

Medellín, Julio de 2020 Año 20 N° 39
ISSN 1657 - 5415



servatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD~GES

Salud y economía ante la pandemia

por **Covid-19:**

Colombia en el contexto internacional



Salud y economía ante la pandemia del Covid-19



I. ¿Cómo avanza el Covid-19 en Colombia? Contexto internacional y situación regional	4
II. Salud y economía ante la pandemia por Covid-19 en países de América Latina	9
III. Efectos de la pandemia sobre la salud y la economía en hogares de Colombia	18
IV. IPS de Colombia en medio de la contingencia del Covid-19	35
V. Evaluación económica en tiempos de pandemia	41





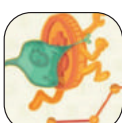


**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Contenido

	Presentación	3
	I. ¿Cómo avanza el Covid-19 en Colombia? Contexto internacional y situación regional	4
	▪ Colombia en el contexto mundial	4
	▪ Diferencias regionales	6
	▪ La situación vista en varias ciudades del país	7
	▪ Conclusiones	8
	II. Salud y economía ante la pandemia por Covid- 19 en países de América Latina	9
	A. Pandemia y/o pandemiónium. Encrucijadas de la salud pública latinoamericana en un mundo global	10
	B. Salud y Economía ante la pandemia en países de América Latina	12
	III. Efectos de la pandemia sobre la salud y la economía en hogares de Colombia	18
	A. Aspectos metodológicos	19
	B. Resultados	22
	C. Discusión y conclusiones	33
	IV. IPS de Colombia en medio de la contingencia del Covid-19	35
	A. Aspectos metodológicos	36
	B. Resultados	36
	C. Conclusiones	40
	V. Evaluación económica en tiempos de pandemia	41
	A. La evaluación económica en vacunas y enfermedades transmisibles: lecciones y predicciones ante la pandemia	42
	B. Consideraciones éticas sobre la EE en tiempos de pandemia	43
	C. Algunas lecciones y retos sobre evaluación económica ante la pandemia en Colombia.....	45
	Observación Académica: In memoriam	47
	Actualidades del GES	48

Coordinación editorial:

Jairo Humberto Restrepo y Laura Ramírez

Equipo de investigadores del GES:

Jairo Humberto Restrepo.
Coordinador.

Laura Ramírez, Lina Patricia Casas, Daysi Sanmartín, Paula Andrea Castro, Claudia Cristina Medina, Carolina Moreno, Dahiana Palacios.

Equipo de apoyo:

Juan Manuel Sánchez y Juan Pablo Ramírez.

Colaboradores e invitados externos:

Ana Sojo. Consultora independiente, Chile.

Alejandro Sonis. Docente e investigador. Universidad ISALUD, Argentina.

Erika Aragão. Presidenta. Asociación Brasileña de Economía de la Salud – ABrES–, Brasil.

Verónica Vargas. Investigadora asociada, Universidad de Harvard y miembro del panel científico de iHEA, Chile.

Ruth Lucio. Coordinadora del Área de Economía de la Salud. Centro Sureste, Ecuador.

Berenice Ramírez. Investigadora del Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM, México.

Patricia Triunfo. Presidenta. Asociación de Economía de la Salud de Uruguay –AES Uruguay–.

Joan Rovira Fornés. Profesor emérito, Universidad de Barcelona, España.

Ramón Abel Castaño. Consultor independiente, Colombia.

Carlos Andrés Castañeda Orjuela. Director del Observatorio Nacional de Salud, Colombia.

Presentación

Salud y economía ante la pandemia del Covid-19

El mundo se ha visto abocado a diversos choques aleatorios producto de la pandemia desatada por Coronavirus. La salud física y mental de los individuos y comunidades, los aparatos productivos y la economía en general sufren consecuencias importantes que han requerido la intervención de hacedores de política, científicos, académicos y ciudadanos para entender y mitigar los efectos adversos de esta problemática.

Las particularidades que hacen excepcional este fenómeno son: la inexistencia de un consenso sobre las políticas para mitigar el impacto en términos de salud y economía, la afectación global sin distinción de países según su nivel de desarrollo o de riqueza, y la incertidumbre alrededor de las causas y la atención de las consecuencias producto de la enfermedad Covid-19. Además, esta situación puso al descubierto muchas falencias en el funcionamiento de los sistemas de salud, desde la deficiencia en especialistas en neumología y terapia intensiva, hasta el rezago en temas de telemedicina y logística hospitalaria.

Conscientes de la responsabilidad que nos asiste, el GES se dedicó a analizar cuáles han sido estas consecuencias para Colombia, la región y el mundo, haciendo seguimiento a las estadísticas relacionadas con Covid-19, salud pública, indicadores económicos y decisiones de política. En esta Observación se presentan los desarrollos y adelantos producto de la investigación del GES, incluyendo el seguimiento a la dinámica y evolución de los casos confirmados y muertes producto del Covid-19, los resultados de dos encuestas que realizan un diagnóstico sobre la situación que enfrentan hogares e instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) ante la contingencia, y relaciona las intervenciones de múltiples conferencistas y panelistas de diferentes países de la región, presentando una perspectiva internacional sobre la problemática.

Esperamos que estos resultados sean de interés y utilidad para la toma de decisiones y seguimos motivados a continuar haciendo seguimiento a la problemática y proponiendo recomendaciones que ayuden a enfrentar las consecuencias que hasta ahora estamos comenzando a percibir, siempre en la línea de la apropiación social del conocimiento.

I. ¿Cómo avanza el Covid-19 en Colombia? Contexto internacional y situación regional

Al momento de la publicación del primer reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), acerca del Covid-19, se daba cuenta de 282 casos confirmados en China (278), Japón (1), Tailandia (2) y Corea del Sur (1). Han transcurrido 193 días, durante los cuales el virus se ha propagado por todo el mundo, pero al analizar su evolución se observan diferencias entre países no solo en el número de casos confirmados sino también en el número de muertes. De acuerdo con información de la Universidad Johns Hopkins, al 31 de julio de 2020 se han reportado casos en 215 países, territorios y áreas, con una concentración del 55,7% de los contagios en Estados Unidos, Brasil, India y Rusia. En cuanto al total de muertes, en cerca 700.000, cinco países concentran el 54,6%: Estados Unidos (22,7%), Brasil (13,6%), México (6,9%), Reino Unido (6,15) e India (5,4%).

Más allá de las cifras, en términos absolutos, en este apartado se plantean algunos indicadores que permiten analizar de mejor manera la evolución del Covid-19 en diferentes países. Como lo señaló Adam Wagstaff, en su blog Coronametrics es necesario ponderar la información teniendo en cuenta especialmente el tamaño de población de los países. A modo de ejemplo, al analizar la afectación que ha tenido el virus, se observa que el mayor número de muertes por Covid-19 se han presentado en países grandes del mundo, como Estado Unidos o Brasil, pero, al hacer el ajuste por tamaño de población sus tasas de mortalidad no son tan altas para los estándares internacionales.

Continuando con el esquema de análisis planteado en el Observador del GES No. 9 y en el Suplemento de este, correspondientes a marzo-abril de 2020, en este apartado se presenta una actualización de las cifras con corte al 31 de julio de 2020. Para una lectura completa y mejor comprensión pueden consultarse los boletines previos en el enlace: <https://bit.ly/3t9kmc1>

Colombia en el contexto mundial

Las muertes por Covid-19 se concentraron inicialmente en países del hemisferio norte, principalmente Europa y Estados Unidos, pero luego fue muy notorio el avance de la pandemia en países de América Latina, incluido Colombia. Como se observa en la **Gráfica 1**, entre los primeros diez países del

mundo con más contagios, en julio de 2020 se encuentran Brasil, Perú, Chile y México, y Colombia ascendió hasta el puesto 11.

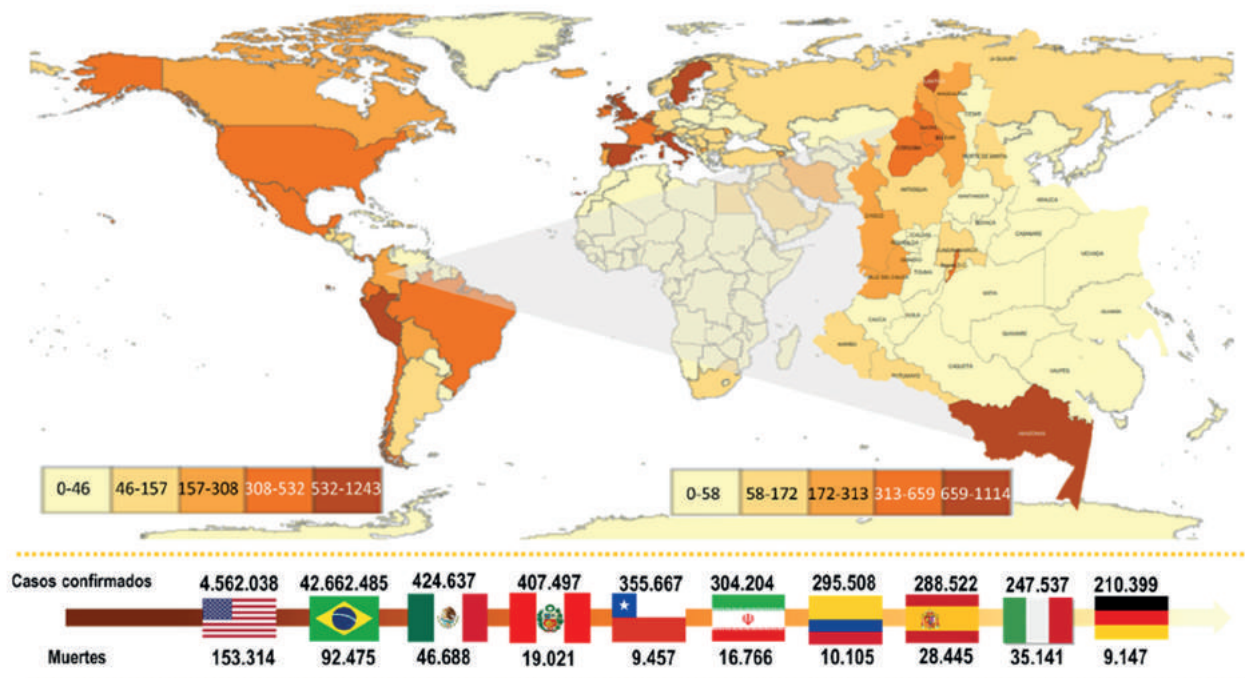
En la **Tabla 1** se muestra el grupo de quince países con los que se compara Colombia para el análisis, ordenados según el número de personas confirmadas con Covid-19 al día 31 de julio de 2020. Frente a la capacidad para detectar los casos positivos y aproximarse lo mejor posible a la realidad mediante las pruebas o test de laboratorio, el país ha presentado un crecimiento considerable y supera a varios países de América Latina, concretamente Brasil, Ecuador, Argentina, Perú y México, en el número de pruebas por millón de habitantes.

Con respecto a la mortalidad, en Colombia la tasa por millón de habitantes resulta más baja frente a otros países, pero ha aumentado y se sitúa en el puesto 12 a nivel internacional. Esta tasa es inferior a las que exhiben Estados Unidos, Brasil, Perú, España, y muy superior a las que muestran China, Corea del Sur, Uruguay y Argentina. Por su parte, la letalidad, que mide el porcentaje de personas contagiadas que mueren, se mantiene en un nivel bajo (3,4%).

De manera similar a lo que sucede con la mortalidad, Colombia ha tenido una incidencia de la enfermedad menor a la de otros países, aunque en las últimas semanas se ha presentado un mayor incremento de contagios en el país, lo que hace pensar que más adelante podría ascender en la posición que ocupa en la **Tabla 1**.

En la **Gráfica 2** se aprecia el comportamiento de los casos confirmados a partir del día en que se presentó el primer caso en cada país, y hasta el día 147 que es el último dato para Colombia desde su primer día (6 de marzo a 31 de julio de 2020). En el panel izquierdo se muestra la dinámica de Colombia con respecto a China, Irán, Italia, España, Estados Unidos, Alemania y Corea del Sur, mientras en el panel derecho se realiza el contraste con países de América Latina y el Caribe. En ambos casos se observa que Colombia exhibe una mayor velocidad de crecimiento a partir del día 117 (1 de julio), en el panel derecho supera el comportamiento que presentaban todos los países en esa etapa de la pandemia, a excepción de Estados Unidos, y en el panel izquierdo, el desempeño de Colombia resulta superado por Brasil, Perú, Chile y México, mientras los demás países registran un avance más lento.

Gráfica 1. Número de muertes a causa de Covid-19 por millón de habitantes. Colombia y el Mundo, 31 de julio de 2020



Fuente: Elaboración GES. Con datos del Centro de Ciencia e Ingeniería de Sistemas (CSSE) de la Universidad Johns Hopkins.

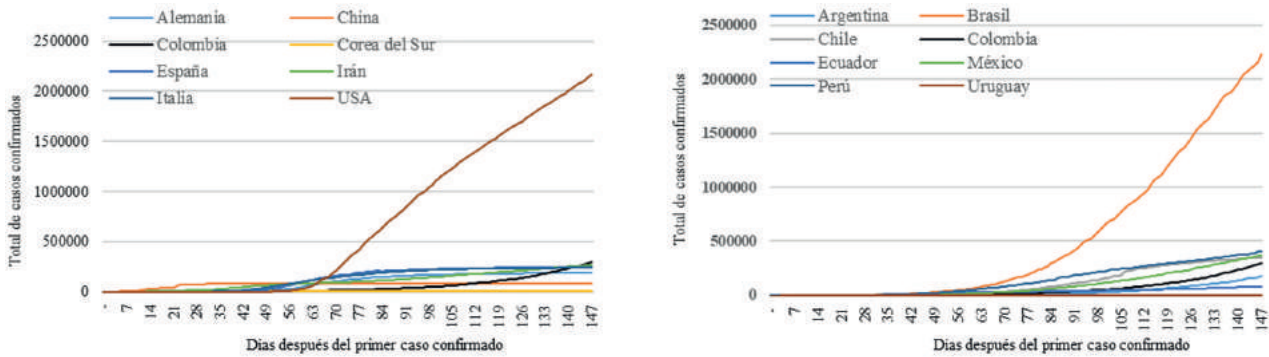
Tabla 1. Información sobre dinámica del Covid-19 en quince países, 31 de julio de 2020

País	Confirmados	Muertes	Recuperados	Confirmados por millón de hab.	Muertes por millón de hab.	% Letalidad: muertes/confirmados	Nº días para decretar cuarentena, luego del primer contagio	Pruebas por millón de hab. *	% Positividad: Confirmados/ Total pruebas
USA	4.562.038	153.314	1.438.160	13.847,0	465,4	3,4%	*	165.322	8,4%
Brasil	2.662.485	92.475	1.844.051	12.598,8	437,6	3,5%	*	12.003	105,0%
Perú	407.492	19.021	283.915	12.682,0	592,0	4,7%	9	11.725	108,2%
México	424.637	46.688	327.115	3.341,5	367,4	11,0%	NA	7.745	43,1%
Chile	355.667	9.457	328.327	18.614,3	494,9	2,7%	*	84.994	21,9%
Irán	304.204	16.766	263.519	3.620,0	199,5	5,5%	ND	29.237	12,4%
Colombia	295.508	10.105	154.387	5.866,5	200,6	3,4%	16	31.241	18,8%
España	288.522	28.445	150.376	6.125,7	603,9	9,9%	43	92.293	6,6%
Italia	247.537	35.141	199.974	4.101,0	582,2	14,2%	39	113.000	3,6%
Alemania	210.399	9.147	191.992	2.582,6	112,3	4,3%	*	98.273	2,6%
Argentina	191.302	3.543	83.780	4.293,1	79,5	1,9%	17	12.587	34,1%
China	87.655	4.661	80.787	62,8	3,3	5,3%	*	ND	ND
Ecuador	85.355	5.702	36.044	4.885,2	326,3	6,7%	17	10.393	47,0%
Corea del Sur	14.336	301	13.233	279,6	5,9	2,1%	NA	29.983	0,9%
Uruguay	1.264	35	994	362,5	10,0	2,8%	NA	32.559	1,1%
Total genera	10.138.401	434.801	5.396.654	3.974,1	170,4	4,3%			

Fuente: Ministerio de Salud Colombia, Ministerio de Salud Italia, Secretaría de Salud México, Ministerio de Salud Brasil, Información Centro de Ciencia e Ingeniería de Sistemas (CSSE) de la Universidad Johns Hopkins. Cálculos del GES.

Notas: (*). Países con cuarentenas parciales, en algunas regiones, provincias o estados; ND: no hay dato. NA: no aplica.

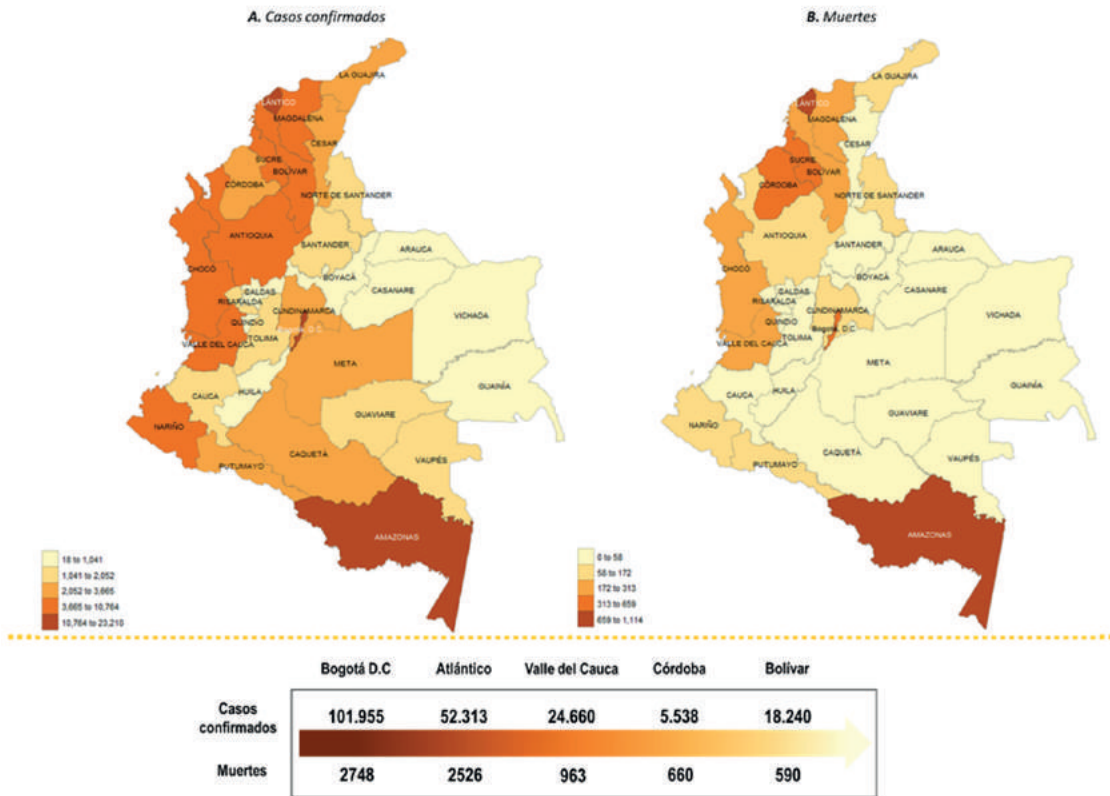
Gráfica 2. Contagios de Covid-19 a 31 de julio de 2020 para un grupo de países



Fuente: Ministerio de Salud Colombia, Ministerio de Salud Italia, Secretaria de Salud México, Ministerio de Salud Brasil, Información Centro de Ciencia e Ingeniería de Sistemas (CSSE) de la Universidad Johns Hopkins. Cálculos del GES.

Diferencias regionales

Gráfica 3. Casos confirmados y muertes por Covid-19 en Colombia por millón de habitantes



Fuente: Elaboración del GES, con datos del Instituto Nacional de Salud, reporte al 31 de julio de 2020.

Nota: Amazonas representa un outlier dentro del país, por lo que se acotaron el número de casos por millón (de 31.000 a 23.000) y muertes (de 1300 a 1100), teniendo en cuenta los valores máximos de los demás departamentos y una desviación estándar adicional.

En la **Gráfica 3** se observan diferencias entre departamentos, según los avances en los contagios y en las muertes por millón de habitantes. En cuanto a los contagios, Amazonas, Atlántico, Bogotá, Bolívar y Sucre presentan valores por encima del total nacional (5.866 casos por millón de habitantes). Aunque en Antioquia el número de casos se incrementó en las últimas semanas, el indicador de contagios por millón de habitantes (4.906) se ubica por debajo del nacional. Respecto, al número de muertes por millón de habitantes, se observa una mayor afectación en Amazonas, departamentos de la región Caribe y Pacífico, y Bogotá.

La situación vista en varias ciudades del país

Al analizar el ritmo de crecimiento de los contagios en diez ciudades, se observa que el mayor número de contagios continúa en Bogotá (101.955) y Barranquilla (29.650), seguidos por Cali (19.070), Medellín (18.121), Cartagena (15.622), Soledad (11.664), Sincelejo (4.551), Santa Marta (3.981), Pasto (3.636) y Montería (3.620).

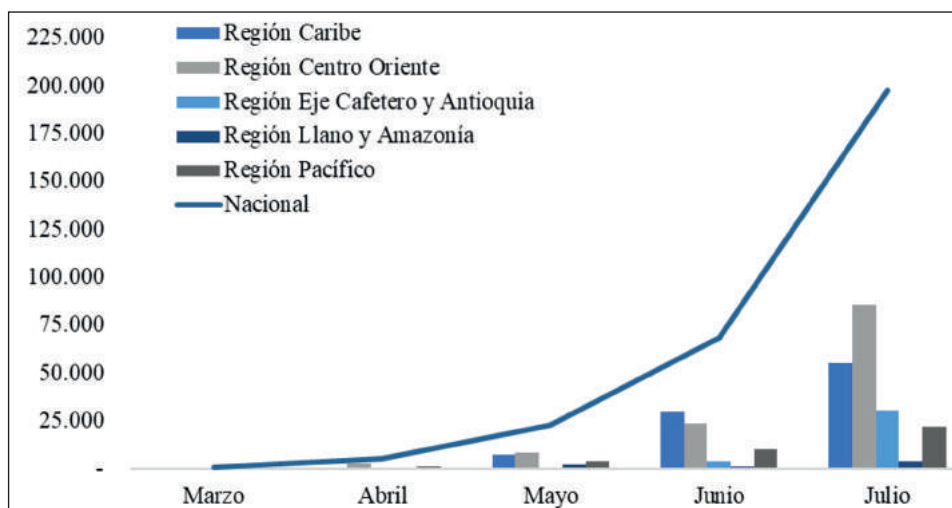
En cuanto a las muertes y la hospitalización de pacientes en unidades de cuidados intensivos (UCI), el peor desempeño en cuanto a muertes está en Montería (10,6% de los pacientes contagiados han muerto), y en hospitalizaciones está en Cali (3,4% de los pacientes en UCI). Se destaca Medellín con un menor porcentaje de pacientes contagiados que han muerto (1,6%).

Las diferencias por regiones del país continúan acentuándose, con una concentración del 90,6% de los casos en las regiones Caribe (38,7%), Centro Oriente (36,2%) y Pacífico (15,7%).

