecanismo y brindar mayores beneficios a los pacientes.”

El tema pone al descubierto el insuficiente desarrollo entre los profesionales de salud de una cultura de medicina basada en la evidencia, la falta de medios para que las personas tomen decisiones informadas respecto a los tratamientos que se les ofrecen y la pobre capacidad técnica por parte del Ministerio para analizar y enfrentar el problema.

Es prioritario avanzar en el desarrollo de un sistema de evaluación de tecnología en salud, que permita contar con mayor información y criterios más claros para tomar decisiones sobre la entrada y adopción de tecnologías en el país, actualización e inclusión de medicamentos y procedimientos en los planes de beneficios y en general, para promover un uso más racional de la tecnología médica.

³ El informe del Segundo Grupo de Trabajo de la CMS, “Bienes públicos para la salud” plantea que entre aquellos programas y políticas de salud pública de mayor impacto a nivel global se encuentran las actividades de apoyo a la investigación básica y aplicada. El conocimiento generado a partir de estas actividades es un bien público ya que no existe rivalidad en su consumo, es decir, no hay costo marginal de que un individuo adicional goce de los beneficios del conocimiento, y además, no es excluible- es inevitable que todos gocen del conocimiento una vez que éste se ha producido.

⁴ Se reconoce que la solución al problema de los recobros también abarca derechos constitucionales, ética médica, y las acciones de vigilancia y control del sistema, los cuales persistirían a pesar de contar con y haber aplicado las herramientas para la evaluación completa de la tecnología disponible.

Investigación en Economía de la Salud

*Jairo Humberto Restrepo
Sara Catalina Atehortúa*

A comienzos de la década de 1990 sucedieron dos hechos importantes en el país que impactarían el sistema de salud. En primer lugar, mediante la Ley 29 de 1990 se creó el Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología para estimular la ciencia y el desarrollo tecnológico, de donde nació el Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud, el cual debería apoyar el quehacer de la investigación y el desarrollo tecnológico en salud. En segundo lugar, se reformó al sistema de salud mediante la ley 100 de 1993. Lo anterior significaba que con más recursos destinados al apoyo de la investigación y con un sistema de salud diseñado en gran parte desde la economía, la Economía de la Salud cobraría sentido como un área de trabajo académico.

Si bien el primer intento de reunión académica en torno a la Economía de la Salud se dio en 1984, cuando la Facultad de Estudios Interdisciplinarios de la Pontificia Universidad Javeriana realizó el primer taller internacional en Economía de la Salud, fue en 1995, con el primer seminario nacional de Economía de la Salud que organizó la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia con el auspicio del Banco Mundial y la Red Interamericana de Economía y Financiamiento de la Salud, que se conformó la Asociación Colombiana de Economía de la Salud. Hasta este año, el país no contaba con un grupo consolidado de investigadores para asumir los retos de la investigación en este campo y no existían estudios que analizaran el sector salud bajo un enfoque económico (Giedion y Wüllner, 1994).

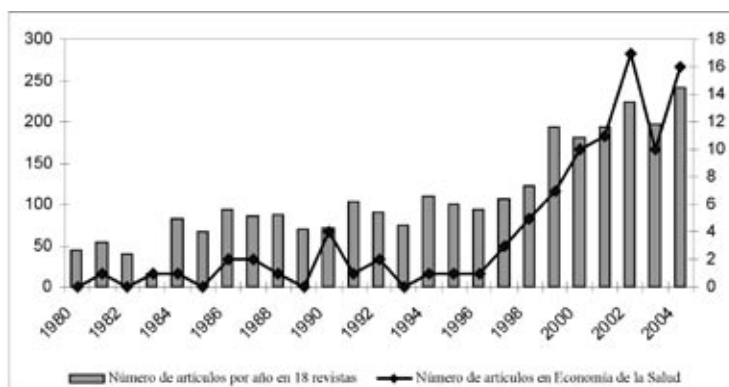
Posteriormente, en 1996 se realizó en Santiago de Chile el seminario Internacional sobre la Investigación en Economía y Financiamiento de la Salud en América Latina y el Caribe, en donde se evidenció en particular para Colombia el bajo número de proyectos de investigación en las áreas de economía y financiamiento de la salud, aunque también se resaltó la existencia de un alto número de proyectos en proceso, la formación de grupos de investigadores en el área y el apoyo a la formación de investigadores (Tono, 1996). Pero es importante destacar que en cuanto a la producción académica, los principales esfuerzos estuvieron impulsados por la reforma y es así como cerca del 80% de los artículos y los trabajos de grado identificados en el país entre 1980 y 2002 fueron elaborados precisamente a partir de ese año, con una marcada concentración en algunos tópicos (Espinosa, Restrepo y Rodríguez, 2003).

Con estos antecedentes y luego de examinar el recorrido de la Economía de la Salud en Colombia, cabe preguntarse, una década después del primer intento por consolidar la comunidad académica, por las capacidades y realizaciones con que cuenta el país para la generación de conocimiento en Economía de la Salud.

Producción científica en Economía de la Salud, 1980-2005⁵

Luego de analizar 55 revistas y borradores de trabajo de circulación nacional, pertenecientes a Economía y Salud, se encontraron 106 artículos clasificados en el área de la Economía de la Salud, los cuales están ubicados en 31 revistas. Es evidente el crecimiento de la producción en términos absolutos, concentrándose en los últimos cinco años el 60% de la producción del período, en tanto que en la última década se concentra cerca del 84%. En las revistas seleccionadas se publicaron 2.740 artículos, lo que significa que la producción en Economía de la Salud tiene una participación del 3,5 % dentro del total de esas publicaciones.⁶ La mayor parte de la producción se concentra en pocas revistas, de las 31 analizadas tan solo 4 reúnen cerca del 34% de los artículos en Economía de la Salud, destacándose la Revista Gerencia y Políticas de Salud que aporta 14 artículos en el período, seguido por Coyuntura Social con 10 y finalmente Lecturas de Economía y la Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, cada una con 6.

