

ECONOMÍA DE LA SALUD: Antecedentes y Perspectivas

Armando Gil Ospina.

*“Estamos próximos a considerar las condiciones de las cuales dependen la **salud** y la fortaleza física, mental y moral. Ellas son las bases de la eficiencia en la industria, de la cual depende la producción de riqueza material; recíprocamente, la mayor importancia de la riqueza material está en que, cuando es usada sabiamente produce un aumento de la **salud** y la fortaleza física, mental y moral de la raza humana”*

A. Marshall (*Principios de Economía*, 1880)

SÍNTESIS

Por medio del presente artículo se ha pretendido puntualizar algunos aspectos importantes relacionados con el problema de la salud pública a través de un breve recorrido histórico y su concreción para el caso colombiano.

Así mismo, ha habido interés por referenciar el surgimiento de la economía de la salud, como nueva rama de la disciplina económica que estudia el tema del mercado de la salud, primordialmente. Y, en unas cuantas líneas, señalar el futuro de esta subdisciplina.

Finalmente, se han precisado algunos trabajos de investigación en torno a la probable correlación entre el crecimiento económico y la salud.

DESCRIPTORES: Salud, Salud Pública, Economía de la Salud, “Campo de la Salud”, Crecimiento Económico.

ABSTRACT

By the present article it has been sought to remark some important aspects related to the problem of the public health through a brief historical journey and its concretion for the Colombian case.

Likewise, there has been interest to reference the emergence of the economy of the health, as a new branch of the economic discipline the studies mainly the topic of the health market. And, in some lines, to point out the future of this discipline.

Finally, some investigation works about the probable correlation between the economic growth and the health have been remained.

DESCRIPTORS : Health, Public Health, Economy of the Health, “Health Field”, Economic Growth.

INTRODUCCIÓN



La salud no es un hecho aislado, ni espontáneo; tiene un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad, por

esto la salud no puede afrontarse en forma aislada, sino dentro de la sociedad global de la cual forma parte. Este pensamiento se enmarca en una visión holística y compleja de la realidad de la salud humana.

De este enunciado se infiere la dificultad por definirla. El concepto de salud desde los organismos oficiales como la Organización Mundial de la Salud o la Organización Panamericana de la Salud difieren de las distintas concepciones de las ciencias de la salud, trátase de la medicina o la psicología y en general, de las ciencias sociales que también abordan su estudio, como es el caso de la economía.

En el campo de la economía, se ha venido ampliando el interés por el estudio de la salud a lo largo de los tres últimos decenios. En este sentido, es evidente que con el sustento del estatuto teórico de la ciencia económica, la “nueva disciplina” de la *economía de la salud* ha venido ganando terreno en dos direcciones. La primera, para dar respuesta práctica a las distintas Reformas que en los Sistemas Generales de Salud se han venido adelantando en diferentes países, como Canadá, Chile y Colombia, entre otros. La segunda, en el ámbito académico se encuentra cada vez un mayor número de ensayos y proyectos de investigación que amplían el conocimiento y las bases teóricas, epistemológicas y metodológicas de esta disciplina (Gil Ospina, 2002).

Con relación al tenor del presente ensayo, éste se ha estructurado con

la siguiente secuencia temática en cinco capítulos. El primero hace alusión a los antecedentes conceptuales y el tratamiento pragmático de lo que se ha llamado tradicionalmente “Salud Pública” en el contexto histórico colombiano.

El segundo capítulo hace un sucinto recorrido por la historia del concepto y la definición de salud, hasta plantear los más recientes elementos que actualmente la precisan. Principalmente, la relacionada con el enfoque psicobioecosocial.

El tercero tiene que ver con los avances de la “nueva disciplina” denominada Economía de la Salud: La aproximación conceptual a su objeto y campo de investigación; así como el salto cualitativo que significó la postura teórica del “Campo de la Salud” cuyo máximo representante es H. L. Blum, con relación a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual prevaleció por más de tres decenios. Así como la referencia de algunos trabajos y los teóricos más relevantes en este campo.

El cuarto acápite se refiere a la relación que tiene la salud con el crecimiento económico, habida cuenta que la mayoría de los trabajos de investigación que se han hecho en este campo están en dirección a



encontrar la probable correlación entre dichas variables.

Finalmente, el quinto capítulo presenta algunas conclusiones que se pueden inferir de lo que ha sido el desarrollo de este nuevo terreno de investigación científica como es la *economía de la salud*.

A. SALUD PÚBLICA Y APROXIMACIÓN A LA DEFINICIÓN DE SALUD

El término “Salud Pública” debe diferenciarse de las expresiones “salud del público” y “salud para el público”. La primera expresión se refiere al cuerpo de saberes y prácticas que dan cuenta de las condiciones y determinantes de la salud del público y que fundamentan las acciones del salubrista. La segunda expresión está relacionada con las condiciones del binomio salud-enfermedad de las personas, sus procesos y determinantes; en tanto que la tercera significan todas las medidas que se ponen en marcha para resolver los problemas de salud del público y que incluyen tanto las políticas generales de salud de un país o de un entorno regional, las acciones de asistencia pública y privada en salud (la prestación de servicios de salud) y “la salud pública” que incluye las acciones sanitarias concretas y los mecanismos de preven-

ción, atención y control de epidemias y enfermedades de alto impacto colectivo.

Históricamente, la salud y, específicamente, la salud pública han tenido diversos significados y sentidos. En el Nuevo Reino de Granada, la idea que emerge y se convierte tácitamente en política es que la salud es una responsabilidad propia de cada persona y que el Estado no tiene incidencia directa en la cuestión, por lo que sólo debe intervenir en caso de calamidades y epidemias.

Esa idea de que la salud era responsabilidad de cada uno estaba apoyada, en primer lugar, en la concepción hipocrático-galénica de que la salud era el resultado del equilibrio de los humores que constituían el cuerpo humano (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra), y que dicho equilibrio dependía de la interacción entre las causas internas (constitución humoral) y las causas externas (el régimen de vida, la dieta, los aires, los lugares, las aguas y los venenos animales y vegetales). Cada individuo, conociendo su constitución humoral, debería garantizarse a sí mismo un régimen de vida que le asegurase el equilibrio saludable entre las causas internas y externas. A esto se le llamó Higiene Privada y era responsabilidad de



cada individuo. Sólo en caso de epidemias, tanto las autoridades urbanas como el gobierno colonial organizaban Juntas de Sanidad, de carácter provisional, para enfrentar la crisis (Quevedo et.al., 2001, 7).

Durante el siglo XVIII se empieza a gestar un proceso que termina sistematizando la Higiene Pública a lo largo del siglo XIX. En el marco de la Revolución Industrial, la conciencia de las aristocracias ilustradas consideraba que era necesario poder garantizar la competitividad en los mercados mundiales a través del aseguramiento de la productividad de los pueblos, a la vez que menguar la mortandad por epidemias. Este pensamiento condujo a la búsqueda e implementación de unas medidas sanitarias más consistentes con relación al enfrentamiento a las enfermedades transmisibles y epidémicas.

El siglo XIX fue prácticamente la época de desdoblamiento y ensanchamiento del mercado mundial capitalista, proceso que demandó el cumplimiento de un conjunto de premisas y condiciones, como el tránsito de la población rural al sector urbano, el hacinamiento de las personas en las nuevas ciudades multiformes y abigarradas (choques climáticos y surgimiento de nuevas patologías), la convivencia de mucha gente con diferentes hábitos de

vida e higiene, la atención inmediata de afecciones y epidemias de legiones de asalariados, el cuidado médico y la recuperación de las habilidades laborales de los trabajadores, el ingente volumen de mercancías inútiles y superfluas en superfábricas automatizadas, las apremiantes condiciones de consumo masivo de “casi todo” y la obtención de pingües ganancias. Todo ello obligó a pensar la manera de cómo enrolar la salud pública a las condiciones del mercado, vale decir, de qué manera se podría incorporar la salud en el funcionamiento de un sistema económico concebido por el pensamiento neoclásico, como relación recíproca entre consumidores y productores. Al decir de Restrepo y Espinel (1996): “En su última expresión, el ideal ilustrado anima en la sociedad capitalista una visión de la salud con criterio de empresa, convirtiéndola en un sector más de inversión, producción y consumo, quien tiende a satisfacer ciertas necesidades biológicas y funcionales del hombre, capacitándolo para jugar un papel económicamente productivo. Las intervenciones tendientes a influir en la salud tienen por objeto controlar la anemia, la desnutrición o la tuberculosis, en tanto dichas enfermedades se convierten en factores que entorpecen la reproducción del capital y de la fuerza de trabajo”.



