

Algunas verdades incómodas de la salud global y las ideas que las sustentan

Alejandro Gaviria Uribe

La frase “verdades incómodas” es similar a otra expresión del libro de Daniel Dennett sobre las ideas de Darwin (1995)¹. Dennett habla de “ideas peligrosas”, para referirse a que son ideas peligrosas en un sentido sencillo, ideas que sacuden o ponen en cuestión nuestras convicciones más íntimas, que de alguna manera nos alejan de un mundo de certidumbres morales, del mundo de las fábulas, del mundo donde es muy fácil decir “aquí hay unos buenos, acá hay otros malos”, y nos llevan a otro mundo más complejo de ambigüedad, de relativismo, de cierto sentido trágico que acompaña muchas de las decisiones en salud. En este capítulo se presentan algunas de esas verdades incómodas.

Una verdad incómoda de la salud global estuvo revelada en los primeros meses del año 2018, por una de las revistas médicas más importantes del mundo, *The British Medical Journal*, cuando menciona que el 40% de los últimos medicamentos oncológicos (tanto entidades de origen biológico, como de síntesis química) no ofrecen ningún valor agregado sobre los medicamentos que ya existen. No ofrecen una ventaja con respecto a los medicamentos que ya se conocen, pero cuestan dos, tres o cuatro veces más.

Aunque el conjunto de medicamentos oncológicos aprobados en las principales agencias sanitarias en los últimos años ofrecen en promedio 2.1 meses de supervivencia, representan para un paciente que está muriendo su última esperanza (Davis, y otros, 2017)¹. ¿Es posible pagar por eso? ¿Cómo definir cuánto pagar? ¿Quién construye legítimamente un sí o no?

Se trata de una situación incómoda porque entran en conflicto visiones éticas distintas, unas más utilitaristas que tratan de maximizar el bienestar general, pero olvidan los derechos individuales, otras que ponen el énfasis en la persona, pero olvidan la perspectiva colectiva, y hay una tensión entre lo colectivo y lo individual en la que se deciden los asuntos de política pública, por eso es una verdad incómoda.

Muchas veces las sociedades, y en particular nuestras democracias mediatizadas, tienen que mantener esa capacidad de conversar sobre las verdades incómodas. Una verdad incómoda parecida también desde el punto de vista financiero es lo que ocurre hoy con las enfermedades raras o de baja frecuencia. Para muchos pacientes los medicamentos cuestan decenas de millones, o cientos de millones al año.

En Colombia, y posiblemente podrían identificarse otros lugares del mundo, hay más pacientes diagnosticados en un departamento colombiano para alguna de esas patologías (mejor no ser explícito) que en todo México. Excesos en los diagnósticos, que probablemente se asocian con una inducción de demanda, una suerte de medicalización, pero que ética-mente también implican una disyuntiva difícil.

Esta disyuntiva se asemeja al problema del tranvía que pone en cuestión las ideas utilitarias. 100 millones de pesos para salvar una persona como si viniera el tranvía que puede arrollar a una persona y el decisor tiene una pequeña palanca que se puede mover para desviarlo. En una dirección puede poner en riesgo a cien, veinte o quince personas, pero si se desvía la palanca arrolla a una persona. El decisor en este caso decide de forma deliberada sobre la vida y sobre la muerte de otros. ¿Quién tiene ese poder? ¿Lo puede hacer un burócrata? ¿Lo va a hacer un comité de clínicos?

Cuando Obama trató de reformar el sistema de salud de su país le increparon: ¿con la reforma se crea un comité de burócratas que deciden la vida y la muerte de una persona?

Lo cierto es que en la cotidianidad de un decisor de cualquier sistema de salud -no importa la estructura o modelo del sistema- se asignan recursos finitos, y ese decisor debe hacerlo, enfrentando esa verdad incómoda, casi siempre de forma ambigua.

Muchos de los problemas financieros de un sistema de salud como el de Colombia, o de cualquier país de América Latina o de otro continente, devienen de la falta de capacidad para enfrentar abiertamente cuestiones éticas difíciles, como sociedad, y se prefiere asignar como única explicación moral la corrupción, pero que en el fondo es reduccionista. Aunque es cierto que hay corrupción, esta no explica todos los problemas de los sistemas de salud globales, ni del sistema de salud colombiano. También estos problemas se explican por la incapacidad de enfrentar y debatir abiertamente esta verdad incómoda.

Me impresionaba, como economista, cuando empecé a leer la literatura médica, que todos volvían a ese principio más o menos obvio que yo creía que no necesita repetirse ni reiterarse más de la cuenta, el principio de no hacer daño. Pero al leer que una porción cercana a la tercera parte de las muertes se explican por errores médicos, o problemas de atención en los hospitales, errores no deliberados, entendí que esa es una verdad incómoda también. La fragilidad y la complejidad biológica hacen parte de la vida. Las personas y las instituciones a las que la sociedad les entrega la confianza, y no es porque lo quieran hacer mal, también cometen errores que cuestan la vida. ¿Cómo lidiar con eso? ¿Cómo hacerlo con todas las partes involucradas? Es una verdad incómoda como lo es que el 20% de las personas mueran en sus hogares cuando en realidad el 80% de las personas quieren morir en casa y que el gasto en salud que ocurre en el último año de todos es más del 50%, en muchos casos del 60 y el 70%, del gasto total en nuestra trayectoria vital, esto con muy pocos beneficios e implicaciones para el bienestar colectivo.

Todos estos temas son complejos y en el fondo requieren la capacidad de conversar, porque son dilemas éticos que no tienen una salida fácil, que no tienen un atajo, que son relativos y ambiguos, nadie los va a resolver por cuenta propia; la salida es construir alguna forma de legitimidad que no es absoluta, que es parcial, que siempre es incompleta y compleja, pero que proviene del diálogo.

Las universidades tienen que abanderar y liderar esos espacios de conversación sobre las verdades incómodas. **Las verdades incómodas son las que no tienen una solución ética fácil.** Con la corrupción todo es fácil: “dejar de robar”, pero a estas verdades incómodas las acompañan dilemas éticos. Si se miran esos dilemas desde un punto de vista también filosófico, por ejemplo frente a muchos sistemas de salud, incluido el de Colombia, hay una especie de contradicción: la regulación del sistema la vienen haciendo economistas o ingenieros con una perspectiva utilitaria, muchas veces panorámica, y con falta de sensibilidad, pero la jurisprudencia la han venido construyendo abogados rawlsianos (Rawls, 1971)¹⁹. Eso genera una especie de tensión filosófica entre estas dos perspectivas, unos enfatizan lo colectivo y otros lo individual y, hasta hace muy poco en Colombia, las dos corrientes no conversaban, y esa falta de conversación también causó muchos problemas en el sistema de salud e impidió en muchos casos decir algo que es fundamental en la salud: una cosa es el individuo empoderado, que es la figura de los abogados rawlsianos y también de los economistas bethamistas o bethamianos o utilitarios (Bentham, 1970)²⁰, ese individuo al que le reconocemos los derechos; pero en todos los asuntos de política social tenemos que traer a las comunidades que tienen responsabilidades recíprocas entre ellos mismos y también con el Estado, y eso se ha olvidado un poco en la forma como se ha diseñado la regulación y la jurisprudencia.

En este capítulo se hace un repaso a los principales problemas de la salud global desde el lente de los **objetivos de desarrollo sostenible, con una breve contextualización y cinco ideas fundamentales para entenderlos y para enunciar algunas de las verdades incómodas de la salud global.**

Las ganancias de la humanidad y los principales problemas de la salud global

Uno de los libros más interesantes que se han escrito en los últimos años, escrito por el economista y Premio Nobel de Economía, Angus Deaton, se llama “*El gran escape*” (Deaton, 2015)²¹. El libro ofrece una mirada no romántica de algunos de los problemas del mundo y habla del “gran escape” de la pobreza, de la enfermedad, de algunos elementos de la desigualdad y de la riqueza. Para los economistas, una idea polémica, lo que hay que explicar, más que la pobreza, es la riqueza, porque durante buena parte de la historia de la humanidad fuimos pobres y enfermos y vivimos pocos años.

Para ambientar esta argumentación recuerdo líneas de un poema de la poeta polaca Wisława Szymborska, que se llama “La corta vida de nuestros antepasados”, que refleja que así fue la vida por mucho tiempo:

*“La sabiduría no podía esperar las canas,
No había ni un momento que perder,
La vejez era un privilegio de las piedras y los árboles”*

En 2019 entrevisté a Deirdre McCloskey en el “Hay Festival” sobre su libro “La igualdad burguesa: Cómo las ideas, no el capital ni las instituciones, enriquecieron al mundo” (McCloskey, 2016)²². Nunca había leído lo que había escrito, y faltando diez días para la entrevista me entregaron un libro de 784 páginas.