Gráfica 6. Colombia: artículos nacionales en Economía de la Salud, 1980-2004



Fuente: Espinosa, Restrepo y Rodríguez, 2003. Actualización propia.

Según la representación esquemática de lo que serían los campos de investigación para los economistas de la salud, propuesta por Williams (1987), se tienen los siguientes resultados del Cuadro 4. El tema más tratado durante todo el período ha sido la evaluación

5 Los resultados analizados parten de la actualización al trabajo: Producción Académica en Economía de la Salud en Colombia, 1980-2002 (Espinosa, Restrepo y Rodríguez, 2004).

6 Los 2740 artículos corresponden a 18 de las 31 revistas seleccionadas, debido a que se analizaron las publicaciones que tuvieran al menos 3 artículos de Economía de la Salud en el periodo 1980-2005.

del sistema, seguido de la oferta y demanda de servicios de salud. Aunque en los últimos años se han incrementado los artículos que abordan temas que hasta 2002 no eran muy analizados, es el caso de ¿qué influencia la salud? y equilibrio de mercado.

Cuadro 4. Colombia: clasificación temática de la producción académica en economía de la salud, 1980-2005.

TEMAS	Número de artículos nacionales en Economía de la Salud			
	1980-1993	1993-2005	1980-2005	% 1980-2005
Evaluación del sistema	3	29	32	30,2 %
Oferta de servicios de salud	1	24	25	23,6 %
Demanda por servicios de salud	4	9	13	12,3 %
Planeación de presupuesto y monitoreo	2	3	5	4,7 %
¿Qué es la salud y cuál es su valor?	1	8	9	8,5 %
¿Qué influencia la salud?	1	9	10	9,4 %
Evaluación microeconómica de tratamientos	3	3	6	5,7 %
Equilibrio de mercado (OI)	0	5	5	4,7 %
Otros	0	1	1	0,9 %
Total	15	91	106	100 %

Fuente: Espinosa, Restrepo y Rodríguez, 2003. Actualización propia.

Los trabajos de grado de Economía de la Salud, identificados para 1980–2005 fueron 51, distribuidos en 35 de pregrado (69%) y 16 de maestría (31%). Esta producción se ha concentrando en la Universidad de Antioquia y la Pontificia Universidad Javeriana, las cuales en conjunto reúnen cerca del 60% de los trabajos, seguidas por la Universidad de los Andes, la Universidad Externado de Colombia, la Universidad Nacional de Colombia y la Universidad del Rosario, quienes concentran el 40% restante.

Siguiendo la clasificación temática de Williams, el tema más bordado en pregrado es el de planeación de presupuesto (31%), seguido de la evaluación el sistema como un todo (29%), oferta de servicios de salud (20%), demanda por servicios de salud (11%), y en menor medida los temas concernientes a ¿qué influencia la salud?, y equilibrio de mercado (9%). Por su parte en maestría la mayoría de los trabajos se concentran en la demanda por servicios de salud (25%) y evaluación del sistema como un todo (19%), pasando por planeación de presupuesto, ¿qué influencia la salud? y evaluación económica (13%), finalmente los tópicos menos tratados son la oferta de servicios y ¿qué es la salud? (6%).

Para el periodo 1986-2005 se identificaron 58 investigaciones, concentradas en el Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia con 15 proyectos, seguido de Assalud, con 5, la Universidad El Rosario con 6, y Fedesarrollo, el CEDE de la Universidad de los Andes y el Cendex de la Universidad Javeriana cada uno con 5 proyectos. Si bien Assalud ocupa el segundo lugar, en los últimos años solo ha reportado 2 proyectos, en asocio con la Universidad El Rosario, mientras que instituciones como el Centro de Gestión Hospitalaria no volvieron a reportar investigaciones. En cuanto a la clasificación temática, la investigación sigue una tendencia similar a la de los artículos.

Es importante resaltar que antes de 1993 fueron realizados una serie de trabajos pioneros, 19 en total, en su mayoría financiados

y ejecutados directamente por instituciones del gobierno central, enmarcados en las deficiencias del sector y en la discusión sobre reforma. La mayoría de estas investigaciones no se materializaron en artículos de revista, y los pocos libros editados a partir de ellas tuvieron una baja circulación, lo cual hace difícil su identificación y clasificación (Tono, 1996).

Capital Humano

En cuanto a la formación de recursos humanos, si bien en Colombia no existe un programa formal dedicado exclusivamente al área de la Economía de la Salud, sí hay oportunidades para que los grupos desarrollen investigación en el área, en tanto que el país cuenta con tres doctorados —en Economía y Salud Pública de la Universidad Nacional y en Epidemiología de la Universidad de Antioquia— y un buen número de maestrías en Economía y en las Ciencias de la Salud. De los autores con una mayor frecuencia en publicaciones sobre Economía de la Salud en revistas y borradores de trabajo se observa que la mayoría cuenta con formación en maestría y en menor medida en doctorado. Sin embargo, no es posible hablar de una comunidad académica en Economía de la Salud, debido a que la mayoría de los autores trabajan de manera aislada y en un ambiente poco interdisciplinario.