La siguiente etapa implicaba ingentes esfuerzos para propiciar y concretar las condiciones de demanda y oferta de los nacientes servicios de salud: métodos de diagnóstico, tratamiento, prevención y promoción. Aquí cobra importancia recordar lo que más de veinte siglos atrás recomendaba Aristóteles: “la división social del trabajo y la especialización conducen directamente a un gran desarrollo de la producción mercantil o ampliación del mercado” (Karataev, et al. 1964, 27). En este orden de ideas, se hace necesaria la ampliación de la cobertura de los servicios de salud para que la creciente población los demande. “El influjo de los servicios de salud sobre el proceso de salud –dice el Dr. Bersh¹– sólo puede hacerse efectivo en el momento en que tales servicios se consuman, utilizan o aplican” Posteriormente, se multiplican los esfuerzos tendientes a promover un raigal cambio de actitud frente al consuetudinario concepto de salud y, sobre todo, a las habituales prácticas y técnicas de tradición familiar y los distintos tipos de cuidado individual.

Al finalizar el siglo XIX, todavía prevalecía la teoría humoral y la medicina se encontraba en la cima de la crisis que llevaba varios siglos sin resolver y, más bien, se profundiza-

ba cada vez, pues esta profesión desde su concepción humoral no lograba dar respuesta al tipo de problemas de salud a los que el “desarrollo social” había conducido.

Como lo expresa García (1994a: 102-103), citado por Quevedo (2001, 10), los Estados Nacionales, una vez consolidados en Europa, y en representación de los intereses de la burguesía comercial e industrial, empezaron a centralizar los poderes estatales para lograr unos controles más eficientes de las actividades tanto higiénicas como productivas.

Los Estados Nacionales Latinoamericanos no fueron el resultado de las revoluciones burguesas al estilo europeo; lo alcanzaron mediante los procesos particulares de independencia contra las respectivas metrópolis. Así, las burguesías surgieron sobre la base del latifundio tradicional, subordinadas a los intereses comerciales extranjeros con las consabidas consecuencias de atraso y deformación. En este contexto, el Estado respondía mejor a los intereses ligados a la producción precapitalista y las aristocracias terratenientes que a las nacientes burguesías criollas. Según Quevedo (2001, 10), los Estados Latinoamericanos perpetuaron, en unos más



¹ Citado por Restrepo y Espinel, p. 62.

que en otros, el desinterés por las cuestiones de la salud.

“En Colombia, fueron los médicos y profesores de ciencias naturales, a partir de 1873, cuando fundaron la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá, quienes se constituyeron en el punto de apoyo para el desarrollo de una medicina nacional y de una tendencia incipiente hacia la higiene pública, dentro de los marcos de referencia del movimiento de higiene pública francés” (Obregón, 1992: 51-55), citado por Quevedo (2001, 10).

El tránsito desde la higiene hacia la salud pública ocurrió durante los primeros decenios del siglo XX. En este período se iniciaron cambios significativos en el campo de la salud en el mundo y en Colombia, los cuales marcaron los derroteros del paso definitivo desde la higiene europea hacia una nueva salud pública norteamericana (La Fundación Rockefeller y la campaña contra la uncinariasis, 1919-1931).

Este cambio de actitudes en la población con relación a la salud exigía subrogar las creencias, hábitos y costumbres tradicionales y populares del autocuidado por la fe ciega en la medicina moderna y científica, constituida ahora en la panacea de todos los males y enfermedades.

A partir de esta transformación actitudinal de la gente, se empieza a evidenciar la fortaleza de la institución médica y paramédica debido a que su administración se lleva a cabo bajo los criterios empresariales propios de cualquier inversión de la sociedad industrial.

A partir de los años treinta del siglo XX surgen varias ideas referidas al papel que el gobierno debería jugar como mediador entre los intereses particulares y los sociales. Quevedo (2001, 14) cita textualmente a Restrepo y Villa (1980: 49-77): “En este sentido y apoyándose en el concepto de ‘función social’, se consideraba que el Estado tenía deberes frente a los individuos y a la sociedad, por ello debería intervenir sobre la propiedad privada en beneficio del interés social”. Esta nueva concepción del Estado condujo necesariamente a la idea que “la salud es un deber del Estado y la base del progreso nacional”.

En una cita de Quevedo (2001, 15), Uribe Vargas (1985, 1225) señala que en la Reforma de la Constitución Colombiana de 1936 se planteaba que “la asistencia pública es función del Estado y que se deberá prestar a quienes careciendo de medios de subsistencia y de derecho para exigirla de otras personas, estén físicamente incapacita-



dos para trabajar”. Además, dice que “el trabajo es una obligación social y gozará de la especial protección del Estado”. Desde esta postura gubernamental queda clara la vinculación entre la política laboral y la sanitaria en el marco del nuevo Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, a la sazón.

Hernández (2000a, 130-203) en referencia hecha por Quevedo (2001, 16), presenta diáfano lo que será la concepción práctica en la prestación de los servicios de salud pública en el país, a partir de esta nueva institución ministerial: i) la asistencia privada, prestada por el cuerpo médico, en sus consultorios particulares, con altos costos y para las élites sociales; ii) la asistencia pública para los trabajadores industriales y del Estado, para lo cual se crean, en 1946, dependientes del nuevo Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales y la Caja Nacional de Previsión Social, respectivamente; iii) la asistencia a los trabajadores agrarios, especialmente los cafeteros, de los cuales se encargaba la Federación Nacional de Cafeteros y, iv) la asistencia pública a los más pobres no incluidos en los otros dos esquemas, la cual estaba a cargo de las instituciones de la beneficencia.



Durante los años de posguerra o período conocido como “la guerra fría”, los Estados Unidos diseñaron el Programa La Alianza para el Progreso, basada en el modelo “desarrollo-subdesarrollo”. A partir de la puesta en marcha de esta estrategia, se le recomendaba a cada país la elaboración de un plan de desarrollo económico y social, exponiendo los recursos internos y las necesidades de ayuda externa para su ejecución...este modelo requería de un Estado más moderno, intervencionista y planificador, que fue llamado Estado de Bienestar.

Estos cambios también se hicieron sentir sobre las “antiguas concepciones” acerca de la salud. Es así como la teoría microbiana sustentada en los descubrimientos de R. Koch y L. Pasteur a finales del siglo XIX, que establecía la epidemiología uni-causal de las enfermedades, es subrogada por una nueva etiología de las enfermedades multi-causal que las explicaba a partir de factores biológicos, hereditarios, sociales, culturales, alimenticios, educativos, etc.

La concepción del binomio salud-desarrollo empieza a tomar fuerza, la misma que se cristaliza en la famosa reunión de Ministros de Salud, celebrada en Washington (1963), la cual elaboró el Plan Decenal de Salud de las Américas.

Dicho Plan postulaba una estrategia clara: “una población sana y activa es fundamental para la economía y el progreso social. La salud es, por tanto, componente esencial del desarrollo y el nivel de vida. Los fondos que se erogan para el cuidado de la salud representan una inversión, una fuente de productividad y no un gasto. Su rendimiento puede medirse en una mejor capacidad de los miembros de la sociedad para crear, producir, invertir y consumir... Hay conciencia hoy de que los programas de salud forman parte de la planificación general del desarrollo... Definida la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, se convierte en un componente fundamental del desarrollo” (Quevedo 2001, 20).