Traté de plantear unas preguntas, y mientras la estaba entrevistando, ella se paró en el escenario, trató de ser un poco como grandilocuente, y dibujó la siguiente gráfica:

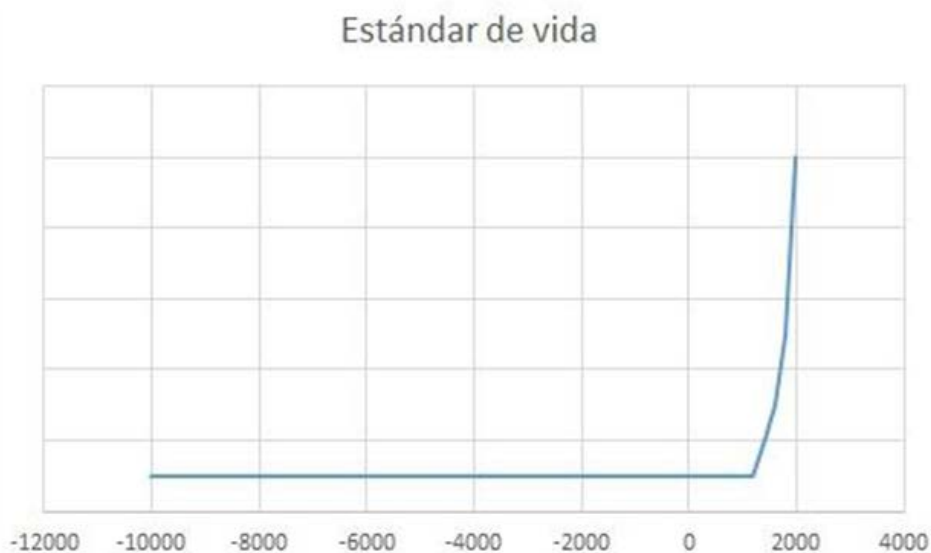


Figura 1. Estándar de vida (McCloskey, 2016)²².

Caminando, puso el brazo formando un ángulo de 180 grados con su mano y dijo: “así éramos”. Recorrió el escenario y, cuando iba a llegar al otro lado, el brazo sube. “Esa es la historia de la humanidad contada en una sola gráfica”. El aumento del estándar de vida, de las condiciones materiales, la disminución de la pobreza. El tema que es difícil de entender hoy en día es que en el fondo somos la generación más privilegiada en la historia del planeta. Nadie ha vivido tanto, nadie ha viajado tanto en promedio, nadie ha probado tantos sabores, ni visto o por lo menos tenido a su disposición tantas películas.

Hoy en un celular está el conocimiento acumulado por la historia de la humanidad: “*El aleph*” de Borges lo tenemos en el bolsillo y no somos plenamente conscientes. Este contexto de salud global hay que tenerlo en cuenta. La innovación farmacéutica y el ingenio de la humanidad han tenido efectos innegables e insoslayables sobre el bienestar humano. Estamos enfrentando hoy una encrucijada porque los temas ambientales y los límites del planeta comienzan a decir que quizás las generaciones subsiguientes no serán tan afortunadas. Es hoy la gran pregunta abierta en el mundo. Hay una crisis de confianza en las instituciones democráticas en todas partes. Hay un aumento del tribalismo y del nacionalismo, y nos comenzamos a parecer a la primera parte del siglo XX. Comenzamos a ver enemigos por todas partes, sobre todo a quienes hablan distinto y lucen distinto.

Estamos viviendo un tiempo de incertidumbre, si se quiere peligroso, pero eso no nos puede hacer perder de vista el aumento del estándar de vida. Las razones de esto son complejas y los historiadores nunca se van a poner de acuerdo. Cambian las instituciones, ciertos mecanismos de coordinación, los mercados, la ampliación en los modos de pensamiento de todos de que en el fondo tenemos que ampliar nuestros círculos de solidaridad, ya no solamente la tribu, el clan o la familia, sino más allá. Los Estados de bienestar en el fondo son eso: una forma de ser solidarios entre más.

Este es un contexto necesario, del que debemos partir siempre que hablamos de salud global. La siguiente es una gráfica interesante. No es esperanza de vida al nacer, sino para personas mayores de 50 años. Es del mundo desarrollado, pero en el mundo en desarrollo se parece también. Son 8 años, lo que ha aumentado desde el año 50 la esperanza de vida para los mayores de 50, y en esto tiene que ver de manera preponderante la innovación farmacéutica, la innovación médica, y el conocimiento acumulado de la humanidad.

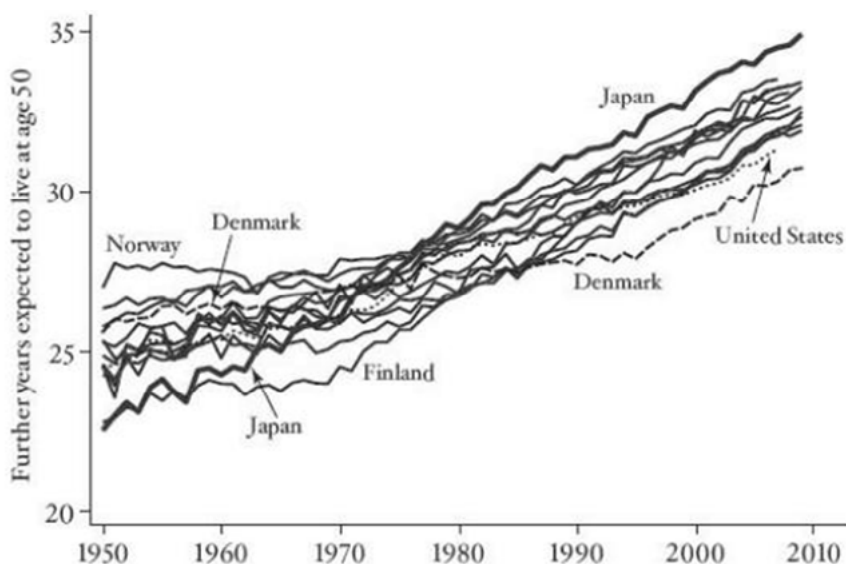


Figura 2. Esperanza de vida para mayores de 60 años entre 1950 y 2010²¹.

En la [Figura 3](#) se comparan las muertes por 100 mil habitantes entre Estados Unidos y el Reino Unido y entre Finlandia y Japón, entre 1950 y 2010. Puede verse una disminución notable en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, es decir, una mejora sistemática en las condiciones de salud.

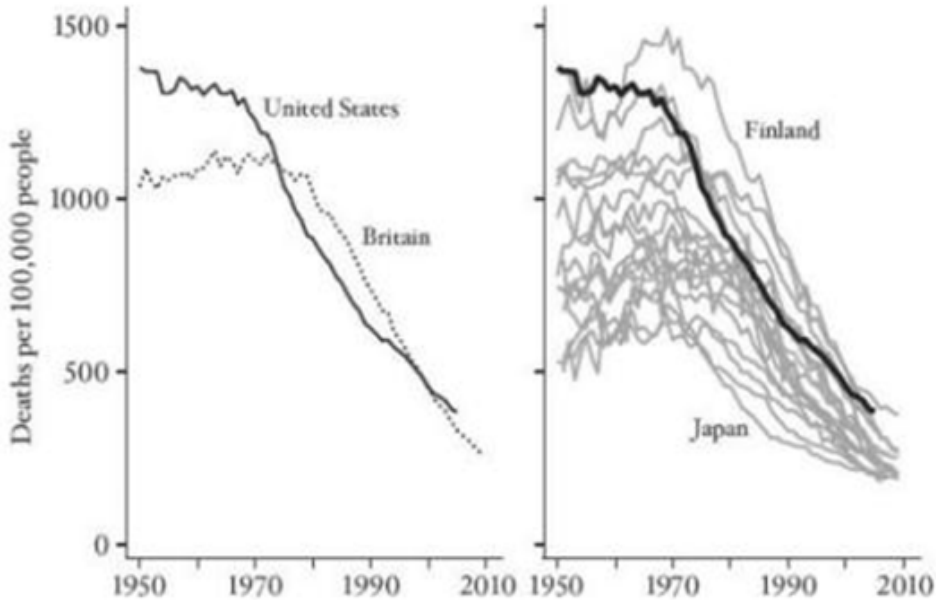


Figura 3. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares entre 1950 y 2010²¹.

Igual sucede con la mortalidad infantil. La figura 3 abarca desde la década de 1950 hasta 2015 (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2017)⁴. Se observa una disminución en el tiempo de la mortalidad infantil, pero hay también una disminución notable y sustancial de la varianza, es decir, de la diferencia entre países. Hay una convergencia social. En los años 50, las diferencias eran grandes, pero en los primeros años de este siglo las diferencias son mucho menores. Las desigualdades en algunos indicadores relevantes de salud global han disminuido, y eso es un asunto relevante e importante para tener en cuenta.