En la **Gráfica 4** se observa un menor número de casos entre marzo y abril, situación que puede ser atribuible a la cuarentena obligatoria. En el mes de mayo, las regiones Caribe y Centro Oriente presentaron un mayor número de contagios, comportamiento que se hizo más evidente en el mes de junio donde la región Caribe supera el número de casos acumulados por la Región Centro Oriente. En el mes de julio se observa un incremento del 102% en el número de casos acumulados en el país frente al total acumulado entre marzo y junio. Llama la atención el comportamiento del número de contagios en las regiones Eje Cafetero y Antioquia, y Centro Oriente, pues presentaron un crecimiento de 464,8% y 141,9%, respectivamente. Con un crecimiento inferior al 100%, la región Caribe (46,5%), Pacífico (44,7%), y Amazonía (3,5%).

Si bien el número de casos confirmados representa menos del 1% de la población total del país, con una distribución de estos casos en el 77,9% de los municipios, al analizar la información por categoría de municipio se encuentra que el 91,7% del total de casos confirmados se concentran en los municipios de categorías especial, 1, 2 y 6, con un mayor número de casos confirmados en Bogotá, Santa Marta, Soledad y Baranoa, respectivamente. En cuanto al número de casos confirmados por millón de habitantes, los municipios de categoría especial, 2 y 3 presentan un indicador por encima del total nacional. Aunque en los municipios de categoría 1 y 5 el indicador es inferior al promedio nacional, 3800 y 3700 casos por millón duplican la tasa de los municipios de categoría 6. También se observa una mayor afectación en los municipios de categoría especial, 2 y 3 en cuanto a la tasa de mortalidad.

Gráfica 4. Evolución del número de casos confirmados por región (31 de julio de 2020)



Fuente: Elaboración del GES, con datos del Instituto Nacional de Salud, reporte al 31 de julio de 2020.

Tabla 2. Casos confirmados de Covid-19 en Colombia por categoría de municipio (julio 31 de 2020)

Categoría del municipio *	Nº de municipios**	Proyección Población 2020	Municipios Covid						
			Nº de municipios	Casos confirmados	Muertes	Confirmados por millón de habitantes	Muertes por millón de habitantes	% Participación en el total de casos	Municipio con mayor número de casos confirmados
ESP	5	14.832.981	5	184.422	5.651	12.433,2	381,0	62,4%	Bogotá
1	27	9.981.046	27	37.932	1.281	3.800,4	128,3	12,8%	Santa Marta
2	21	3.804.395	21	22.614	1.017	5.944,2	267,3	7,7%	Soledad
3	21	1.675.109	21	11.241	360	6.710,6	214,9	3,8%	Malambo
4	22	2.226.095	21	5.825	260	2.616,7	116,8	2,0%	Tumaco
5	40	1.944.201	40	7.313	286	3.761,4	147,1	2,5%	Leticia
6	965	15.803.041	726	25.892	1.249	1.638,4	79,0	8,8%	Baranoa
NA	21	105.556	14	269	1	2.548,4	9,5	0,1%	San Andrés
Total	1.122	50.372.424	875	295.508	10.105	5.866,5	200,6	100%	

Fuente: Instituto Nacional de Salud, reporte a 31 de julio de 2020; DANE, proyección de población DANE a 2020; Contaduría General de la Nación, Resolución 400 de 2019 de la Contaduría General de la Nación. Elaboración del GES.

Nota: (*) En artículo 2 de la Ley 617 de 2000 se realiza una categorización de los distritos y municipios del país de acuerdo con el total de población e ingresos corrientes libre destinación; (**) Colombia cuenta con 1.101 municipios, 20 áreas no municipalizadas (corregimientos departamentales) y la Isla de San Andrés.

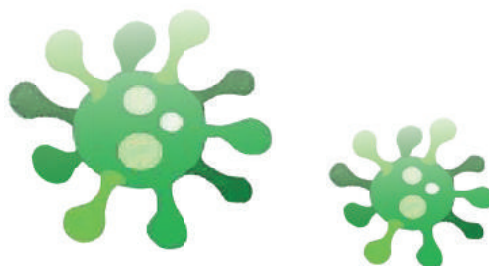
Conclusiones

La pandemia ha impuesto grandes retos a la humanidad y la academia tiene una enorme responsabilidad de plantear análisis que permitan comprender la problemática y buscar soluciones. Es así como se ha propuesto una forma de analizar unos indicadores y de hacer comparaciones para dar cuenta de cómo el país evoluciona con respecto al resto del mundo y en su interior, evidenciando diferencias regionales, y todo esto ha de servir para adelantar análisis en profundidad que permitan relacionar estos desempeños con variables estructurales como el PIB, la densidad poblacional, el gasto en salud, y el número de médicos o de camas por habitante.

En los primeros meses, Colombia exhibía un avance del Covid-19 más lento al de otros países. Esto se evidenciaba en un número menor de contagios, de hospitalizaciones y de muertes en el país. Esta menor velocidad en la propagación

del virus puede atribuirse en gran parte a medidas como la cuarentena obligatoria, que fue temprana si se compara con las acciones de otros países. Sin embargo, con la desescalada de esta medida, el número de casos y de muertes en el país empiezan a incrementarse, presentando un mayor ritmo de crecimiento a partir del día 117 después del primer caso reportado. Para el 1º. de julio, Colombia superaba el comportamiento de China, Irán, Italia, España y Alemania.

Al interior del país también se evidencian diferencias regionales en el número de contagios, en las muertes y en el tratamiento de pacientes, y esto también puede atribuirse a una mayor adherencia a la medida de cuarentena y a las medidas de bioseguridad (como el uso del tapabocas). Las regiones Centro Oriente y Caribe presentaron un mayor avance del Covid-19 en el mes de mayo. En el mes de julio se observa un mayor crecimiento de la región Eje Cafetero y Antioquia.



II. Salud y economía ante la pandemia por Covid- 19 en países de América Latina



En esta parte se presenta la situación de varios países de América Latina, según se expuso en el seminario “Salud y economía ante la pandemia en América del Sur”, para Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador y Uruguay. También se presenta el caso de México, a partir del foro “Reflexiones Covid-19. Efectos sociales y económicos de la pandemia”.

El seminario fue realizado el 13 de mayo de 2020, mediante la plataforma Zoom, y organizado por la Asociación de Economía de la Salud de Latinoamérica y el Caribe (AESLAC), la Asociación Colombiana de Economía de la Salud (ACOES) y el GES. Los representantes de cada país presentaron un análisis sobre los avances de la pandemia en su país, en términos de economía y de salud.

En cuanto al foro, este fue realizado el 31 de julio, igualmente mediante la plataforma Zoom, y organizado por la Escuela de Microbiología, la Facultad de Salud Pública y la Facultad de Ciencias Económicas (el GES) de la Universidad de Antioquia, y el Grupo de Trabajo en Seguridad Social y Pensiones de CLACSO.

En la sección A se presenta una reseña del documento de trabajo de Ana Sojo titulado “Pandemia y/o pandemónium. Encrucijadas de la salud pública latinoamericana en un mundo global”, el cual fue presentado en el foro del 31 de julio. En la sección B se presenta la visión desde los países mencionados. No se incluye Colombia por cuanto sobre el país se presentó información en la parte anterior.

En la presentación de cada país, los datos económicos, demográficos y de salud fueron tomados del Banco Mundial

para el año 2019, excepto los de gasto en salud que son de 2018. El PIB está expresado en dólares y ajustado según paridad del poder adquisitivo. Las tasas de inmunización corresponden al porcentaje de niños menores de un año vacunados, y los nacimientos asistidos por personal de salud capacitado son un porcentaje de los nacimientos totales. En la segunda figura, con información sobre Covid-19, se incluyen datos suministrados por los expositores (marcados con *), y en algunos casos se completó la información con datos de *One World in Data*, Secretaría de Salud de México y Ministerio de Salud Pública de Uruguay (marcados con **). Los datos sobre Covid-19 están a corte del mes de mayo de 2020, en fecha cercana a la realización del seminario del 13 de mayo.

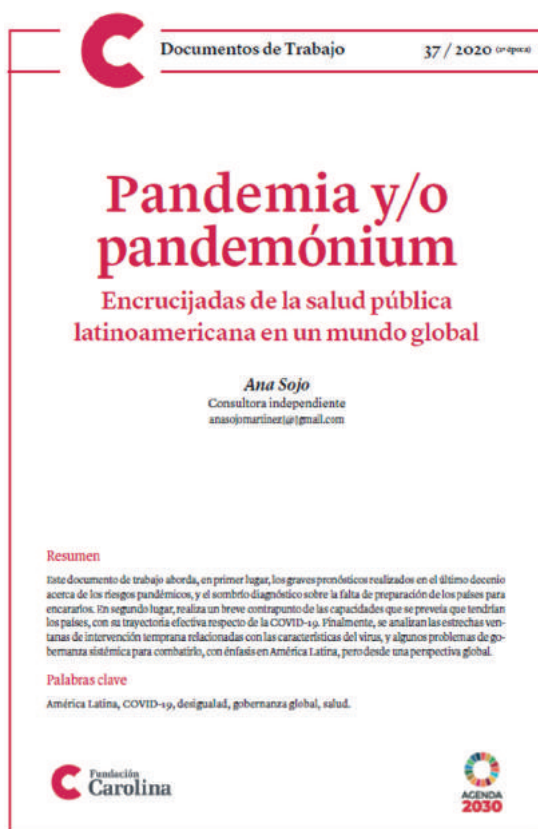
Para acceder a la grabación de los seminarios, los siguientes enlaces:

- <https://www.youtube.com/watch?v=GlikSCLyry8&t=3202s>
- <https://www.facebook.com/152642552902/videos/620504505259650>



A. Pandemia y/o pandemónium. Encrucijadas de la salud pública latinoamericana en un mundo global

Ana Sojo



El mundo no estaba preparado para gobernar y coordinar una respuesta exitosa a los riesgos pandémicos, y la tortuosa trayectoria concomitante en la lucha contra el Covid-19 pone sobre el tapete la pregunta acerca de cuáles son los factores subyacentes tras la procrastinación de políticas vigorosas en la materia. Como advierte Nicholas Barr, en el contexto del debate sobre las pensiones y trayendo a colación lecciones de la economía del comportamiento y de la neurociencia, existen serias restricciones al poder de decisión (*bounded will power*). El comportamiento de los seres humanos sería una lucha constante entre decisiones de corto plazo, más impacientes y sujetas a gratificaciones o necesidades inmediatas, y de largo plazo, visualizadas como más racionales. Por tanto, la presunta racionalidad se ve sensiblemente limitada por el aplazamiento de decisiones, que son dejadas para más adelante. Así, cuando el futuro llega, se transforma en el presente y, entonces, gana el corto plazo (Barr, 2014). Análogamente, la procrastinación de políticas públicas en materia de epidemias y pandemias parece

manifestar lo que se ha caracterizado como “un ciclo de pánico y abandono” ante el surgimiento y la remisión de amenazas graves (GPMB, 2019: 6), que alienta el cortoplacismo y atenta contra las capacidades de alerta, previsión, planificación y afinamiento de las intervenciones y acciones.

Cabe subrayar que el cortoplacismo político se ha visto acentuado por las interdependencias e interacciones del mundo globalizado, en el cual, ya antes de la pandemia, estaba en juego la cohesión social en numerosos aspectos de la convivencia, que revelaban graves e inquietantes problemas: amplios desplazamientos de población por razones políticas y económicas, que originaron crisis de refugiados; crisis climáticas en varios puntos del planeta; o crisis políticas —incluso en los países más desarrollados—, que han implicado el debilitamiento y la transformación de los partidos tradicionales, ante el fortalecimiento de la ultraderecha y del populismo, y el ímpetu de movimientos secesionistas que amenazan la unidad nacional y las fronteras establecidas. El problema consiste en que, frente al desafío de brindar bienes colectivos y proteger adecuadamente a las poblaciones de los riesgos globales, se han reducido los márgenes de acción de los Estados nacionales, por dichas interdependencias e interacciones. Así, por ejemplo, campean restricciones para imponer impuestos a las grandes empresas transnacionales, en una relativa desconexión entre empresas, naciones y Estados. La asociación económica y política entre países se ve complejizada en medio de la globalización: en el caso de la Unión Europea, el poder ejercido por cada uno de los Estados, mediante normativas y reglas creadas en su seno junto con los otros miembros, ha generado en ciertos planos un alejamiento entre la sociedad y el gobierno.

Por su parte, América Latina se caracteriza por una tenaz y elevada desigualdad socioeconómica, por una creciente concentración de los frutos del desarrollo en manos de los hiper ricos, por sendas carencias en los ámbitos de la educación y de la formación profesional, y por restricciones en la difusión del progreso técnico y la innovación, punto muy problemático ante el aceleramiento de la innovación tecnológica que opera a escala planetaria. Además, en varios países —con un carácter e intensidad singular en cada uno de ellos— se experimenta una crispación social y política, que expresa polarizaciones en diversos ámbitos, debido a una serie de

fenómenos que condensan una relativa desorganización social y una deslegitimación institucional: crisis de la política y de los partidos políticos; deslegitimación de sistemas políticos de muy diverso cariz; división desdibujada de los poderes del Estado en ciertas latitudes; atropellos a los derechos políticos y civiles; descontento ante la profusa corrupción y la relación incestuosa entre política y dinero; desborde del clientelismo; fortalecimiento de discursos y de agrupaciones políticas populistas y antipolíticas; expectativas frustradas de reformas profundas en protección social y educación; o socavamiento de la institucionalidad y de los lazos sociales por las densas y sangrientas redes del narcopoder y de la narcoeconomía (Sojo, 2018: 15 y 16; y Sojo, 2017).

La débil capacidad de previsión y alerta ante los riesgos biológicos, sus efectos sobre la gestión de la lucha sanitaria contra la pandemia, y la fragilidad de los dispositivos con que se cuenta para amortiguar el impacto socioeconómico, evidencian que la vulnerabilidad ante shocks —en este caso sanitario— está influida por las instituciones y, en términos amplios, por las características y la naturaleza de las estructuras sociales y políticas. En algunos casos, estos factores estructurales pueden incluso tener mayor peso que las propias perturbaciones directas del shock (Summer y Mallett, 2011), según lo han destacado desde hace décadas figuras como Jean Drèze y Amartya Sen en relación con las hambrunas, cuyos efectos están vinculados con los regímenes políticos (Sen, 1982). De ahí la pertinencia de analizar, en la lucha contra la pandemia, una serie de cuestiones estructurales subyacentes. Se deben examinar: las características sistémicas previas al shock y los variados factores y procesos que las determinan; las condiciones estructurales en las cuales se inserta y existe el sistema; el tipo de perturbaciones o eventos de riesgo que experimenta el sistema, y las complejas interacciones entre esas dimensiones.

Como se ha reseñado, la certeza de la amenaza pandémica previa a la Covid-19 no había permeado adecuadamente los sistemas ni las políticas sanitarias nacionales, ni la colaboración internacional. Para estar a la altura de una respuesta sistémica, en lo preventivo, y en la mitigación y atención de salud concomitantes, se hubiese requerido contar con: una fuerte inversión en infraestructuras sanitarias; reestructuraciones de la dotación de personal; un diseño y una gestión de módulos flexibles de atención para diversos escenarios pandémicos, y una visión acerca de las interacciones transnacionales y de los gobiernos nacionales con los subnacionales y locales. Más aún, una amplia y diversa gama de factores idiosincráticos había debilitado, por diversas razones, a muchos sistemas de salud del mundo: sobreajustes del financiamiento debido a crisis económicas y políticas; implantación de idearios

neoliberales que propugnaban una mercantilización de los riesgos sanitarios y el quebrantamiento de la solidaridad y la universalidad como principios rectores; dualización del mercado laboral y debilitamiento de los sistemas contributivos; prestaciones no contributivas con prestaciones muy limitadas, y, en algunos casos, desmesuradas remuneraciones y otros pagos al personal de salud que coartaban mejoras de infraestructura y un uso equilibrado de los recursos. Por todo ello, aun en los países ricos, la peste sorprendió a numerosos sistemas de salud, sin dotación de equipos adecuados, incluso para proteger a la primera línea hospitalaria y blindar la escala de atenciones indispensables a pacientes graves y de lenta recuperación (Sojo, 2020).

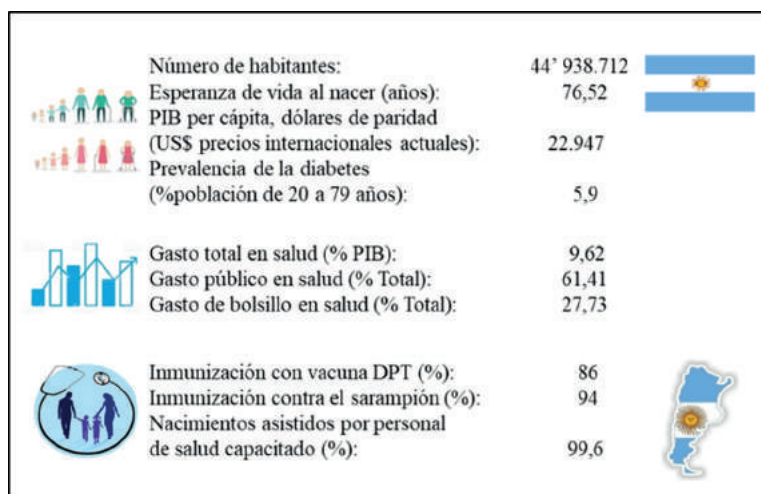
Referencias

- Barr, N. (2014): “Designing Pensions: Economic Theory, International Experience and Policy Directions”, Presentación ante la Comisión asesora presidencial sobre el sistema de pensiones, Santiago, agosto.
- GPMB (2019): A World at Risk. Annual report on global preparedness for health emergencies, Ginebra, World Health Organisation (septiembre).
- Sen, A. (1982): *Poverty and Famines: an essay on entitlements and deprivation*, Oxford, Clarendon Press.
- Sojo, A. (2020): “Las pandemias en la globalización contemporánea”, en *Palabras en tiempo de crisis*, Dossier periódico Alma Mater de la Universidad de Antioquia n° 695, Medellín (abril): Disponible en: <http://udea.edu.co/wps/portal/udea/web/inicio/campanas/palabras-en-tiempos-de-crisis> y en https://issuu.com/periodicoalmamater/docs/almamater_ed695_paraissuu.
- (2018): “La cohesión social democrática como guía de las políticas públicas”, una perspectiva conceptual y metodológica renovada”, *Serie aprendizajes en cohesión social*, Madrid, Colección Eurososial n°1 (agosto). Disponible en: <https://eurososial.eu/biblioteca/doc/la-cohesion-social-democratica-como-guia-de-las-politicas-publicas/>.
- (2017): “La cohesión social democrática, brújula indispensable en una época de desconcierto”, *Colección Documentos Interconecta* n° I, Santa Cruz de la Sierra, Centro de Formación de la AECID (noviembre). Disponible en: <https://interconecta.aecid.es/Gestin%20del%20conocimiento/La%20cohesi%C3%B3n%20social%20democr%C3%A1tica,%20br%C3%BAjula%20indispensable%20en%20una%20%C3%A9poca%20de%20desconcierto.pdf>
- Summer, A. y Mallett, R. (2011): “Snakes and ladders, buffers and passports: rethinking poverty, vulnerability and wellbeing”, Working Paper n° 83, International Policy Centre for Inclusive Growth, Brasilia (Agosto).

B. Salud y Economía ante la pandemia en países de América Latina

1. Argentina

Alejandro Sonis
Docente e investigador. ISALUD



pero el 12 de marzo se prorrogó esta emergencia. Se cerraron las fronteras el día 16 de marzo y el día 20 de ese mismo mes se inició el aislamiento social preventivo y obligatorio.

Pese al difícil panorama económico de Argentina, para hacer frente a las consecuencias económicas de la pandemia se han adoptado las siguientes medidas:

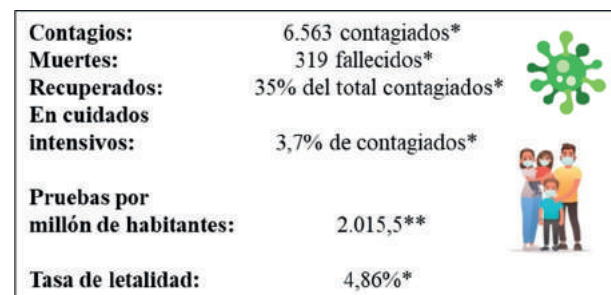
- Transferencias a familias, entregando aproximadamente 100 dólares por familia.
- Líneas de crédito a las empresas.
- Aumento de liquidez para pequeñas y medianas empresas.
- Intervención en el mercado cambiario.
- Bonos de aproximadamente 50 dólares a jubilados y personas asociadas a planes sociales.

En Argentina se reportaron, hasta el 12 de mayo de 2020, más de 6.000 casos confirmados de Covid-19, de los cuales el 35% se ha recuperado y un 3,7% se encuentra en terapia intensiva. Esto demuestra las ventajas de haber estado en cuarentena, ya que por ahora no hay saturación del sistema de salud. Según la forma de transmisión, a medida que el país entró en cuarentena, fueron aumentando los contagios estrechos y la circulación comunitaria. Un 45% de los datos recientes son de contactos estrechos y 29% en circulación comunitaria.

Hay una concentración de los casos, el 95% se da en una superficie donde habita el 30% de la población. La letalidad está cercana al 5%, y el 60% de los fallecidos son hombres y tienen una media de 74 años. Para mayores de 80 años, la letalidad alcanza el 30%. A partir de los 50 años la letalidad empieza a crecer exponencialmente.

La cuarentena fue dividida en cinco fases, siendo la primera un aislamiento estricto y la quinta con la nueva normalidad. A finales de julio el país se encontraba en fase tres; sin embargo, la decisión de avanzar en las fases es propia de los gobernadores o de los intendentes de los municipios, ellos deciden cuándo empezar a abrir su ciudad. La emergencia sanitaria de Argentina viene desde diciembre del año pasado,







La situación implicará una caída del PIB cercana al 7%, con una inflación del 30% aproximadamente. En este sentido, las proyecciones para Argentina no son buenas. Sin embargo, crisis puede significar oportunidad, hay que visualizar para qué puede servir la pandemia. Por ejemplo, para recuperar y fortalecer la rectoría sanitaria del Ministerio de Salud, mejorar los mecanismos de coordinación entre actores públicos y privados y la seguridad social, pensar en el conjunto de actores sanitarios como una red de gestión coordinadora, y priorizar la salud en la agenda pública y política.



2. Brasil

Erika Aragão

Presidenta. Asociación Brasileña de Economía de la Salud –ABrES–

	Número de habitantes:	211' 049.527	
	Esperanza de vida al nacer (años):	75,672	
	PIB per cápita, dólares de paridad (US\$ precios constantes de 2011):	15.258	
	Prevalencia de la diabetes (%población de 20 a 79 años):	10,4	
	Gasto total en salud (% PIB):	9,51	
	Gasto público en salud (% Total):	41,67	
	Gasto de bolsillo en salud (% Total):	27,54	
	Immunización con vacuna DPT (%):	73	
	Immunización contra el sarampión (%):	91	
	Nacimientos asistidos por personal de salud capacitado (%):	99,2	

que Brasil debe gastar más en salud de lo previsto y aprobado en la Ley del Presupuesto Anual. El Gobierno Federal está actuando exento de cumplir el objetivo fiscal determinado para este año entre gastos e ingresos. Se aprobó el 30 de marzo una ayuda monetaria de alrededor de 600 reales (104 dólares) para trabajadores informales de bajos ingresos (más de 50 millones de personas). Dicha ayuda se entregará durante tres meses, con posibilidad de extenderse. Ahora, el Ministerio de Salud pide que se derogue la Enmienda Constitucional 95, la cual introdujo un techo para



el gasto público de 20 años, para mejorar los ingresos del sistema único de salud (SUS).