La salud sería asumida pues como una inversión pública y el sistema de salud debería estar articulado desde el Estado, bien a través del aseguramiento universal o de un servicio único de salud administrado y prestado directa o prioritariamente por el Estado.

A partir del tercer cuarto del siglo XX, se empiezan a evidenciar las debilidades estructurales del Estado de Bienestar, lo cual da al traste con la concepción de salud pública que se venía implementando en el país a lo largo del período de posguerra. Entrado en crisis el Estado de Bienestar, la salud toma otro rumbo en el marco de la corrien-

te neoliberal. El cambio sustancial presentado en este nuevo contexto nacional se resume en los siguientes términos: el financiamiento del funcionamiento de los prestadores de servicios de la red pública – comúnmente llamados subsidios a la oferta– se sustituye por el financiamiento a la afiliación de las personas de bajos recursos a la seguridad social –los subsidios a la demanda–.

B. HISTORIA Y ALGUNAS CONCEPCIONES DE LA SALUD

La salud, que es el objetivo de la medicina y de las profesiones sanitarias, no es una identidad, una realidad en el sentido de la cosa, *res rei*, como pudiera ser una caja o una mesa, sino que, como ocurre con la belleza o la felicidad, es una abstracción, una construcción mental, un artefacto o una construcción lógica, como indicaba Bertrand Russell, o mejor un concepto que hace referencia a una circunstancia humana. No existe la salud, y sólo disponemos de su definición, pues es la que construye el concepto de salud, y como puede haber y hay múltiples definiciones, hay diversos conceptos de lo que es la salud, muchos de ellos confusos o falsos (Domínguez, 1998, 15).

Cada persona tiene una percepción y vivencia personal de lo que es la



salud de acuerdo con lo que considera normal, su experiencia personal, su nivel cultural y socioeconómico, religión, forma de vida, etc., y los conceptos que los grupos sociales en los que participa tienen de ella. Así pues, el concepto de salud es múltiple.

Jaspers ya dijo: “son las ideas dominantes en el medio social y su apreciación por el paciente las que determinan lo que se da en llamar enfermedad, más que el juicio del médico”. Y algo semejante podríamos aplicarlo a la salud. Parsons insiste en la relatividad cultural de la salud y de la enfermedad en su libro *Patients, Physicians and Illness* (Free Press, Nueva York, 1972), citado por Domínguez (1998, 15).

Igualmente, cada sociedad evalúa la salud en virtud de las influencias de los individuos y grupos que la conforman y de la influencia de cada uno de ellos en el total. Está influida, además, por el desarrollo educativo, tecnológico, económico, político, etc. y, de modo muy particular, por la situación de la salud y la prevalencia de las enfermedades existentes en dicha sociedad. Por ejemplo, un mismo consumo calórico puede ser magnífico en términos de salud en el África negra o en Sudeste Asiático y sinónimo de mala sa-

lud en Europa. El paludismo, las caries, las parasitosis, el alcoholismo, etc., no tienen las mismas connotaciones en unos países que en otros en cuanto a su importancia patológica.

Al ser cultura se hace también historia. Por eso se puede estudiar la evolución de los conceptos de salud a través del tiempo tomando así una perspectiva diacrónica. Cada momento histórico tiene una mentalidad, unos valores y unos conocimientos tecnológicos que lo configuran (Domínguez, 1998, 15).

Piénsese, por ejemplo, en lo que pudo significar la salud para los epicúreos en contraposición de los estoicos. La cuestión del concepto no es baladí, pues de ella dependerán la filosofía para alcanzarla y los dispositivos que se pueden o no disponer en contribución para conseguirla. Hasta el derecho o el deber de tenerla están implícitos en el concepto —no exactamente en la definición— que de la salud tengamos. Como decía Piédrola Gil (1979)² muy agudamente: “La salud es algo que todo el mundo sabe lo que es hasta el momento que la pierde o cuando intenta definirla”. Y Jules Romain en su *Dr. Knock o el triunfo de la medicina*³, quien decía que “la salud es un estado transitorio precursor de nada bueno”.



² Citado por Domínguez Carmona, p. 15.

³ Idem.

DEFINICIÓN DE SALUD

Tratar de conseguir una definición clara y terminada de lo que es la salud parece ser una tarea conducente a la esterilidad; no obstante, tratándose de una cuestión de tanta importancia para la vida humana, se convierte en un imperativo su aproximación conceptual. En este sentido, se pueden establecer diversos criterios para realizar un acercamiento al concepto de salud, dependiendo de la perspectiva del definidor, según fuese éste médico asistencial, agente sanitario, economista, filósofo, político, etc.

De todos modos, intentar plantearse este interrogante desde distintas cosmovisiones, pueden dar importantes luces para la comprensión de este complejo concepto. Veamos algunas concepciones en torno a la salud, así como la conceptualización de varios autores desde sus respectivas visiones, tomadas del artículo “Concepto de Salud y Enfermedad”, de Domínguez (1998):

Concepción subjetiva. Se basa en el bienestar, sensación difícil de definir que se relaciona con la euforia y que no es exactamente la ausencia de malestar. La salud sería, pues, la propiedad del que siente bienestar o la sensación, o mejor la percepción, de la ausencia de malestar y dolor.

Samuel Johnson en su Diccionario (1775) expresa que la salud “consiste en estar robusto, ileso o carente de malestar, dolor o enfermedad”.

Manchena (1976) citado por Domínguez (1998, 16) expresaba que “la salud puede ser concebida como el modelo de una capacidad de normalización vital que permite a la persona gozar de su armonía psicofísica en equilibrio dinámico con su circunstancia natural y social”.

Por su parte Clavero (1978) en Domínguez (1998, 16) dice: “La salud es un estado de bienestar físico, mental y social que no menoscaba, sino que estimula, el desarrollo diacrónico del ser humano y de su descendencia”. Sigerist decía que el papel de “sano” no es simplemente la ausencia de enfermedad, sino algo positivo, una gozosa actitud, una alegre aceptación de las responsabilidades. La salud ocasiona bienestar, aunque éste no debe ser considerado como definitorio de salud. Martín Salazar escribió: “Constituye la principal fuente de la felicidad del hombre y ni riqueza ni honores ni falsas ilusiones son comparables a la satisfacción íntima y permanente a que da lugar el equilibrio perfecto de nuestras funciones”. Laín decía: “El bienestar el es mínimo y



habitual estado del placer consecutivo al ejercicio de una vida en estado de salud y en circunstancias personales y sociales no contrariantes”.

El Diccionario de la Lengua Española (1992) la define como un “estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”, o como las “condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado”.

En esta línea aparece la consabida definición de la OMS, que la considera como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades” (Quevedo, 1990, 40).

Concepción objetiva. La salud desde el punto de vista objetivo es la resultante de los criterios de las personas que nos rodean respecto a nuestra situación en relación con una serie de normas, aplicables a los diversos niveles en los que se estructuran el hombre y la mujer en sociedad. Bajo este enfoque, es como el clínico contempla el tema de la salud, y aún más, el de la enfermedad.



El ser humano está estructurado en niveles o planos diversos, formados cada uno de ellos por una serie de elementos, cuya interrelación carac-

teriza la estructura del nivel. Estos niveles son el físicoquímico, el biológico, el psicológico y el sociocultural. En este sentido, el hombre es una unidad psicoorgánica. No es un alma unida a un cuerpo, sino que es un animal racional (en la Biblia y en San Pablo, la expresión “cuerpo” significa la persona completa).

La integración entre cuerpo o “soma” y la psiquis se han efectuado a través de la evolución por medio del desarrollo del cerebro, órgano principal en este proceso de unidad.

Zubiri, citado por Domínguez (1998, 21) expresa que “El hombre no tiene psiquis y organismo, sino que es un sistema psicoorgánico, y la actividad humana es a la vez simultáneamente orgánica y psíquica”.

