

RESEÑAS

LO QUE SABEMOS Y LO QUE AÚN FALTA SABER SOBRE LA SALUD EN COLOMBIA

La salud en Colombia: Una perspectiva regional

Jaime Bonet, Karelys Guzman Finol y Lucas Hahn de Castro (editores)

Bogotá: Banco de la República, 2017, 407 p.

Hace veinte años, Victor Fuchs (1999) señalaba que el futuro de la economía de la salud dependía de qué tan bien los especialistas en el tema llevaran a cabo dos misiones: 1) mejorar la comprensión del comportamiento económico; y 2) proveer insumos valiosos para la política de salud y la investigación sobre servicios de salud. En el libro *La salud en Colombia: Una perspectiva regional* los investigadores del Centro de Estudios Económicos Regionales (CEER), del Banco de la República, aportan a cada una de estas misiones, con un interés especial por caracterizar los problemas del sector en una perspectiva de territorio.

La obra es una compilación de investigaciones realizadas por el CEER sobre el estado de la salud y el sistema de salud colombiano. Se trata de 10 trabajos agrupados en cuatro partes que responden a la clasificación propuesta por Restrepo (2008): la salud, la oferta y la demanda de atención en salud y las finanzas del sector. El texto inicia con un prólogo en que Bonet y Guzmán resumen con acierto las principales conclusiones de los trabajos y aportan algunas recomendaciones de política para nutrir el debate regional.

La primera parte, “El estado de la salud de los colombianos”, contiene tres investigaciones centradas en la caracterización del perfil de salud por regiones, a partir de indicadores de morbilidad, mortalidad infantil y de la identificación de las principales causas de mortalidad. Si bien el inicio de cada uno de estos trabajos puede parecer repetitivo, toda vez que están dirigidos a señalar la importancia de este tipo de indicadores para caracterizar no solo los perfiles epidemiológicos sino también para llamar la atención sobre las prioridades en salud de la política pública, cada uno de ellos se destaca por un desarrollo metodológico que permite focalizar problemáticas diferentes y que aporta al entendimiento de sus particularidades.

El trabajo de Karina Acosta, titulado “La salud en las regiones colombianas: Inequidad y movilidad”, examina las disparidades inter e intrarregionales en salud en Colombia, aplicando la medición de inequidad desarrollada por Allison y Foster (2004) y complementada con el indicador de inequidad propuesto por Abul y Yalcin (2008). Este ejercicio de estimación demuestra que en Colombia persisten inequidades intra e inter regionales en la dotación de salud de la población. Se encuentra, por ejemplo, que las regiones más rezagadas socialmente, Amazonía y Pacífico, presentan los más bajos indicadores de salud y los mayores episodios de enfermedad.

En el capítulo “Estimación indirecta de la tasa de mortalidad infantil en Colombia, 1964 - 2008”, Karina Acosta y Julio Romero-Prieto analizan, para un período más amplio que el cubierto en investigaciones previas, la tasa de mortalidad infantil como indicador de desarrollo. Los autores repasan las metodologías más adecuadas para estimar con precisión la tasa de mortalidad infantil, discutiendo los resultados obtenidos frente a los de investigaciones previas para el caso de Colombia. El estudio verifica un descenso de la mortalidad infantil en el país durante la segunda mitad del siglo xx, reducción que también se identifica al discriminar el análisis entre cabeceras urbanas y áreas rurales. No obstante ese resultado, que es positivo a la luz del mayor acceso a mejores condiciones de vida, aún persisten inequidades relacionadas con mayores tasas de mortalidad infantil en las zonas rurales frente a las urbanas, y brechas interregionales durante todo el período analizado. Es el caso, de nuevo, de la región Pacífico donde, según cálculos de los autores, “la probabilidad de que un niño nacido vivo muera a comienzos del siglo xxi era dos veces superior a la del promedio nacional” (p. 68).