Se mantienen los desafíos en torno a que el Ministerio de Salud es el protagonista en la crisis y debe tratar de mantener la autonomía, pese a la con ciertas decisiones presidenciales. Además, es necesaria una mayor alineación entre estados con respecto a las medidas de aislamiento.

En términos de Covid-19, Brasil alcanza 176.214 casos confirmados y 12.461 muertes, con una tasa de mortalidad de 6,9% y 5,6 muertes por cada 100.000 habitantes. El panorama no es muy alentador, y el país está sufriendo una crisis institucional, ya que el Ministro de Salud renunció por no estar de acuerdo con la posición respecto al Covid-19 del presidente, quién se negó a seguir las recomendaciones internacionales e inició una campaña muy fuerte contra dichas medidas.

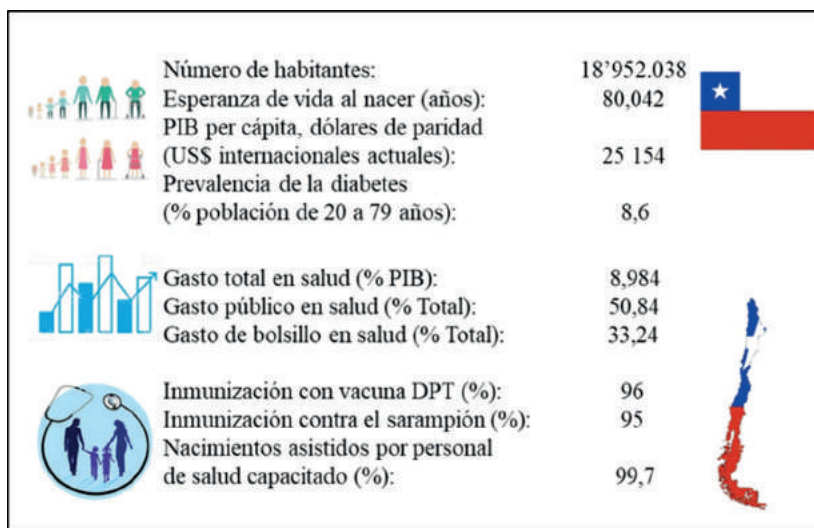
Además de las complicaciones en términos de salud que se están presentando a nivel mundial, según estimaciones del Fondo Monetario Internacional (FMI), se espera que el PIB de la región de América Latina y el Caribe se reduzca en un 4,6% este año. El Banco Mundial estima que habrá una retracción del PIB de Brasil en 5% en 2020. Adicionalmente, se tiene un pronóstico para el PIB 2021 y 2022 del país de un 1,5% y un 2,3% respectivamente.

Entre las medidas que ha adoptado el país para hacerle frente al Covid-19, inicialmente se decretó calamidad pública, lo cual da mayor capacidad al gobierno para actuar. Se define

Contagios:	178.214 contagiados*	
Muertes:	12.461 fallecidos*	
Recuperados:	40,7% del total contagiados*	
En cuidados intensivos:	-	
Pruebas por millón de habitantes:	10.119,6**	
Tasa de letalidad:	6,9%*	

3. Chile

Verónica Vargas
Investigadora. Harvard University



atención primaria ha estado excluida ya que muchos centros de salud han estado cerrados.

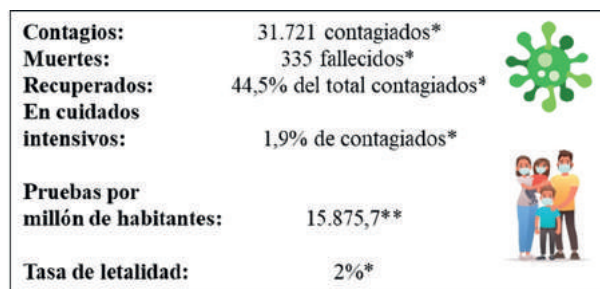
Las medidas son similares a las de los demás países: cierre de colegios, de comercios y de servicios no esenciales, y el gobierno se demoró dos semanas en decretar cuarentena después del primer caso. Las cuarentenas han sido diferenciadas, lo que significa que cubren algunas comunas y barrios por períodos limitados, seleccionados por criterios epidemiológicos o con información sobre la localización de los contagiados. Hay cuarentena obligatoria para los mayores de 80 años, y desde ahora para los mayores de 75 años.

Chile lleva más de 60 días desde el primer caso confirmado, con unos 22.000 contagios a la fecha, lo que equivale a una tasa de 168 por 100.000 habitantes, y los casos van subiendo paulatinamente. El país está caracterizado por el gran número de test que realiza. Hasta ahora hay alrededor de 15.000 personas recuperadas y 300 fallecidas. El 78% de estos fallecidos son personas de más de 65 años.

La epidemia inició por casos importados y luego relaciones estrechas, en general eran jóvenes acomodados, con seguro de salud mayoritariamente privado. Desde hace una semana, se inició la transmisión comunitaria que empieza a llegar a los sectores populares, especialmente en Santiago, es decir a las personas afiliadas al sistema de salud público.

Pese a la desigualdad que hay entre sector público y privado en salud, los recursos hospitalarios se han utilizado donde se necesitan. La administración de los recursos se ha centralizado, los ventiladores se mueven a los hospitales y regiones con el mayor número de casos, lo mismo con las UCI, que han ido aumentando su capacidad en la medida en que se ha aumentado la demanda. Sin embargo, la









En cuanto a estímulos económicos, en Chile el paquete de ayudas alcanzó más o menos el 6% del PIB, pero se va a distribuir en varios años. En cuanto a desempleo, en Chile ya se ubica en dos cifras y hay sectores sociales que piden un ingreso básico. Ante esto, el profesor de Economía del MIT Daron Acemoglu, propone las cuarentena dirigidas o diferenciadas, con políticas sanitarias básicas de testear, identificar y aislar, implementadas con información de contagiados, y ello se debe complementar con información de quiénes son los grupos de alto riesgo o las personas más vulnerables.



4. Ecuador

Ruth Lucio

Coordinadora del Área de Economía de la Salud. Centro Sureste

	Número de habitantes:	17'373.662	
	Esperanza de vida al nacer (años):	76,8	
	PIB per cápita, dólares de paridad (US\$ precios internacionales actuales):	11.846	
	Prevalencia de la diabetes (% población de 20 a 79 años):	5,5	
	Gasto total en salud (% PIB):	8,14	
	Gasto público en salud (% Total):	51,99	
	Gasto de bolsillo en salud (% Total):	39,84	
	Inmunización con vacuna DPT (%):	85	
	Inmunización contra el sarampión (%):	83	
	Nacimientos asistidos por personal de salud capacitado (%):	96,7	

persona contagia alrededor de 3 personas. El 11 de marzo el Ministerio de Salud Pública declaró la emergencia nacional y se declaró estado de excepción el 13 de marzo. Cuando se declara el estado de emergencia, las clases adineradas se van a sus casas privadas en la costa ecuatoriana a pasar las vacaciones del coronavirus. Así es como se extiende de manera importante, por tanto, en Guayaquil, llega a hacerse un pandemónium. Ahora bien, se dice que en Guayaquil hubo 4.236 muertos en marzo, y es por esto que las cifras no cuadran. Definitivamente, el sistema de vigilancia epidemiológica simplemente no funciona.



En el plano económico, 2020, se tienen previsiones de crecimiento desde -3.8% hasta -6.5% para 2020. Hay un desarrollo

Ecuador registraba 3.631 fallecidos por Covid-19 el 12 de mayo de 2020. ¿Por qué el país llegó a tener tantos fallecidos? Una de las razones es que hay un sistema de vigilancia epidemiológico muy débil. Hay alrededor de 2.145 fallecidos y adicionalmente se registran 1.486 fallecidos “probables”. Cifras y sistemas que van a tener que fortalecerse muchísimo, pues en este momento la información no da los elementos requeridos. Por esto, la tasa de letalidad por Covid-19 fluctúa entre 7,3% y 17,7%, las cuales son tasas muy elevadas. Además, se reportan 25.509 contagiados. Guayas es la ciudad más afectada con 11.876 casos. Es posible que Ecuador esté encabezando la tasa de mortalidad por COVID-19 en la región.

económico regional desigual, un aumento paulatino de casos, un desarrollo económico complicado, un crecimiento decaído, muchísima inequidad, un mercado de trabajo con empleo inadecuado del 60%. ¿Cuál es la esperanza frente a este escenario? Recursos externos y posibilidades con acomodo de deudas bilaterales Se necesita el posicionamiento del sector salud como un bien público que debe financiarse, posicionamiento de medidas costo-efectivas de atención primaria en salud, donaciones de insumos y dispositivos médicos, apoyo de empresas, de laboratorios y de universidades. Esta la oportunidad para un cambio de modelo de crecimiento y desarrollo.

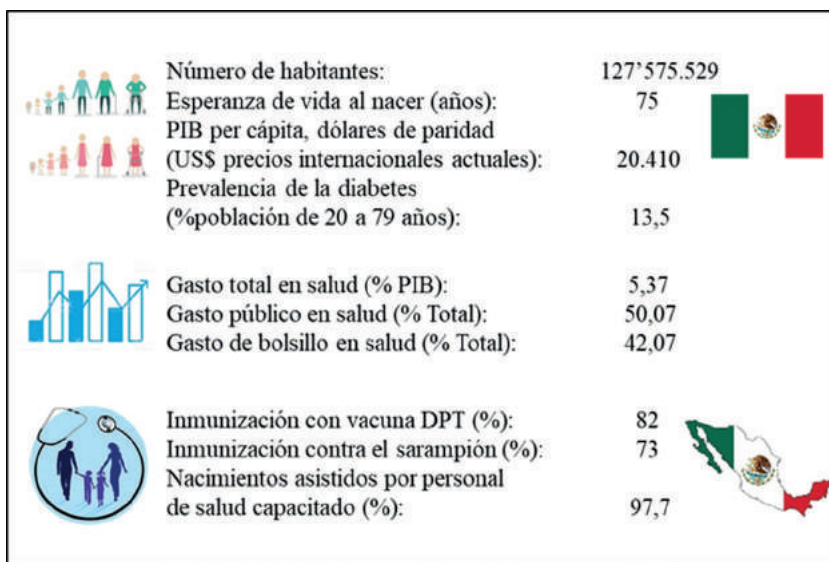
Se han tenido alrededor de tres cambios de metodología para la medición de la tasa de mortalidad, lo cual ha complicado el avance en torno a este tema. En el país se hacen alrededor de 2,3 test por 1.000 personas, cuando se había entrado en un proceso de declive presupuestario en salud pública, por tanto, tiene déficit de dispositivos, insumos y medicamentos.

El primer caso en el país se confirmó el 29 de febrero. Se estima que el ritmo reproductivo básico (R0) llega a establecer una tasa de contagio que va desde 2,8 a 3,2, es decir, que cada

Contagios:	29.509 contagiados*	
Muertes:	2.145 o 3.631 fallecidos*	
Recuperados:	11,63% del total contagiados*	
En cuidados intensivos:	-	
Pruebas por millón de habitantes:	2.529,1**	
Tasa de letalidad:	7,27% o 10,4%*	

5. México

Berenice Ramírez
 Investigadora. Instituto de Investigaciones Económicas de la UNAM



de esta población en términos de las condiciones de salud, mala nutrición, aumento de estrés, aumento de obesidad, aumento de hipertensión, entre otros.

En términos de acciones frente al Covid-19, el Instituto Nacional de Salud para el Bienestar ofrecerá servicios de salud de primero y segundo nivel. Los servicios serán gratuitos y esa gratuidad significa contar con recursos fiscales, que actualmente son muy limitados para la economía mexicana. Antes de que llegara el Covid-19 se convocó a profesionales de la salud; el mayor número de contrataciones que se han hecho en los últimos meses han sido de médicos y de enfermeras y de personal general de salud. Se compararon de

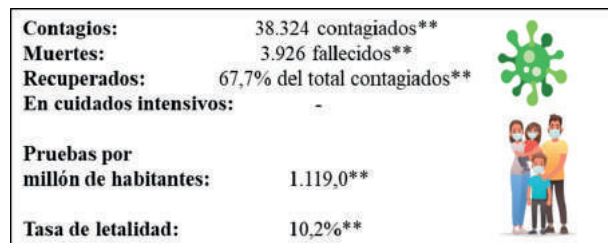
Equipos y materiales y se aumentó la infraestructura.

En México, la seguridad social se encuentra fragmentada, excluyente, inequitativa y sin cobertura universal. El actual gobierno implementó la estrategia instrumental a partir del 1 de diciembre del 2018, una de las primeras medidas de pensión de bienestar, la cual, en este momento, es baja en términos de monto, pues está abajo de la canasta alimentaria. Además, creó el Instituto de Salud para el Bienestar que se dedica a atender a todas esas personas en condiciones de informalidad que no tienen acceso. En las últimas cuatro décadas hubo reformas estructurales, privatización de las pensiones, separación entre el financiamiento y la provisión de servicios de salud, deterioro en la inversión de los servicios públicos de salud y una mercantilización creciente de estos, mediante una gestión con el sector privado muy desfavorable para el sector público.

Se compararon de equipos y materiales y se aumentó la infraestructura.

No hay que dejar de pasar la oportunidad de construir sistemas de seguridad social acordes a la realidad nacional, del mercado laboral con una estructura productiva que se caracterizan por tener un 90% de los establecimientos como micronegocios. No hay que bajar la prestación a solo contar con una pensión mínima, no se dice nada de los reguladores, de la rendición de cuentas, de la falta de responsabilidad que han tenido en el manejo en los años y en las décadas anteriores y de conflictos de intereses.

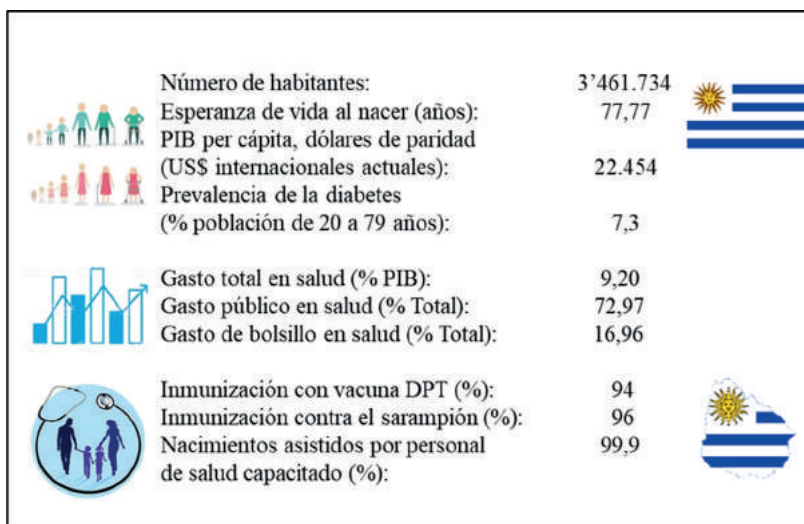
A partir de la creación del Seguro Popular, la afiliación se aumentó en términos estadísticos. Se encontraban cubiertos cerca de 40 millones de mexicanos, cuando son 128 millones, y se fijó un problema de afiliación pues había afiliaciones dobles. El resultado de la evaluación de inicios de 2019 muestra que 20 millones de mexicanos no tenían acceso al servicio de salud, así que ese es el problema que se ha tratado de corregir. Además, se hace necesario el análisis



6. Uruguay

Patricia Triunfo

Presidenta. Asociación de Economía de la Salud de Uruguay –AES Uruguay–



- El 10 de mayo hubo reapertura de oficinas del sector público y retorno de ferias artesanales en el interior del país.
- 15 de mayo fin de la feria judicial extraordinaria.
- Uso generalizado del tapabocas.

Medidas económicas:

- Se cambió el régimen de subsidio por desempleo y enfermedad.
- Existe la posibilidad de adelantar licencias generadas en 2020.
- Se aumentaron las transferencias a los hogares pobres.

En Uruguay, el primer caso de Covid-19 se confirmó el 7 de marzo de 2020 y la cuarentena empezó el 13 de marzo. No existe un protocolo claro de aplicación de los tests, pero vienen aumentando. Se busca llegar a 1.000 por día y ya están alrededor de 800. Inicialmente los tests se realizaban a través de pagos de bolsillo, y a finales de abril se incluyen en el Plan Integral de Atención en Salud, pero esta implementación no es clara. Se sabe que se deben realizar tests a todo el personal de salud, pero el resto queda bajo indicación médica. Se aplica a personas sintomáticas y a quienes tuvieron contacto con ellos.

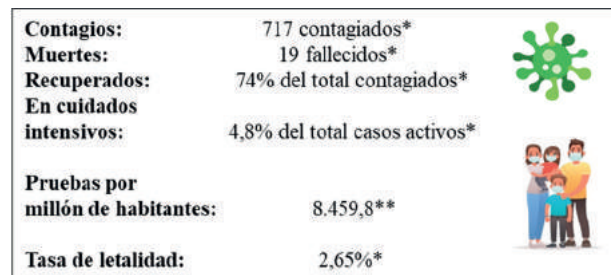
En términos de camas, más o menos se estima que habría unas 622 camas de cuidados intensivos y debería haber 8.700 contagiados para que el sistema entre a colapsar o tenga problemas. Se estima que Uruguay está en un R0 de 1. El 40% de los contagios son concentrados en un nodo y en dos barrios de la capital y en dos residenciales de ancianos. En términos de estrategias para mitigar los efectos de la pandemia, el país ha seguido las siguientes medidas:

Medidas de salud pública:

- Cuarentena, suspensión de clases, cierre de oficinas públicas, feria judicial, suspensión de espectáculos, shoppings.
- El 22 de abril retornó el sector construcción y retornaron las escuelas rurales, pero se volvieron a cerrar luego de identificar un contagio.

- Transferencias alimentarias.
- Exoneración de tarifas públicas en algunos sectores.
- Postergación de vencimientos de tributos municipales o cuotas de préstamos.
- Aumento de líneas de crédito y acuerdos de precios.

Se creó el fondo solidario Covid-19, financiado por organismos multilaterales, ya que Uruguay tiene un respaldo financiero importante. La pandemia encuentra al país en una situación financiera muy sólida. Se estima que aproximadamente 300 millones de dólares sería el costo del seguro de desempleo y enfermedad, y 45 millones el costo de la ayuda alimentaria.



III. Efectos de la pandemia sobre la salud y la economía en hogares de Colombia

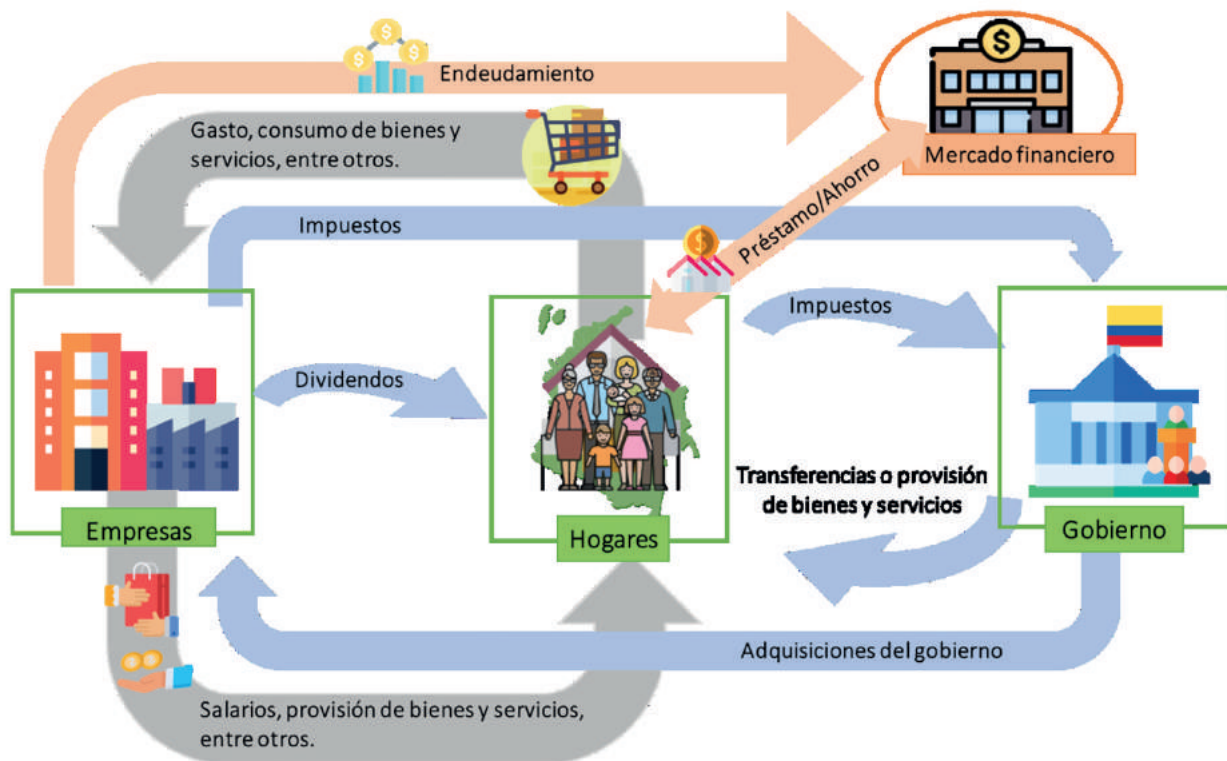
Una economía puede representarse de manera sencilla mediante un flujo circular en el que intervienen tres agentes o actores: las familias o los hogares, las empresas y el gobierno. Estos agentes interactúan entre sí, dando lugar a mercados como el de bienes, el de servicios, el laboral y el financiero, y generan unos flujos de dinero y de mercancías (Mankiw, 2012). Tomando la familia como la unidad básica de la economía, en ella se pueden encontrar propietarios de los medios de producción, trabajadores, compradores e inversionistas, y quienes contribuyen con impuestos a financiar el Estado o quienes reciben de éste beneficios en forma de transferencias en dinero o de la provisión de bienes y servicios.

En la familia se toman decisiones respecto al gasto o al consumo, al ahorro y a la inversión, lo que guarda relación con la búsqueda de ingresos (Becker, 1987). En tanto agente económico, la familia recibe un determinado ingreso, producto de su esfuerzo, de donaciones o transferencias,

adquiere bienes en el mercado y realiza consumos para satisfacer sus necesidades o gustos. El ingreso constituye así una variable económica fundamental que se asocia con el nivel de bienestar o la calidad de vida de las familias, pues a partir de él se hace posible realizar gastos para satisfacer las necesidades esenciales, aunque esto no se logra plenamente en el caso de las familias en situación de pobreza, y acceder a una amplia gama de bienes.

Entendiendo el ingreso como la variable de entrada y el gasto la de salida, al interior del hogar se realizan diversos procesos que constituyen o dan forma a la calidad de vida de sus miembros. Se destaca lo concerniente a la salud o al capital salud, esto es, el estado físico y mental de cada persona, el cual, junto con la biología humana, se genera a partir de varios factores como la edad, las dotaciones en cuanto a ingresos y patrimonio, el nivel educativo, los estilos de vida y las conductas, entre otros (Grossman, 1972; Lalonde, 1974).