Objetivación quiere decir aplicar criterios de medida a una serie de parámetros. Es decir, se considera sana a la persona que no tiene síntomas de enfermedad y en la que, al ser explorada de acuerdo con unos criterios, no se encuentran anomalías. Aquí entra el problema de la enfermedad subclínica y el interés de los exámenes en salud como técnica sanitaria.

El informe técnico del Comité de Expertos de la OMS definió a la sa-

lud como “el grado de conformidad que no exceda de los límites de valoración tolerables con las normas establecidas para determinadas características, teniendo en cuenta la edad, el sexo, la colectividad y la región... a los que se añaden parámetros como peso, talla, temperatura, presión, inteligencia, etc. Sin embargo, no existen límites nítidos debido a la gran variabilidad que tienen los valores biológicos y a que lo que puede ser “normal” en unas circunstancias no lo es en otras. Como decía el Dr. Knoch, “un sano es una persona insuficientemente explorada”.

Como resulta claro, resulta difícil alcanzar una definición comprensiva y satisfactoria de la salud; tal vez sea imposible llegar a la esencia de lo que es la salud. Quizás esta sea la razón para que varias disciplinas hayan intentado, en una aproximación de carácter positivista, medir el estado de salud mediante la observación empírica de multitud de hechos variables. En forma resumida, los objetos de observación han sido los sistemas o subsistemas orgánicos de los individuos, los individuos mismos y las colectividades o grupos de individuos. La observación de los sistemas o subsistemas orgánicos ha estado bajo el dominio de las llamadas ciencias básicas (Biología, Química, Física), la obser-

vación de los individuos bajo el dominio de las disciplinas clínicas (siendo la medicina y sus especialidades la más importante) y la observación de las colectividades bajo el dominio de la epidemiología y de las llamadas ciencias sociales como la antropología y la sociología.

Finalmente, para definir la salud, las ciencias básicas observan estructuras y funciones de los sistemas orgánicos mediante técnicas que, con el correr del tiempo, han ido alcanzando niveles progresivos de detalle, llegando a la detección de alteraciones en la composición y forma de las moléculas químicas. Las disciplinas médicas clínicas observan a individuos aislados y en ellos variables estructurales y funcionales, de nuevo cada vez a niveles más finos; clásicamente, la presencia e intensidad, o la ausencia de síntomas (lo que la persona percibe y que no es observable por los demás) y la presencia o ausencia de signos (modificaciones objetivamente observables por cualquiera) constituyen los criterios para clasificar el estado de salud de un individuo (Restrepo, 2000, 62).

Concepción etiológica.

Hipócrates a través de sus obras dio carácter científico al origen natural de las enfermedades. Él afirmó que se basaban en los aires, tierras o lugares y que no eran debidas a la in-



tervención de los dioses. La enfermedad procede, decía, de la Naturaleza, con causas naturales. Salud sería el equilibrio del organismo con su ambiente. El estado de salud y bienestar de las personas es en gran parte función del medio y de su modo de vida en este medio (Domínguez, 1998, 23).

Desde esta concepción, se considera que los factores que influyen en la salud lo hacen de forma interrelacionada en una maraña de causas que pueden concretarse en los genes, el ambiente material, las interacciones sociales y, finalmente, el sistema de asistencia. Estos factores están en relación constante y dinámica, actuando en forma abierta, es decir, intercambiando energía.

Tanto la dotación genética como el ambiente físicoquímico y biológico, el social y el de la asistencia médica, constituyen los cuatro factores etiológicos de la alteración de la salud (o de la enfermedad).

Además, si la sociedad constituye un elemento de salud, actuando directa o indirectamente por modificaciones del medio material y biológico, se puede deducir que un factor etiológico de otro nivel está constituido por el contenido ideológico y la estructuración política de la sociedad y de sus instituciones.



Hoy por hoy se cuenta con algo más de claridad en torno al fenómeno de la salud, más allá de estas concepciones taxonómicas que plantea Domínguez (1998). En efecto, se ha avanzado en una perspectiva novedosa de la salud a partir de la teoría de H. L. Blum conocida a través del Informe Lalonde en la Conferencia de Ottawa (1974), aunque frecuentemente criticada por ser la definición del comportamiento desde una concepción conductista individualista y descontextualizada. También se ha desarrollado el enfoque biopsicosocial el cual considera el binomio salud-enfermedad como una red de procesos sociales y complejos. No obstante los anteriores avances, dista mucho de disponerse de una definición universalmente aceptada o aún, de unidad conceptual por parte de la comunidad científica y las instituciones de salud.

Es de señalar que el autor del presente artículo encuentra conveniente impulsar la investigación en salud teniendo en cuenta el “Campo de la Salud” definido por Blum en: Ambiente, comportamiento, herencia y servicios de salud; a la vez, es preciso aclarar que dicha categoría debe ser asumida con el pensamiento de que la salud y la enfermedad individuales son la resultante, o mejor, la expresión de aquellas formas

de organización social y de representación simbólica del grupo al que se pertenece. En este sentido, no existen enfermedades de causa social: todas las enfermedades son sociales. La salud y la enfermedad son procesos sociales.

C. ECONOMÍA DE LA SALUD

En esta oportunidad la reflexión se centra en tópicos como el concepto propiamente (determinado por los economistas), el objeto de estudio, el método y el campo de investigación. Estos y otros aspectos se tematizan con sentido de aproximación y, principalmente, con el interés de que se pueda generar la motivación suficiente para que estudiantes y profesores aborden esta disciplina que tiene ingentes problemas para indagar.

Proposiciones económicas. Así como el capitalismo se caracteriza esencialmente por las fuerzas de mercado y sus correspondientes relaciones sociales de producción y distribución de bienes y servicios entre los distintos “agentes racionales”, la salud en este sistema se ha convertido en un bien o servicio económico, vale decir, está circunscrito en la misma lógica del mercado. Sin embargo, se observa en la literatura económica un impor-

tante rezago con relación al acervo de conocimientos referidos al mercado médico; es probable que este déficit se deba a lo especial de las relaciones entre los agentes que ofrecen y demandan servicios de la salud. Por tanto, las características especiales de la medicina (al considerar la salud como un derecho a la vida, o como un bien público) no necesariamente se encuadran en los postulados económicos con los que se explican las transacciones de una gran cantidad de bienes y servicios en el mercado.

Mercado médico más allá de la economía clásica. Durante varios siglos la salud pública y la atención en los hospitales estuvo a cargo del Estado con un sentido de caridad y beneficencia, fundamentalmente; incluso, los médicos y las distintas empresas de la salud se han diferenciado en alguna medida de otros tipos de negocios, algo así como que los profesionales de la salud han tenido la capacidad de trascender la norma del mercado - el beneficio máximo - impulsados por el juramento hipocrático y la sensibilidad social de la enfermedad.

Como se sabe, dentro de la estructura de mercado, el precio es el mecanismo por medio del cual se igualan la demanda y la oferta de los bienes y servicios –equilibrio–. Sin



embargo, éste no está asegurado en todos los mercados por la acción libre de estas fuerzas contrarias (proceso walrasiano); en muchos casos en que no es posible tal ideal (óptimo paretiano), se presentan fallos o inestabilidad en el mercado (exceso o déficit de oferta o demanda). En dichas circunstancias, el Estado debe enfrentar la situación propiciando los procesos de ajuste (transferencias, subsidios, regulaciones de precios, imposición tributaria). Este es, precisamente el caso de la salud (considerado como un bien o servicio), el cual tradicionalmente ha estado afectado por excesos de demanda (aunque hoy lo que se presenta es un exceso de demanda negativa debido a los altos costos de la innovación tecnológica y los súper-especializados servicios médicos).

Es de señalar que, en gran medida, la demanda de salud está determinada por los oferentes de servicios de salud. Inicialmente es el paciente el que demanda cuidado médico, pero éste es el que determina los servicios que el paciente debe recibir y el que se constituye en elemento de presión para el uso de técnicas y servicios cada vez más especializados para atender al paciente; así, un aumento en la oferta de médicos, conduce al incremento de actos médicos. La demanda debe-

ría estar, como en cualquier mercado, regulada por el consumidor.