El último capítulo de esta primera parte lo desarrollan también Acosta y Romero-Prieto y se centra en estimar los “cambios recientes en las principales causas de

mortalidad en Colombia”. En particular, se presenta una interesante estimación de la esperanza de vida, en el caso hipotético de la eliminación de las enfermedades y factores externos que causan el mayor número de muertes en Colombia, adicional al cálculo de la probabilidad de fallecer para cada grupo etario por cada una de esas causas. Siguiendo la misma estructura de los capítulos anteriores, se presenta una amplia sección metodológica que explica la construcción de los indicadores de mortalidad y causas de muerte, y se presenta la distribución de las probabilidades de defunción por edad y causas. El análisis confirma un cambio en el perfil epidemiológico del país durante el período 1990 - 2012, al tiempo que un aumento de la esperanza de vida al nacer. Si bien el estudio no permite tener claridad acerca del efecto de las causas de muerte sobre la esperanza de vida en la perspectiva regional, sí es posible hallar diferencias de género, pues en los hombres la esperanza de vida se ve afectada principalmente por los homicidios y otras causas externas.

La segunda parte del libro, “La oferta de servicios de salud”, está compuesta por tres capítulos, todos ellos centrados en los hospitales como unidades de prestación de servicios de salud. El capítulo cuatro realiza una radiografía de la oferta de servicios a nivel nacional; el quinto analiza los indicadores de eficiencia y productividad para los hospitales públicos; y el sexto ofrece algunos factores explicativos de los cambios en la productividad hospitalaria. En el capítulo “Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia”, Karelys Guzmán hace un resumen de las investigaciones precedentes e identifica una deficiente capacidad instalada y producción hospitalaria, y baja calidad de los servicios ofrecidos por los hospitales públicos de menor complejidad, al tiempo que una mejor percepción de calidad por los usuarios en el régimen contributivo frente a los del régimen subsidiado de aseguramiento. Guzmán actualiza las estadísticas de oferta de servicios de salud y capacidad instalada por departamentos, lo que le permite identificar cuáles son los servicios más demandados y cómo están distribuidos geográficamente.

En el siguiente capítulo, Antonio José Orozco-Gallo presenta “Una aproximación regional a la eficiencia y productividad de los hospitales públicos colombianos”. Al igual que en el capítulo anterior, se presenta aquí un diagnóstico del sector hospitalario. Se propone usar el indicador de Luenberger, de reciente aplicación en la literatura internacional, para evaluar la eficiencia y productividad de los hospitales. Esto permite realizar el análisis por regiones y lograr una mayor exactitud en la medición de los cambios de productividad. A partir de una muestra de 336 hospitales para el período 2003 - 2011, Orozco-Gallo encuentra que,

en promedio, los hospitales experimentaron un deterioro de largo plazo en su productividad, con una menor eficiencia de las instituciones de menor complejidad respecto a las de mayor complejidad. Sin embargo, el autor no examina las posibles explicaciones de esas diferencias.

El último capítulo de la segunda parte, “¿Qué hay detrás de un cambio en la productividad hospitalaria?”, elaborado por Karelys Guzmán, se complementa con los dos previos al tratar de identificar cuáles fueron los posibles determinantes de esos cambios en productividad evidenciados en los hospitales públicos. A este efecto, la autora desarrolla un estudio de caso en cuatro hospitales públicos del país. Como se trata de un ejercicio cualitativo, Guzmán señala que las evidencia encontrada en los casos estudiados lleva a algunas reflexiones para explicar las experiencias de otros hospitales con similares características. En particular, destaca la necesidad de: 1) generar indicadores de impacto sobre la salud; 2) articular las actividades de salud pública con la red de prestación; 3) promover esquemas de remuneración a médicos especialistas vinculados a mejoras en salud de los pacientes; 4) generar mecanismos de rendición de cuentas para las Entidades de Salud del Estado (ESE); y 5) desarrollar estrategias de generación de mayores recursos para la inversión hospitalaria.