Gráfica 5. Flujo circular de la economía



Fuente: Adaptación de Mankiw, 2012

Vista así la familia, una situación como la desatada con ocasión de la pandemia del coronavirus o Covid-19, en particular lo que significa la cuarentena o el confinamiento obligatorio, ocasiona una reducción del ingreso por la merma de las actividades económicas y un cambio de comportamiento producto del encierro. Como consecuencia de esto el gasto se reduce y los procesos al interior de la familia se alteran, incluyendo de manera especial la satisfacción de necesidades, lo que pone en riesgo la calidad de vida, particularmente de personas vulnerables, tanto en lo que respecta al estado de salud física como mental.

Ante esta situación es necesario contar con medidas de mitigación que permitan reducir los efectos negativos, de manera que la pérdida de ingresos se vea compensada, al menos

en parte, con transferencias en dinero y ayudas en especie, que se pueda atenuar el gasto mediante ciertas exenciones o facilidades de pago, y que se atiendan contingencias y necesidades al interior del hogar, como las ocasionadas por enfermedades distintas al Covid-19. Las medidas del gobierno en materia económica y social y la solidaridad social juegan así un papel primordial.

En este contexto, el GES adelantó una encuesta online para indagar por la situación de los hogares colombianos debido a la cuarentena y la percepción de las personas respecto a la cuestión nacional en materia económica y sanitaria, incluyendo medidas gubernamentales y la solidaridad social. En este observatorio se presenta una síntesis del estudio, centrado en los resultados de mayor relevancia dada la coyuntura.

A. Aspectos metodológicos

1. Ficha técnica

Objetivos: *i)* Establecer los efectos económicos y de salud que puede traer la cuarentena obligatoria sobre los hogares colombianos. *ii)* Conocer la percepción ciudadana con respecto a la situación del país con ocasión de la pandemia, a las medidas del gobierno nacional en materia económica y sanitaria, y a la transparencia en el manejo de la situación. *iii)* Medir distintas formas de solidaridad social y de apoyos del gobierno encaminadas a mitigar los efectos económicos de la cuarentena.

Universo y unidad de análisis: Hogares colombianos con acceso a internet. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en el país hay 7.506.178 hogares con estas características. Los hogares estuvieron representados en el estudio por personas mayores de 16 años, quienes fueron los que respondieron la encuesta.

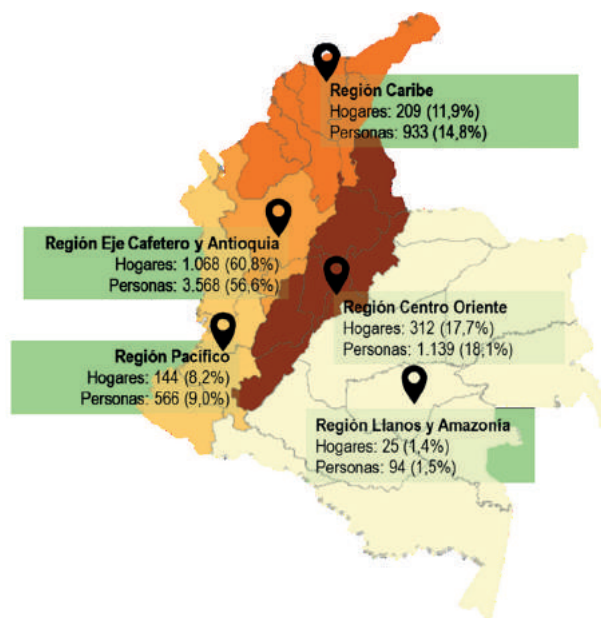
Muestreo: Se contó con un muestreo no probabilístico por conveniencia, con 1.758 hogares conformados por 6.300 personas de cinco regiones del país (Antioquia y Eje Cafetero, Caribe, Centro-Oriente, Pacífico, y Llanos y Amazonia) (ver *Gráfica 6*).

Técnica de recolección: La encuesta dispuesta en línea mediante formulario de *Google Forms* para su auto-diligenciamiento. Se promovió la participación vía redes sociales, principalmente Facebook, y mediante correo electrónico a personas que han participado en otros estudios del GES. Se propició un proceso de “bola de nieve”, así que

quienes recibían la invitación del GES o diligenciaban la encuesta invitaban a personas de otros hogares.

Fechas de recolección: 23 de abril de 2020 a las 13:00 horas al 5 de mayo a las 14:00 horas.

Gráfica 6. Hogares y número de personas en el estudio por región



Tipo de preguntas: Se combinaron preguntas de percepción (subjetivas) y preguntas sobre condiciones del hogar (objetivas), además de unas preguntas relativas al conocimiento sobre economía y salud. La mayoría de las preguntas fueron de escogencia múltiple y se contó con dos preguntas abiertas para conocer propuestas sobre el sistema y el talento humano en salud.

Temas abordados en cinco módulos: *i) características sociodemográficas* del hogar y del participante. *ii) Aspectos económicos*, relativos a los principales efectos a nivel de país y las medidas que deberían adoptarse, y a la situación y perspectivas del hogar en medio de la cuarentena. *iii) Aspectos de salud*, referidos a la presencia de enfermedades crónicas, su control y tratamiento, acceso a servicios y medicamentos durante la cuarentena, declaración sobre estado de salud y algunos determinantes, ocurrencia de otras enfermedades y acceso a servicios y a medicamentos. *iv) Aspectos sobre Covid*, acerca de posibles contactos con casos positivos o sospechosos, personas contagiadas en el hogar y tratamiento, y opinión respecto a medidas sanitarias. *v) Aspectos de solidaridad social y transparencia*, relativos a las ayudas recibidas u otorgadas por miembros del hogar, opinión sobre medidas gubernamentales y transparencia, y disposición a contribuir con aportes solidarios.

2. Población de estudio

Características de los participantes

Los participantes se concentran en la categoría adultos de 27 a 59 años (63%), seguida de las categorías jóvenes de 19 a 26 años (19%), adultos mayores de 60 o más años (13%) y adolescentes de 16 a 18 años (5%). Además, se contó con una mayor participación de mujeres con respecto a los hombres (62% y 38% respectivamente). Se evidencia también que los individuos cuentan con una educación alta, en la medida en que el 30% de ellos tiene educación superior y el 29% cuenta con posgrado, también hubo una participación significativa de personas con educación técnica, tecnológica y bachillerato (38%) y solo el 1% de los participantes reportan tener educación primaria. Entre las personas que diligenciaron la encuesta, la mayor parte cumplen el rol de jefe de hogar, pareja o cónyuge (65%), y el 32% corresponde al rol de hijo(a), seguido de nieto u otro (3%). En cuanto a ocupación, el 57,6% son personas que realizan una actividad económica (ocupados), seguidos de estudiantes (19,8%), desempleados (7,8%), personas en oficios del hogar (7,1%), pensionados (5,5%) y otros (2,2%).

Con el objetivo de aproximarse a la tasa de desempleo de la población encuestada se determina la población económicamente activa (PEA), además se tienen en cuenta las personas que reportaron haber estado buscando trabajo. Así, se obtiene una tasa de desempleo del 12%, la cual fue muy aproximada a la nacional para el mes de abril del año en curso. Por su parte, la población ocupada pertenece en su mayoría al sector de la salud (26%), educación (11%) y comercio (11%), siendo el primer y último sector, considerados como especialmente vulnerables por riesgo de contagio y por riesgo económico respectivamente. Los demás sectores con participantes adscritos a él son industria (6%), construcción (4.5%), administración pública y gobierno (4.5%), actividades financieras y de seguros, servicios públicos, información y telecomunicaciones (12%), sector agropecuario (2.5%), restaurantes y hoteles, actividades artísticas, entrenamiento (4%, 2% cada uno), minería (0.5%) y otros correspondiente al 18%.

Características de los hogares

Dado el propósito de la encuesta, conocer la situación de los hogares, las personas que diligenciaban la encuesta, encontraban que la mayor parte de preguntas hacían referencia a las circunstancias actuales de él y las personas que vivían con él. De la misma forma, en la sección sociodemográfica se tuvo en cuenta características como la edad de todos los integrantes del hogar, el rango de ingresos totales del hogar, el estrato socioeconómico y la ubicación de la vivienda, los beneficios que recibían y la afiliación en salud. Variables que son determinantes para entender el nivel de vulnerabilidad y poder evidenciar los efectos heterogéneos de la pandemia del Covid-19 en los hogares colombianos.

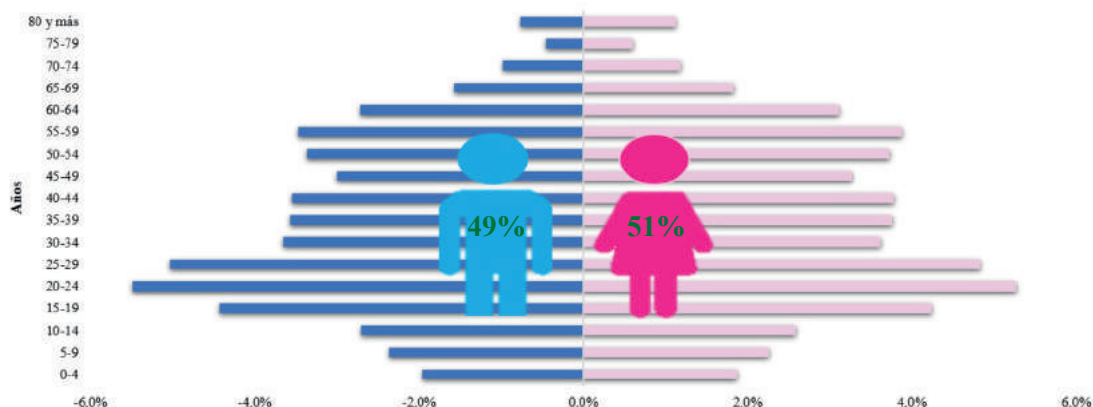
Como se evidencia en la **Gráfica 7** la población está concentrada en las edades de 30 a 59 años, con una participación del 42.6% sobre el total de individuos, seguida de las personas entre los 15 y 29 años (29.3%), mayores de 60 años (14.4%) y menores de 15 años (13.7%). Con respecto al género se usó la proyección poblacional del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), con base en el censo del año 2018.

Para tener una aproximación de la situación económica del hogar antes de la pandemia, los participantes reportaron un rango de ingresos del hogar y el estrato socioeconómico de la vivienda. Así, el 25% de los hogares declararon tener ingresos de entre 1 y 2 millones de pesos mensuales, seguidos de los hogares con ingresos superiores a 5 millones de pesos (23%), con ingresos inferiores a 1 millón de pesos (19%), con ingresos entre 3 y 5 millones (17%) y, entre 2 y 3 millones

(16%). Con respecto al estrato, la mayoría de viviendas están ubicadas en estratos 2 y 3 (24% y 32% respectivamente), en estrato 4 se encuentra el 16% de ellas, en estrato 5 el 12%, en estrato 1 el 10% y en estrato 6 el 6%. Además, la ubicación geográfica es principalmente en zona urbana (91%) y poseen vivienda propia (47%) o pagan crédito hipotecario (15%); el 37% reside en una vivienda arrendada.

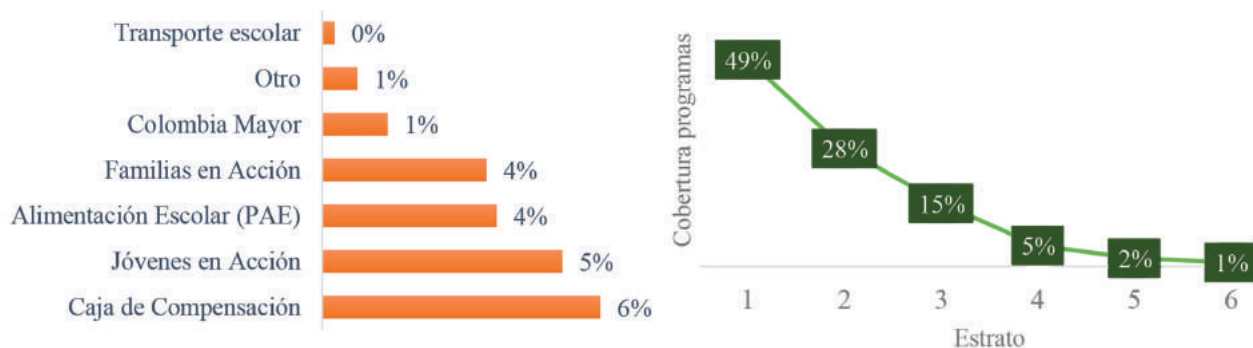
El 18,4% de los hogares del estudio es beneficiario de algún programa de transferencias en dinero o en especie (ver **Gráfica 8**), destacándose los subsidios de las Caja de Compensación Familiar, Jóvenes en Acción, el Programa de Alimentación Escolar, y Familias en Acción. En la encuesta se revela que estos programas en general benefician a los más pobres, pero la cobertura resulta insuficiente (49% en hogares de estrato 1 y 28% en estrato 2).

Gráfica 7. Población por grupos de edad y sexo



*Nota: Participación por sexo según series poblacionales del DANE, con base al censo 2018.

Gráfica 8. Hogares beneficiarios de programas en general y por estrato socioeconómico



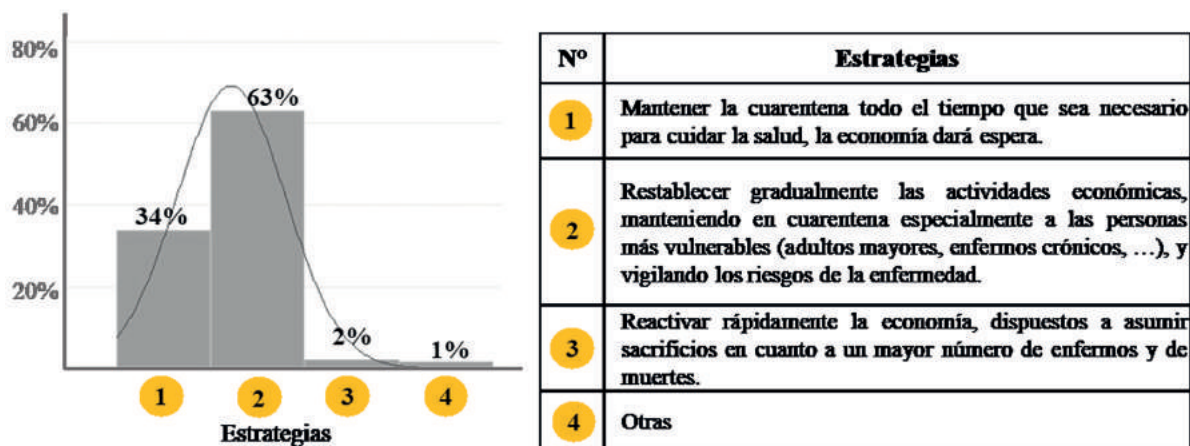
Con respecto a la protección en salud de los hogares, se puede afirmar que la cobertura en salud llega al 98% de ellos, aunque en algunos casos puede haber personas no afiliadas. Se contó con participación de hogares pertenecientes al

régimen contributivo (75.5%), al régimen subsidiado (20.5%), regímenes especiales (3%) y el 1% de ellos reportó que ningún miembro se encontraba afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

B. Resultados

1. ¿La salud o la economía?

Gráfica 9. Ante la situación del país, ¿Cuál debe ser la prioridad en este momento?



La cuarentena es considerada una medida efectiva para evitar la propagación del Coronavirus ante los riesgos de contagio y de colapso del sistema de salud. Sin embargo, como dicha medida implica una reducción drástica de la actividad económica, lo que puede representarse mediante el freno en los flujos de dinero y de bienes y servicios, existen diferencias de opinión respecto a su conveniencia y a la sostenibilidad en el tiempo. Aunque muchos consideran que se trata de un falso dilema, como de hecho lo afirmaron la directora del FMI y el director de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Georgieva y Ghebreyesus, 2020), se trata, ni más ni menos, que de elegir entre proteger la vida y la salud en el presente, a cambio de una crisis o recesión económica que obligaría a mitigar situaciones sociales complejas, o bien, proteger la economía en el presente, a cambio de afrontar los estragos que pueda ocasionar la pandemia. El debate mundial sobre la particular toma fuerza en la medida que avanza el tiempo, y economistas como Paul Romer se atreven a sostener que los costos de la cuarentena resultan superiores al escenario de no hacerlo y concentrarse en medidas como la detección oportuna y el control del virus mediante pruebas masivas y el aislamiento solamente de las personas contagiadas (Romer, 2020).

La diversidad de opinión fue captada en la encuesta. Aunque es mínima la proporción de quienes dan prioridad a la economía sin importar la salud (estrategia 3), en el otro

extremo el 34% opta por mantener la cuarentena “todo el tiempo que sea necesario” (estrategia 1), y el 63% considera prioritario restablecer gradualmente la actividad económica (estrategia 2). La opinión sobre estas estrategias varía según el nivel de ingresos, la edad y otras características socioeconómicas. Por ejemplo, el 46% de las personas de ingresos bajos dan prioridad a la estrategia 1, en comparación con el 19% de las personas de ingresos altos. En cambio, frente a la estrategia 2, esta es la prioridad elegida por el 76% de las personas de ingresos altos frente al 49% entre aquellas con ingresos bajos. En el caso regional, en Llanos y Amazonía (60%) y Caribe (52%) hay una proporción mayor de personas que prefieren mantener la cuarentena, mientras en el Eje Cafetero y Antioquia esta proporción es menor (27%) y se da mayor importancia al restablecimiento gradual de la economía, en comparación con el promedio nacional. Finalmente, también se da mayor prioridad a la estrategia 2 a medida que aumenta la edad (58% entre jóvenes y 73% entre adultos mayores).

2. Resultados en aspectos de salud

En la encuesta se pidió escoger, entre varias definiciones, la que más se aproximara a la idea personal sobre lo que es la salud. Aunque la mayoría considera la salud como “la posibilidad de vivir más y mejor” (42%) o sentirse bien (25%), similar a definiciones propuestas por Amartya Sen

(1999) y la OMS (1948), se presentan diferencias, aunque no muy notorias entre personas del sector salud y las demás. La noción centrada en los servicios de salud, más que en la salud como un estado de las personas, se hizo más evidente al seleccionar las variables para describir qué tan bien está la salud en el país. Los participantes seleccionaron en mayor medida el acceso a servicios de salud (63%), la cobertura del sistema o el seguro de salud (50%) y la calidad de los servicios (50%). Aunque entre las opciones se encontraban indicadores como tasas de mortalidad infantil y materna, incidencia en enfermedades crónicas y esperanza de vida, no recibieron mucha atención, habiendo sido seleccionados por 34%, 24% y 26% de los participantes, respectivamente.

En las medidas de salud son mayores las diferencias entre personas que tienen vínculos con el sector salud y el resto de los participantes en el estudio. Por ejemplo, para el 37% de quienes no pertenecen al sector, una medida es la calidad de los servicios, frente al 13% entre los del sector. Algo similar sucede con la creencia de que la cobertura es una medida de la salud (36% y 15% en cada grupo).

Tratamiento de los enfermos crónicos en la cuarentena

El 47% de los participantes en el estudio reveló que en su hogar hay al menos una persona con enfermedad crónica. Entre las enfermedades reportadas, de manera similar al orden que se presenta en el país, se encuentran: enfermedades del corazón, cáncer, enfermedades hipertensivas, Diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva del corazón.

Con respecto a la situación durante la cuarentena, en el 40% de los hogares con enfermos crónicos se reportó que no se ha tenido continuidad en el tratamiento, por ejemplo, en cuanto a citas médicas y exámenes, y 33,5% no ha recibido los medicamentos que necesita. Por su parte, para quienes no se han presentado dificultades, se destaca que la EPS o entidad responsable ha enviado los medicamentos a domicilio (30,5%) o ha entregado medicamentos en sus puntos de atención (57,4%). En cuanto a la situación de salud de las personas con alguna enfermedad crónica, en el 20% de los hogares se ha tenido algún quebranto de salud durante la cuarentena. Ante esto, en el 57% de los casos se emprendió alguna búsqueda de solución.

Tabla 3. Hogares con enfermedades crónicas: Acceso a servicios de salud

Presentaron un quebranto de salud 20%				
¿Qué hizo para resolver el problema?				
	No esta afiliado	RC	RS	RE
Acudió al sistema	13%	25%	28%	19%
Otras soluciones	31%	34%	25%	50%
No hizo nada	56%	42%	47%	31%
Motivos por los cuáles no solicitó atención				
	No esta afiliado	RC	RS	RE
Debido a la cuarentena	22%	25%	47%	38%
Servicios de salud colapsados	0%	10%	9%	13%
Por falta de dinero para el servicio	56%	2%	4%	0%
Por falta de dinero para el transporte	11%	1%	10%	0%
No podía ir solo(a)	0%	47%	25%	38%
Otro motivo	11%	15%	5%	13%

Nota: RC: Régimen contributivo, RS: Régimen subsidiado, RE: Régimen especial.

Como una aproximación a lo que significan las barreras al acceso (Restrepo et al, 2014), que en este caso se pueden agudizar por la cuarentena, teniendo en cuenta que el 43% de quienes tuvieron algún quebranto no solicitaron ningún tipo de atención, las principales razones para ello fueron que “No podía ir solo(a),

o “Debido a la cuarentena”. Por otra parte, si analizamos los motivos por los cuales las personas con enfermedades crónicas que no solicitaron atención de acuerdo con el tipo de régimen al que pertenecen, en la **Tabla 3** se observa que hay una mayor proporción de personas del régimen subsidiado

que no solicitó atención debido a la cuarentena (47%) en comparación con el régimen especial (38%) y régimen contributivo (25%).

En cuanto a los servicios colapsados, los usuarios del régimen especial (12%) reportan una mayor proporción con respecto al régimen contributivo (10%) y subsidiado (9%). Finalmente, en cuanto al acceso por falta de dinero para pagar los servicios y falta de dinero para el transporte se observa que los usuarios del régimen subsidiado reportan una mayor proporción (4% y 10% respectivamente), mientras que los usuarios de régimen especial no reportan este problema.

Entre los motivos por los cuales no accedieron, se observa que hay una proporción mayor de hogares de menores ingresos que no solicitaron atención debido a la cuarentena (37%) frente a uno 28% de los hogares con mayores ingresos. Por otra parte, el 46% de hogares de mayores ingresos reportó que no solicitaron atención debido a que no podían ir solo(a) en comparación con un 22% de los hogares de menores ingresos. Por otra parte, aunque los indicadores promedio son muy bajos, la falta de dinero para pagar el servicio asciende al 10% como un motivo para no solicitar servicios, entre las personas de ingresos bajos, y para pagar transporte al 16%. En cambio, los hogares de mayores ingresos no reportaron esta dificultad.

Tratamiento de problemas de salud diferentes a las enfermedades crónicas en la cuarentena

El 17% de los participantes en el estudio manifestó que durante la cuarentena al menos una persona en el hogar había presentado algún problema de salud, diferente a los relacionados con enfermedades crónicas. Ante esto, el 74% de los hogares hizo algo para resolver el problema de salud, entre

los cuales predominan otras soluciones diferentes a acudir al sistema. Predominan los remedios caseros, la automedicación, el pago de servicios particulares y solicitar ayuda a un amigo o familiar. Además, entre los motivos que tienen las personas que no hicieron nada prevalece el motivo de la cuarentena, seguido por otros motivos como que era un problema de salud menor y el miedo al contagio.

El peso de los motivos por los cuales las personas no solicitaron atención difiere de acuerdo con el nivel de ingresos de los hogares. Se observa que para hogares de mayores ingresos hay una proporción más alta de personas que no podían ir solos(as), mientras que para los hogares de menores ingresos no se reporta esta dificultad. Por otro lado, los hogares de menores ingresos (en especial hogares con ingresos entre 1 y 2 millones y menores a un millón) reportan como dificultad la falta de acceso a los servicios por falta de dinero y servicios colapsados. En cuanto a que no fue posible salir por la cuarentena se reporta una mayor proporción en hogares de mayores ingresos (50%) en comparación con los hogares de menores ingresos (28%).