Financiación de la investigación en salud

La Ley 643 de 2001, en su artículo 42, estableció que de los recursos obtenidos producto del monopolio de juegos de suerte y azar se destinaría el siete por ciento (7%) al Fondo de Investigación en Salud. Estos recursos se deben asignar a los proyectos a través del Ministerio de Salud y Colciencias para cada departamento y el Distrito Capital. Es importante considerar esta oportunidad, en términos de los recursos netos con que cuenta el país para adelantar investigaciones en salud y superar las debilidades y sesgos reconocidos en el plan estratégico del programa nacional de ciencia

y tecnología de la salud, los cuales consistían, a grandes rasgos, en la concentración de la investigación en unas cuantas líneas, concretamente, mucho esfuerzo dedicado a procesos patológicos específicos, en tanto que la investigación en sistemas de salud ha sido muy poca; la baja representatividad de investigadores con doctorado, junto con la poca interdisciplinariedad, y el predominio de la producción individual. A raíz de esto fueron fijadas una serie de metas y líneas de acción tendientes a solucionar estas dificultades, cuyos resultados deberían ser presentados en 2002 pero aún no se conocen.

4. La cuestión regional

Diferencias regionales en salud según las encuestas de calidad de vida

Andrés Zambrano

En el Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (OMS, 2001) se reconoce la doble relación que se presenta entre la morbilidad y el desarrollo. Por un lado, una alta morbilidad lleva a que se disminuyan las posibilidades de desarrollo económico porque los gastos en enfermedades graves pueden condenar a quienes los asumen a una trampa de pobreza; la OMS también resalta el hecho de que los países con peores condiciones de salud y educación tienen mayor dificultad de lograr un crecimiento sostenido que los países con mejores condiciones. Por otro lado, un bajo desarrollo económico lleva a altas morbilidades. En primer lugar, hay más vulnerabilidad a las enfermedades por falta de condiciones saludables. En segundo lugar, es mucho menos probable que se solicite atención médica porque no hay una amplia red de servicios de salud. Por último, las enfermedades pueden complicarse porque no se cuenta con recursos para la atención oportuna de ellas.

En el caso de Colombia, contamos con regiones que tienen descripciones epidemiológicas y económicas muy distintas entre sí. Las diferencias regionales en términos de morbilidad están determinadas, en buena parte, por la posición geográfica de éstas, pero también, en gran parte, por sus condiciones económicas. Debemos reconocer las diferencias en la morbilidad de nuestras respectivas regiones y explorar sus vínculos con el desarrollo económico de cada una de ellas.

Como lo señala la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud (CMMS, 2004), en un informe similar pero esta vez para examinar el caso mexicano, una forma de reducir los impactos de eventos idiosincrásicos sobre la salud y las trampas de pobreza es a través del aseguramiento al sistema de salud. Sin embargo, la falta de aseguramiento universal y las inequidades regionales en términos de cobertura llevan a diferencias en el acceso a los servicios médicos. Estas diferencias también afectan la morbilidad de la población; por ejemplo, si una persona se siente enferma, no está asegurada y no consulta al médico por falta de dinero, puede resultar en un empeoramiento de su estado de salud y en la transmisión de la enfermedad a otros individuos sanos.

Conclusión

Si bien la Economía de la Salud ha tenido un crecimiento tanto en términos absolutos y relativos, la mayoría de los trabajos siguen concentrados en algunos temas específicos. Además, existe una comunidad académica que aún es débil para reunir esfuerzos que permitan desarrollar investigación de manera conjunta e interdisciplinaria. Es importante resolver estas cuestiones para generar un conocimiento más amplio y útil que permita solucionar los problemas más importantes del sector salud.

A continuación se exponen las desigualdades regionales más críticas, tanto en cuestiones de morbilidad como en acceso a los servicios de salud, a partir del análisis de las encuestas de calidad de vida (ECV) de 1997 y 2003.⁷

Diferencias regionales en morbilidad

Las Encuestas de Calidad de Vida presentan dos preguntas relativas a la morbilidad de los individuos, a partir de las cuales se advierten las diferencias en el estado de salud autorreportado y la percepción de enfermedad en el último mes. En la gráfica 7 se muestra el primer tipo de diferencias, destacándose lo siguiente: mientras la región Pacífica presenta el peor estado de salud, pues casi la mitad de sus habitantes reporta regular o mal estado de salud, cerca del 90% de los habitantes de San Andrés reporta buen o muy buen estado de salud. Estas diferencias han sido documentadas por Ramírez *et al.* (2004) y Zambrano (2005) quienes identifican la región como determinante del estado de salud aun controlando por variables como el ingreso, la educación, la edad, el género y la ocupación. Además, nótese que son las regiones más pobres las que reportan el peor estado de salud, lo que apoyaría la hipótesis de que estas regiones se sumen en una trampa de pobreza.⁸

El estado de salud autorreportado ha sido utilizado por algunos autores como una aproximación al stock de salud de los individuos —Kenkel (1995), Gertham *et al.* (1999), Ramírez *et al.* (2004) y Zambrano (2005), entre otros—. Según Dardanoni y Wagstaff (1987), un menor stock de salud del individuo lleva a que aumente la probabilidad de enfermarse. Por lo tanto, siguiendo dicho modelo, se esperaría que aquellas regiones con un menor estado de

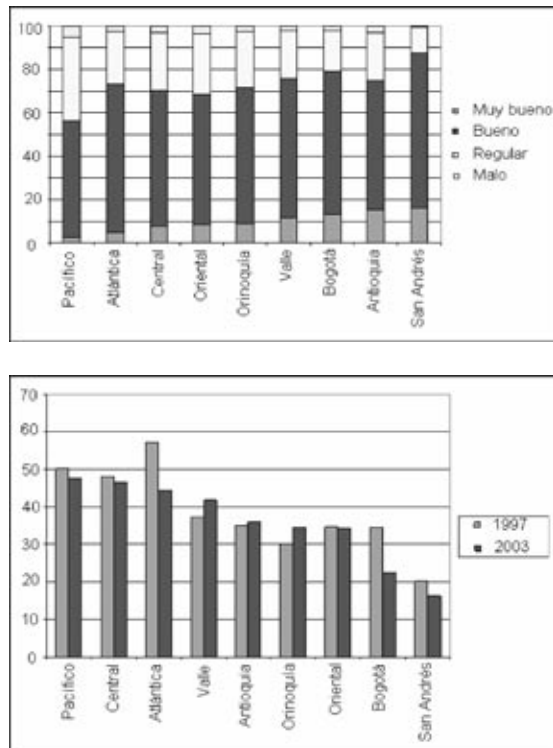
7 Un análisis más completo de la situación puede encontrarse en Ramírez *et al.* (2005b).