La tercera parte del libro, “La demanda de atención de salud”, se compone de dos capítulos. En el primero, “La salud en Colombia: Más cobertura pero menos acceso”, Jhorland Ayala aporta al recurrente debate sobre la relación entre cobertura de aseguramiento y acceso a servicios de salud. El autor sigue el modelo básico de Andersen, *et al.* (1983) al distinguir entre acceso potencial y acceso realizado. Se centra en el fenómeno del acceso realizado medido a partir de la utilización de consulta médico general y actualiza el debate al utilizar información proveniente de la Encuesta de Calidad de Vida de 2012. Ayala estima los determinantes del acceso a servicios de salud considerando, por una parte, características del sistema, como la cobertura de aseguramiento y la disponibilidad de prestadores y, por otra, características individuales, como las condiciones socioeconómicas y el conocimiento sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). En línea con todos los estudios previos, la investigación de Ayala confirma la mayor importancia de las barreras del lado de la demanda para explicar las limitaciones de acceso, pero destaca, además, que mientras estas han venido perdiendo importancia con el pasar de los años, las barreras del lado de la oferta han venido aumentando, especialmente en lo relacionado con la percepción de calidad del servicio.

El trabajo de Yuri Reina, “Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas”, sigue la misma línea teórica utilizada por Ayala, pero usa

como fuente de información las encuestas de percepción desarrolladas por la red *Cómo Vamos* en las ciudades de Barranquilla, Bogotá, Cali, Cartagena y Medellín. A diferencia de Ayala, Reina distingue entre indicadores de proceso e indicadores de resultado del acceso. Para medir el primero, utiliza la necesidad percibida del servicio y el número de días transcurrido entre la solicitud de la cita y la atención médica. Para el segundo, la utilización del servicio médico y la satisfacción con el servicio. En cuanto a proceso, la autora encuentra que entre 2008 y 2012 aumentó la necesidad por servicios médicos, con una duración promedio de entre uno y cinco días para obtener una cita, percibiendo los encuestados que el tiempo de espera ha ido aumentando con el pasar de los años. Y en lo relacionado con los indicadores de resultado, encuentra que aproximadamente el 95% de las personas que, en las ciudades analizadas necesitaron el servicio, lo utilizaron. En general, las personas se reportaron como satisfechas con la atención recibida, aunque se destaca que el nivel de satisfacción se ha venido reduciendo con los años, lo cual también se comprueba entre estratos socioeconómicos. Al igual que el trabajo de Ayala se encuentra una reducción de las barreras de acceso, con mayor peso de las barreras de demanda versus las de oferta.

Finalmente, la cuarta parte del libro, “Las finanzas del sector salud”, agrupa dos ensayos. En el primero, Antonio José Orozco-Gallo hace un “Análisis del gasto público en salud de los entes territoriales colombianos” y, en el segundo, Gerson Javier Pérez-Valbuena y Alejandro Silva-Ureña desarrollan “Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia”. El trabajo de Orozco-Gallo es eminentemente descriptivo y muestra, a partir de las ejecuciones presupuestales de departamentos y municipios, la evolución del gasto público en salud de los distintos entes territoriales. El autor destaca el esfuerzo financiero que ha requerido la ampliación de cobertura de aseguramiento en el país, que, en términos reales, implicó un crecimiento de los recursos territoriales para el régimen subsidiado (régimen de aseguramiento de la población sin capacidad de pago) de 15,7% entre 2008 y 2013. En otras palabras, se necesitaron COP \$5,9 billones en ese período para financiar el acceso a servicios de aproximadamente cuatro millones de nuevos afiliados. Este resultado, que es uno de los principales logros del sistema en términos de equidad, lleva al autor a contrastar el mayor porcentaje de recursos que se ha dedicado a financiar la atención frente a la baja proporción utilizada para apoyar las acciones de promoción, prevención e inversión en la red hospitalaria. En consecuencia, concluye que el gasto en salud de los entes territoriales ha tenido más un enfoque curativo que preventivo.