Al analizar los motivos por los cuales las personas no accedieron a los servicios de salud por tipo de régimen, en la *Tabla 4* se observa que en el régimen subsidiado se concentra una mayor proporción de personas que reportan no solicitar atención por falta de dinero para pagar los servicios (6%), falta de dinero para el transporte (28%) o servicios de salud colapsados (17%), en comparación con el régimen especial y contributivo que no reportan problemas para acceder por falta de dinero para el transporte. Entre los hogares no afiliados, la mayoría (60%) afirma que no hizo nada para resolver el problema de salud debido a falta de dinero para el transporte.

Tabla 4. Hogares que presentaron algún problema de salud: Acceso a servicios de salud, según tipo de régimen

Presentaron problema de salud		17%			
¿Qué hizo para resolver el problema de salud?					
	No esta afiliado	RC	RS	RE	
Acudió al sistema	25%	34%	36%	44%	
Otras soluciones	33%	43%	38%	22%	
No hizo nada	42%	24%	26%	33%	
Motivos por los cuáles no solicitaron atención					
	No esta afiliado	RC	RS	RE	
Debido a la cuarentena	20%	38%	39%	33%	
Servicios de salud colapsados	0%	11%	17%	33%	
Por falta de dinero para el servicio	60%	4%	6%	0%	
Por falta de dinero para el transporte	0%	0%	28%	0%	
No podía ir solo(a)	0%	2%	0%	0%	
Otro motivo	20%	45%	11%	33%	

Nota: RC: Régimen contributivo, RS: Régimen subsidiado, RE: Régimen especial.

Con respecto, a la medición de lo que ha pasado con algunas variables de salud en la cuarentena, se construyó un índice entre -1 y 1, a partir de las respuestas para cada aspecto, donde -1 indica “ha empeorado mucho”, -0.5 “ha empeorado un poco”, 0 “no ha cambiado”, 0.5 “ha mejorado un poco”, y 1 “ha mejorado mucho”.

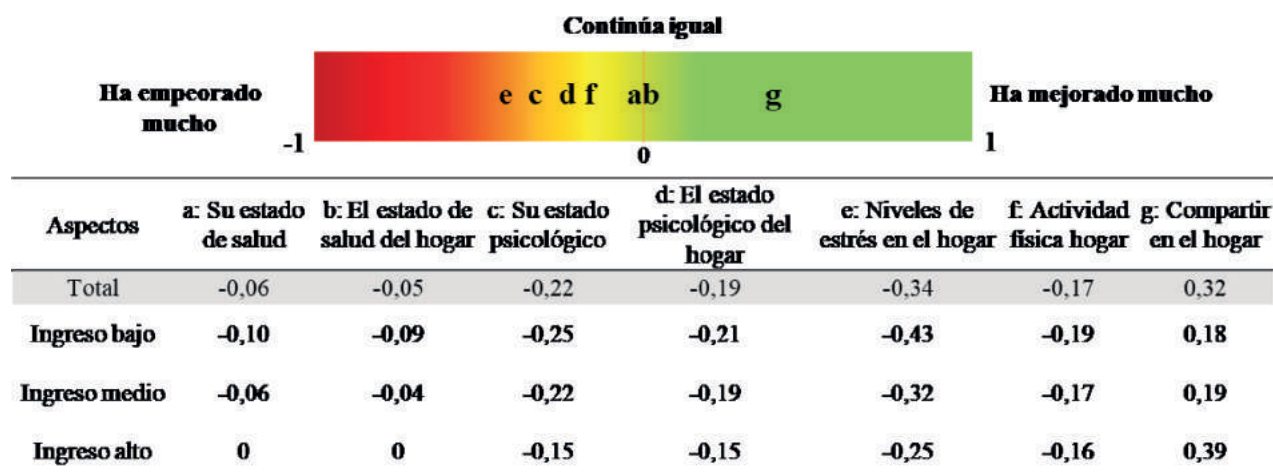
En la **Gráfica 10** se presentan los resultados generales en una regla en la que se ubica cada aspecto con el número correspondiente, según la variación promedio. Lo que más ha empeorado han sido los niveles de estrés y el estado psicológico, lo cual guardo mucha relación, y lo único que ha tenido cambio positivo ha sido el “compartir en familia”. Además, se presentan los resultados para las personas que declararon en la encuesta un ingreso bajo y las de ingreso alto. Se notan brechas importantes que muestran la mayor desventaja de los hogares con ingreso bajo, la más alta justo en los niveles de estrés.

A propósito del estrés y el estado psicológico, se preguntó si en los últimos treinta días alguno de los miembros del hogar

requirió asistencia psicológica, 16% dijeron que sí, y entre ellos 12,1% aún no habían recibido atención, 52,5% recibió atención de la EPS, 7,9% recibió atención gratuita, y 27,5% recibió atención particular.

Teniendo en cuenta que la cuarentena puede dar lugar a la cancelación o al aplazamiento de algún servicio de salud programado previamente, se preguntó si ello había ocurrido con alguna persona del hogar. La respuesta fue afirmativa para el 34%, para 35% no pasó esto, y el 31% no tenía servicios programados. Entre los servicios aplazados o cancelados se destacan las consultas con especialista (56%) y exámenes diagnósticos (24%), seguidos de procedimientos o cirugía (10%) y otros servicios (10%). También se reportaron servicios de fisioterapia, programas de rehabilitación y aplicación de medicamentos. Entre las personas a quienes se les canceló o aplazó algún servicio, el 45% respondió que llevan entre uno y dos meses espera, otros indican que llevan menos de un mes (29%) y el porcentaje restante lleva a la espera más de dos meses (26%).

Gráfica 10. ¿Qué ha pasado durante la cuarentena en aspectos de salud física y mental?



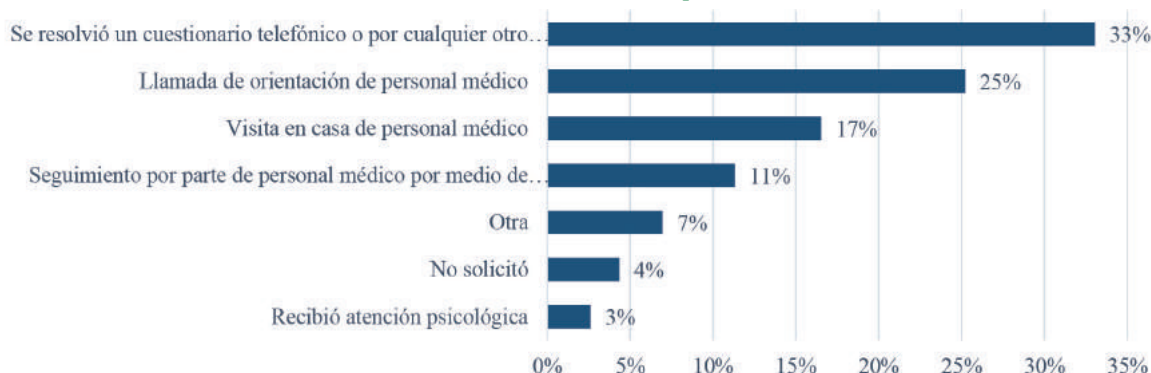
3. Resultados en aspectos de Covid-19

Entre las personas encuestadas, el 12% afirmó que al menos una persona del hogar ha tenido síntomas que los ha hecho pensar que sea coronavirus, y una proporción similar (11%) indicaron que al menos una persona tuvo contacto reciente con una persona que pudiera tener coronavirus, o estuvo en algún lugar en donde se han presentado casos. De las personas que respondieron afirmativamente lo anterior, el 33% indicó que solicitaron atención por sospecha de coronavirus. En la gran mayoría de los casos se obtuvo una respuesta oportuna, con

diferentes tipos de atención (ver **Gráfica 11**). De este grupo, a 46 personas les realizaron la prueba durante las últimas semanas. Entre estas pruebas, tres arrojaron un diagnóstico positivo para Covid-19 y esas tres personas afirmaron que recibían tratamiento en casa.

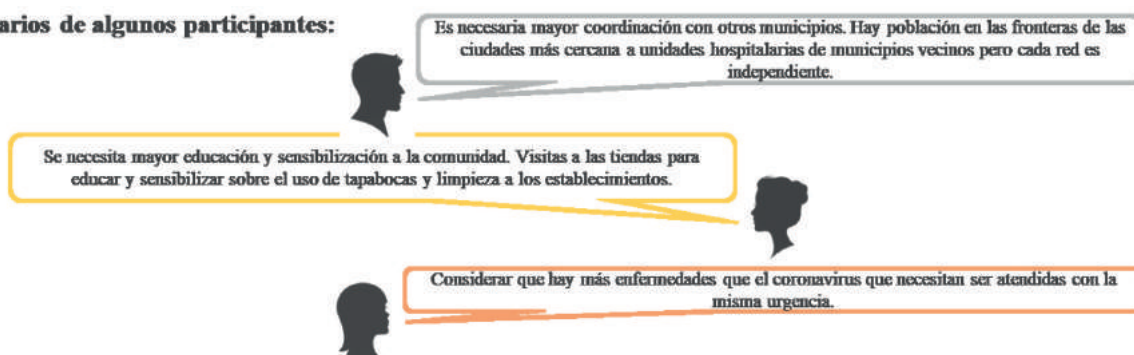
Por otra parte, queriendo indagar más por la cercanía que puedan tener las personas con la pandemia, se preguntó si en los últimos 30 días había fallecido algún familiar o persona cercana, y se preguntó por la causa. Se reportaron así 164 muertes, y entre ellas 13 atribuidas al Covid-19.

Gráfica 11. Atención recibida ante sospecha de Covid-19



¿Qué cree que hace falta en el sector salud de su ciudad o municipio para hacerle frente a la situación actual?

Comentarios de algunos participantes:



Esta pregunta abierta fue planteada a los participantes en el estudio para conocer su opinión sobre las capacidades del sistema de salud ante la pandemia. Se agruparon las respuestas en varias categorías de análisis, incluyendo la opinión “Nada” hace falta y teniendo en cuenta que cerca del 30% no respondieron a esta pregunta. A nivel nacional, para el 29,2% de los participantes lo que más hace falta es capacidad instalada (UCI), personal médico y equipos, el 19,1% considera que se requieren más pruebas, el 6,5% que faltan más recursos, el 5,5% mayores medidas de vigilancia y control, y el 4,4% un mayor acceso en la atención en salud.

4. Resultados en aspectos económicos

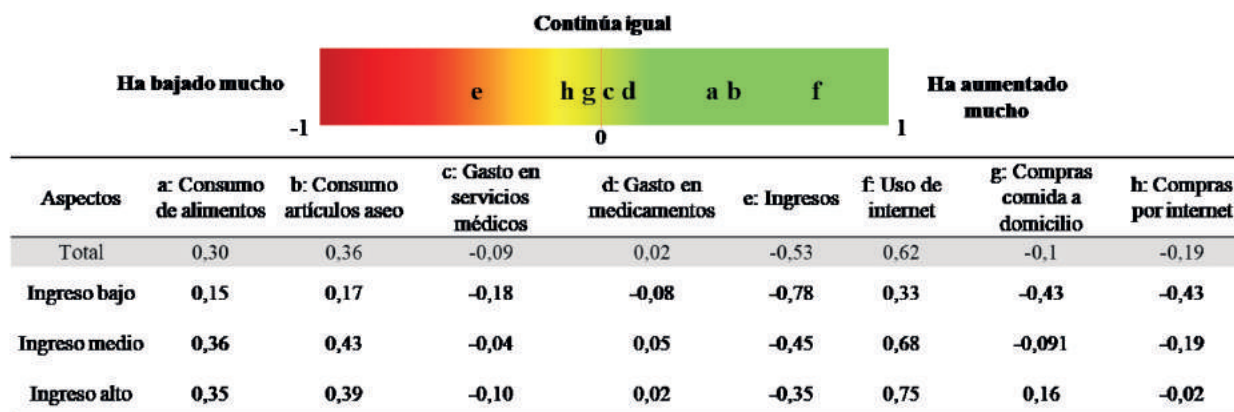
Similar a lo que se hizo con las variables de salud, se cuenta con el índice que da cuenta de la afectación en variables económicas, específicamente el ingreso y el consumo y el gasto en varios rubros. La situación más preocupante se tiene en la reducción del ingreso y, en general, en todas las variables se presenta una brecha muy considerable según el nivel de ingresos de los

hogares (ver *Gráfica 12*). En lo que respecta al ingreso, el 42% de los participantes este bajó mucho en su hogar.

Nótese que, aunque el consumo de alimentos y de artículos de aseo aumentó para todos los ingresos, fue más bajo para los hogares de ingresos bajos. En estos mismos hogares se redujeron las compras por internet y las compras de comidas a domicilio, las que tuvieron una variación positiva entre los hogares de ingresos altos. Se destaca también que el uso de internet aumentó mucho más en los hogares de ingresos altos.

La situación de los hogares que experimentaron una caída grande de su ingreso se ve reflejada en hechos como que el 87% de ellos tuvieron alguna dificultad en el último mes para cumplir con sus obligaciones, y de estos hogares el 60% debió acudir a un préstamo. Las personas que más solicitaron préstamos se encuentran en los niveles de ingreso más bajos debido a que el 60% de hogares que realizaron préstamos tienen ingresos inferiores a un millón de pesos. Predominan los préstamos solicitados a familiares (44%) o amigos (41%), mientras las entidades financieras ocupan el tercer lugar (29%), seguidas del mecanismo conocido como paga diario (14,8%).

Gráfica 12. ¿Qué ha pasado durante la cuarentena en aspectos económicos?



Por otra parte, la mayoría de los hogares (44%) estiman que les tomará por lo menos un año volver al mismo nivel económico que tenía antes de la pandemia. Al contrastar este resultado por nivel de ingresos, más de la mitad de los hogares con nivel de ingreso bajo dicen que les tomará por lo menos un año volver a su nivel económico y el 10% de ellos consideran que podría tomar varios años. Mientras en los hogares de niveles de ingreso alto la mayoría manifiesta que su situación económica no hay cambiado (34% y 42% para rangos de ingreso de 3 a 5 millones o más de 5 millones respectivamente).

Con el objetivo de aproximarse a la vulnerabilidad económica regional se estimó un índice entre 0 (bajo riesgo) a 100 (alto riesgo), con la información que reportaron los hogares, ante diferentes situaciones que posiblemente habían ocurrido u ocurrirían en su hogar. Para calcular dicho índice se dio una asignación de 0 a la opción de respuesta “es muy seguro que no ocurra”, 25 a “es poco probable que ocurra”, 75 a “es muy probable que ocurra” y 100 a “ya ocurrió o seguro va a ocurrir” y luego se estimó la media para las 10 situaciones a nivel regional. De esta forma, tal como se evidencia en la **Gráfica 13**, la Región Llanos y Amazonía se podría considerar las más vulnerable, en la medida en que su calificación de riesgo es de **70**, seguida de la Región Pacífico (**61**). Por su parte, se estima que la región Eje Cafetero y Antioquia es la menos vulnerable, con una calificación de riesgo de **47**.

Entre las situaciones por las que se indagó, se observa que la reducción del ahorro tiene una calificación promedio de riesgo de **75**, lo cual indica que es muy probable que ocurra (ver **Tabla 5**). Esto es consistente con la evidencia empírica que muestra que la inversión y el ahorro son las variables más volátiles y que los hogares prefieren sacrificar el ahorro, en lugar de su nivel de consumo. Por otra parte, cabe anotar

que el nivel de riesgo tiene diferencias significativas de acuerdo con el nivel de ingreso de la población, en todas las situaciones el nivel de riesgo es mayor para la población con más bajos ingresos en contraste con quienes tienen los ingresos más altos.

Gráfica 13. Índice de riesgo económico regional a partir de la valoración de la afectación del hogar en diferentes situaciones

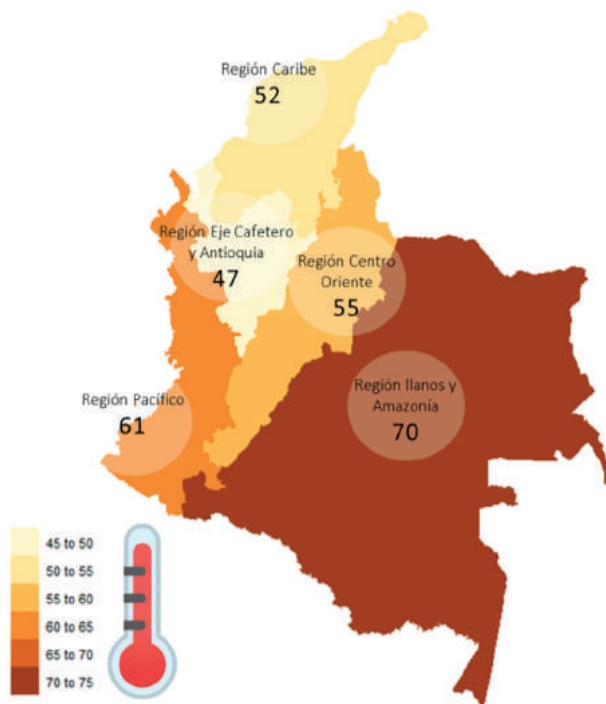


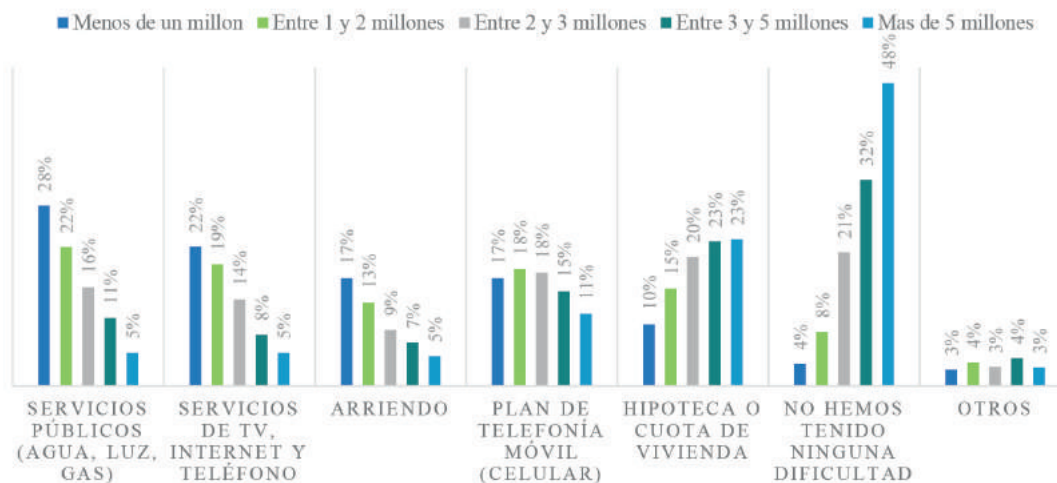
Tabla 5. Probabilidad de ocurrencia de diferentes situaciones económicas en el hogar

Afectaciones frente a la pandemia	Alguien perderá el empleo	Se reducirá el ingreso	Caeremos en situación de pobreza o esta aumentará	Vamos a padecer hambre	Estaremos más inseguros	Se reducirá nuestro ahorro	Estaremos más endeudados	Tendremos que vender algo la casa, carro u otros bienes	Nos tendremos que cambiar de casa
Total	57	69	41	32	59	75	58	35	28
Ingresos más bajos	75	83	65	58	72	84	76	57	47
Ingresos más altos	39	57	23	15	46	64	38	22	16
Diferencia	36	26	42	43	26	20	38	35	31

Por otra parte, cuando se indaga por las dificultades que han tenido los hogares durante el último mes, los participantes indican que las principales dificultades en cuanto a sus obligaciones se encuentran en el pago de los servicios públicos, hipoteca o cuota

de vivienda, plan de telefónica móvil y servicios de TV, internet y teléfono. Además, se observa que hay una mayor proporción de hogares ubicados en el área rural que reportan mayores dificultades que los hogares del área urbana (ver **Gráfica 14**).

Gráfica 14. Hogares que han tenido dificultades para pagar en el último mes



5. Percepción sobre el papel del gobierno: medidas sanitarias, económicas y nivel de transparencia

Opinión sobre medidas sanitarias

Con respecto a la pregunta *¿Qué cree que hace falta en el sector salud de su ciudad o municipio para hacerle frente a la*

situación actual? El 29,2% de los participantes de la encuesta consideran que lo que más hace falta al sector salud de su ciudad o municipio es capacidad instalada (UCI), personal médico y equipos, el 19,1% considera que son más pruebas lo que más hace falta y el 6,5% que hace falta más recursos en el sistema. Le siguen a estas necesidades tener mayores medidas de vigilancia y control (5,5%), mayor acceso en la atención en salud (4,4%) y Nada (4,2%).

Ahora, con relación al interrogante “*Si usted cree que deberían darse incentivos o algún trato especial al personal de salud, con ocasión de la atención de la pandemia, por favor enuncie lo que considere apropiado*”. El 36% de las respuestas analizadas hasta ahora, los participantes manifiestan que sí se deben dar incentivos o trato especial al personal de salud, sin embargo, no especifican que clase de incentivos. El 27,9% considera que se deben dar incentivos económicos (primas, bonificaciones, aumento de salario, mejores, entre otros) y el

11,9% considera que debería brindarles mayores medidas de protección (EPP-PyP).

En el *Esquema 1* se observa que la mayoría de las personas está de acuerdo con las medidas sanitarias, sin embargo, la idea de restringir el transporte municipal y las cabinas de desinfección presentaron un porcentaje importante de desacuerdo (18% y 10% respectivamente). Los hogares que no están de acuerdo con la medida relativa al transporte intermunicipal son en su mayoría estratos 4,5 y 6.

Esquema 1. Medidas sanitarias para mitigar la pandemia de Covid-19



**Nota: en cada caso, las personas restantes manifestaron ser indiferentes frente a las medidas o que no sabían*

Qué pasa o puede pasar con la economía nacional y opinión sobre medidas económicas

Al indagar por las por los efectos económicos a raíz de la pandemia por Covid-19, se observa que la mayoría de los hogares (81%) coinciden en que el principal efecto económico que enfrentará el país en el marco del Covid-19 será el aumento en el costo de vida, seguido de una menor inversión privada y la quiebra de empresas. Para la fecha (abril 23 a mayo 5), no era muy notoria la preocupación por el desempleo, siendo este efecto el cuarto en el ranking con un 26% de participación. Con respecto al incremento en la pobreza, el crecimiento negativo de la economía, el incremento en los impuestos y la desigualdad, la participación de hogares que consideraban iba a ser el principal efecto económico era de 24%, 23%, 15% y 15% respectivamente.