Lo mismo se repite, por ejemplo, si hacemos una comparación entre América Latina y los países de la OCDE en materia de esperanza de vida (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019)³. Hay un aumento, y esa brecha, o más bien ese abismo que existía, se ha venido cerrando, pero todavía persisten algunas desigualdades (ver [Figura 5](#)).

Para hablar de salud global hay que hablar de la mejoría sistemática en las condiciones de salud de la población y la convergencia social, esto es, que esas brechas o esas distancias se han venido cerrando y sobre todo se cierran desde el año 50, y es una tendencia que

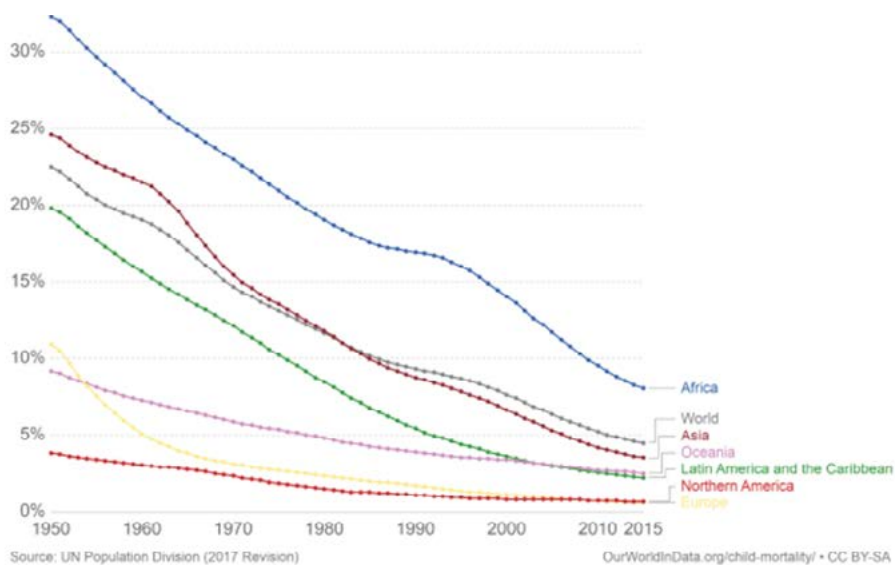
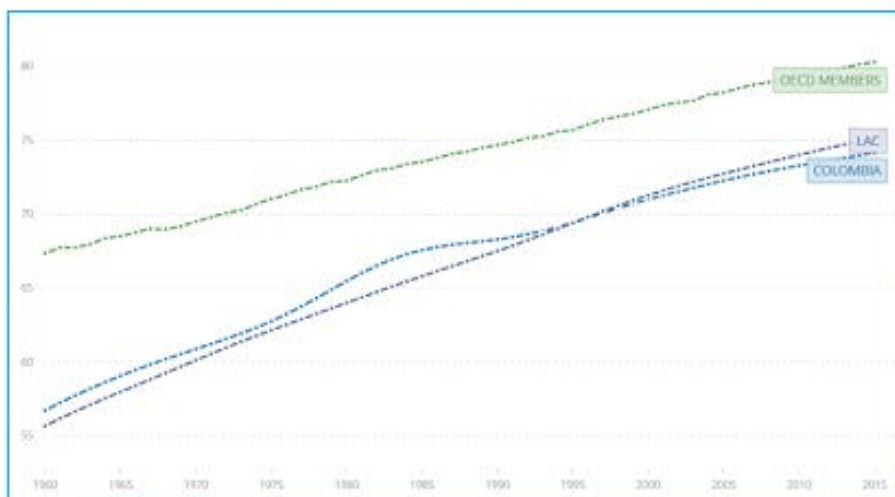


Figura 4. Child mortality (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2017)⁴.

Convergencia social: esperanza de vida al nacer



Fuente: <https://data.worldbank.org/>

Figura 5. Convergencia social: esperanza de vida al nacer (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2019)³ (LAC) Latinoamérica y el Caribe.

se ha mantenido. Incluso hay hechos paradójicos: en los Estados Unidos de América, por primera vez, en los años 2017 y 2018, la esperanza de vida al nacer disminuye, por cuenta de la epidemia de opiáceos que ha cobrado, sigue cobrando, y seguramente va a cobrar, más de 60 mil muertes al año. Casualmente la primera persona en señalar ese hecho fue Angus Deaton.

Sin embargo, la pandemia por covid-19 transformó para mal esta situación. Ver apartado “las verdades incómodas en la pandemia”.

Ahora un análisis con el lente de los **objetivos de desarrollo sostenible (ODS)**, que son 17, y 169 metas. “Salud” es el tercero de esos objetivos, quiero plantear desde ese lente, los cinco problemas más acuciantes de salud global¹.

El primero es la disminución de los indicadores trazadores de salud pública. En las figura 6 y 7 se presentan la mortalidad materna en la primera (World Bank, 2015)⁵, y la mortalidad infantil (World Bank, 2017)⁴ en la segunda.

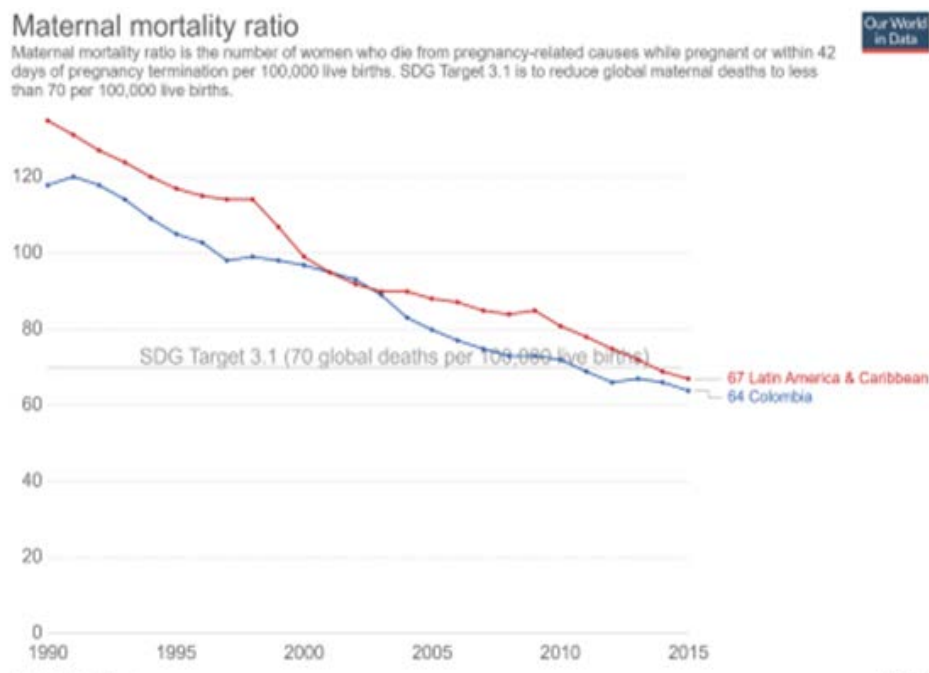


Figura 6. Maternal mortality ratio (World Bank, 2015)⁵

1. Pandemia y Agenda 2030: <https://www.cepal.org/es/noticias/pandemia-covid-19-pone-riesgo-la-integralidad-la-agenda-2030-debido-al-dispar-avance-ods>
2. Agenda 2030 ODS LA-Caribe: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
3. CODS UniAndes: <https://cods.uniandes.edu.co>



Figura 7. Child mortality rate (World Bank, 2017)⁴

La primera gráfica muestra el momento de disminución de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe: 70 por cada 100.000 nacidos vivos. La segunda gráfica muestra la disminución a 25 por cada 100.000 nacidos vivos tanto en América Latina, como en Colombia. Con las dos gráficas pareciera que se cumplen dos indicadores.

¿Esto significa desatenderse de este asunto en Colombia?

Claramente no, porque aunque lo vamos a cumplir en promedio, en Colombia hay una diferencia muy grande entre centro y periferia, entre lo que ocurre en Bogotá y lo que ocurre por ejemplo en alguna de las ciudades del eje cafetero, lo que ocurre en el Chocó, la Guajira, Vichada, Guainía, en donde están todavía muy lejos de cumplir estos indicadores. En el fondo, cuando los [objetivos de desarrollo sostenible](#) plantean este tema, están hablando de desigualdades, desigualdades que son evidentes en el mapa de la [Figura 8](#) (United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, 2015)⁷:

Este es un reto para Bolivia, algunos países del Caribe, y sobre todo los países del África subsahariana. Esto nos lleva de manera inmediata a un asunto importante de salud global y es el siguiente: ¿qué pasa con las capacidades dispares de los diferentes países? ¿Qué pasa con el desarrollo social y económico? ¿Cuál es el rol de la ayuda externa? ¿Cuál es el rol del capitalismo en cambiar esas condiciones? ¿Cuál es el papel del Estado, y cuál es el papel del mercado? Ese es un tema obvio, pero hay otro que no es tan obvio, y es

Child mortality rate, 2015

Shown is the share of children (born alive) who die before they are five years old.