En muchas ocasiones, la salud o atención médica ha sido satisfecha por entidades sin ánimo de lucro (Cruz Roja, por ejemplo), o por organizaciones médicas con interés eminentemente altruista y humanitario. De lo anterior se deduce que el precio no es el único indicador del equilibrio en el mercado de la salud, y sobre todo queda claro que la salud es un bien tan especial que implica la vida misma.

Continuando con el estatuto teórico microeconómico – enfoque neoclásico –, y más precisamente, desde la competencia perfecta, uno de sus supuestos básicos es la homogeneidad de los bienes; para el caso de la salud no es posible concebir esta característica desde el lado de la oferta, ni desde el lado de la demanda: el conocimiento varía con las aptitudes individuales de los agentes salubristas y las necesidades de los pacientes también difieren, o sea, la relación médico-paciente es primordialmente casuística. Como bien lo manifiesta Shelma J. Mushkin (1999): “Los servicios médicos son servicios personales; el dinero no puede ocultar la transacción. La fría impersonalidad del dinero, parte de todas las transacciones de los negocios, está bastante ausente del



intercambio médico, entre quienes prestan los servicios y quienes los reciben. Porque parte de lo que uno compra en servicios médicos es una relación personal”.

Otro análisis importante dentro del mercado convencional tiene que ver con la elección racional que hace el consumidor; éste ordena y elige una canasta de bienes y servicios de acuerdo a sus preferencias y a su nivel de presupuesto. Empero, en esa canasta no se puede tratar la salud como una mercancía corriente la cual se compra o no se compra, se sustituye por otro bien, o sencillamente no se consume hoy para consumirse en el futuro. No. La salud se prioriza; al decir de Mushkin “los consumidores no escogen entre servicios de salud y otros bienes y servicios por medio de una simple ponderación racional de elecciones, ya que (tomando como guía los gastos en salud) el consumidor prefiere evitar o remover las circunstancias que limitan su capacidad, usando recursos para mantener y mejorar su salud.

Con relación al supuesto “conocimiento perfecto” de las condiciones de intercambio por parte de los agentes económicos, el mercado de la salud encuentra un alto grado de complejidad, habida cuenta de la

precariedad en los niveles de capacitación y educación en salud de los consumidores. Las características *sui generis* de la salud (bien intangible por demás) explican el desconocimiento para demandar de manera racional y eficiente el servicio. Como se sabe, la información y el conocimiento son insumos esenciales para asignar eficientemente los recursos económicos, requisito que es muy improbable que se presente en la compra de la salud, máxime si se parte del supuesto que el consumidor posee un escaso grado de educación relacionada; en consecuencia, el ordenamiento de las preferencias y la mejor elección no están en la dirección de la cantidad y calidad de servicios de salud requeridos.

Finalmente, se da en el campo de la salud un fenómeno que es evidente además en el mercado tradicional de bienes económicos, se trata de las externalidades positivas o economías externas, las cuales están relacionadas con el beneficio indirecto que se produce cuando un consumidor demanda un medicamento que le combate un virus, o se aplica a un grupo afectado o en potencia una vacuna para atacar una infección contagiosa. En estos casos, tanto la demanda individual como el precio del mercado subvaloran el beneficio marginal y total producido.



Como se observa en los párrafos anteriores, no cabe duda que existen ciertas características muy particulares en el mercado de la salud que lo distinguen palmariamente del mercado de la economía neoclásica. Esta aclaración es pertinente para el diseño de políticas de educación en salud de los consumidores y, sobre todo, para el suministro de los servicios de salud.

El objeto de estudio de la Economía de la Salud. En el período de Posguerra se consolidó la Economía de la Salud como una disciplina interdisciplinaria entre las Ciencias de la Salud (Epidemiología, Salud Pública, Medicina, etc.) y la Economía. Los decenios de los años 50s y 60s evidenciaron un significativo crecimiento económico, tal como lo certifica la historia económica. Consecuente con estos procesos económicos, se empoderó el enfoque biomédico, del cual se derivó un notable incremento de la atención médico-curativa como campo de investigación económica y de práctica, debido al importante avance de la ciencia y la tecnología al servicio de la medicina como clínicas, hospitales, industria farmacéutica, nuevas tecnologías médicas y sofisticadas prácticas terapéuticas.



De tal suerte que la Economía de la Salud nace y se desarrolla como una

Economía de la Enfermedad y de los servicios y establecimientos. Ante este panorama, no es claro el objeto de estudio de la Economía de la Salud, pues ésta no se concibe como la ciencia que se preocupa por el destino de la salud en las sociedades humanas, más bien solo está definida como una disciplina empírica que ayuda a la administración y gestión de los servicios de salud y a la eficiencia de la inversión en salud. En efecto, S. J. Mushkin (1999) la define en los siguientes términos:” La economía de la Salud es un campo de investigación cuyo objeto de estudio es el uso óptimo de los recursos para la atención de enfermedades y la promoción de la salud. Su tarea consiste en evaluar la eficiencia de la organización de los servicios de salud y sugerir formas de mejorar esta organización”.

Obviamente, la promoción de la salud involucra más que los servicios ofrecidos por los profesionales de la salud. Incluye alimentos, vivienda, recreación, ropa; pero, aunque éstos contribuyan de manera importante a la salud y el bienestar, deben ser excluidos del alcance de los estudios de economía de la salud. Si no son excluidos, el alcance de los estudios abarcaría todas las actividades económicas y los problemas especiales de la economía de la salud recibirían un tratamiento

inadecuado. Mientras que el alcance de la economía de la salud puede ser delimitado de esta forma, se deben tener en cuenta los usos alternativos de recursos escasos, el impacto del desarrollo económico y el crecimiento económico sobre el estado de salud y la necesidad de servicios de salud (Mushkin, 1999).

En el decenio de los setenta, las nuevas conceptualizaciones empiezan a incluir lo social, lo cultural y el comportamiento como elementos etiológicos de la enfermedad y, por ende, obliga a buscar apoyo en las ciencias sociales y de la conducta para manejar mejor el problema. Era claro que ya el concepto de salud promulgado por la OMS, que sirvió de base para las propuestas de salud durante tres decenios, implicaba ciertos problemas: en primer lugar, la concepción de bienestar es tautológica, ideal y utópica; en segundo lugar, el concepto de estado implica una visión estática de la salud y la enfermedad, y por tanto ahistórica. Se requería entonces ciertos ajustes: la salud no podía seguir viéndose como un estado, cuando se trata de un continuum o un proceso y había que pensarla como problema de la comunidad y no sólo como problema del individuo. Como resultado, aparece una teoría de la salud y la enfermedad en los países norteamericanos (Canadá y

Estados Unidos), que comienza a ofrecer respuestas a esta cuestión entendiendo éstas como un proceso, de acuerdo con las concepciones de la multicausalidad, ahora indiscutibles. Se trata de los planteamientos hechos por Mark Lalonde, sustentados en la obra *Planning for Health* de H. L. Blum, de la Universidad de Berkeley, acerca del llamado “Campo de la Salud” que comprende cuatro conceptos: ambiente, comportamiento, herencia y servicios de salud.

Sin embargo, el análisis sigue centrado en los individuos y no en el problema de salud de las colectividades; es decir, todavía se percibe el obstáculo epistemológico denominado de la individualización de la enfermedad no socializada. Por ejemplo, el estilo de vida no es una categoría separada de factores independiente del ambiente y de la sociedad, ni la sociedad un conjunto de elementos indiferenciados en el ambiente. El estilo de vida, las formas de “andar por la vida” son precisamente la materialización en la vida individual de las formas de organización y reproducción social en la medida en que son relaciones establecidas con la naturaleza y entre los hombres mismos.