Además de este balance financiero, Orozco-Gallo examina el funcionamiento del sistema de salud colombiano por medio de diagramas que, con claridad y precisión, muestran la reglamentación y experiencias del sector. El ejercicio abarca desde las competencias y actores, hasta los antecedentes de la descentralización de recursos del sistema, pasando por la estructura de financiamiento general y de los entes territoriales, y la estructura regulatoria de las prestaciones en salud pública.

En el último capítulo, Pérez-Valbuena y Silva-Ureña analizan los pagos directos realizados por los hogares en bienes y servicios de salud. Estas erogaciones, conocidas en la literatura como gastos de bolsillo, han venido aumentando, y han pasado de representar el 0,8% del PIB en 2004 al 1,0% en 2011. Utilizando datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos 2006 – 2007, el trabajo caracteriza la incidencia del gasto de bolsillo en salud por regiones para Colombia. Como porcentaje del gasto total, la Región Caribe es la que presentó el mayor gasto de bolsillo en salud (3,5%) y Bogotá el menor (2,7%). En general los hogares con niveles económicos más bajos afrontan mayor carga del gasto en salud: en promedio 6,7% del gasto total, frente al 2,7% que presentan los hogares pertenecientes al quintil más alto; y ese mayor gasto lo realizan principalmente en servicios paramédicos y odontológicos. Para analizar los determinantes de ese gasto, los autores utilizan el modelo de selección de Heckman (1979) y las variables propuestas por Andersen (1995). Encuentran que la estructura etaria del hogar y el ingreso per cápita son determinantes altamente significativos para explicar los gastos de bolsillo en salud, mientras que ser beneficiarios de subsidios o que el jefe del hogar sea cotizante o afiliado a la seguridad social no resultaron relevantes.

Visto como un todo, *La salud en Colombia: Una perspectiva regional* permite tener una visión actualizada de los principales temas que en años recientes han ocupado la atención de los estudios de economía de la salud en el país. Cada uno de los capítulos es riguroso en cuanto a que presenta la literatura relevante y explica las herramientas metodológicas utilizadas. Cada uno también contiene aproximaciones descriptivas que buscan reflexionar sobre el estado actual de la salud en el país, con una interesante amplificación de los distintos fenómenos en el contexto de los territorios, regiones/departamentos/o ciudades y sus potenciales implicaciones para la política pública.

Dado el mismo carácter descriptivo de la obra se deja abierta la puerta para estudios más profundos que permitan explorar no solo determinantes y distribuciones territoriales, sino también reflexionar sobre las relaciones causales y potenciales soluciones desde la perspectiva de la intervención pública. Fenómenos como la

producción de salud deben ser entonces analizados más allá de la disponibilidad de servicios de salud como único insumo de producción. En este marco, profundizar en aspectos como, por ejemplo, la demanda inducida por la oferta ayudaría a entender las actuales relaciones entre el mercado de aseguramiento y el de prestación de servicios en cuanto a la sobre-producción de algunos servicios. También permitiría identificar el impacto que esta estrategia ha tenido sobre la utilización de servicios cuando la estrategia ha sido aplicada desde el lado de la aseguradora mediante la promoción del consumo de actividades/comportamientos relacionados con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Todo lo anterior ha demostrado tener impacto no solo en el financiamiento público del sistema sino también en el privado por la vía de los gastos de bolsillo.