8 Ramírez *et al.* (2005a) calcularon los gastos de los hogares para 1997 y el 2003. En este análisis encuentran que, para el 2003, el orden ascendente de las regiones de acuerdo al gasto per cápita es Pacífico, Central, Atlántica, Antioquia, Oriental, Valle, Orinoquia, Bogotá y San Andrés.

salud reporten una mayor probabilidad de enfermarse. En efecto, mientras la población de la región Pacífica es la que reporta una mayor probabilidad de enfermarse (14,5%), la probabilidad de que una persona residente en San Andrés reporte enfermedad en el último mes es mucho menor (5,4%).

Este sencillo análisis muestra que existen diferencias regionales en los indicadores de morbilidad y otorga alguna evidencia de la existencia de trampas de pobreza. Como lo sugiere CMMS (2004), una forma de aliviar las desigualdades regionales de morbilidad podría ser a través de una mayor cobertura en salud en regiones cuya probabilidad de enfermarse sea mayor. Como veremos en la siguiente sección, la realidad es totalmente inversa y esto genera implicaciones negativas en el acceso y uso de los servicios médicos.

Gráficas 7 y 8. Colombia: estado de salud autorreportado según región (2003) y porcentaje de no asegurados según región (1997 y 2003)



Fuente: ECV 1997 - 2003

Diferencias regionales debidas al aseguramiento

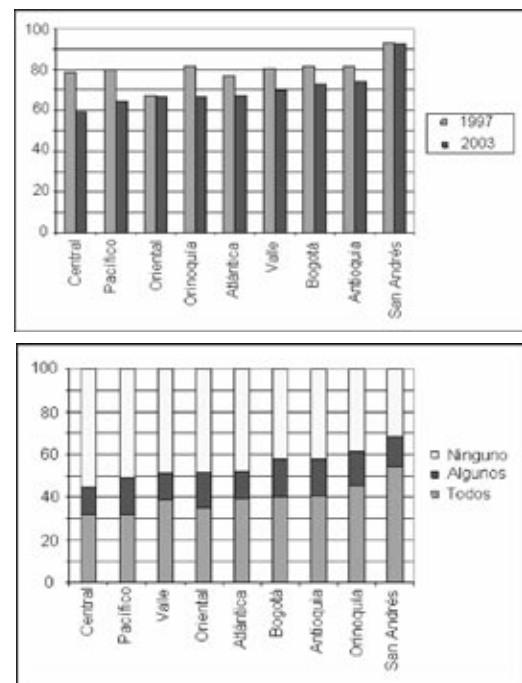
Una de las principales estrategias de la Ley 100 era garantizar la salud de las personas a través de una mayor cobertura. Restrepo *et al.* (2005) muestran que un mayor aseguramiento implica un mayor acceso a los servicios médicos aún controlando por ingreso, estado de salud, género y ubicación geográfica.

En la gráfica 8 se observa que la cobertura es bastante desigual entre regiones: la proporción de población no asegurada es de

más del 40% en las regiones Pacífica, Atlántica, Central y Valle, cifra bastante alta si se compara con el dato correspondiente a Bogotá y San Andrés (22% y 16%, respectivamente). Nótese que las regiones con una mayor proporción de no asegurados son también las que presentan mayor probabilidad de enfermarse, un peor estado de salud y un menor ingreso. Además, mientras en algunas regiones existió un aumento significativo de la cobertura entre 1997 y 2003 (por ejemplo Atlántica y Bogotá), en regiones como Valle y Orinoquía hubo un decrecimiento de la cobertura de cerca de 4%.

La diferencia en las coberturas entre regiones conlleva también a diferencias en el uso de los servicios médicos (gráfica 9). En 1997, la proporción de personas que reportaron tener un problema de salud en el último mes y consultaron al médico era bastante similar entre regiones (alrededor del 80%), con la excepción de San Andrés donde dicho porcentaje era de más del 90% y de la región Oriental (67%). Esta tendencia se revirtió luego de la recesión pues esta proporción disminuyó notoriamente, exceptuando de nuevo las dos regiones anteriormente mencionadas.⁹ Esta disminución fue distinta entre regiones afectando más a las regiones con un menor nivel de aseguramiento.

Gráficas 9 y 10. Colombia: personas que reportaron tener un problema de salud en el último mes y consultaron al médico y entrega de medicamentos según región, 2003



Fuente: ECV 2003

9 Esta disminución se debe en buena parte a la recesión porque, como se verá más adelante, la principal causa de no asistir al médico es la falta de dinero.

Según las ECV, la principal causa de la disminución del uso de los servicios médicos fue la falta de dinero, pero es menos importante en las regiones con el mayor aseguramiento. En San Andrés ninguna persona afirmó que la falta de dinero fuera el principal determinante de lo no asistencia al médico, en Bogotá fue de un poco más del 30%, en Orinoquía del 18% y en la región Oriental de 35%. En las demás regiones la falta de dinero fue la razón dada por más del 40% de las personas.

La entrega de medicamentos por parte de la institución a la que está afiliado también es muy distinta entre regiones; allí la región Central y Pacífica muestran la menor proporción de medicamentos entregados. De acuerdo a Ramírez *et al.* (2005b), esto está íntimamente ligado a que son las regiones con una menor proporción de personas afiliadas pues en el 2003, a nivel nacional, más del 95% de las personas no aseguradas no recibían ningún medicamento.