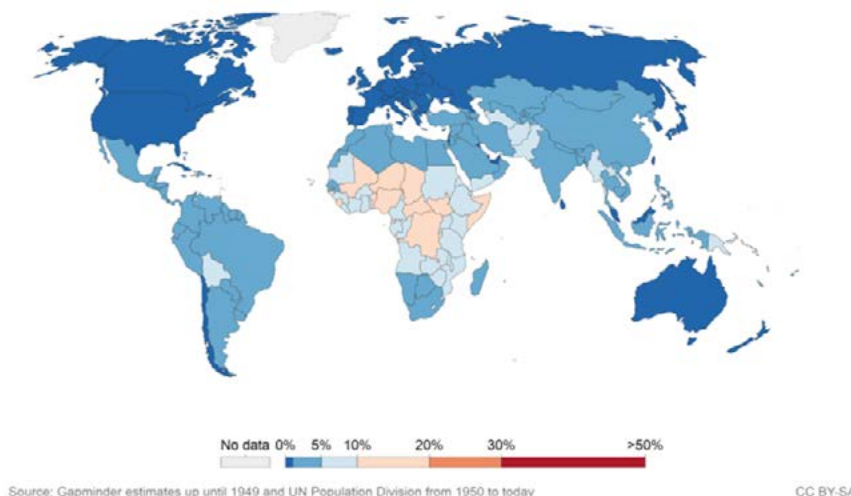


Figura 8. Child mortality rate, 2015 mapa (United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, 2015)⁷.

el del recurso humano en salud. En Londres hay más médicos sudaneses que en Sudán. Estados Unidos de América tiene el 5% de la población mundial, pero tiene el 30% de los trabajadores de la salud.

Esas grandes desigualdades en la distribución del recurso humano en salud en el fondo tienen que cambiar al menos el margen para poder cumplir con estos primeros indicadores de salud global. Desafortunadamente, en el mundo hemos visto, sobre todo en los últimos 15 a 20 años, un aspecto que no se menciona mucho de la globalización, y es que la globalización generalmente enfatiza el movimiento de bienes y servicios, el movimiento de capital, pero no tanto el movimiento de ese talento humano, y ahí hay un tema de cómo regularlo. Cuando uno habla por ejemplo en Ecuador, uno de los temas más sensibles es que los médicos ecuatorianos están yendo a trabajar en Chile. ¿Cómo se regula eso? La presencia de médicos cubanos en buena parte del continente, por ejemplo. Un tema también complejo, y no tenemos normas globales para lidiar con este problema latente en la salud global. Esa es otra verdad incómoda, tal vez porque hay que respetar la autonomía individual. Si el médico de Sudán quería trabajar en Londres, ¿qué pasa con el bienestar colectivo, y cómo se resuelve esa tensión?

En la pandemia por Covid-19 se demostró la fortaleza y la importancia, pero también la fragilidad, del recurso humano en salud y la necesidad de desarrollar estrategias globales para su protección².

2 Salud y economía COVID-19 LA-Caribe: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45840/4/S2000462_es.pdf

Enfermedades transmisibles

El segundo tema de salud global se refiere a las enfermedades transmisibles. En los ODS se enfatizan cuatro tipos de enfermedades transmisibles: el VIH, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades huérfanas o desatendidas, sobre todo las enfermedades tropicales desatendidas. Los investigadores colombianos de la leishmaniasis y de la enfermedad de chagas, enfermedades desatendidas, manifiestan que no hay muchos recursos globales para atenderlas y se quejan de que no tienen la financiación. Tienen las ideas, tienen el talento, pero no tienen los recursos financieros disponibles para hacer o conducir los ensayos clínicos que necesitan, y que tomarían uno, dos o tres años.

Eso, con la dificultad adicional de que el cambio climático está cambiando completamente la ecología, en el sentido literal y metafórico, de estas enfermedades. En el fondo este asunto pone un dedo sobre la llaga del modelo financiero de innovación farmacéutica, y lo que está diciendo es que esas enfermedades tropicales que afectan a mucha gente, lo cual desde un sentido utilitario de beneficio de la humanidad debería movilizar muchos recursos, no está movilizando recursos suficientes porque los países donde estas enfermedades representan un porcentaje importante de la carga enfermedad, son países pobres y no tienen capacidad de pago³.

Hace aproximadamente 12 años leí una frase del economista del desarrollo William Easterly, que había salido del Banco Mundial en su momento en un escándalo, y dijo una cosa que se me quedó grabada: “el capitalismo es capaz “. En ese momento estábamos en la fiebre de Harry Potter, Amazon llevaba pocos años, y los niños compraban en línea el libro de Harry Potter que iba a salir, por poner un ejemplo, en la mañana del 4 de abril, y a las 12:01 a.m., esto es, transcurrido un minuto del día siguiente, eran 150.000 niños quienes tenían el libro de Harry Potter en la puerta de su casa. El capitalismo era capaz de hacer eso: de distribuir 150 mil libros. Los niños se levantan, van a la puerta, y ahí está el libro brillante en su caja. Pero el capitalismo no es capaz de producir las vacunas para los niños de África. Tenemos una investigación en algunas enfermedades tropicales que están claramente desatendidas. Los [objetivos de desarrollo sostenible](#) hablan por ejemplo de esta lista:

Úlcera de Buruli.
Enfermedad de chagas.
Dengue y chikungunya.
Equinocosis.
Trematodiasis transmitidas por alimentos.
Tripanosomiasis africana humana (enfermedad del sueño).
Leishmaniasis.

3 Innovación con enfoque en salud pública: http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/medicamentos/docs/Portafolio_de_casos.pdf

2. Casos innovación con enfoque en salud pública: http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/medicamentos/docs/Informe_final.pdf

Lepra (enfermedad de Hansen)
Filariasis linfática.
Micetoma, cromoblastomicosis y otras micosis profundas.
Oncocercosis (ceguera de los ríos).
Rabia.
Sarna y otros ectoparásitos.
Esquitosomiasis.
Helmintiasis transmitidas por el suelo.
Envenenamiento por mordedura de serpiente.
Teniasis / Cisticercosis.
Tracoma.
Pian (treponematosis endémica).

Algunas de estas enfermedades son relevantes para Colombia. Por ejemplo, la leishmaniasis, una enfermedad casi paradigmática del conflicto armado por mucho tiempo. El medicamento para tratarla fue un instrumento de guerra del ejército colombiano. Una de esas historias de indignidad que alguna vez tenemos que contarnos como sociedad para empezar a sanarnos. Está también la enfermedad de chagas y las mordeduras de serpientes (accidentes ofídicos). La situación con estas últimas es cada vez más difícil porque el cambio climático está haciendo que los sueros que hoy en día están en los hospitales no sirvan.

La preocupación global bajo el lente de los [objetivos de desarrollo sostenible](#) se agrupa en ciertas enfermedades transmisibles. Se enfatizan tres: 1) VIH, donde el tema de acceso a medicamentos y los altos precios de los antirretrovirales fue una de las grandes luchas de la salud de los años 80 y 90, y persisten; 2) la tuberculosis como enfermedad reemergente; y 3) la malaria y el conjunto grande de enfermedades tropicales desatendidas.

Los temas de financiamiento y el diseño de incentivos necesarios para su atención son prioritarios. Se ha estimado que se requieren aproximadamente 8 mil millones de dólares al año para la investigación de este conjunto de enfermedades. La fundación Bill y Melinda Gates, y otros donantes entre los que está el gobierno de Japón, hacen la “vaca” para lograr juntar 3 mil millones de dólares, pero hay una brecha grande entre las necesidades de investigación y las posibilidades de financiación.

Enfermedades crónicas no transmisibles.

El tercer tema de salud global tiene que ver con las enfermedades crónicas no transmisibles, donde los temas de comportamiento y sobre cómo vivimos son fundamentales. Hace poco leí un artículo muy interesante del economista Kenneth Rogoff, experto en crisis financieras, que decía que los Estados Unidos le está haciendo un gran daño a la humanidad porque de alguna manera exportó sus hábitos alimenticios y dietarios (Rogoff, 2017)⁸. Está engordando no a medio mundo, sino al mundo entero. ¿Cómo regular estas industrias de alimentos y cómo como sociedad civil y como gobiernos combatir los poderes de lobby? Estos son aspectos

fundamentales, si queremos cumplir lo que dicen los **objetivos de desarrollo sostenible** con respecto a las enfermedades crónicas no transmisibles. Tienen que disminuir las muertes prevenibles en un tercio de aquí al año 2030, con prevención y tratamiento. La prevención está asociada a los impuestos al tabaco y sus complejidades tanto de economía política como de aplicación en la práctica, los impuestos a las bebidas azucaradas, la necesidad de un etiquetado y la necesidad distinta de cambiar la forma como producimos alimentos. En tratamientos, los temas de acceso a medicamentos van a ser fundamentales.