Además, se conocen en la literatura temática otros enfoques y desarro-



llos teóricos que conciben la salud de una manera más completa; es el caso de la perspectiva biopsicoecosocial. En ésta el objeto de estudio de la economía de la salud se entiende como “la salud colectiva” (nivel de salud de la sociedad), medida por indicadores sociales, económicos, biológicos, ambientales y psicológicos adecuados, en los contextos correspondientes en que se producen. Es de precisar dos aspectos en esta visión: 1) la enfermedad se considera como una manifestación que se opone a la salud y 2) si bien se entiende que es colectiva, la salud se considera desde el nivel individual.

De todos modos, las más recientes visiones de la salud que parten de bases epistemológicas diferentes con relación a la díada Salud-Enfermedad, recogen las distintas dimensiones y espacios vitales del hombre que se expresan en una corriente del pensamiento denominado “Teoría Social de la Salud-Enfermedad”. Éstas claramente se oponen a las concepciones un tanto reduccionistas, “biologizantes” y tecnocráticas que se caracterizan por tipificar el fenómeno salud-enfermedad como una manifestación netamente biológica y a nivel individual, es decir, como si el fenómeno salud-enfermedad fuera un pro-

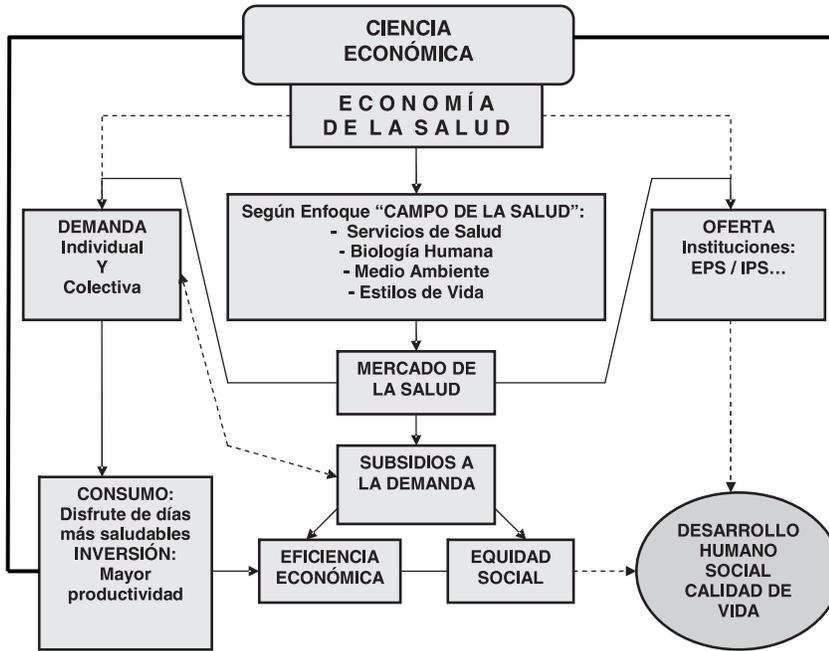
blema natural e individual generado por ignorancia, negligencia, hábitos inadecuados y conductas anómalas de las personas. Bajo estas ideas se acuñó la teoría de la culpabilidad, sugerida por un grupo de psicólogos norteamericanos. Visto así el problema, su tratamiento se reduce a sólo atención médica-curativa y a cambio actitudinal del individuo.

Se evidencia entonces, que cada vez los nuevos desarrollos teóricos en torno al fenómeno complejo de la salud contribuyen ostensiblemente a los procesos de unidad conceptual y comprensiva; simultáneamente, se reconoce que todavía dista el momento de alcanzar consenso conceptual en vía de una definición universal.

Una vez señaladas algunas ideas novedosas en torno al objeto de estudio de la economía de la salud, bien podrían fusionarse y sintetizarse en los siguientes objetivos medulares: a) los objetivos ecológicos de la especie como sobrevivir, reproducirse, evolucionar y b) los objetivos de las sociedades humanas como el bienestar, la salud, el desarrollo social y cultural, individual y colectivo, es decir, la humanización permanente del Hombre (San Martín y Pastor, 1989).



Figura 1: Esquema conceptual de la economía de la salud desde el enfoque del “Campo de la Salud”



Fuente: autor (2003).

En la figura 1 se observa buena parte de la problemática social de la salud que el autor ha logrado sintetizar esquemáticamente en los siguientes aspectos: a) contiene tácitamente el espíritu de la Reforma al Sistema de Salud en Colombia (Ley 100/93), al subrogar el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda; b) el propósito teórico-práctico por alcanzar la unidad de la dualidad eficiencia económica-equidad o justicia social en la economía; c) el reto epistemológico de “medir” los valores correspondientes a consumo e inversión derivados del acceso a los servicios de salud; d) los componentes del enfoque “Campo de

la Salud” como importante delimitación para la investigación y e) los fines a los cuales contribuye la salud como un medio indispensable para su realización: desarrollo humano, calidad de vida y desarrollo social.

Campo de investigación de la Economía de la Salud. En buena medida el campo de la investigación científica y las preguntas claves que concitan la búsqueda de conocimiento dependen del grado de elaboración conceptual que se tenga del tema central y de las distintas categorías que lo componen, de los saberes acumulados y de las evidencias empíricas, así como al consen-





so al que se haya llegado en la comunidad científica. Siendo esto válido para todas las disciplinas, entonces puede decirse con relación a la Economía de la Salud que hoy se cuenta con ideas muy precisas acerca de la salud y la enfermedad, y sobre todo, respecto de las múltiples causas que las determinan; en tal sentido, se derivan de dichos conocimientos teórico-prácticos grandes preguntas que superan la Economía Médica tradicional y la Economía de los Servicios de Salud-Enfermedad, que constituyen sólo una parte del objeto de estudio de la salud y no la más importante precisamente.

Las preguntas que se tenían bajo el enfoque de la Economía de los servicios de Enfermedad y de la Economía Médica, regidos por los criterios



normativos de eficiencia (máxima producción de bienes y servicios de enfermedad a un costo social mínimo) y la equidad y la justicia social (en el reparto de las cargas económicas y de beneficios) se derivaban de los siguientes aspectos: 1) producción de bienes materiales y de servicios necesarios al bienestar del Hombre (riqueza material para la satisfacción de necesidades), 2) intercambio de bienes y servicios entre los componentes de la sociedad (relaciones de costos y de precios) y su distribución, 3) el “acto económico” como decisión y elección, eficaz y oportuna, pero posible de traducir en un precio (San Martín y Pastor, 1989).

Por el contrario, desde la visión del objeto de estudio de la Economía de la Salud concebido como la salud

de la sociedad (o de la comunidad) pero desde su contexto de vida, se plantean otras preguntas rectoras producto de la ruptura epistemológica con la Economía tradicional que ha privilegiado los “valores materiales” sobre los “valores sociales” y los intereses de pervivencia del hombre.

A partir de esta nueva posición epistemológica, la salud se torna supremamente compleja: complejidad interna representada por una multiplicidad de variables que se asocian e interactúan para producir diferentes efectos, positivos o negativos, dialéctica esencial para comprender, a su vez, la problemática de las dimensiones biológica y social en el mundo de la vida humana. Las nuevas preguntas se pueden derivar de los siguientes aspectos indisolublemente unidos: 1) origen y distribución social de los determinantes socioeconómicos que conducen a la salud o a la enfermedad, invalidez y muerte prematura en las sociedades humanas; 2) duración de la vida humana, en años de vida; 3) la vida vivida en salud y en plena capacidad funcional, física y mental; 4) la calidad socioeconómica de la vida en la sociedad específica (en relación al bienestar social); 5) el interés, la conciencia sanitaria y ecológica y el grado participación de la comunidad en la protección de su propia salud y de

su ambiente de vida; 6) la existencia de programas de salud-enfermedad que ayuden a la población frente a los riesgos sociales y económicos que atentan contra su salud y su vida; 7) la existencia de una política social, económica y de salud integrada, orientada de manera específica a elevar progresivamente el nivel de vida y de salud del total de la población (San Martín y Pastor, 1989).