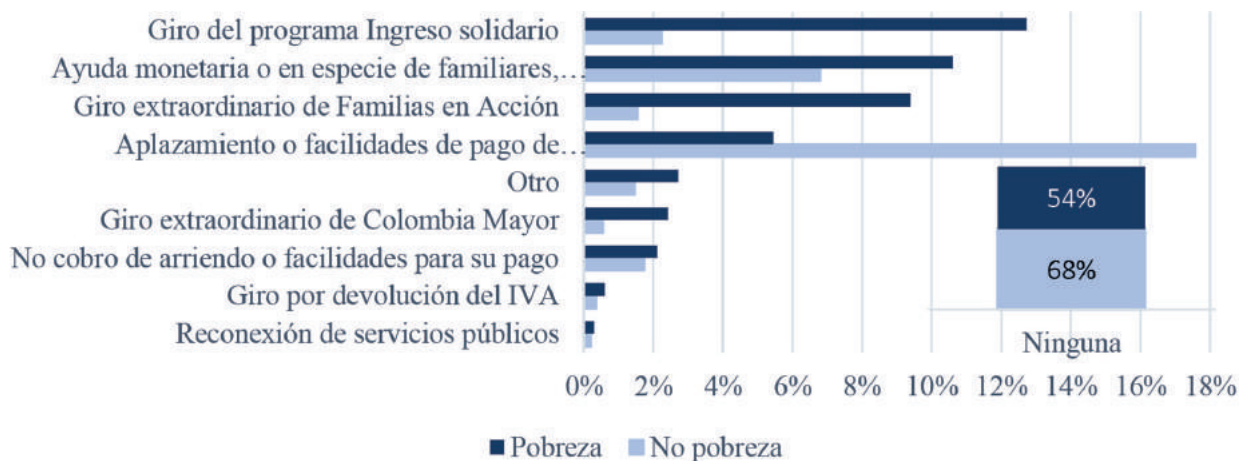
Por su parte, al preguntar a los hogares ¿cuáles deberían ser las tres principales medidas que debería tomar el gobierno

para afrontar los efectos económicos de la pandemia? Se evidencia que el desarrollo de estrategias para generar el empleo encabeza la lista con un 61% de participación, seguido del apoyo financiero a las empresas (51%), la reducción de tasas de interés (48%), el mejoramiento de condiciones crediticias para los hogares y empresas (43%), mayores transferencias o subsidios a las familias (40%), impuesto especial a las grandes empresas (21%) y otros (14%).

Resultados en aspectos de solidaridad social y transparencia

El 65% de los hogares encuestados reporta que no recibió ninguna ayuda. Sin embargo, 36% de los hogares que reportan haber recibido alguna ayuda durante esta cuarenta, 44% de ellos indican que las ayudas provienen del aplazamiento o facilidades de pago de obligaciones financieras, como tarjeta

Gráfica 15. Recepción de ayudas según condición de pobreza del hogar



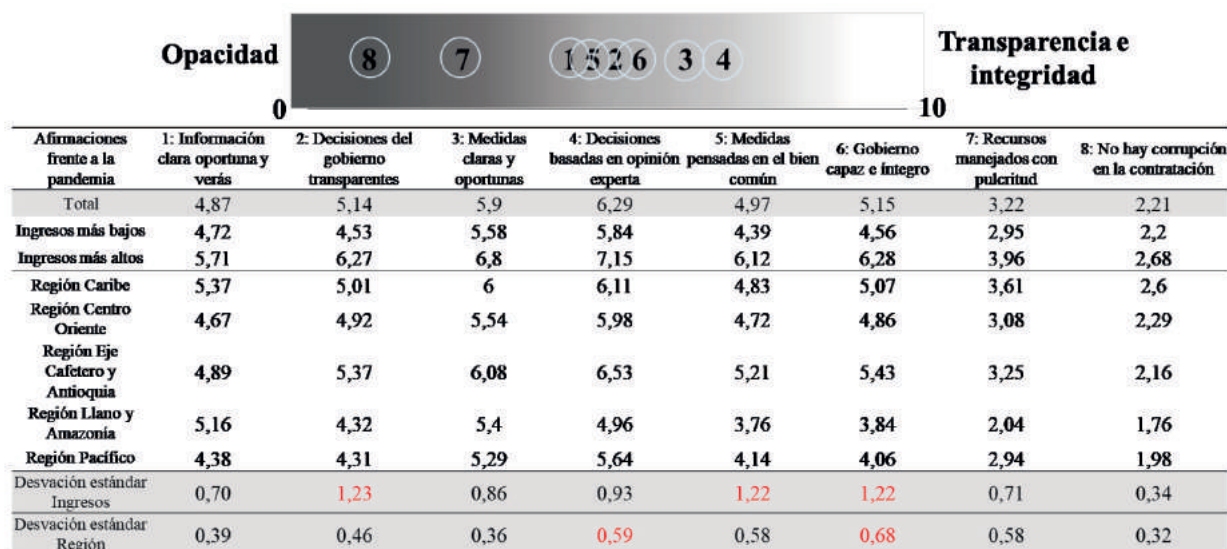
Esquema 3. ¿Quién administraría mejor los aportes solidarios para mitigar los efectos del COVID-19?



En cuanto a la percepción que se tiene sobre la transparencia y la integridad en el manejo de diferentes situaciones originadas por la pandemia se evidencia que en su la mayoría de las personas consideran que hay un nivel intermedio entre opacidad y transparencia en las diferentes afirmaciones, siendo

“las decisiones basadas en opinión experta” la afirmación que tuvo una mayor calificación (6,29) y la afirmación “no hay corrupción en la contratación” la que tuvo una peor calificación (ver *Gráfica 16*).

Gráfica 16. Percepción de transparencia en el manejo de las situaciones originadas por la pandemia



*Nota: En la regla se ubican varios ideales en cuanto a integridad y transparencia. La calificación promedio indica qué tanto se cumple cada ideal, desde 0 que significa “no se cumple en absoluto”, hasta 10 “se cumple plenamente”. En la tabla los ocho aspectos calificados y cómo se diferencian según ingresos y región.

Si usted cree que deberían darse incentivos o algún trato especial al personal de salud, con ocasión de la atención de la pandemia, por favor enuncie lo que considere apropiado.

Comentarios de algunos participantes:

El trato especial está en asegurarles las condiciones biosanitarias para la atención de la pandemia y además cumplirles con el pago de su salario. Siempre, no solo por la pandemia.

Esa es la función de ellos en todas las épocas, incluyendo las surves y las de crisis. Se debe revisar sus condiciones de trabajo en todos los momentos y si hay que mejorarlas, hacerlo, de forma permanente.

Es pertinente son personas que se están exponiendo y están mal asalarados y trabajando en precarias condiciones

Dar los elementos de seguridad y crear las condiciones para ello. Respeto a su labor. Lo que incluye que les paguen bien y a tiempo.

Esta pregunta abierta fue procesada de forma similar a la que indagaba por la opinión sobre capacidades del sector salud. A nivel nacional, el 36% de los participantes manifestaron su acuerdo con dar incentivos o un trato especial al personal de salud, aunque sin especificar qué clase de incentivos. El 27,9% considera que se deben dar incentivos económicos,

como primas, bonificaciones y aumento de salario, y el 11,9% considera que deberían brindar mayores medidas de protección. Al mirar el tema por regiones, aunque los resultados se mantienen, dependiendo de la región varía la proporción en la que consideran necesarias las distintas categorías.

C. Discusión y conclusiones

El análisis de la encuesta adelantada por el GES, a propósito de la cuarentena nacional obligatoria para contener y mitigar la pandemia del Covid-19 en Colombia, da cuenta de los efectos sobre la economía y la salud de los hogares, así como de la opinión ciudadana acerca de varias medidas económicas y sanitarias, y, muy especialmente, de la manera como avanzan las ayudas económicas por parte de hogares receptores o donantes, la confianza sobre el manejo de tales ayudas y varios aspectos relativos a la transparencia y la integridad en el marco de la crisis.

Aunque los resultados pueden no ser representativos en términos estadísticos de lo que sucede en el país, en particular por tratarse de un muestreo no probabilístico y de los sesgos derivados de la autoselección de los participantes, el número de encuestas logrado y la diversidad social, económica y regional ofrecen buenas pistas para plantear ciertas afirmaciones o hipótesis respecto de lo que ocurre en los hogares del país. Eso sí, los resultados pueden hablar en forma aproximada de los hogares en donde se cuenta con servicio de internet o dispositivos móviles con acceso a plan de datos, hogares que presentan cerca de la mitad de la población nacional y poseen unas características socioeconómicas superiores al promedio nacional, como sucede con la población del estudio.

Entre las limitaciones del estudio, que implica tener cuidado a la hora de buscar generalizaciones, se tiene la distribución regional, con una excesiva representación de Antioquia y una más baja de otras regiones en donde se tiene mayor participación en el país, como la región Centro Oriente y la región Caribe. Además, producto del procedimiento de muestreo y de la autoselección, se tiene una sobrerrepresentación de personas con niveles de educación altos, y muy pequeña con los niveles bajos y medios, lo que parece moderarse un poco si se tiene en cuenta la representación de los diferentes estratos socioeconómicos o niveles de ingresos. Aunque entre los profesionales y sectores en los que se labora existe una participación importante de personal del sector salud y quienes hayan estudiado economía o áreas afines, esto constituye una riqueza del estudio en tanto permite diferenciar de manera especial la percepción sobre varios fenómenos y su relación con el conocimiento.

A continuación, un esbozo de los principales hallazgos y los aspectos sobre los que debería ponerse mayor atención por parte de las autoridades, de organizaciones sociales y de la academia para profundizar en el análisis y plantear escenarios,

realizar monitoreo y poner en marcha acciones para mitigar la situación económica y social, con especial atención sobre las necesidades en salud.

- **El dilema entre salud y economía.** Este análisis brinda algunas luces para abordar un diálogo social acerca de la estrategia principal encaminada a mitigar los efectos de la pandemia mediante la acción colectiva, principalmente en lo que respecta a la vida y la salud, por una parte, y la subsistencia, el empleo y el ingreso, por la otra. Respetando la postura de cada persona, es notoria la necesidad de contribuir a la formación de opinión a partir del conocimiento, por ejemplo, sobre el significado y la medición de la salud y la economía, y la evidencia científica respecto al manejo de enfermedades. En esto, la academia y las organizaciones sociales juegan un papel primordial.
- **Los riesgos para la salud “No Covid-19”.** Al concentrarse en la prevención, la detección y el tratamiento del Covid-19, volcando un gran volumen de recursos hacia ello y detrayendo aquellos destinados a la atención de la salud en general, se asumen otros riesgos que pueden causar deterioro en la calidad de vida. En este sentido, los resultados de la encuesta marcan una alerta muy clara respecto a la situación de las personas con enfermedades crónicas, para muchos de los cuales se interrumpe la continuidad de tratamientos y, de hecho, se presentan quebrantos que, ante la situación de la cuarentena, se quedan sin atender. Urge por tanto establecer un protocolo de atención que sea objeto de monitoreo y vigilancia para garantizar la atención de estos pacientes con mecanismos de tele-asistencia y el envío de medicamentos a domicilio.
- **Más preocupante parece ser la salud mental.** El estudio revela que la mayor afectación sobre la salud puede estar recayendo sobre la salud mental o el estado psicológico de las personas, lo que se expresa por ejemplo con un mayor estrés. Aunque las personas solicitan ayuda y algunas reciben atención de su EPS o de organizaciones que la brindan de manera gratuita, muchas personas se quedan sin recibirla. De manera que urge en este caso un programa que integre diversas instituciones y universidades para lograr una buena cobertura

y evaluar situaciones de riesgo psicosocial que impliquen intervención de organismos protectores de derechos humanos.

- **La reducción del ingreso y sus consecuencias en la calidad de vida.** Este estudio ofrece también evidencias importantes acerca de la reducción del ingreso para la mayoría de los hogares, fenómeno mucho más acentuado en aquellos de ingreso bajo y medio, entre quienes se concentra el riesgo de inseguridad económica. Se muestran además los mecanismos de ajuste y compensación que pueden estar emprendiendo los hogares, entre los que se resaltan las ayudas informales y los préstamos de familiares y amigos, al igual que mecanismos como el *pagadario*.
- **La desigualdad y la vulnerabilidad al descubierto.** La diferencia en los niveles de ingreso, como se capta en la encuesta entre hogares en situación de pobreza hasta hogares de ingresos altos, se refleja también en los efectos que trae la cuarentena y muestra la fragilidad y la cobertura insuficiente de los programas de protección social.
- **La opinión sobre medidas sanitarias.** Aunque es mayoritario el respaldo a medidas como el uso de tapabocas, el pico y cédula o la desinfección en el transporte público, es importante considerar algunos comentarios críticos o indiferencia frente a otras medidas como las restricciones al transporte intermunicipal o el uso de cabinas de desinfección, de manera que se adelante una mayor sensibilización y se desarrollen campañas pedagógicas.
- **El papel de las ayudas: dar y recibir.** El necesario complemento entre la protección social del Estado y la que brindan organizaciones de distinto tipo y ciertos mecanismos informales se revela en la encuesta, especialmente por la importancia de la solidaridad social y la mayor confianza que se tiene en organizaciones sociales para el manejo de ayudas. Es por ello que, el gobierno nacional y las

alcaldías deben conformar unos comités y fondos especiales, dando predominio o permitiendo el empoderamiento de actores sociales.

- **Transparencia e integridad.** Aislamiento social ante el virus, aglomeración contra la corrupción. Es necesario abogar por un compromiso de cero tolerancia a la corrupción.

Referencias

Becker, G. (1987). *Tratado sobre la familia*. Madrid: Alianza Editorial.

Georgieva, K & Ghebreyesus, A (3 April 2020). Some say there is a trade-off: save lives or save jobs – this is a false dilemma. Londres. The Daily Telegraph Disponible en: <https://www.telegraph.co.uk/global-health/science-and-disease/protecting-healthandlivelihoods-go-hand-in-hand-cannot-save/>

Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80, 2, 223-255.

Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Ontario, Canada: Information Canada.

Long, H (27 April 2020). The only way to get back to normal this summer is to test everyone in the United States, Nobel Prize-winning economist says. The Washington Post. Disponible en: <https://www.washingtonpost.com/business/2020/04/27/economy-coronavirus-romer-reopen>

Mankiw, G. (2012). *Principios de Economía*. México: Cengage Learning

Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>

Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de

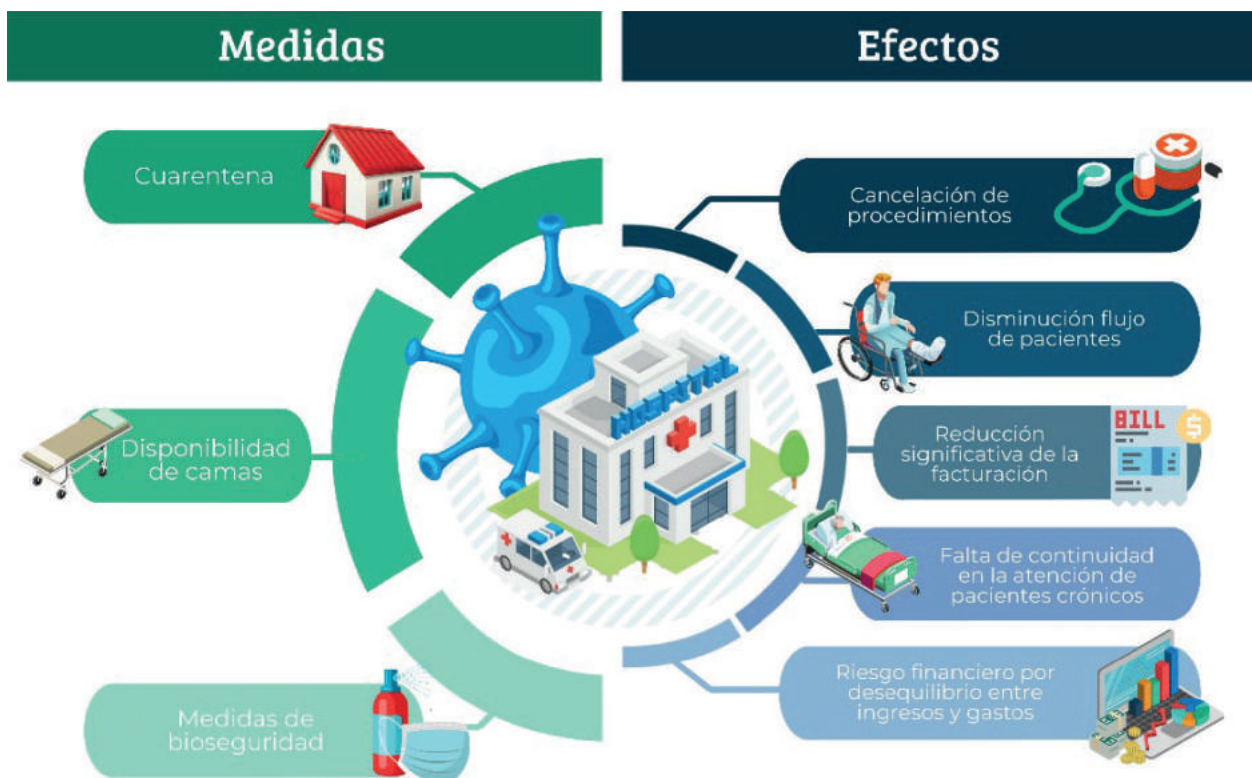
barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2014; 13(27): 242-265.

<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps13-27.assa>

Sen, A (1999). «La salud en el desarrollo». Conferencia en la 52a. Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra



IV. IPS de Colombia en medio de la contingencia del Covid-19



Fuente: Elaboración GES

Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el coronavirus-Covid-19 como una pandemia, surgió una gran preocupación en los estados sobre la capacidad de los sistemas de salud para enfrentar esta emergencia. En Colombia, el 17 de marzo se declaró el Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica mediante el Decreto 417, con el objetivo de adoptar las medidas necesarias para enfrentar la crisis e impedir la extensión de los efectos del virus. Según las proyecciones de la Dirección de Epidemiología y Demografía del Ministerio de Salud y Protección social (MSPS), la población con mayor riesgo de afectación por el Covid-19 sería el 34,2% del total de la población, cerca de 17 millones de ciudadanos (Decreto 417,2020).

Frente a este panorama, el gobierno nacional, consciente de que el sistema de salud colombiano no estaba en capacidad de atender una emergencia de esa magnitud, estableció una serie de medidas para fortalecerlo. Por su parte, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS),

reaccionaron con gran velocidad para dar respuesta a la emergencia sanitaria y garantizar la atención de la población colombiana. Tomaron medidas como cerrar servicios, aplazar y cancelar procedimientos no urgentes, aumentar su capacidad instalada, capacitar a su personal, garantizar la seguridad de los pacientes y su talento humano, entre otras (ACHC, 2020).

En medio de la pandemia, las IPS se vieron afectadas como la mayoría de las empresas de otros sectores de la economía colombiana. A pesar de estar preparadas para recibir una gran afluencia de pacientes, y de invertir una gran cantidad de recursos para su atención, las IPS observaron un escenario diferente. A principios de la cuarentena, la cancelación de procedimientos, la inasistencia de los pacientes y las medidas tomadas por el gobierno para hacerle frente a la emergencia sanitaria, provocaron una reducción en la prestación de los servicios de salud y por ende en los ingresos percibidos por las IPS, agravando la situación financiera de estas instituciones.

A. Aspectos metodológicos

Con el propósito de identificar el comportamiento de la prestación de los servicios y la situación de las IPS en medio de la pandemia, el GES adelantó una encuesta, entre el 8 de junio y el 14 de julio, dirigida a las IPS públicas y privadas del país, indagando por aspectos relacionados con la prestación de los servicios, los ingresos, los gastos y las acciones tomadas para hacerle frente a la pandemia. Aunque se diseñó una muestra, conformada por 762 IPS del país y se adelantó una campaña para promover la participación en el estudio, solamente se contó con la participación de siete IPS. De las siete IPS, se tomaron seis para el análisis debido a la calidad de los datos suministrados. De las seis IPS, dos tienen cobertura o alcance nacional de sus servicios, una a nivel local, una departamental, una regional y una subregional.

Debido al reducido número de respuestas, y teniendo en cuenta la diversidad de las IPS participantes, se realizó un análisis individual de cada institución para un análisis de casos y de manera conjunta en aquellos casos que era posible. La comparación se realizó basado en información promedio de 2019 y los resultados de marzo de 2020, período previo o inicial a la cuarentena, y los datos de abril a mayo de 2020, en medio de la cuarentena nacional obligatoria, dando cuentas de la variación en la prestación de los servicios, ingresos, gastos y las medidas tomadas.

IPS participantes

- **IPS1. IPS de población infantil:** IPS privada de mediana complejidad, enfocada en población infantil y ubicada en la región pacífica.
- **IPS2. IPS especializada en servicios visuales y auditivos:** IPS privada de alta complejidad, enfocada en población con dificultades visuales y auditivas, ubicada en la región pacífica.
- **IPS3. IPS Especializada en dermatología:** IPS pública de alta complejidad, ubicada en el centro oriente del país.
- **IPS4. II nivel de atención general especializada:** IPS pública que presta servicios de salud de primer y segundo nivel, ubicada en la región del eje cafetero y Antioquia.
- **IPS5. Empresa Social del Estado (ESE) II nivel de atención psiquiátrica:** IPS pública de mediana complejidad ubicada en la región centro oriente.
- **IPS6. IPS de alta complejidad:** IPS privada sin ánimo de lucro, ubicada en la región del eje cafetero y Antioquia, catalogada como IPS de alta complejidad.

B. Resultados

1. Prestación de servicios










Una de las medidas tomadas para garantizar la atención de los pacientes de Covid-19, estuvo relacionada con la disponibilidad de camas hospitalaria, principalmente de UCI. El Ministerio de Salud y Protección Social-MSPS se dispuso a la ampliación de la capacidad instalada existente en el país mediante cuatro fases: ampliación, optimización, extensión de la capacidad instalada y extensión crítica. Con estas medidas se buscaba aprovechar la capacidad instalada existente, utilizando 50% para la atención de casos de Covid-19, adquirir equipos para la adaptación de camas hospitalarias, usar infraestructura en salud que se encontraba cerrada o sin utilización y expandir a otras infraestructuras no destinadas a salud.

Como resultado de la encuesta se encontró que, comparado con el promedio del año 2019, todos los servicios presentaron variación en los seis casos analizados, con marcadas diferencias entre las IPS. Los servicios más afectados fueron, en su orden: odontología, terapias, consulta médica especializada, consulta médica general, hospitalización, urgencia, cirugías, imagenología y exámenes de laboratorio.

De las IPS del estudio, solo una ofrecía programas de protección temprana y detección específica. En esta institución, los servicios destinados a los adolescentes y de crecimiento y desarrollo fueron los que presentaron mayor reducción, seguidos por salud oral, planificación familiar y, por último, vacunación y tamizaje para el cáncer. Se destacan los programas para el control de la hipertensión y la diabetes y el control prenatal, que aumentaron entre los meses de marzo y mayo.

En esta sesión de la encuesta también se indagó sobre la atención de los pacientes crónicos, la IPS5 manifestó que los servicios a estos pacientes se prestaban con normalidad. En contraste, las otras IPS, señalaron que se presentó una reducción en la asistencia de estos pacientes, confirmaban, pero no asistían a las consultas, no se renovaban órdenes por Entidades Promotora de Salud (EPS) y los pacientes mayores de 70 años preferían no asistir. Además, se evidenció que los pacientes con patologías crónicas que requerían hospitalización llegaban gravemente enfermos o muy descompensados, debido principalmente al miedo a consultar y a la falta de entrega de medicamentos para el tratamiento de su patología.