Salud ambiental y accidentes de tráfico

El cuarto tema tiene que ver con los temas de salud ambiental, donde hay temas de arbitraje regulatorio global que en Bogotá fueron evidentes con los buses diésel. ¿Cómo es que los buses que están prohibidos en Europa vienen aquí? Y un tema que no es de salud global porque es un tema de regulación local, es el tema de accidentes de tránsito, que me parece es de una gran pasividad social. El intelectual alemán Hans Magnus Enzensberger, de una manera un poco ociosa, sugiere que imaginemos que un grupo terrorista estuviera actuando en nuestros países y ese grupo terrorista asesina a seis mil o siete mil personas al año. ¿Cómo estaría la sociedad? Básicamente destruida. Pues bien, hay seis mil o siete mil muertes al año por accidentes de tránsito (Figura 9) que ni siquiera se reportan en los

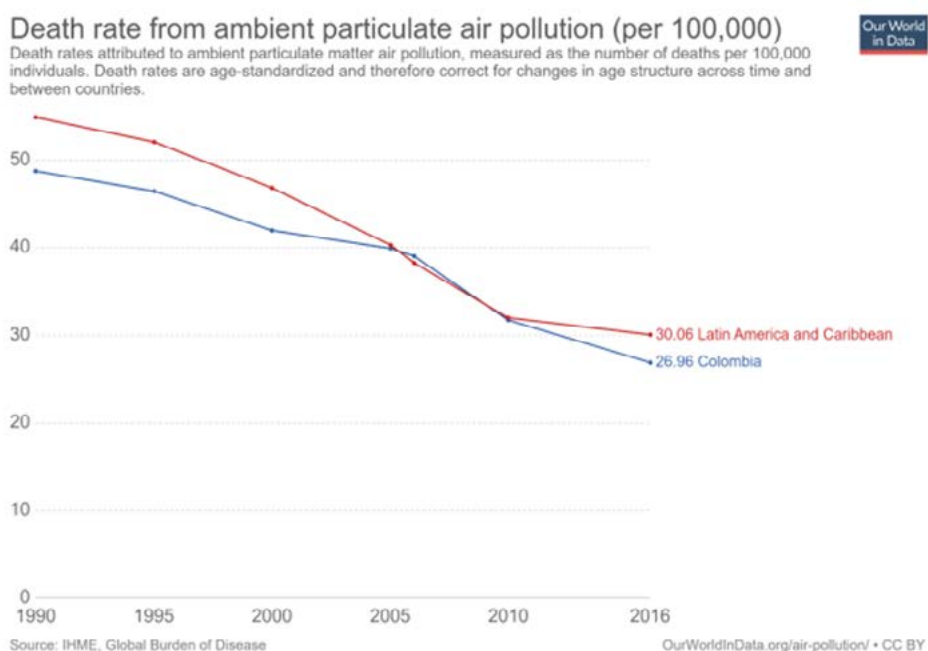


Figura 9. Death rate from ambient particulate air pollution (per 100,000) (IHME, Global Burden of Disease, 2017)⁹.

periódicos (quizás en la sección aburrida que se inventan los periodistas para los noticieros de la “operación retorno” los fines de semana). Pero todos somos indiferentes al tema de los accidentes de tránsito, a pesar de que en Colombia hay mecanismos tanto en términos de capacidad de investigación como de capacidad regulatoria para disminuir los accidentes de tránsito a la mitad en un periodo razonable de cinco, seis o siete años y que eso tendría un gran impacto sobre la salud de la población.

Salud sexual y reproductiva

En este tema de la salud sexual y reproductiva hay una conexión interesante de salud global que tiene que ver con los valores. El papel del Partido Republicano de los Estados Unidos de América sobre las políticas de población, y la falta de acceso a métodos modernos de control natal es absolutamente aterrador y ha vuelto a ponerse sobre la mesa.

La problemática mencionada [se agudizó en la pandemia](#).

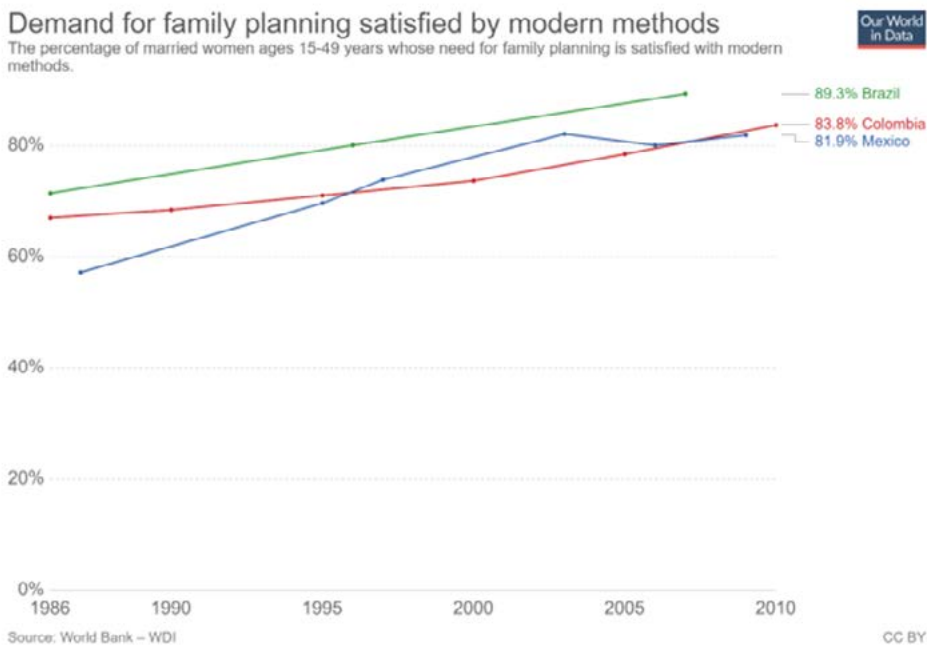


Figura 10. Demand for family planning satisfied by modern methods (World Bank, 2017)⁶.

Acceso a servicios de salud y protección financiera

El último tema tiene que ver con la cobertura universal, la protección financiera, la sostenibilidad de los sistemas de salud, el acceso con calidad y oportunidad y los servicios médicos. Lo que en Colombia llamamos a veces cobertura y oportunidad con calidad (ver Figura 11).

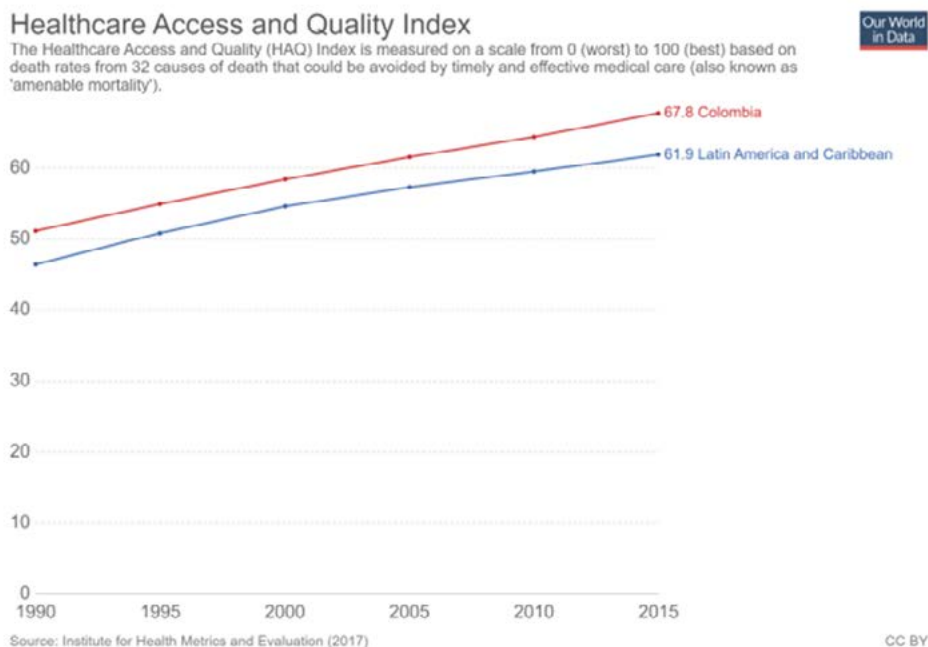


Figura 11. Healthcare access and quality index (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2017)¹¹.