El futuro de la economía de la salud depende fuertemente de qué tan bien los economistas de la salud lleven a cabo dos misiones, distintas pero relacionadas: a) mejorar la comprensión sobre el comportamiento económico, y b) proveer insumos valiosos para la política de salud y la investigación sobre servicios de salud.

Los economistas de la salud son cada vez un grupo más numerosos que crece ostensiblemente en casi todo el mundo. “Creo que las principales razones para este rápido crecimiento han sido los progresos intelectuales, la mayor disponibilidad de información y, posiblemente la más importante, el constante aumento del gasto en servicios de salud (Fuchs, 1996).

“...algunos economistas de la salud toman la economía como una ciencia del comportamiento económico, mientras otros dan mayor énfasis a la política de la salud y la investiga-



ción de servicios de salud. Además, los mismos investigadores pueden desarrollar un portafolio de investigaciones que cambia de énfasis de tiempo en tiempo. Para quienes investigan en la dirección de la economía como ciencia de comportamiento, quiero sugerir cinco áreas en las cuales creo que los economistas de la salud pueden hacer contribuciones importantes: tecnología y preferencias endógenas, normas sociales, problemas de principal-agente, economía del comportamiento y análisis de la calidad vida” (Fuchs, 1996).

Es pues claro que el horizonte que se abre para la investigación en el terreno de la economía de la salud es extenso. Además, al margen de esta lista de áreas promisorias para el trabajo futuro desde el enfoque cuantitativo y de medición, se encuentran las grandes posibilidades de inquirir cualitativamente acerca de la salud y de la economía de la salud; por ejemplo, imaginarios y representaciones acerca de la salud, construcción de significados y sentidos de la salud de la gente, etc.

También se ha presentado una gran expansión de la economía de la salud como insumo de la política de salud y la investigación sobre servicios de salud. Efectivamente, hoy por hoy, los economistas de la salud en los diferentes países (Esta-

dos Unidos, principalmente) juegan y seguirán jugando un papel dominante en la política de salud y en la investigación sobre servicios de salud, ya que ellos están cada vez mejor preparados para ayudar a los tomadores de decisiones, en los ámbitos público y privado, debido a la mayor disponibilidad de información, el progreso intelectual de la investigación interdisciplinaria y, probablemente la más importante, el evidente aumento del gasto en servicios de salud, en relación con el producto interno bruto –PIB–.

En Colombia se hace cada vez más importante el asunto de la salud, básicamente por la precariedad en salud que afecta a la gente pobre y más vulnerable a la pobreza. Al respecto, es de mencionar que después de la Ley 100 de 1993, un tema de obligatoria presencia en la agenda de gobierno tanto a nivel nacional como subnacional y local es, justamente, la salud.

Además, se verifica con relativa facilidad el creciente número de grupos de investigación de las universidades y de las instituciones de educación superior que están registrados en Colciencias dedicados a estudiar el campo de la economía de la salud y la temática del capital humano, del cual es uno de los componentes.



D. La salud como determinante del crecimiento económico.

Desde hace algún tiempo la literatura económica da cuenta de cierto interés de muchos teóricos económicos y pensadores por conocer el impacto de la salud en los niveles de producción y crecimiento económico. La cuantificación de la privación en las dimensiones de la salud tiene una tradición que se remonta a economistas clásicos como Malthus, Ricardo y Marx.

Otra clara demostración del interés de los economistas del pasado por el asunto de la salud y su importancia para el progreso social, es la siguiente cita del célebre economista británico Alfred Marshall: “Marshall, al tratar a los agentes de producción en el libro 4 de sus *Principios*, considera no solamente el crecimiento de la población sino también su salud y fortaleza (Mushkin, 1999). Bien puede interpretarse este planteamiento referido a la salud y el crecimiento económico como una relación directa entre estas variables: si se invierte en salud y ésta mejora ostensiblemente, no sólo hay más bienestar sino que aumenta el potencial de generación de ingreso. Además, si mejora la calidad educativa, no sólo se consigue un mayor bienestar, se obtienen también mejores resultados en el campo de la

salud y un incremento de los ingresos, *ceteris paribus*.

Otra importante contribución al tema de la relación salud-crecimiento económico tiene que ver con los debates que libraron en los años de posguerra los economistas C.E.A. Winslow y Gunnar Myrdal ante la Organización Mundial de la Salud (1952). Sin embargo dichos debates no llegaron a ser confrontaciones claramente polarizadas, sólo se diferenciaron en el énfasis. Winslow defendió las inversiones hechas en salud por sus efectos productivos sobre el capital humano; en este sentido cabe destacar que la conceptualización del capital trascendió de la inversión en maquinaria e infraestructura a la efectuada en las personas – en educación y salud –. Además de reconocer que la inversión en el capital humano incidía de forma positiva sobre la productividad del trabajo, Winslow consideraba que en las áreas más atrasadas del mundo, carentes de ahorro productivo y poco atractivas para invertir en empresas redituables de salud, el círculo vicioso alcanza dimensiones dramáticas: la relación pobreza-enfermedad se refuerza mutuamente. En realidad, las personas se enferman porque son pobres; son pobres porque se enferman, y son más enfermos porque son más po-



bres. “La idea de que los programas de salud exitosos aumentarán la miseria humana, señaló Winslow, está basada en un supuesto engañoso de que hay una ley básica que limita el desarrollo económico” (Gallego y Restrepo, 1999, 99-102).

Por su parte Myrdal enfatizó que el éxito de los programas de salud dependerá enteramente de si están integrados adecuadamente en un programa de desarrollo económico general. Estando de acuerdo con Winslow en que los programas de salud deberían “ser una parte vital de un programa más amplio de reconstrucción social”

Myrdal también hizo un pronunciamiento relevante cuando señaló que los cálculos acerca del precio de la salud y el costo de la enfermedad deberían estar basados en algo distinto a un valor monetario de la gente. Además, indicó que está lejos de ser fácil definir o medir el valor económico de los programas dirigidos a la promoción de la salud de la población.

Para la década de los años 90s abundan los discursos y los proyectos de investigación (trabajos teóricos y empíricos) de destacados economistas para conocer el tipo de relación que pueda existir entre la salud y el crecimiento económico, así

como su medida; tal vez motivados por los Informes de Índices de Desarrollo Humano del PNUD y los informes del Banco Mundial. Por ejemplo, Barro (1996), citado por Gallego (2001, 37), en su estudio aborda el sentido de la relación entre los ingresos de los individuos y los distintos niveles de salud, de un lado; y la consideración de la salud como un bien de capital productivo y generador del crecimiento económico, por el otro.

Otros estudios que han considerado a la salud como un determinante del crecimiento económico son los realizados por S. J. Mushkin (1962) y M. Grossman (1972). Ambos han tenido en cuenta para sus investigaciones las teorías del capital humano. Enfrentados a la pregunta, de qué manera contribuyen al crecimiento económico los cambios en la calificación de las personas, han buscado respuestas que desde un soporte teórico relacione la inversión en las personas, más específicamente en educación y salud, con el crecimiento económico de un país.