En cuanto al análisis del acceso a servicios de salud, desde el lado de la demanda queda aún mucho por investigar sobre los determinantes de la utilización de los servicios de salud. En particular, hacen falta estudios sobre la utilización de la percepción de salud como medida del estado de salud cuando las condiciones de vida de las personas son diferentes y, por lo tanto, se complican las comparaciones interpersonales e interregionales. Por ejemplo, ¿está sometido a los mismos riesgos sobre la salud una persona del quintil más bajo de la distribución de la riqueza en la región Atlántica que en Bogotá? Y si esto no es así, ¿es comparable alguien que auto-reporta su estado de salud como “regular” en Cartagena frente al que lo hace en Bogotá? La introducción de este tipo de sensibilidad permitiría que los resultados –y con ello las implicaciones de política– alcanzaran un nivel de especificidad mucho mayor.

De otra parte, ninguno de los capítulos aborda el tema de la oferta del aseguramiento, que ha sido recurrente en la discusión nacional. Por lo común, se juzga que el funcionamiento de este mercado es responsable, en buena parte, de lo que con frecuencia se ha llamado la crisis del sector salud. Habiendo sido uno de los principales cambios introducidos por la Ley 100 y sus posteriores modificaciones, se trata de una piedra angular de los resultados actuales en salud. La organización industrial de este mercado es un tópico que requiere mayor investigación en el futuro.

En el contexto de la producción de salud, el otro insumo que merece mayor esfuerzo investigativo es el recurso humano en salud. Al igual que la infraestructura hospitalaria, el recurso humano es un elemento central en la producción de salud. Su disponibilidad y distribución sobre el territorio con criterios de garantía de acceso más que de mercado también impactan la salud. Son casi nulos los

estudios en el país sobre la oferta y la demanda de recursos humanos en salud y también sobre los criterios con los cuales se distribuyen tanto en el territorio como entre especialidades. Lo mismo ocurre con el mercado de medicamentos. Por ejemplo, recientes decisiones de política pública del Ministerio de Salud han generado efectos sobre el gasto en salud y la forma de negociación del Estado con las grandes farmacéuticas.

Finalmente, se debe destacar, como lo hacen varios de los coautores del libro, que la posibilidad de profundizar en los estudios sobre el sector depende en gran medida de la disponibilidad de información pública. A diferencia de las economías desarrolladas, Colombia exhibe serias limitaciones en cuanto a la disponibilidad de bases de datos para el sector salud. Por consiguiente, cualquier esfuerzo de investigación se ve truncado en su alcance o capacidad explicativa. El levantamiento y generación de bases de datos propias exige una importante inversión de recursos que no suelen estar en las prioridades de investigación de organismos financiadores como Colciencias. Se convierte así el problema en un círculo vicioso que no permite avanzar en el conocimiento del sistema y, más aún, en la generación de soluciones a sus ingentes problemas basadas en evidencia sólida. Dado este contexto, *La salud en Colombia: Una perspectiva regional* es un importante aporte del Banco de la República para avanzar en el logro de estos fines.

SANDRA RODRÍGUEZ
Universidad del Norte

REFERENCIAS

- Abul Naga, Ramses H., and Tarik Yalcin (2008), "Inequality Measurement for Ordered Response Health Data", *Journal of Health Economics*, Vol. 27, No. 6.
- Allison, R. Andrew, and James E. Foster (2004), "Measuring Health Inequality Using Qualitative Data", *Journal of Health Economics*, Vol. 23, No 3.
- Andersen, Ronald M. (1995), "Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 36, No 1.
- Andersen, Ronald M., Lu Ann Aday, Abrusci McCutcheon, G. Y. Chiu, and Ralph Bell (1983), "Exploring Dimensions of Access to Medical Care", *Health Services Research*, Vol. 18, No. 1.

- Fuchs, Victor R. (1999), "The Future of Health Economics", *NBER Working Paper*, No. 7379, National Bureau of Economic Research.
- Heckman, James J. (1979), "Sample Selection Bias as a Specification Error", *Econometrica*, Vol. 47, No 1.
- Restrepo Zea, Jairo Humberto (editor) (2008), *Introducción a la economía de la salud en Colombia*, Medellín: Universidad de Antioquia.