Estas son las principales preocupaciones de salud global. Es posible que muchas quedaran por fuera, pero son tal vez los temas de consenso de los países del mundo cuando se sentaron en los meses previos al año 2015 y se preguntaron si las metas de desarrollo del milenio se habían o no cumplido. Se concluyó que se agotaron y por esa razón se planteó la necesidad de imaginar otros.

Una vez señalados los grandes temas en salud global, a continuación, se presentan cinco ideas que pueden ser relevantes para el análisis a profundidad de las verdades incómodas de la salud global que se desarrollan en cada uno de los capítulos de este libro.

1. Las fallas del mercado dan lugar a arreglos sociales (sistemas de salud) que contribuyen al bienestar general.

La primera de esas ideas viene de un economista premio Nobel de Economía, Kenneth Arrow, quien escribió un artículo hace más de 60 años cuya idea central es la siguiente: la economía no funciona en la salud, los mercados en salud no funcionan.

No funcionan porque tenemos grandes asimetrías de información. No es lo mismo que lo atiendan a uno en un hospital, no es lo mismo demandar servicios de salud, o un medicamento, que comprar un televisor o un vehículo particular, o un sartén para la cocina, y no es lo mismo porque tenemos gran incertidumbre sobre la calidad y las características

de lo que estamos demandando, y no es lo mismo porque generalmente la demanda se da a través de una tercera persona, la demanda es inducida por los prescriptores (Arrow, 1963)¹².

Y ¿qué pasa si los mercados no funcionan?

Se deben generar una serie de instituciones para lidiar con este problema, las instituciones que, en el fondo, en su conjunto, buscan aumentar el bienestar de la sociedad. Claro que esos arreglos generan otros problemas.

Esto es el mundo de la economía, el mundo de los mercados, que uno podría imaginarse con cualquier alimento. Generalmente, los economistas creen que hay una sustitución perfecta, y que un huevo es un huevo, nada de que hay un huevo orgánico, que el otro huevo es blanco. No sucede así, todos son más o menos parecidos y la gente es capaz de distinguir entre una cosa y la otra. En salud no pasa eso por razones muy distintas, pero en el fondo por las grandes asimetrías de información y por la incapacidad que tenemos como individuos de conocer la calidad y de conocer lo que necesitamos, no lo sabemos verdaderamente, y ahí la economía falla. Y si la economía falla, el Estado tiene que llenar ese vacío.

Pero cuando entra el Estado ¿qué pasa? En el fondo se está cambiando un problema por otro en muchas ocasiones. Hay fallas de mercado que están ahí y se pueden detectar y describir, pero también hay fallas de los Estados.

¿Cuáles son las fallas de Estado más evidentes? La corrupción, por ejemplo, entre otras. Entonces la organización del sistema de salud es compleja y cuando uno examina se va a dar cuenta que siempre va a haber problemas. Los desafíos de los sistemas de salud son una conversación también permanente. Ningún sistema de salud es perfecto.

De nuevo Wislawa Szymborska tiene un poema donde dice esto: “*la idiotez de lo perfecto*”, que ilustra lo que quiero decir.

Para ser más explícito eso fue escribió este señor Kenneth Arrow en 1963 (Arrow, 1963)¹²:

“The failure of one or more of the competitive preconditions has as its most immediate and obvious consequence a reduction in welfare below that obtainable from existing resources and technology, in the sense of a failure to reach an optimal state in the sense of Pareto. But more can be said. I propose here the view that, when the market fails to achieve an optimal state, society will, to some extent at least, recognize the gap, and nonmarket social institutions will arise attempting to bridge it. Certainly this process is not necessarily conscious; nor is it uniformly successful in approaching more closely to optimality when the entire range of consequences is considered. It has always been a favorite activity of economists to point out that actions which on their face achieve a desirable goal may have less obvious consequences, particularly over time, which more than offset the original gains.

But it is contended here that the special structural characteristics of the medical-care market are largely attempts to overcome the lack of optimality due to the nonmarketability of the bearing of suitable risks and the imperfect marketability of information. These

compensatory institutional changes, with some reinforcement from usual profit motives, largely explain the observed noncompetitive behavior of the medical-care market, behavior which, in itself, interferes with optimality. The social adjustment towards optimality thus puts obstacles in its own path...

2. Sobre Fuchs y la aversión al riesgo, que da pie al riesgo moral.

La Figura 12 (Fuchs, 1975)¹³ es interesante y es sencilla. Hay dos ejes y hay dos líneas que tienen pendientes negativas, es decir, las que están inclinadas. Esas líneas se denominan líneas de demanda. El eje vertical es el precio, y lo que las dos líneas quieren decir es que a medida que el precio cae, la demanda aumenta.



Figura 12. “La idea fundamental trágica de los sistemas de salud” (Fuchs, 1975¹³).

La línea inclinada que está más a la izquierda representa a una persona de bajos ingresos y la línea de la derecha representa a una persona de altos ingresos. Esta gráfica es lo que los economistas llaman una “*curva de demanda*”, esto es, el precio disminuye, mientras la demanda aumenta. Si baja el precio del huevo, se comen más huevos. Hasta ahí todo es muy sencillo. En esta gráfica se muestra el sitio en el que se interceptan la oferta y la demanda. En el eje horizontal está la cantidad de servicios demandados y muestra, en un mercado cualquiera, lo que va a demandar la persona de altos ingresos y la persona de bajos ingresos. Esta gráfica lo que dice es que hay dos personas (una con altos ingresos y una con bajos ingresos) y hay dos curvas (una curva de demanda y otra de oferta) y quien tiene más ingresos demanda más que el otro.

¿Qué pasa en la salud? ¿Qué pasa con el precio, por ejemplo, de un medicamento oncológico? ¿Qué pasa con el precio de un procedimiento en un contexto como el de Colombia, en donde hay un sistema de salud más o menos con una cobertura amplia determinada por la Ley Estatutaria? ¿Cuál es el precio?

Generalmente lo que pasa, pensemos en un tratamiento de alto costo, de cáncer por ejemplo, es que el precio es cero. Es así porque en el fondo decidimos pagar la salud de otra manera, porque la economía no funciona como dijo Arrow en la primera idea. ¿Cómo se paga? Se paga mancomunadamente, esto es, todos cogemos una partecita de nuestro salario y la metemos a una olla común, en una EPS como se llama en Colombia. También pasa en un sistema único público que maneja los recursos, es decir, que coja los ahorros o los impuestos de todos para garantizar la prestación de los servicios de salud. En cualquiera de los dos casos, cuando vamos como pacientes a recibir el servicio, “no nos duele el bolsillo”.

¿Si el precio es cero dónde va a estar la demanda, es decir lo que consumimos cada uno en términos de salud?

En ese punto se igualarán las demandas de altos ingresos y de bajos ingresos. Parece una idea sencilla, pero en el fondo es una idea poderosa que nos está diciendo que cuando surge un sistema de salud, cuando la pagamos mancomunadamente nuestra demanda por servicios de salud y nuestro consumo al final del día aumenta, y se vuelve igual independientemente del nivel de ingreso de la población, esto de manera ideal porque alguien podría decir que hay copagos, hay excepciones, hay costos aquí y allá, pero para muchos casos este es un mundo estilizado, caricaturesco, pero que captura la idea esencial. ¿Esa circunstancia es buena o mala?

Hay un lenguaje que describe lo que pasa en esa gráfica, que describe los hechos con palabras de jerga académica, pero que algo captura, y es que la aversión al riesgo es lo que nos lleva a todos a evitar pagar eventos catastróficos y a pagar la salud mancomunadamente, esto es, ahorrar entre todos e invertir la plata bien sea en un sistema público, o bien en una EPS.

La aversión al riesgo lleva al riesgo moral, y el riesgo moral es que como estamos asegurados, como no tenemos que pagar de nuestro bolsillo, nuestro comportamiento cambia como consecuencia y eso nos lleva a sobre consumir o a consumir en exceso. Todo este cuento tan raro me lo explicó un médico una vez, quien me dijo: “a mí me tocó vivir el sistema de salud colombiano antes de la protección financiera, esto es, antes del precio cero, y los familiares tenían un paciente en la unidad de cuidados intensivos ¿Que le decían los familiares al médico? Sáquelo. ¿Qué le dicen hoy? Déjelo”. Ese es lo que se conoce como riesgo moral, y es una distorsión. ¿Por qué los economistas vienen a complicar la vida con estas cosas? Porque en el fondo eso lo que nos está diciendo es que hay una distorsión, hay una situación donde el costo social se nos puede ir perdiendo, y la forma en como operan los sistemas de precios cero complica las cosas. ¿Qué se tiene que hacer entonces en los sistemas de precios cero? Si a nadie le duele el bolsillo, va a empezar a surgir, por

ejemplo, una pregunta sobre la pertinencia. Si nadie interioriza el costo, “*haga lo que tenga que hacer*”. Y a mí me cuentan, por ejemplo, historias, no las he podido comprobar, no he hecho la etnografía necesaria, de miles de radiografías que descansan en los hospitales de nuestro país que no han sido reclamadas por nadie, a nadie parece dolerle, y si toca repetir esas radiografías pues las repiten, por aquello del precio cero, y eso es lo que se observa en los dos lados de la gráfica.