Conclusiones y reflexiones

Es ampliamente reconocido que la morbilidad de una región está íntimamente ligada al desarrollo económico de ésta. En el caso de nuestro país existen grandes diferencias en morbilidad y en desarrollo económico entre las regiones, las cuales deben ser reconocidas para cuestiones de política. Actualmente las inequidades entre regiones son consideradas para calcular la unidad de pago por capitación (UPC), aunque no han sido tenidas en cuenta en las políticas de aseguramiento, a pesar de que una alternativa

para reducir los impactos negativos de una morbilidad alta es el aseguramiento de las personas que lo sufren.

Sin embargo, contrario a lo que debería suceder, son las regiones con una mayor morbilidad las que presentan el menor nivel de aseguramiento. Esta inequidad en la afiliación entre las regiones parece ser uno de los determinantes más importantes de las inequidades en el uso y acceso a los servicios médicos. Por un lado, son los no asegurados los que tienen una menor probabilidad de ir al médico cuando se sienten enfermos, principalmente por falta de dinero (Restrepo *et al.* (2005)). Por otro lado, los no asegurados tienen un acceso casi nulo a los medicamentos recetados por el médico (Ramírez *et al.* (2005b)). Estos dos hechos son los principales contribuyentes a que estas regiones estén inmersas en una trampa de pobreza.

Es necesario tener en cuenta estas diferencias regionales para realizar políticas en pro de un mejoramiento de la salud en Colombia, tales como mayores esfuerzos para aumentar la afiliación al sistema de personas que habitan las regiones con la mayor carga de morbilidad. Este aumento en el aseguramiento se verá reflejado en primera instancia en un mayor acceso a los servicios de salud. En segunda instancia, mejorará el nivel de salud de estas personas. En tercera instancia y acompañado de otras políticas públicas, generará un mayor crecimiento y desarrollo económico que contribuirá a la eliminación de trampas de pobreza y a la inmensa desigualdad económica entre regiones (Ramírez *et al.* (2005a)).

5. Conclusión: hacia la construcción de un informe de Macroeconomía y Salud para Colombia

Los indicadores globales en salud muestran que Colombia ha mejorado en promedio sus índices sanitarios. En el marco de los países de ingresos medio-bajos, y esperando que el país supere esta categoría, el país ha alcanzado unos niveles de salud que le permiten superar la primera barrera hacia un escape de la trampa de pobreza generada por una conexión inadecuada entre salud y desarrollo. Adicionalmente, los diferentes estudios reconocen que la estrategia de un seguro obligatorio y de cobertura universal adoptada por el país hace más de una década, como mecanismo para mejorar las condiciones en salud de la población, ha generado resultados en aseguramiento que están por encima de países con un mismo nivel de desarrollo. En este sentido, estos dos hechos fundamentales plantean unos retos bastantes particulares, mas allá de aquellos reseñados por la CMS. De este modo, siguiendo los trabajos presentados en esta Observación, se plantean los siguientes elementos de diagnóstico y puntos de discusión sobre la situación en Colombia.

En primer lugar los indicadores deben ser estudiados más que por sus niveles medios por la variabilidad de éstos entre grupos poblacionales y al interior de dichos grupos. Los diferentes autores han planteado que al agrupar la población por criterios

de localización o institucionales (i.e. por régimen de aseguramiento) la situación presenta una figura muy diferente de la simple observación global. Por ejemplo, en aseguramiento, el porcentaje ha crecido a nivel nacional, pero a nivel regional la situación no es homogénea, de modo que mientras Bogotá presenta una cobertura superior al nivel nacional, muchas regiones se encuentran bastantes rezagadas. Estas diferencias se extienden con la misma tendencia para otras medidas de acceso a servicios de salud, así como para el estado de salud.

Adicionalmente, si a este simple criterio regional se añaden otras dimensiones de clasificación, por ejemplo localización rural o urbana o diferenciación socioeconómica (por ejemplo, ingresos), la situación es menos alentadora. Algo similar puede estar ocurriendo si se mira desde otra dimensión, como es la movilidad. El drama de los inmigrantes regionales o intrarregionales en materia de salud puede ser bastante preocupante. De este modo, el conocimiento de la variabilidad de los indicadores por grupos poblacionales permite diseñar estrategias en salud adicionales o alternativas al mecanismo de aseguramiento, debido a que si bien la estrategia del seguro de salud parece tener aspectos positivos a nivel macro, existen grandes debilidades a nivel micro que deben ser tenidas en cuenta.

La situación anterior lleva a plantear un segundo aspecto a tener en cuenta y es el que tiene que ver con la velocidad de las políticas para mejorar la salud de la población. Un análisis por grupos poblacionales muestra que la velocidad de las políticas no parece llegar de manera homogénea entre y al interior de los grupos. Una mirada al aseguramiento por regiones muestra que en 1997, a pesar de tener niveles muy elevados de población no cubierta, las regiones más vulnerables no mejoraron considerablemente para el año 2003. En salud, una reacción tardía puede implicar vidas o, en un sentido menos dramático, destrucción de capital humano no solo presente sino también futuro. Este aspecto de desarrollo desigual y de velocidad de las políticas está acompañado de la vulnerabilidad socioeconómica en varios grupos poblacionales, como sucedió con la crisis económica de finales de la década de 1990, a partir de la cual se estancaron y en algunos casos retrocedieron los avances que pudieron haberse logrado en materia de salud.