Tabla 6. Variación de en la prestación de los servicios comparado con el promedio mensual de actividades 2019

	IPS 1		IPS 2		IPS 3		IPS 4		IPS 5		IPS 6	
	Var. Mar.	Var. May.	Var. Mar.	Var. May.	Var. Mar.	Var. May.	Var. Mar.	Var. May.	Var. Mar.	Var. May.	Var. Mar.	Var. May.
 Consulta médico General							-42%	-68%	-16%		-29%	-58%
 Consulta especializada	-30%	-69%	-35%	-64%	-38%	-62%	-38%	-89%	-49%		-22%	-46%
 Odontología	-54%	-100%					-36%	-83%				
 Exámenes de Laboratorio	52%	4%			-33%	-25%	-22%	-47%	-9%		-12%	-24%
 Imagenología	13%	-42%					-6%	-12%	-40%		-2%	-37%
 Terapias	5%	-98%	-66%	-97%	53%	-100%	-2%	-99%	3%		-15%	-43%
 Cirugías	-30%	-29%	-44%	-79%	4%	-69%	-46%	-83%			-12%	-31%
 Egresos hospitalarios	15%	20%					5%	-3%	-7%		-2%	-18%
 Urgencias	14%	-49%					-17%	-37%	-10%		-24%	-40%

Fuente. Elaboración propia del GES con base en los resultados de la encuesta "Encuesta sobre la situación de las IPS en medio de la contingencia del Covid-19"

La ocupación de las camas también se redujo, no obstante, las variaciones fueron menores a los servicios de consulta externa y quirúrgicos. Se destaca la ocupación de camas de urgencias, que, durante el mes de mayo, en algunas IPS, presentó una disminución superior al 50% y de las camas de cuidado intensivo adultos que se redujo hasta en un 54%, la primera puede estar asociado al temor de los usuarios a asistir a ese servicio por el riesgo de contagio y, la segunda, a las medidas tomadas por el gobierno para garantizar la disponibilidad de camas.

Al indagar sobre los factores que podían contribuir a explicar la variación que se presentó en los servicios durante la cuarentena, las IPS señalaron que podía atribuirse, principalmente, a las decisiones de las IPS en cuanto a la cancelación o el aplazamiento de servicios, acorde a la nueva realidad, y la inasistencia por parte de los usuarios.



2. Ingresos

Entre los meses de marzo y mayo, se produjo una reducción significativa de los ingresos de las IPS, producto de la baja

demanda de servicios y la postergación de procedimientos. Esta situación puede agudizar la crisis financiera por la que atraviesan estas instituciones. A pesar de la reducción en la facturación de las IPS, se presentó un recaudo superior, que permitió cubrir los costos de la operación, según los resultados de la encuesta para las IPS evaluadas.

Con respecto al promedio del año 2019, la facturación como el recaudo fue muy variado entre las IPS en el mes de marzo. Hubo un desplome en la facturación en abril, que responde a la reducción en la prestación de los servicios. Para ese mes, las IPS del estudio registraron variaciones en la facturación entre -12% y -94%, y un recaudo superior a la facturación. Aunque se presentó una recuperación en mayo, la facturación es menor al promedio de 2019, y en cuanto al recaudo se supera al promedio del año anterior. El comportamiento de la facturación y el recaudo lleva a suponer que, las IPS pueden presentar dificultades financieras en el futuro, ya que lo recaudado podrá ser menor a los costos de la operación.

Tabla 7. Variación de la facturación y el recaudo comparado con el promedio mensual de actividades 2019

	IPS 1			IPS 2			IPS 3			IPS 4			IPS 5			IPS 6		
	Var. Mar.	Var. Abr.	Var. May.	Var. Mar.	Var. Abr.	Var. May.	Var. Mar.	Var. Abr.	Var. May.	Var. Mar.	Var. Abr.	Var. May.	Var. Mar.	Var. Abr.	Var. May.	Var. Mar.	Var. Abr.	Var. May.
 Facturación	9%	-37%	-20%	-24%	-94%	-69%	-33%	-76%	-55%	17%	-23%	-19%	-9%	-12%		2%	-19%	-22%
 Recaudo	17%	8%	18%	-37%	14%	-17%	-34%	-64%	-43%	17%	-24%	39%	-54%	-58%		8%	-12%	9%

Fuente. Elaboración propia del GES con base en "Encuesta sobre la situación de las IPS en medio de la contingencia del Covid-19"

Se pudo identificar que la modalidad de contratación y los pagadores, podía estar relacionada con los ingresos de la institución. Debido a que aquellas instituciones que presentaban contratos por cápita y pago global prospectivo, no tuvieron mayores variaciones ni en la facturación ni el recaudo, a diferencia de aquellas con contratos por eventos y con predominio de atención a particulares, que tuvieron una gran afectación en sus ingresos.

Debido a la estrechez de sus ingresos, varias IPS presentaron dificultades en el pago de proveedores y en su mayoría consideraban que podrían presentar inconvenientes en el futuro. También se destaca que, la mayoría de las instituciones consideraban que podían presentar riesgo financiero por desequilibrio entre costos e ingresos y como

respuesta se tendría que acudir al sector financiero para mantener la operación.

3. Gastos

El comportamiento de los costos y gastos fue muy variado dentro de las instituciones, estos guardaron relación con los modelos de contratación de empleados dentro de las IPS. En aquellas instituciones donde predominan contratos por prestación de los servicios, que son la mayoría, los costos y gastos se comportaron acorde al comportamiento de la prestación de servicios, a diferencia de la IPS6, donde predominan los contratos a término fijo, los gastos y costos se mantuvieron constante.

Tabla 8. Variación de los costos y gastos operacionales comparado con el promedio mensual de actividades 2019

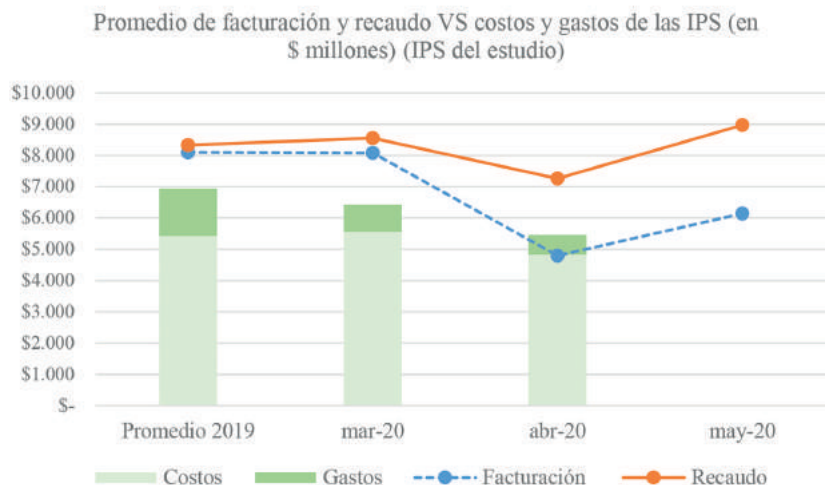
	IPS 1			IPS 2			IPS 3			IPS 5			IPS 6		
	Var. Mar.	Var. Abr.	Var. May	Var. Mar.	Var. Abr.	Var. May	Var. Mar.	Var. Abr.	Var. May	Var. Mar.	Var. Abr.	Var. May	Var. Mar.	Var. Abr.	Var. May
Costos operacionales	14%	-13%	-1%	-13%	-68%	-56%	-11%	-39%	-43%	3%	4%		4%	-6%	-6%
Gastos operacionales	14%	22%	-13%	-4%	-2%	-2%	10%	-17%	13%	-12%	-15%		-40%	-67%	-71%

Fuente. Elaboración propia del GES con base en "Encuesta sobre la situación de las IPS en medio de la contingencia del Covid-19"

Con ocasión de la pandemia, las IPS incurrieron en gastos para la compra de elementos de protección especial para el personal, inversión en equipos tecnológicos (como ventiladores, termómetros digitales, etc.), adecuaciones

en infraestructura, inversión en equipos tecnológicos para apoyar actividades de telemedicina (como computadores, cámaras, etc.), capacitación de personal, y compra de camas hospitalarias.

Gráfica 17. Comportamiento de la facturación, el recaudo, los costos y gastos de las IPS



Fuente. Elaboración propia del GES con base en los resultados de la encuesta "Encuesta sobre la situación de las IPS en medio de la contingencia del Covid-19"

4. Ayudas percibidas

Para la atención de la pandemia, era necesario que las IPS estuvieran preparadas para la atención de los pacientes contagiados por Covid-19. Pero la realidad financiera de las IPS, en cuanto a sus carteras elevadas y problemas de liquidez, dificultaba la capacidad de adaptación a esta nueva realidad. Por ende, el gobierno tomó diferentes medidas destinadas

al fortalecimiento del sistema de salud y financiamiento de las IPS, con el objetivo de hacerle frente a la situación y poder garantizar la prestación de los servicios de salud a la población. En el marco de la emergencia sanitaria, el gobierno buscó garantizar el flujo de recursos corrientes al sistema de salud para asegurar la atención, por ello estableció tres mecanismos de financiación (MSPS, 2020):

Mecanismos	Respuesta
Acuerdo de Punto Final	
Se establecieron criterios para la estructuración, operación y seguimiento del saneamiento definitivo de las deudas a cargo del Estado en el régimen contributivo (Decreto 521 de 2020).	
Garantizar el flujo de recursos.	El 30 de marzo de 2020 se giraron \$782.515 millones a las EPS, correspondientes a los recursos de presupuestos máximos para financiar servicios médicos, personal, insumos y suministros para la atención de enfermedades de alto costo, según la Resolución 535 de 2020 del MSPS.
	La ADRES giró \$1,93 billones por concepto de la UPC del régimen subsidiado, de los cuales \$1,32 billones se giraron directamente a 2.987 IPS, proporcionando liquidez para operar.
Financiación de la expansión de la infraestructura hospitalaria.	Se buscó fortalecer los servicios de salud para el manejo del Covid-19 (Decreto 538 de 2020): Los entes territoriales podían efectuar transferencias directas de recursos a las ESE y asignar recursos a IPS privadas o mixtas con atención a población afectada por el Covid-19. Los recursos no distribuidos por los departamentos o distritos, y recursos Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET), podrían ser utilizados en la financiación de la inversión en equipos biomédico y en gasto de la operación de las ESE.

Otros alivios para las IPS en el marco de la emergencia económica, social y ecológica

Las tarifas e insumos necesarios en el marco de la emergencia sanitaria no podrían incrementarse, más allá de la inflación (Decreto 538, 2020).

Se reduce el valor en la importación y adquisición de bienes e insumos en el territorio nacional, indispensables para la prestación de los servicios médicos de los pacientes que padezcan Covid-19 y para la atención preventiva de la población colombiana, además estarían exentos del impuesto sobre las ventas (IVA), en la importación, y en las ventas en el territorio nacional durante la vigencia de la emergencia (Decretos 438 y 551 del 2020).

Las IPS que contaran con servicios habilitados de unidad de cuidados intensivos o intermedios neonatal, pediátrica o de adultos u hospitalización, adultos o pediátrica o de urgencias tendrían beneficios en el pago del arancel de aduanas para la importación de insumos médicos y medicamentos (Decreto 463 del 2020).

Subsidios a la nómina del programa de protección del empleo.

Compra de cartera con cargo a los recursos administrados por el ADRES (Resolución 619,2020).

Pago de elementos de protección personal por parte de las Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) (Decreto 488, 2020).

Recursos del plan de intervenciones Colectivas (PIC) para la adquisición de insumos en la prevención y control del Covid-19 (Resolución 507,2020).

De la IPS participantes en el estudio, todas se beneficiaron de al menos de una medida implementada por el estado, también recibieron donaciones y ayudas por diferentes entidades públicas y privadas.

5. Medidas tomadas en medio de la contingencia

A parte de las medidas relacionadas con la expansión de servicios, adecuación de la capacidad instalada, cancelación

de procedimientos, mejoramiento de infraestructura física y biomédica, cumplimiento de los protocolos de seguridad establecidos, entre otras., la IPS también tomaron medidas para proteger su liquidez y reducir los gastos en la institución. Como medida de protección de liquidez cuatro IPS gestionaron plazos de pago a terceros, aplazando el pago de sus obligaciones; dos IPS realizaron operaciones financieras como la liquidación de Certificado de Depósito a Término (CDT), venta de bonos o acciones y una suspendió compras de tecnologías proyectadas para ese año.

Otras medidas enfocadas a la reducción de los costos y protección del personal asistencial y administrativos estuvieron relacionadas con la implementación del teletrabajo, modificación en periodos de vacaciones, flexibilidad horaria, entre otras. En cuanto al personal asistencia se identifican pocas acciones, se destaca el teletrabajo en casa que fue implementado por dos instituciones. Las medidas se enfocaron principalmente en el personal administrativo, cuatro instituciones aplicaron medidas de flexibilidad horaria, tres teletrabajos en casa y tres modificaron periodos de vacaciones de algunos de sus empleados.

C. Conclusiones

Se presentó una reducción significativa en las actividades realizadas por las IPS, a inicios de la cuarentena, siendo los servicios ambulatorios como consulta externa general y especializada, odontología y terapias, los más afectados.

El nivel de complejidad fue un factor determinante en los ingresos y la operación de las IPS en medio de la pandemia, ya que la mayoría de los recursos y ayudas estaban siendo dirigidas a instituciones con pacientes Covid-19, normalmente de alta complejidad.

Si bien se presentó una disminución de la facturación en las IPS, el recaudo fue superior, principalmente en el mes de mayo, lo que podía ayudar a cubrir los costos y gastos de la operación. Sin embargo, en el futuro el recaudo puede ser menor y podrían tenerse dificultades para el cumplimiento de sus obligaciones.

Las IPS no desconocieron la labor del gobierno por saldar las deudas históricas que tiene con los actores del sistema de salud. Sin embargo, la mayoría de las IPS no habían recibido estos recursos, debido al retraso en la aclaración de cuentas y la tramitología.

En todas las IPS del estudio se consideró que se podía presentar un desequilibrio financiero, derivado de la disminución de los ingresos y gastos constantes, situación que se ha venido presentado como consecuencia de la pandemia, y es muy probable que estas instituciones se deban apoyar en el sector financiero para continuar con sus operaciones.

Aunque muchas IPS se habían beneficiado con alguna medida tomadas por el gobierno para hacerle frente a la pandemia, sentían que eran insuficientes y pedían más recursos y acompañamiento en la implementación.

En cuanto a los actores del sistema, las IPS pedían mayor acompañamiento, apoyo técnico y económico al MSPS y a los entes territoriales. Con respecto a las EPS, se pedía principalmente agilidad en el pago y cumplir con sus obligaciones, tanto con las IPS como con los usuarios. A los usuarios, pedían practicar el autocuidado y cumplir con las medidas establecidas por el gobierno.

Referencias bibliográficas

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud- ADRES (07 de abril de 2020) Se definen estrategias para saneamiento del régimen contributivo en Acuerdo de Punto Final. Disponible en: <https://www.adres.gov.co/Inicio/Noticias/Post/6588/Se-definen-estrategias-para-saneamiento-del-r%C3%A9gimen-contributivo-en-Acuerdo-de-Punto-Final>

Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas-ACHC (6 de abril 2020). Encuesta Covid-19. Disponible en: <https://achc.org.co/wp-content/uploads/2020/04/Encuesta-ACHC-Preparaci%C3%B3n-Covid19.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social- MSPS (05 de abril de 2020). Sector salud recibió \$2,71 billones para atención médica de los colombianos. Boletín de prensa N° 127. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Sector-salud-recibio-2.71-billones-para-atencion-medica-de-los-colombianos-.aspx>



V. Evaluación económica en tiempos de pandemia

En el marco de la inauguración de la Especialización en Evaluación Económica en Salud, el lanzamiento de la **séptima cohorte del Diplomado** y la **clausura de su sexta cohorte**, la Facultad de Ciencias Económicas y la Facultad de Medicina le invitan a:

La evaluación económica en tiempos de pandemia

Hora:
10:00 a.m. a 12:00 m hrs

- Modalidad virtual
- Ingreso libre, previa inscripción.

10 de julio 2020

Conferencistas invitados:



Martha Ospina
Directora del Instituto Nacional de Salud (INS)



Joan Rovira
Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona.



Ramón Abel Castaño
Consultor en sistemas de salud

Mayores informes:
Tel: 3107379235
Correo: grupoges@udea.edu.co

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA Facultad de Ciencias Económicas Facultad de Medicina

respirador? Si bien el Covid-19 se ha infiltrado en todos los aspectos de la vida diaria y se esperan efectos duraderos en todos los sectores, también se espera un cambio en la evaluación económica en salud y el acceso al mercado de productos farmacéuticos. En ese sentido, con este seminario se pretenden buscar cómo a partir de la evaluación económica se puede dar respuesta a estos interrogantes y respaldar la toma de decisiones de los formuladores de políticas.

El seminario Evaluación económica en tiempos de pandemia se hace parte de la agenda académica del Grupo de Economía de la Salud, de la Facultad de Ciencias Económicas, y el Instituto de Investigaciones Médicas, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, para el fortalecimiento de la evaluación económica en salud como área de formación y de investigación. En el marco de este seminario, se realizó el cierre de la sexta versión del Diplomado Virtual en Evaluación Económica en Salud, el lanzamiento de la séptima versión y la apertura formal a la primera cohorte de la Especialización en Evaluación Económica en Salud. Las dos facultades han unido esfuerzos para desarrollar actividades de extensión y posgrado con el propósito de formar una masa crítica que contribuya de la mejor manera posible a los retos que se tienen como país en materia de salud y desarrollo.

En este seminario se contó con los conferencistas a Carlos Andrés Castañeda Orjuela; Director del Observatorio Nacional de Salud en reemplazo de la Directora del Instituto Nacional de Salud -INS-, Joan Rovira; Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona, y Ramón Abel Castaño; Consultor en Sistemas de Salud.

Consultor en Sistemas de Salud.

Para ver el seminario completo puede ingresar al siguiente enlace:

https://www.youtube.com/watch?v=O_qGEeM8Jpg&feature=youtu.be

Durante la pandemia los países se han enfrentado a múltiples interrogantes relacionados con la priorización y eficiencia en la asignación de los recursos, algunos de estos interrogantes cuestionan la toma de decisiones sobre ¿qué tipo de confinamiento aplicar? ¿cuántas muertes se evitan con el confinamiento? ¿qué sectores abrir primero? ¿a quién asignar las pruebas disponibles? ¿quién necesita el último

A. La evaluación económica en vacunas y enfermedades transmisibles: lecciones y predicciones ante la pandemia

Joan Rovira Forns

Profesor emérito, Universidad de Barcelona

1. *¿Cómo se ha vivido el Covid-19 en España?*

España, como muestran algunos indicadores, ha sido uno de los países más afectados, el punto clave es que en un momento dado, en un país bastante descentralizado en el tema de la gestión de la salud, lo que se hizo fue establecer el estado de alarma, que es una norma prevista en la constitución que permite centralizar la gestión de la pandemia y suspender algunos derechos constitucionales como la libertad de movimiento, lo que permitió concretar un confinamiento estricto en los hogares, lo cual trasladó la obligación a la mayor parte de la población con excepciones en algunos tipos de trabajos y actividades de interés público.

En general, aunque es pronto para evaluarlo, se acepta que este confinamiento pudo haber sido efectivo para controlar la expansión de la infección, aunque algunas medidas son discutibles, como por ejemplo ¿qué hubiera ocurrido si hubieran hecho otro tipo de confinamiento?, sin embargo, no hay información que permita comprobar esto. Hasta el momento, los colectivos más afectados son los mayores de 60 a 70 años, sobre todo en términos de muerte, especialmente el tema más grave son los que estaban en residencias geriátricas, estimaciones dicen que pueden haber muerto el 15% de los adultos de residencias geriátricas. Otro gran colectivo afectado en mayor proporción que la población en general y en mayor proporción a otros países es el personal sanitario, realmente en este país se ha contagiado más, tenían miedo de volver a sus casas porque temían contagiar a sus familias.

Además, existe una gran debilidad del sistema de salud de España en la atención primaria y en la salud pública, dado que desde 2008 y especialmente desde 2012 se ha dado una importante reducción del gasto, personal e inversiones, por razones de la imposición de recortes en el gasto público y en la salud para dar paso a otros sectores. Adicional a esto, se dado un uso partidista del tema de la pandemia por parte de los partidos de oposición, ya que mencionar que el gobierno estaba matando a las personas con sus decisiones, no ha facilitado una buena gestión de la pandemia.

2. *¿Como está evolucionando la evaluación económica y su utilización para la toma de decisiones?*

Hace muchos años que se tiene un buen nivel académico y científico en España, sin embargo, su aplicación en la toma de decisiones nunca ha estado muy clara, aunque la legislación decía que se tenía en cuenta los estudios costo-efectividad en la fijación del precio de tecnologías sanitarias y medicamentos o en la financiación pública, todo quedaba muy difuminado, era más un criterio entre muchos y al final no se veía un impacto real.

En el último año, eso está cambiando, se creó una comisión asesora en fármaco-economía, que hace según la ley se debió haber creado hace más de 8 años. Solo hay un pequeño problema, ya que hay un cierto pensamiento mágico en el gobierno, que piensa que por crear una comisión de expertos es suficiente y lo que no hay todavía es un equipo de evaluadores o de técnicos que se dediquen a eso tiempo completo, como tienen Reino Unido. Aun así, hay una aceptación más clara de la relevancia de los resultados de los estudios de costo – efectividad.

3. *¿Qué puede hacer la evaluación económica en el ámbito del Covid-19?*

Para la problemática que plantea el Covid-19 y otras pandemias que posiblemente vendrán, se ha experimentado realmente una escasez dramática de bienes como respiradores, mascarillas y equipos de protección, lo cual ha subido el precio, pero en este caso, el gobierno central ha respondido rápidamente y ha controlado precios de los productos esenciales dado el estado de alarma. Sin embargo, la intervención del gobierno no ha sido tan fácil en los problemas de escases relacionados con la capacidad hospitalaria, capacidad de UCI, test diagnósticos y medicamentos.

En los últimos años se han manifestado algunas opiniones, que afirman que el tema de las epidemias y de las enfermedades transmisibles no está bien abordado desde el punto de vista de la evaluación económica, de alguna manera las herramientas

que se están utilizando en la mayor parte de las enfermedades y tecnologías de salud, no se ajustan bien a la realidad de las pandemias. En algunas guías de fármaco-economía de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias de países como Australia, Holanda y Nueva Zelanda se han publicado algunos aspectos metodológicos aplicables a las vacunas para enfermedades infecciosas. Uno de los principales temas que generan preocupación tiene que ver con la relevancia de la perspectiva de análisis de costos, ya que en muchos casos se ajusta a la evidencia disponible como un ensayo clínico de dos o tres años, y en el caso de una pandemia el horizonte temporal para medir los posibles efectos debería ser todo el ciclo vital del individuo.

Otro tema muy debatido, es el tipo de descuento, los tratamientos preventivos de vacunas protegen durante toda la vida, si se aplica un descuento de 6% o 7% los beneficios futuros se reducen mucho, incluso antes de la pandemia del Covid-19 ya se hablaba de que no deberían descontarse los beneficios. Seguidamente, el tema de discusión es la selección, medición y valoración de los efectos sobre la salud, sobre todo el tema de las externalidades, por ejemplo, en el caso de las enfermedades infecciosas con efectos graves e incluso mortales, si una persona se vacuna está protegiendo a todas las personas con las que se tiene contacto.