Me contaron la siguiente historia de un paciente de Soatá que parecía tener un problema en la mano y no le tomaron una sola radiografía, le tomaron una de cada dedo. Si la persona tuviera que pagar de su bolsillo en ese momento, posiblemente preguntaría si era realmente necesario, pero al pagador le van a llegar las facturas de cinco radiografías, y ese pagador (EPS o pagador público único) debe examinar la pertinencia y empiezan las glosas (las notas a la factura que retrasan el pago), y allí empiezan los problemas operativos de los sistemas de salud. Entonces en realidad cuando se protege financieramente a la gente lo que pasa muchas veces es que se cambia un problema por otro. Esta gráfica, y las ideas centrales que he expuesto, están descritas en un libro de los años 70, de Víctor Fuchs que se titula “*la idea fundamental trágica de los sistemas de salud*” (Fuchs, 1975)¹³

Este es el tránsito de la aversión al riesgo, hacia el riesgo moral. Parece una idea excesivamente sencilla, una simplificación estilizada, pero tiene que ver mucho con los problemas operativos, no solamente de nuestro sistema de salud, sino de todos los sistemas de salud del mundo. Pensemos desde la perspectiva de una compañía farmacéutica innovadora. Este esquema complica mucho las cosas y en el fondo está transmitiendo una idea equivocada sobre cuál debe ser el tipo de innovación. Con los teléfonos celulares está pasando un fenómeno interesante reciente. Los consumidores nos estamos dando cuenta de que las últimas innovaciones son innovaciones marginales, y que esa cosa de que la compañía Samsung o Apple saca un teléfono nuevo 30, 40, 50% más caro con unas innovaciones marginales ya no está teniendo efecto, ya no queremos comprar eso. Pero en los mercados farmacéuticos eso ocurre todo el tiempo. Innovaciones marginales, 50, 60, 80 o 100% de precio adicional. ¿Quién lo paga? Como no duele el bolsillo se terminan usando y cubriendo de manera inmediata. Es muy difícil construir legítimamente un “no paguemos eso por que no tiene un beneficio o por que su beneficio es marginal”. Mandamos una idea equivocada de que como sociedad estamos dispuestos a pagar por esta distorsión. Esa es una verdad muy incómoda porque lo que estamos diciendo es que al generalizar la cobertura de los medicamentos estamos generando incentivos que atraen basura innovadora, aceptamos la distorsión de la innovación de la industria farmacéutica. Esto es, que pagamos por medicamentos y procedimientos que muchas veces ofrecen mucho, pero brindan muy poco beneficio real. Los problemas del modelo de innovación biomédico se discuten a profundidad en el capítulo I.

El Espectador publicó en 2019 el artículo “*Cirugía con robots no fue buena idea en pacientes con cáncer*” (Correa Torres, 2019)²³, que causó discusión entre el gremio médico en redes sociales. Revisando la discusión leí que la cirugía robótica valía 50% más que la cirugía convencional y que nadie se preguntaba cuál era el beneficio agregado. Esta dis-

torsión, que tiene el nombre raro de riesgo moral y que se refiere a que como no nos duele el bolsillo muchas veces en los temas de salud -y esto es cierto para Colombia y sobre todo para los países desarrollados que son en el fondo los que incentivan el tipo de innovación-, cambian los incentivos y nos conducen a otra verdad incómoda, a “*la paradoja de la innovación*”. Se trata de una verdad incómoda que muestra que en salud hay innovaciones muy pequeñas, muchas de ellas ni siquiera innovaciones sino involuciones, a precios muy altos todo el tiempo, y eso obliga a que médicos, trabajadores de la salud, químicos farmacéuticos -y como sociedad- tengan la capacidad de discernimiento para entender qué es lo que efectivamente sirve y qué es lo que no sirve, y tener la fuerza para decir: “no, eso no debe pagarse, ni autorizarse para su uso en salud”.

3. La enfermedad del costo.

William Baumol (2013) nos invitó a hacer este ejercicio: devolvámonos unos 60 años atrás y viajemos en el tiempo hasta llegar a una fábrica de cerveza, por ejemplo, y ahora hagamos la comparación de esa fábrica de cerveza que vimos 60 años atrás con la fábrica que vemos hoy en día. Puede ser también una fábrica de automóviles o una fábrica de utensilios de cocina, o una fábrica de tostadoras. ¿Cuál es la diferencia? La respuesta es la automatización. Hoy vamos a una fábrica de cerveza y uno básicamente lo que encuentra son dos o tres personas viendo trabajar a las máquinas. Hoy en día hay una gran automatización, sobre todo en los temas industriales, que está también llegando a las actividades de servicios, y que pone en riesgo los empleos de miles de millones de personas en el mundo. Esa automatización es la robotización, que busca el aumento sustancial de la productividad del trabajo, y que requiere pocos trabajadores. Ahora hagamos la comparación con una orquesta sinfónica. Entre una orquesta sinfónica de hace 60 años y una actual, ¿qué ha cambiado? Nada. Y esto es porque allí hay un capital humano tan específico que no es mecanizable, por ahora.

La idea de William Baumol (2013) con el ejercicio que propuso es la siguiente: los hospitales, e incluso las instituciones educativas, se parecen más a la orquesta sinfónica que a la fábrica de cerveza, porque en el fondo un especialista se parece a esa persona que toca el violín, o a esa persona que toca el chelo, o a esa persona que toca la viola. Esto es un capital humano muy específico que hace parte de una suerte de equipo, y todos tienen que trabajar más o menos en concordancia, pero que no es reemplazable, y que además se va entrenando con el conocimiento y la experiencia. Mientras más toca, más aprende, y el conocimiento solo se adquiere después de una práctica muy grande y que no es sustituible. Es decir que la práctica, en este caso, hace el maestro. Hay grandes genios, pero en el fondo es la práctica, son los muchos años de trabajo y dedicación.

Eso tiene una implicación. Como los salarios de todos crecen según el aumento de la productividad media de la economía, o sea crecen según la productividad mayor de la fábrica, pero no se pueden reemplazar en las orquestas sinfónicas y en los hospitales, el costo de la atención en salud crece muy por encima de la inflación, y complica las cosas.

Así que en salud no solamente se tienen innovaciones marginales, presión tecnológica, sino que en las grandes instituciones hospitalarias -sobre todo en las instituciones hospitalarias más complejas, de tercer nivel- cada paciente es casi una nueva pregunta de investigación. Esa complejidad inherente de la salud, no mecanizable, cuando los salarios están creciendo según la productividad media que sí es mecanizable, conduce a la enfermedad del costo.

En salud, además de las distorsiones de la demanda, hay distorsiones de la oferta. La organización de un sistema de salud es difícil.

4. La tragedia de los comunes.

Esta tal vez es la idea más interesante de todas. La tragedia de los comunes son los problemas de la acción colectiva. Quiero mencionarla porque creo que permite entender muchos problemas, no solamente de la salud global, sino del mundo.

La resistencia antimicrobiana que hace parte de una de las grandes preocupaciones del mundo hoy, ¿a qué se debe? A que cuando se prescribe un antibiótico, se piensa en el paciente específico, pero no se piensa en que quizá esa decisión generará una resistencia y podría afectar años más adelante a otros pacientes. Cuando yo decido sacar el carro de la casa y me quejo del tráfico, debería ser consciente que yo soy parte del problema, creo que los japoneses dicen “no es que yo esté en un trancón, yo soy el trancón”. Esa teoría de los problemas de acción colectiva fue caricaturizada con este ejemplo bucólico que voy a explicar.

El biólogo Garrett Hardin (Hardin, 1968)¹⁵ en un artículo que publicó en la revista Science del año 1968, pensando no en temas de salud, sino en temas ambientales, en una época de grandes preocupaciones sobre el crecimiento demográfico, presentó una idea que uno podría llamar “neo-malthusiana”, que tiene que ver con las preocupaciones de Thomas Malthus con el exceso de población del planeta. Utilizó el siguiente ejemplo, que tomó de un texto clásico inglés del siglo XIX:

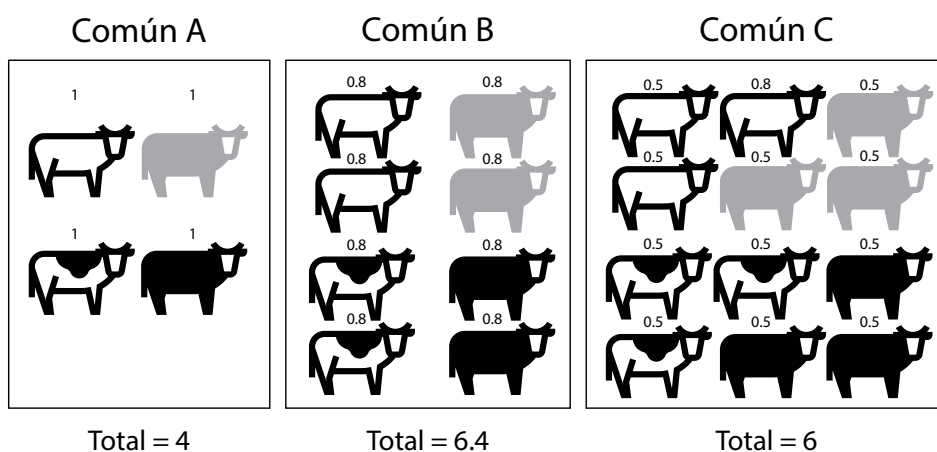


Figura 13. Ejemplo de tragedia de los comunes (Hardin, 1968)¹⁵.