Un tercer aspecto tiene que ver con una mirada específica del sistema de salud colombiano. Aunque la clasificación por grupos de aseguramiento muchas de las relaciones entre la estrategia del seguro, el uso de servicios y el estado de salud, existen varios aspectos de la relación entre aseguramiento, financiación y diseño de políticas que deben ser analizados de manera separada. Las tensiones entre gastos curativos y gastos en prevención pueden parecer un juicio de valor, sin embargo, un análisis del diseño del sistema de salud y la selección de mecanismos puede dar luces sobre cómo mejorar la situación de políticas altamente efectivas en salud, sin desconocer las presiones financieras del gasto curativo. Teniendo en cuenta las restricciones que este *trade-off* plantea, se pueden diseñar mecanismos para incentivar a los diferentes agentes dentro del sistema de modo que se logren encaminar políticas con alto impacto en salud.

Este panorama pone en evidencia las debilidades del sistema de salud en Colombia, a las cuales se adicionan cuestionamientos sobre la eficiencia micro y macroeconómica del mismo. En particular, dado el gasto que el país realiza en salud, como porcentaje del producto interno bruto, existen razones para juzgar que los resultados en salud podrían ser mejores o, para ponerlo en otros términos, que los resultados alcanzados podrían lograrse con un gasto menor. Se tiene una serie de problemas que exigen atención inmediata para promover la definición de un paquete completo y coherente de políticas sanitarias y económicas que posibiliten mayores oportunidades de desarrollo.

En este sentido, la conformación de una Comisión de Macroeconomía y Salud, en línea de lo propuesto por la OMS, puede convertirse en un paso fundamental para hacer frente a estas necesidades, pero que requiere de dos condiciones fundamentales: en primer lugar, la consolidación de una comunidad académica que sirva de soporte para la investigación en políticas y sistemas de salud, y en segundo lugar, se precisa de un mayor diálogo interdisciplinario, puesto que este tipo de labor requiere la participación de todos los sectores involucrados y de distintas áreas del conocimiento.

Una de las primeras labores de la comisión sería la elaboración de un informe para Colombia, en el que se realice una evaluación de la situación en términos de salud en el país, identificando los avances que se han logrado y aquellos puntos que requieren de atención inmediata, y que tendría como finalidad la formulación de una estrategia de largo plazo en materia de salud, que tenga en cuenta las interrelaciones con otros sectores que impactan sobre la salud y que sea coherente con la política macroeconómica del país.

Referencias

- Arias, F. y Tovar, L. (2005). *Determinantes del estado de salud de la población Colombiana*. Documento CIDSE.
- Becker G. (1965). "A theory of the allocation of time". *Economic Journal*, No. 75, pp. 493-517.
- Bloom D. E. y Williamson J. G. (1998). "Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia". *World Bank Economic Review*. Vol. 12, No. 3, pp. 419-55.
- Colciencias (1997). *Plan Estratégico 1997-2002*. Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud. Bogotá.
- Coates & Jarratt, Inc. (1992). *Course Workbook: Technology Assessment. Anticipating the Consequences of Technological Choices*. Washington, D. C.
- Cutler, David M. (1995). *Technology, Health Costs, and the NIH*. Harvard University and the National Bureau of Economic Research. Documento preparado para el National Institutes of Health Economics Roundtable on Biomedical Research, Cambridge, MA septiembre.
- Dardanoni, V. y Wagstaff, A. (1987). "Uncertainty, inequalities in health and the demand for health". *Journal of Health Economics*. Vol. 6, pp. 283-290.
- Deaton A. (2001). *Health, inequality, and economic development*, Geneva, Commission on Macroeconomics and Health [electronic edition]. En: http://www.cmhealth.org/docs/wg1_paper3.pdf
- _____ (2004). *Health in an age of globalization*. Documento preparado para el Brookings Trade Forum, Brookings Institution, Washington, D. C., mayo, pp. 13-14. Versión de julio 2004.
- Departamento Nacional de Planeación/Consejo Nacional de Política Económica y Social (2005). "Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio 2015". *Documento CONPES SOCIAL*, No. 91. Bogotá.
- Espinosa, K.; Restrepo, J. y Rodríguez, S. (2003). "Producción académica en Economía de la Salud en Colombia, 1980-2002". *Lecturas de economía*, No 59.
- Feachem, R. (2002). "Commission on Macroeconomics and Health". *WHO, Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 80, No. 2, p.87.
- Florez, C.; Ribero, R y Samper, B. (2003). *Health, nutrition, human capital and economic growth in Colombia 1995-2000*. Documento Cede 2003-29.
- Florez, C. y Tono T. (2002). *La equidad en el sector salud: una mirada de diez años*. Fundación Corona. Documento de trabajo No. 6.
- Gerdtham, U. G., Johanneson, M., Lundberg, L. y Isacson, D. (1999). "The demand for health: results from new measures of health capital". *European Journal of Political Economy*, No. 15, pp. 501-521