Otra cuestión muy importante está más relacionada con la línea de flotación de la evaluación económica, ya que tiene un enfoque básicamente micro, se observa una cohorte de individuos homogéneos y entonces se ve cual es el costo por

año de vida ganado, por individuo o del tratamiento de curarlo o no curarlo. Sin embargo, el tema de pandemias puede generar distorsiones a nivel de la sociedad como un todo, no es una cosa individual, se cierran empresas, todo un sector se puede ir abajo, como en el caso del turismo que está pasando en España, debido a esto hay quien dice que se debería ir a un enfoque macro. Una forma de hacerlo es volver al inicio de la evaluación económica con el análisis costo-beneficio que se utilizaba para decidir si era mejor poner un aeropuerto cerca de la ciudad con los menores costos de transporte, pero con el riesgo si había una caída de un avión y una catástrofe. En parte, la economía y sobre todo la evaluación económica, es todavía una disciplina inmadura en algunos aspectos científicos inmadura, no tiene todavía los instrumentos bastante sólidos y al menos consensuados para todos los valores e hipótesis.

Finalmente hay un tema muy importante que no puede solo abordar la evaluación económica, y es como lograr que cuando haya una vacuna aparte de analizar si será costo-efectiva se debe solucionar cómo será el acceso, ya que el precio que pueden pagar algunos países, para otros será inasequible. Evidentemente la evaluación económica puede ayudar con el tema de fijar el umbral que cada país se puede permitir, pero no es la mejor opción, la mejor opción es que las vacunas deberán estar disponibles desde el punto de vista ético y normativo para toda la humanidad a un precio que pueda asumirlo el individuo o el sistema de salud correspondiente.

B. Consideraciones éticas sobre la EE en tiempos de pandemia

*Ramón Abel Castaño
Consultor independiente*

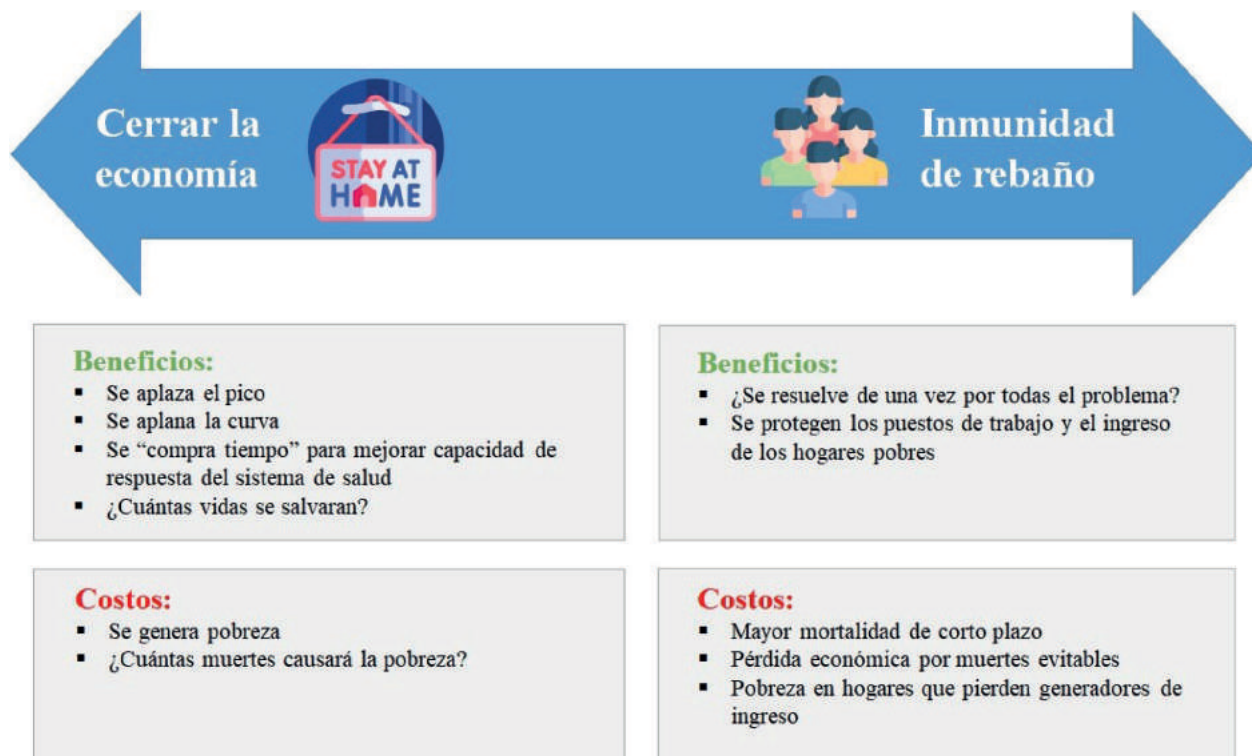
La pandemia enfrenta varios dilemas éticos, pero el más importante, desde la perspectiva de la evaluación económica es proteger la vida y la salud versus paralizar la economía, inicialmente el dilema fue planteado en esos términos, se decía que iba haber una recesión, otros decían que primero la vida, como todo al principio se ve confuso pero luego se van aclarando las cosas y en Colombia el estudio de Fedesarrollo en abril 21 de 2020, mostró claramente que si iba haber un efecto del aislamiento preventivo, y en el escenario más pesimista el desempleo iba aumentar hasta el 20%. Ya se observa que esas predicciones sobre el impacto negativo en la economía se están cumpliendo.

En esta parte, se evidencia el dilema entre cerrar la economía o soltar la población para generar inmunidad de rebaño y que el virus se disperse rápidamente y se enfrente un caos epidemiológico, pero rápidamente se sale de esto. Para esto se puede mirar de un lado y de otro, cuáles son los beneficios y los costos, en el lado de cerrar la economía se aplaza el pico de casos, se aplana la curva, se compra tiempo para mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud y esto ya se ha visto en Colombia, el sistema pudo ampliar su capacidad, se hicieron una cantidad de movimientos en la oferta de servicios de salud que no hubiera sido posible hacerlos si se hubiera soltado el virus sin ninguna restricción.

Debido a lo anterior surge la pregunta ¿cuántas vidas se van a salvar con esta estrategia? y para responderla se tiene el reto metodológico que menciona Joan Rovira, qué hubiera pasado si se hubiera soltado el virus, ya que no hay forma de

demostrar el contrafactual. Por su parte, los costos de cerrar la economía es la generación de pobreza y cuantas muertes causará la pobreza, puede que no en el corto plazo, pero si en el mediano y largo plazo.

Gráfica 18. El dilema entre economía y salud



Fuente: elaboración del autor.

En el lado de soltar el virus y generar inmunidad de rebaño, los beneficios que se plantearon en un principio sobre todo desde la perspectiva de los ingleses y más visiblemente de los suecos, era que se resolviera de una vez por todas el problema, se protegen los puestos de trabajo y el ingreso de los hogares, sobre todo de los hogares más vulnerables, pero los costos eran enfrentar una mayor mortalidad de corto plazo, una pérdida económica por muertes evitables y lógicamente, aquellos hogares que pierden el generador de ingreso tienen una mayor probabilidad de caer en la pobreza. Esto para los suecos no era un problema, porque tenían una reserva suficiente de recursos públicos para irrigar la economía y generar ajustes en los diferentes impactos que se hubieran generado.

Regresando al dilema de si la economía o la salud, se puede traer a colación a Tom Frieden, que mencionaba que la opción no es entre la salud y la economía sino como optimizar la

respuesta de la salud pública para salvar vidas mientras se minimiza el daño económico, es decir, no es ni la una ni la otra, son las dos, entonces como enfrentarlo era la discusión que se daba en ese momento. Es así, como se enfrenta un dilema ético, y los dilemas éticos tienen 3 características: son trágicos, son inevitables y son irresolubles. No hay una respuesta mágica, ya anteriormente se muestra cómo ni siquiera la economía de la salud y la evaluación de tecnologías en salud ha dado la respuesta y mucho menos para un problema que se debería enfocar con una perspectiva social amplia por la inmensa cantidad de externalidades que podría resolver. De esta forma, no se tienen las herramientas cuantitativas o de modelación que permitan meter en ese cálculo todas las externalidades tan impactantes y negativas que se están viendo.

En esta parte, se trae a colación un argumento que plantea Norman Daniels, donde demuestra que ninguna de las teorías

en la filosofía política o la ética de la política pública brindará las respuestas porque se va a llegar a unas conclusiones diferentes dependiendo del extremo en el que se ubique (víctimas visibles o víctimas no visibles). Para hacer ese análisis, Daniels clasifica las teorías en dos grandes grupos: las consecuencialistas y las no consecuencialistas.

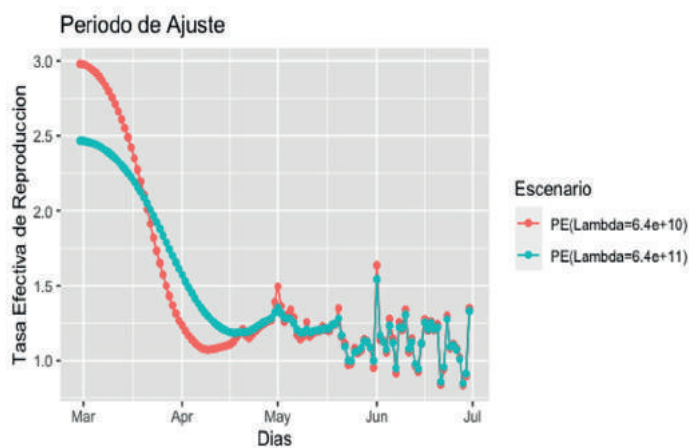
Las consecuencialistas son aquellas que juzgan la bondad de una acción o de una política en función de sus consecuencias el mayor bienestar agregado, mientras que, las no consecuencialistas son las que juzgan la bondad de una acción o de una política pública en función de su sujeción a un principio moral básico. Se tiende a creer que las teorías consecuencialistas de la justicia están a favor de las víctimas no visibles, entonces se calculan los años de vida ajustados por calidad (AVAC) y los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y se llega a la conclusión de cuál extremo es mejor, pero las teorías consecuencialistas también han planteado que si la sociedad no se preocupa por las víctimas visibles se pierden valores más importantes para la supervivencia como la cohesión social, el sentido de pertenencia de la sociedad y el tejido social se va debilitando.

Por el lado de las teorías no consecuencialistas, también hay planteamientos al contrario de lo que se imaginaria porque si la bondad de un acto se juzga en función de su sujeción a un principio fundamental como el de la primacía de la vida humana y de la imposibilidad de utilizar a un ser humano como medio para otros, entonces se puede decir que no se va a sacrificar a un ser humano por darle sobre vida a otros y mucho menos si no son visibles porque eso sería utilizar esa vida como un medio para el fin de otros. En estas teorías también hay argumentos a favor de las víctimas no visibles, es decir, el hecho que la víctima sea visible o no visible no tienen por qué darle ninguna prioridad, vidas son vidas.

Finalmente, Norman Daniels dice que ninguna de las teorías de la ética en las políticas públicas va a dar la respuesta, pero hay un hecho irrefutable y ahí viene la evaluación económica en salud, los recursos son finitos y la sociedad no tiene recursos infinitos, en esta parte, la perspectiva de análisis debería ser la social y un horizonte temporal mucho más amplio ya que es necesario valorar todas esas externalidades en términos de empleos perdidos, de desnutrición, de depresión, de consecuencias en salud mental.

C. Algunas lecciones y retos sobre evaluación económica ante la pandemia en Colombia

Carlos Andrés Castañeda Orjuela
Director del Observatorio Nacional de Salud



1. ¿En qué vamos en la epidemia del Covid-19?

Actualmente a nivel mundial hay más de 12 millones de casos reportados en el mundo y más de medio millón de muertes, se ha dado un crecimiento sostenido que ha pasado a través de los diferentes continentes y en este momento Latinoamérica

es una de las zonas más afectadas. Colombia tiene un panorama muy similar, ubicándose entre los 20 primeros países con el mayor número de casos reportados a nivel mundial con casi 134 mil casos reportados, 4.714 muertes y una letalidad del 3,52%.

Desde el punto de vista epidemiológico, se analizan aspectos como el tiempo de duplicación, que indica cuántos días tardan en duplicarse la cantidad de casos y esto mide indirectamente la velocidad de transmisión. Los tiempos de duplicación de casos se comportan de manera muy similar al de las muertes, al principio de la epidemia eran bajos producto del confinamiento y luego empezaron a aumentar conforme cambiaban las medidas de distanciamiento social.

Estos datos se pueden obtener utilizando la Tasa Efectiva de Reproducción (RT), que corresponde al promedio de casos nuevos que genera un infectado en una población, donde una tasa igual o menor a uno se entiende como supresión de la transmisión y eso disminuiría el tamaño de la epidemia. El Instituto Nacional de Salud ha diseñado y adaptado

metodologías para estimar el RT en el contexto colombiano y se puede observar que dicho valor estuvo inicialmente cercano al tres, pero con las medidas de distanciamiento social el valor disminuyó a valores cercanos a uno, lo que permitió disminuir la velocidad de contagio. Además del RT se tienen en cuenta otro tipo de parámetros como la positividad de las muestras, que indica el porcentaje de las muestras que salen positivas. Inicialmente hubo un aumento en la positividad, en abril y coincidente con la cuarentena hay una disminución y luego cuando se liberan sectores hay un aumento progresivo en la positividad con valores que ahora están en promedio en 25%, es decir, en este momento de cada 4 muestras que se toman en Colombia 1 resulta positiva para Covid.

Todo lo anterior, se integra en una serie de modelos, como el caso de los modelos SIR, en los cuales, para poder unir todo el comportamiento de la enfermedad con el análisis económico, hay que considerar una serie de aspectos relacionados con la incertidumbre. Inicialmente, se corrieron modelos en un escenario pesimista donde no se consideraron medidas y los resultados fueron catastróficos con una cantidad de casos nuevos y una oferta de servicios en salud que resultaba siendo escasa.

2. *¿Qué hace falta por saber?*

Es necesario tener presente que la enfermedad se da en dos formas: i) Sintomática, que sería relativamente fácil de detectar por los sistemas de salud y de la que se conoce un espectro de severidad, donde la gran mayoría son casos leves que requieren solo la consulta ambulatoria, aproximadamente 11% son casos moderados que requieren un tratamiento en hospital pero sin necesitar ventilador y un 3% son casos severos que requieren tratamiento en la unidad; y ii) Asintomática, la cual no es fácil de capturar y parece que los asintomáticos tienen un papel muy importante en la transmisión, el problema es que no se sabe de qué tamaño es esa proporción, por lo que se genera una alta incertidumbre que afecta los modelos y pronósticos.

Adicionalmente, en el caso de los asintomáticos, la proporción de casos moderados y severos que pueden morir también termina siendo incierta ya que hay varios parámetros epidemiológicos que se pueden usar, uno es la Tasa de Fatalidad por Caso (CFR) que indica la proporción de casos identificados que se muere, en Colombia se habló anteriormente de un 3,51%. Sin embargo, lo que se quisiera

conocer para saber qué tan severa es una enfermedad es la Tasa de Mortalidad por Infección (IFR), que indica la proporción del total de enfermos, sintomáticos y asintomáticos, que mueren, pero dicha tasa es muy incierta ya que está sujeto a conocer la proporción de casos asintomáticos. Recientemente la OMS definió que ese IFR podría estar en 0,6%, es decir, 6 de cada 1.000 infectados pueden morir por Covid-19.

3. *¿Por qué es necesario el racionamiento económico en la atención de la pandemia?*

Desde el Instituto se han tenido una serie de ideas y de aprendizajes, pero también la mayoría son dudas y preguntas hacia el futuro. La economía, en su definición más aceptada es el estudio de la escasez, en este caso dependiendo del momento se ha presentado escasez de diferentes insumos como las mascarillas, pruebas diagnósticas, reactivos, equipos, elementos de protección personal, ventiladores, tumbas, entre otros. También, hay tensión entre las medidas de la contención de la epidemia y la concepción de la economía o el modelo económico, por un lado, las medidas de aislamiento físico especialmente las más estrictas generan afectación a la economía, si se paraliza la economía indudablemente tiene un impacto en la sociedad, por otro lado, pasa lo contrario, las reaperturas y los ejercicios de dinamización de la economía pueden tener efectos en la transmisión.

Al final, es donde aparece la economía de la salud como una disciplina que aporta elementos para armonizar esos análisis y hay elementos puntuales donde se puede identificar ese aporte como el análisis costo – beneficio, que es inherente a las evaluaciones económicas y que aporta a esa discusión el costo estadístico de la vida, no se trata de que la vida no importa desde la economía, por el contrario, importa tanto que se puede calcular un costo económico y se podría comparar si las medidas o la afectación de la economía se compensan con las vidas que se estaban salvando.

Hay muchos análisis en curso y por hacer, desde el punto de vista de la economía de la salud y de los análisis económicos, como por ejemplo medir la eficiencia de la toma de muestras, estudios de costos de la atención en salud, gastos de bolsillo, costos sociales que incluyen la pérdida de productividad por el aislamiento, los costos futuros, y sin duda alguna ante una posible vacuna se va a dar una discusión muy grande respecto a su costo-efectividad.



Observación Académica:

In memoriam

El legado de Adam Wagstaff para la Economía de la Salud

Jairo Humberto Restrepo



El 10 de mayo de 2020 murió *Robert Adam Stephen Wagstaff*, uno de los economistas de la salud más reconocidos en el mundo. Nacido el 3 de mayo de 1959 en Northampton, Reino Unido, estudió economía en la Universidad de Gales, en donde, haciendo honor a su nombre,

recibió el premio Adam Smith al mejor estudiante graduado. Posteriormente adelantó su doctorado en Economía en la Universidad de York, e inició su carrera académica en la Universidad de Sussex, habiendo sido en ese momento uno de los profesores titulares de economía más jóvenes del Reino Unido.

La producción académica de Wagstaff fue bastante prolija, al igual que su impacto en la literatura económica. El portal ResearchGate reportó, den el 2020, un total de 206 publicaciones y 20.762 citas para el autor. Por su parte, en Google Académico se registraban 34.199 citas, con un promedio superior a las 2.000 en los últimos diez años. Para dar a conocer su voluminosa producción, el comité editorial de *Health Economics* puso a disposición del público, mediante Winley Online Library, 242 publicaciones de Wagstaff o relacionadas con su trabajo (Van Doorslaer, 2020). La posición de su obra también se vio reflejada en el trabajo conjunto con Cluyer, a propósito de las cuatro décadas de la Economía de la Salud (Wagstaff y Culyer, 2012), en donde, entre el top 100 de economistas de la salud ocupó el cuarto puesto según el h-index.

Los aportes de Wagstaff no estuvieron concentrados en el campo de la producción académica. Él fue un gran promotor de la Economía de la Salud, impulsó a muchos jóvenes para dedicarse al área y lideró proyectos de alcance global. Es así como durante veinte años fue editor asociado de *Health Economics*, y también fue presidente de la International Health

Economics Association (iHEA) en 2016-17. Por el número de publicaciones, algunas de ellas en campos distintos a la Economía de la Salud, la obra de Wagstaff y sus aportes a esta disciplina se clasifican principalmente en temas relacionados con salud, equidad y pobreza; financiamiento y reforma de los sistemas de salud; demanda y producción de la salud, y cobertura universal en salud. Ahora bien, su obsesión teórica y práctica estuvo en torno a la equidad y la protección financiera.

En un trabajo publicado recientemente (Wagstaff, 2016), el autor recogió su visión sobre los métodos y cuestiones que surgen de los enfoques convencionales para medir la protección financiera en salud, el gasto catastrófico y el empobrecimiento, y presentó varios trabajos empíricos con una revisión crítica sobre la medición. Por su parte, un aporte bien importante respecto a la teoría de la demanda por capital salud, muy poco citado y tal vez el primer escrito de Wagstaff (1986) pero que Culyer resalta por tratarse precisamente de una contribución seminal, se refiere a una simplificación del modelo de Grossman.

En sus últimos días, en abril de 2020, en medio de la difícil situación mundial por la pandemia del Covid-19, en un blog del Banco Mundial Wagstaff presentó algunos análisis de los datos disponibles, tal como lo hiciera cerca de treinta años atrás en sus primeros asomos para estudiar la equidad. Con el título *Coronometrics*, buscando aplicar econometría al análisis del coronavirus, Wagstaff mostró la importante de utilizar tasas de mortalidad, en lugar de datos absolutos, así como datos en logaritmo.

La Economía de la Salud seguirá adelante con el legado de Adam Wagstaff, de modo que en particular los economistas de la salud más jóvenes pueden tomar sus lecciones y seguir nutriendo la producción de la disciplina y su incidencia en las políticas. Para esto, a instancias de iHEA ya se cuenta con el premio Adam Wagstaff por el cual se busca reconocer investigaciones excepcionales en el campo del financiamiento y la provisión de servicios de salud en países de ingreso bajo y medio.

Actualidades del GES

Proyectos iniciados:

Encuesta nacional: Salud y economía ante la pandemia del Covid-19 en Colombia. Proyecto autónomo del GES.

Gasto y presupuesto para la atención del cáncer en Colombia. Proyecto financiado por Astellas Farma Colombia.

Evaluación de la metodología sobre presupuestos máximos para servicios y tecnologías de alto costo. Proyecto financiado por Sura EPS.

Ideatón por la sostenibilidad del sistema de salud colombiano. Acuerdo de cooperación Afidro – Universidad de Antioquia.

Publicación reciente:

Restrepo, JH; Ramírez, L (2020). “Dos décadas de Economía de la Salud en Colombia”. Cuad. Econ., Volumen 39, Número 79, p. 249-278.

Especialización en Evaluación Económica en Salud:

Este posgrado en modalidad virtual es una iniciativa del GES y la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. La primera cohorte inicia en 2020-2 con 30 estudiantes de varias ciudades del país.

Diplomado en Evaluación económica en salud:

Con la participación de 43 profesionales de varias ciudades del país y dos del extranjero, en el primer semestre de 2020 se realizó la sexta versión de este diplomado, en asocio con la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Eventos académicos organizados por el GES:

«Panorama de la salud en América Latina y el Caribe, 2020». Universidad de Antioquia, ACOES, AES-LAC, Banco Mundial y OCDE (Zoom), 21 de julio de 2020 <https://www.youtube.com/watch?v=MF6VtDtdnOE&feature=youtu.be>

En el marco de la pandemia, el GES adelantó varios seminarios y participó en conferencias y eventos académicos sobre los efectos en la salud y la economía de los hogares, así como sobre evaluación económica. En este Observatorio se consignaron las memorias de los eventos organizados por el GES.

Información institucional

Rector de la Universidad de Antioquia:

John Jairo Arboleda Céspedes

Decano de la Facultad de Ciencias Económicas:

Sergio Iván Restrepo Ochoa

Jefe, Departamento de Economía

Wilman Arturo Gómez Muñoz

Director, Centro de Investigaciones y Consultorías:

Jorge Hugo Barrientos Marín

Coordinador del GES

Jairo Humberto Restrepo Zea

Otros profesores:

Claudia Cristina Medina Palacios

Carlos Felipe Gaviria Garcés

Paula Andrea Castro García

Profesionales y estudiantes de maestría:

Laura Ramírez Gómez, Juan José Espinal

Piedrahita, Yessica Valencia Yepes, Daysi

Sanmartín Durango, Carolina Moreno

López, Mateo Londoño Castaño, Dahiana

Palacios

Jóvenes investigadores:

Juan Pablo Ramírez

Estudiante en formación:

Juan Manuel Sánchez

Elaboración de textos:

Jairo Humberto Restrepo, Laura Ramírez,

Lina Casas y Dahiana Palacios

Equipo de apoyo en la transcripción de textos:

Carolina Moreno, Juan Manuel Sánchez,

Daysi Sanmartín y Juan Pablo Ramírez

Edición de textos:

Jairo Humberto Restrepo y Laura Ramírez

Diseño:

Santiago Ospina Gómez

Diagramación e impresión:

Imprenta Universidad de Antioquia

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