Para Mushkin (1962), las mejoras en salud aumentan el producto y continúan generando un rendimiento a lo largo de varios años. Una medida general de ese rendimiento es el producto del trabajo creado por esta inversión y los aho-

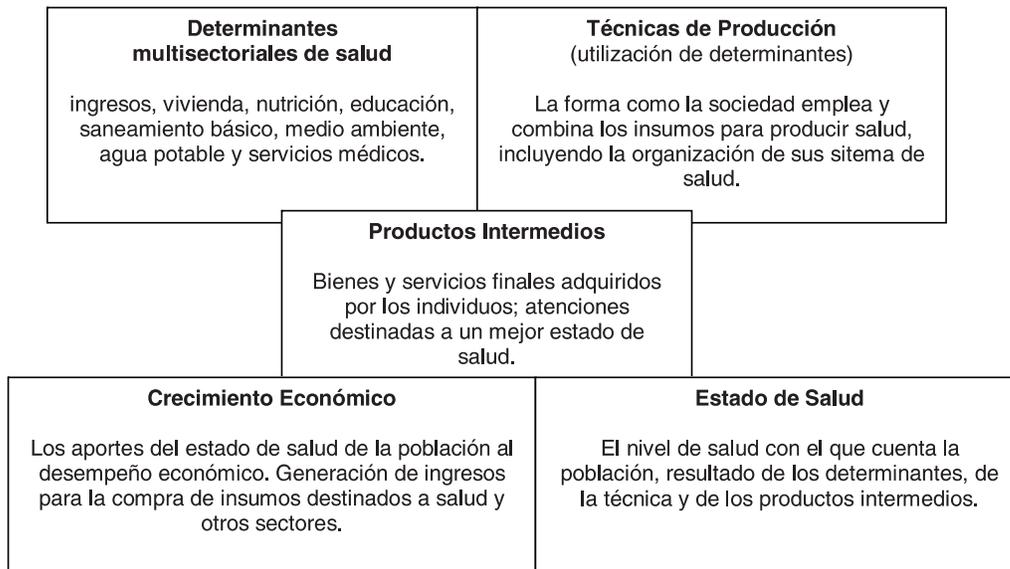


rros de gastos en salud en el futuro como consecuencia de la reducción en la enfermedad. Por su parte Grossman (1972) plantea un modelo en donde la salud puede

ser un bien de consumo que entra directamente a la función de utilidad de los individuos y un bien de capital que produce días saludables (Gallego, 2001: 40-41).

Figura 2: Esquema sobre salud y crecimiento económico (Relación recíproca)

Figura 4: Esquema sobre salud y crecimiento económico (Relación recíproca)



Fuente: Restrepo (1999).

E. CONCLUSIONES

El tema de la salud humana, en su concepción, ha discurrido desde concepciones subjetivista, individualistas y aisladas hasta posturas objetivas, sociales, colectivas y complejas; desde visiones estáticas y ahistóricas hasta enfoques dinámicos y procesuales; desde posiciones personalistas y de pequeños colectivos o comunitarios hasta perspectivas de responsabilidad estatal y societal.

En la época reciente de los años de posguerra, prevaleció la definición oficial de la Organización Mundial de la Salud: “Salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”; en tanto que a partir del decenio de los setenta surge la nueva teoría que se hizo pública con la Conferencia de Ottawa (1974) a través del Ministro de Salud Mark



Lalonde, en los siguientes términos: “ H. L. Blum ha desarrollado una teoría que explica la salud como la resultante de un gran número de fuerzas, las cuales él agrupa en cuatro ‘inputs’ que en realidad son categorías de factores...(éstos) son: ambiente, comportamiento, herencia y servicios de salud”.

En la literatura especializada se concibe la salud tanto individual como colectiva, como el resultado de las complejas interacciones entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y socioeconómico que se dan en la sociedad, o sea, el producto de las interrelaciones que se establecen entre el hombre y el ambiente social y natural en el que vive.

Con respecto a la economía de la salud, puede decirse que surge como una subdisciplina de la economía. Empezó como un saber pragmático desde las disciplinas de las ciencias médicas y administrativas y, actualmente, cuenta con importantes desarrollos teórico-conceptuales, reflexiones rigurosas en torno a su epistemología, metodología y su objeto de estudio. Además, el futuro de la economía es altamente promisorio, según lo argumenta Fuchs (1996) en un estudio relacionado.



La Economía de la Salud ha ganado gran terreno tanto teórico como

práctico a partir del nuevo enfoque de la salud, o sea, el multicausal, caracterizado por varios factores determinantes y en red de relaciones, tal como lo planteó H. Blum con la denominación “Campo de la Salud”. Además, es incuestionable que cada vez aumenta el número de economistas de la salud que se dedican tanto a la investigación como a la docencia, la consultoría y formulación de políticas públicas, asesoría de salud pública y en destacadas agencias de gobierno que toman decisiones relacionadas con salud.

Finalmente, mucho se ha escrito y acumulado de literatura relacionada con la salud y el crecimiento económico. Al respecto, se destacan los grandes debates llevados a cabo entre dos grandes teóricos de la economía como C.E.A. Winslow y Gunnar Myrdal en los años de posguerra.

Otros estudios que han considerado a la salud como un determinante del crecimiento económico son los realizados por S. J. Mushkin (1962) y M. Grossman (1972). Ambos han tenido en cuenta para sus investigaciones las teorías del capital humano. Ellos han dedicado gran interés en la elaboración de un concepto de capital salud, tratando de dar respuestas satisfactorias al interrogante ¿de qué manera contribuyen al crecimiento econó-

mico los cambios en la calificación de las personas? En esta línea investigativa, Mushkin propende por formular una teoría que relacione la inversión en las personas, más específicamente en salud y educación, con el crecimiento económico de un país.

Más recientemente, R. Barro (1996) en su estudio aborda el sentido de la relación entre los ingresos de los individuos y los distintos niveles de salud, de un lado; y la consideración de la salud como un bien de capital productivo y generador del crecimiento económico, por el otro.



BIBLIOGRAFÍA

DOMINGUEZ CARMONA, M. Medicina Preventiva y Salud Pública. Capítulo 2: Concepto de Salud y Enfermedad, páginas 15-31. Editorial Salvat. 8ª edición. 1998.

FUCHS, Victor. El futuro de la economía de la salud. Universidad de Antioquia. Revista Lecturas de Economía N° 55, páginas 8-30. Medellín, julio-diciembre 2001.

KARATAEV, RYNDINA, et. al. Historia de las Doctrinas Económicas. Ciencias Económicas y Sociales URSS. Editorial Grijalbo, S.A., página 27. 1964.

GALLEGO, J. M. y RESTREPO, J. H.: “Hacia una definición de la Economía de la Salud”. Universidad de Antioquia. Revista Lecturas de Economía N° 51, páginas 90-109. Medellín, julio-diciembre 1999.

GALLEGO, Juan Miguel. Aspectos teóricos sobre la salud como un determinante del crecimiento económico. Universidad de Antioquia. Revista Lecturas de Economía. N° 54, páginas 38-53. Medellín, enero-junio 2001.

GIL O., Armando. Boletín de Economía N° 28 “Líneas para el Debate”. Universidad Católica Popular del Risaralda. 2002.

MARSHALL, Alfred. Principios de Economía. Citado por Gallego y Restrepo: “Hacia una definición de la Economía de la Salud”. Lecturas de Economía N° 51. Medellín, julio-diciembre 1999.

MUSHKIN, Selma J. “Hacia una definición de la Economía de la Salud”. Citado por Juan Miquel Gallego y Jairo Humberto Restrepo. Lecturas de Economía N° 51. Universidad de Antioquia. Medellín, julio-diciembre, 1999.

QUEVEDO V, Emilio. El proceso Salud-Enfermedad: Hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. Ponencia en el Seminario permanente “Salud y Administración”, 19 de junio de 1990. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Estudios Interdisciplinarios. Postgrado en Administración en Salud.



QUEVEDO V., Emilio y QUEVEDO G., María Cristina. La Salud Pública en Colombia: Seis siglos atrapada entre los intereses internacionales y el desinterés nacional. Revista de la Universidad del Rosario. Volumen 95, N° 588, páginas 6-29. 2001.

RESTREPO, Luis Carlos y ESPINEL VALLEJO, Manuel: "Semiología de las prácticas de salud. Colección Administración en Salud. Centro Editorial Javeriano. 1996.

RESTREPO, Mauricio. Elementos para una doctrina del derecho a la salud en Colombia. En: Ejercicios del Derecho a la Salud en Colombia. Juan Carlos Giraldo Valencia: Compilador. Defensoría del Pueblo. Primera edición, páginas 51-93. Agosto 2000.

SAN MARTÍN, Hernán y PASTOR, Vicente. Economía de la Salud. Capítulo 4. El objeto de estudio y el campo de investigación y de intervención de la economía de la salud, páginas 225-256. Interamericana, Mc Graw-Hill. Madrid. 1989.