- Giedion, U. y Molina, C. (1994). *Un programa para la investigación en Economía de la Salud en Colombia*. Fedesarrollo.
- Grossman, M. (2000). "The demand for health". *Journal of Political Economy*, No. 80, pp. 223-255.
- _____ (1972). "On the concept of health capital and the demand for health". *Journal of Political Economy*, Vol. 80, No. 2, pp. 223-255.
- Hadorn, D. (1991). "Setting health priorities in Oregon. Cost-effectiveness meets the rule of rescue". *Journal of the American Medical Association*. No. 265, pp 2218-25.
- Kenkel, D. S. (1995). "Should you eat breakfast? Estimates from health production functions". *Health Economics*, No. 4, pp. 15-29.
- Kugler, A. y Kugler, M. (2002). *Effects of payroll taxes on employment and wages: evidence from the Colombian social security reform*. Center for Research on Economic Development and Policy Reform. Working paper No. 134.
- Ministerio de la Protección Social (2004). Citado por: Acosta, Olga Lucía y Ramírez M., Cañón. *Principales Estudios sobre Sostenibilidad Financiera del Sistema de Seguridad Social en Salud*. Bogotá, Fundación Corona-Universidad del Rosario, octubre 2004.
- Newhouse, Joseph P. (1992). "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?" *Journal of Economic Perspectives*. Vol. 6, No. 3, pp. 3-21, Summer.
- O'Meara, G.; Ruiz, F. y Amaya, L. (2003). *Efecto del Aseguramiento sobre el Uso y Gasto en Salud*. Ceja.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico*. OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Definición de la estrategia de cooperación con el país 2006-2010*. Bogotá.
- Pauly, M. V. (1968). "The Economics of Moral Hazard: Comment". *American Economic Review*, Vol. 58, No. 5, pp. 941-973.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (2003). *Informe Sobre Desarrollo Humano*, New York, pp. 237-239.
- Ramírez, Clara (2005). "Sistema general de seguridad social en salud: afiliación, atención y equidad". *Economía Colombiana y Coyuntura Política*, No. 303.
- Ramírez, M.; Gallego, J. M. y Sepúlveda, C. (2004). "The determinants of the health status in a developing countries: results from the Colombian case". *Borradores de Investigación*, No. 41, Facultad de Economía, Universidad del Rosario.
- Ramírez, M.; Muñoz, M. y Zambrano, A. (2005a). "Comparación del gasto de los hogares entre 1997 y 2003 según resultados de las encuestas de calidad de vida: magnitud, composición y distribución". *Borradores de Investigación*, No. 67, Facultad de Economía – Universidad del Rosario.
- Ramírez, M.; Guerra, J.; Rivera, D.; Zambrano, A. y Yepes, F.J. (2005b). "Una aproximación de la salud en Colombia a partir de las encuestas de calidad de vida". *Borradores de Investigación*, No. 72, Facultad de Economía – Universidad del Rosario.
- Restrepo, J.; Zambrano, A.; Vélez, M. y Ramírez, M. (2005). *Health insurance as a strategy for access: Streamlined facts of the Colombian Health Care Reform*. Trabajo presentado en el 5th World Congress of the International Health Economics Association, Barcelona, España.
- Ribero, R. y Nunez, J. (2000). "Adult morbidity, height, and earnings in Colombia". In: Savedoff W., Schultz P. (ed.). *Wealth from health. Linking social investments to earnings in Latin America*. Latin American Research Network. Washington D.C, Inter-American Development Bank.
- Ruiz, F. (2005a). "¿Es Sostenible el Sistema General de Seguridad Social en Salud?". *Evidencia & Política Social* No. 1.
- Ruiz F. (2005b). "Social Health Insurance and Access: Results from a Colombian Longitudinal Study". Trabajo presentado en el 5th World Congress of the International Health Economics Association, Barcelona, España.
- Sachs, J. (2001). *The Strategic Significance Global Inequality*. The Washington Quarterly. Verano, No. 191.
- Schultz, R. (1979). *Life Span, Health, Savings and Productivity*. Econ Cultural Change.
- Sen, A (2000) *Development as Freedom*. Alfred A Knopf, New York
- Tono, T. (1996). *La investigación en Economía y Financiamiento de la Salud en Colombia: situación actual y desafíos*. Fundación Fes. Presentado en: Seminario Internacional sobre la Investigación en Economía y Financiamiento de la Salud en América Latina y el Caribe: Situación Actual y Desafíos, Santiago, pp. 21-22.
- Universidad de Antioquia (2003). *Memoria del Simposio Internacional: Hacia un nuevo contrato social en ciencia y tecnología para un desarrollo equitativo, Mesa de Trabajo No.1: El desarrollo de la ciencia para un país en desarrollo*. Medellín.
- Wagstaff A. (1993). "The demand for health: an empirical reformulation of the Grossman model". *Health Economics*, No. 2, pp. 189-198.
- Williams, A. (1987). *Health economics: the cheerful face of the dismal science?* Health and Economics. Mcmillan Press, Basingstoke.
- Yepes, F. (1990). *La Salud en Colombia*. Tomo II. Ministerio de Salud-Departamento Nacional de Planeación, Estudio Sectorial de Salud. Bogotá.
- Zambrano, A. (2005). *Determinantes del estado de salud en Colombia y su impacto según área urbana y rural: una comparación entre 1997 y 2003*. Tesis de Maestría en Economía, Facultad de Economía – Universidad del Rosario.

En memoria a un grande: Alan Williams

Mauricio Vélez Cadavid

La Economía de la Salud está de luto. Un protagonista histórico y definitivo en el desarrollo de esta sub-disciplina ha muerto: el 2 de junio de este año descansó en paz un visionario economista que transformó la manera como son, o deben ser, tomadas las decisiones en un sistema de salud, el Profesor Alan Williams.

Williams nació en Birmingham, Inglaterra, en 1928. Estudió en el King Edward's School, se enroló tres años en la Royal Air Force de su país y después se graduó en Birmingham University. Posteriormente, realizó estudios de posgrado en Uppsala y Estocolmo y luego se dedicó a enseñar en las más reconocidas universidades del mundo, entre ellas, Massachusetts Institute of Technology, Princeton y York University. Fue en esta última donde echó raíces definitivas desde 1964 y realizó muchas de sus publicaciones y aportes. Desde York, fue ejemplo para colegas y estudiantes, siendo definitivo colaborador para establecer un centro de excelencia en Economía de la Salud, reconocido mundialmente por su liderazgo y la calidad de su producción. Sin desviarse como investigador, fue Comisionado Real para el Servicio Nacional de Salud Inglés y ocupó algunas otras importantes posiciones.

En 1997, como parte de la conmemoración de los veinticinco años de la Economía de la Salud, fueron nominados libros o artículos influyentes en este campo y justo un artículo de Williams, en el que hace la evaluación económica de la cirugía de puentes (by pass) coronarios, fue el absoluto ganador.

La mayor dedicación de Williams fue a la medición y valoración del estado de salud. Desde 1972, cuando publicó con Tony Culyer y Bob Lavers el artículo *Indicadores Sociales*, planteó una medición para el estado de salud de las personas en el cual se avizoraba su agudeza en el tema. Transformó la escala de valoración original de Rosser, convirtiéndola en la hoy convencional métrica. Su trabajo evolucionó hasta producir un conjunto de valores para cada estado de salud con los atributos requeridos para ajustar los años de vida por calidad (Quality Adjusted Life Year —QALY—).

Convencido de la posible comparabilidad de la valoración del estado de salud entre poblaciones, lideró la conformación del Grupo EuroQoL, que ha venido investigando y generando conocimiento de tal forma que hoy el EQ-5D, como es conocida actualmente la herramienta de valoración, ha sido traducida a más de 80 idiomas y es el estándar en muchos países.

La tenacidad de Williams y el convencimiento de sus ideas lo llevaron a sostener una discusión pública de alto perfil con la OMS, después que ésta propuso la utilización de otras alternativas frente a los QALY. Alan sostuvo que es muy importante involucrar las consideraciones éticas de las personas dentro de la calificación de las prioridades en salud; este aporte suyo es lo que hoy se conoce como *Fair Innings* y cada día es un argumento más reconocido.

Williams pasó su vida aconsejando a otros sobre la necesidad de hacer el uso más eficiente de los recursos de la salud, y sí que fue consecuente con sus ideas hasta el último minuto. Una vez se aclaró su diagnóstico planteó que tratamientos adicionales para su caso no eran costo-efectivos e iban en contra de la prioridad que en la asistencia en salud se le debe dar, por ejemplo, a los jóvenes. Incluso planteó la discusión sobre si el envejecimiento es una bendición o una carga para la sociedad.

El 11 de marzo de 2005, en la mitad de su clase en York University, se desplomó al piso. Después de unos instantes se reincorporó, pidió que no cundiera el pánico, explicó que su estado se debía a una fuerte anemia por un cáncer avanzado y continuó para terminar de dar la que sería su última clase.

Alan Williams inspiró a muchos, era un científico que exigía de su interlocutor los mayores estándares intelectuales; un maestro que ofrecía la mayor comprensión, con explicaciones que ayudaban a comprender complejas teorías, y se preocupaba por hacerse entender de sus estudiantes. Tenía paciencia para todos los que lo abordaban y fue una persona que siempre se preocupó por el bien común. Era sujeto de persuasión, con argumentos y evidencia.

Para mí fue un privilegio ser alumno del Profesor Alan Williams y un honor el haber compartido con él en varias ocasiones después de graduarme. De estudiante me acuerdo de sus argumentadas y emotivas defensas del buen uso del tiempo libre y su pasión por el jardín de su casa. Tampoco olvidaré su interesante discusión con el Premio Nobel Amartya Sen sobre inequidad en salud, en la conclusión de la última sesión plenaria de la reunión de iHEA en el año 2001.

Alan Williams murió de cáncer a sus setenta y siete años, pero sus ideas y aportes hoy están más vivas que nunca. El mundo de la economía de la salud lo extrañará y recordará: murió una mente brillante!

Tópicos para el estudio de Macroeconomía y Salud en Colombia

La relación entre salud y economía cobra mayor importancia en los países en donde la relación dual entre salud y estatus socioeconómico es más profunda (trampa de la pobreza). Sin embargo, la dirección y los efectos de las causalidades entre economía y salud no son muy claros.

Colombia presenta una mejora en los indicadores sanitarios, aunque hay grandes diferencias entre regiones y grupos de población. Las inequidades constituyen el principal agravante y detonante de la situación de salud.

La mejor receta macroeconómica para un sistema de seguridad social en salud es la que garantiza el empleo formal. Si esto no es posible, los sistemas de protección social se transforman en “second best” de política en los cuales la tensión se genera entre las posibilidades del financiamiento y las condiciones de la demanda.

La cobertura del seguro y el acceso a los servicios de salud muestra varios dilemas para dar respuesta a las necesidades de la población y a los propósitos del desarrollo en Colombia. Debe resolverse cómo brindar opciones para afiliarse al 40% de la población aún no cubierta. Además, hace falta un mejor conocimiento y mayor vigilancia y control para garantizar facilidades al acceso y regular una atención oportuna e integral.

La aparente lógica de la relación entre salud y desarrollo plantea unos desafíos de política sectorial en materia de financiamiento difíciles de resolver. Parte de esta dificultad radica en que su abordaje depende mucho más del proceso político que de un proceso puramente tecnocrático. Peor aún, el proceso político es altamente sensible, pues están en juego vidas humanas, dolor y sufrimiento.

La morbilidad de una región está íntimamente ligada a su desarrollo económico. En el caso colombiano, existen grandes diferencias en morbilidad y en desarrollo económico entre las regiones, las cuales deben ser reconocidas para [...] realizar políticas en pro de un mejoramiento de la salud, tales como mayores esfuerzos para aumentar la afiliación al sistema de personas que habitan las regiones con la mayor carga de morbilidad.

Es prioritario avanzar en el desarrollo de un sistema de evaluación de tecnología en salud para contar con mayor información y criterios más claros para tomar decisiones sobre la entrada y adopción de tecnologías en el país, actualización e inclusión de medicamentos y procedimientos en los planes de beneficios y en general, para promover un uso más racional de la tecnología médica.

Si bien la Economía de la Salud ha tenido un crecimiento, la mayoría de los trabajos siguen concentrados en algunos temas específicos y existe una comunidad académica débil para reunir esfuerzos que permitan desarrollar investigación interdisciplinaria. Es importante resolver estas cuestiones para generar un conocimiento más amplio y útil que permita solucionar los problemas más importantes del sector salud.