Son tres escenarios diferentes para un recurso común: un potrero para cuatro pastores -o dueños de ganado o ganaderos-, pero ese potrero no tiene derechos de propiedad. Los cuatro pastores pueden utilizar ese recurso común como quieran, con un problema: que la productividad de las vacas -por ejemplo litros de leche-, va a depender de lo que tengan que comer. Si hay muchas vacas allí apiñadas van a tener menos alimento y por lo tanto van a dar menos leche.

En el primer caso hay cuatro señores que están representados por el color de las vacas. Cada vaca produce una unidad -por ejemplo un litro de leche-. La producción total en el primer recuadro, con una vaca de cada señor, es de cuatro litros. Pero después alguien se da cuenta que desde la perspectiva individual puede llevar otra vaca, aunque la producción va a disminuir por cada vaca. Las dos vacas de cada pastor van a producir 1.6, pero la producción total crece y pasa de 4 a 6.4. Después cada uno va a tener la idea de meter una tercera vaca y eso significa que cada una baja la producción 0.5 y disminuye el total de producción, pero no hay ningún incentivo para no hacerlo. Si no lo hace uno, lo hace el otro. Al final no van a meter tres, sino cuatro, o más, y así cada uno examina el problema desde su perspectiva individual, sin tener en cuenta las consecuencias colectivas. Cada vez que se lleva una vaca adicional no solamente está cayendo la productividad de esa vaca, sino la de todas. Las acciones individuales tienen consecuencias o implicaciones colectivas y esa es la tragedia de los comunes que lleva a la sobrepoblación. Cada uno toma la mejor decisión desde la perspectiva individual, pero esa decisión, desde lo colectivo, es irracional.

Los economistas entienden que aquí hay algo muy parecido a lo que se conoce como “el dilema del prisionero” de la teoría de juegos, que muestra que dos personas pueden no cooperar incluso si ello va en contra del interés de ambas. El típico problema de acción colectiva.

Si queremos utilizar la tragedia de los comunes para entender el cambio climático, un ejemplo es que Estados Unidos tiene veinte vacas y Bangladesh una. Y Estados Unidos le está diciendo a Bangladesh “*parta su vaca en la mitad que yo no saco ninguna*”, y Bangladesh le dice “*empiece usted primero que tiene veinte y saque siquiera cinco*”. Esos aspectos de justicia climática en este contexto de la tragedia de los comunes son muy complejos porque uno podría entender desde la perspectiva de los Estados Unidos de América, “si yo saco cinco, pero soy el presidente lo más probable es que pierda la próxima elección”, entonces es una tensión entre las políticas locales y globales y la ausencia de mecanismos globales de toma de decisiones.

¿Qué tiene que ver esto con la salud?

Nadie está asumiendo la tragedia de los comunes, nadie está asumiendo que es una comunidad que en el fondo está cayendo en esta especie de trampa o equilibrio negativo. Entonces los problemas de calidad del aire y la gran mayoría de los temas de salud o ambiental se parecen a la tragedia de los comunes. ¿Cómo se resuelve ese problema? ¿Cómo poner a estos pastores aquí a que interactúen de manera racional y no desde la perspectiva

individual sino colectiva? Difícil. Si alguien fuera kantiano diría que creemos un imperativo categórico, un mandamiento autónomo (no dependiente de ninguna religión ni ideología) y autosuficiente, capaz de regir el comportamiento humano en todas sus manifestaciones y que la persona haga lo que tiene que hacer.

¿Qué pasa con los imperativos categóricos? Que si no hay incentivos para cumplirlos de pronto no funciona en la práctica. Usted puede hacer una ley muy bonita y puede decirle a la gente que debe comportarse de una manera particular, pero si los incentivos -especialmente económicos- apuntan en una dirección contraria, puede que la gente se comporte de otra manera.

Tal vez la economista mujer más importante del siglo pasado, [Elinor Ostrom](#), se dedicó de manera minuciosa, casi obsesiva, a recorrer comunidad tras comunidad y encontró que las comunidades que creaban unas reglas de comportamiento que todo el mundo obedecía, y que la misma comunidad se vuelve el control, o la policía, de esas normas sociales. Así se pueden resolver ciertos problemas de acción colectiva, el problema es que cuando vamos aumentando el tamaño de la comunidad, estos problemas se vuelven mucho más complejos.

El problema del sistema de salud colombiano en lo que se conoce hoy como no-POS o no-PBS, para darle el nombre actual, es un problema de acción colectiva. Hay 2 billones de pesos ahorrados, el médico ve que el medicamento que necesita prescribir no está en el plan de beneficios, entra a lo que se conoce como MIPRES, en donde se prescribe el medicamento de forma directa, y gira contra ese ahorro público de dos billones de pesos. Está teniendo en cuenta las circunstancias individuales de su paciente, pero no está teniendo en cuenta el efecto sobre los otros. ¿Cuál es el resultado final?

La sobreutilización de los recursos genera un déficit estructural de 1 o 2 billones de pesos al año.

Una pequeña anécdota para seguir ahondando en la pedagogía de la idea. Yo había oído a Ricardo Hauffman, que fue jefe mío, imaginar el siguiente ejemplo para explicar los dilemas de acción colectiva, la tragedia de los comunes. 20 o 30 personas hacen una “vaca” para ir a comer, ahorran los recursos, y uno se encarga de la plata. Volvamos al tema del riesgo moral, ¿qué puede pasar? Algo trágico, decía Ricardo Hauffman; todo el mundo pide langosta, y si todo el mundo pide langosta no alcanza el dinero. Este en el fondo es el problema de acción colectiva, que cuando ahorramos en común, como ya no nos duele el bolsillo, tratamos de maximizar individualmente y colectivamente se derrumba el beneficio. En el año 2014, por el mes de octubre, en un congreso de Asocajas, estábamos abordando el tema del quiebre del sistema. Yo traté de explicar este ejemplo de la langosta. Cuando llegué a Bogotá por la noche había un titular en la página web de la revista *Semana* que decía “*el ministro de salud dijo que la Corte Constitucional quiere que todos los colombianos coman langosta*”. Fue un fracaso de la pedagogía y ahí se da uno cuenta también de la dificultad de plantear verdades incómodas cuando uno es funcionario público.

Los problemas de acción colectiva están por todos lados. Ya mencioné el tema de la resistencia antimicrobiana, también en los temas de salud ambiental y de la contaminación. La tragedia de los comunes aparece frente a los bienes de uso público, sobre todo cuando hay recursos limitados, tanto en sistemas públicos como el colombiano, como en otros. El fondo para medicamentos del cáncer que creó Inglaterra para pagar por medicamentos sufrió exactamente un problema de la tragedia de los comunes (Adams, 2015)²⁴.

5. Schumpeter, la destrucción creativa.

La idea de la destrucción creativa es del economista [Joseph Alois Schumpeter](#) (1942) en la que usaba un adjetivo que me gusta: “el capitalismo se caracteriza por una destrucción incesante de lo viejo y un reemplazo permanente de eso viejo por lo nuevo”. Incesante. El capitalismo es completamente dinámico, nada va a tener un punto de equilibrio, todo cambia y hay miles de ejemplos. Se me ocurrió el de Netflix y Blockbuster. En 2004, Blockbuster reportaba ingresos por 6 billones de dólares, y Netflix reportaba ingresos por 0,5 billones de dólares. Pero en 2010, Netflix reportaba ingresos por 2,2 billones de dólares, y Blockbuster se había declarado en bancarrota (Fou, 2011)¹⁷.

¿Que Blockbuster se haya quebrado y desaparecido y que apareciera Netflix es bueno o es malo? Ya veremos, pero hay un elemento triste. En estos días crucé la esquina, habían puesto al lado de mi casa un restaurante francés muy bonito, fuimos dos o tres veces con mi esposa y la última vez lo vi cerrado. Da tristeza, en el caso de los restaurantes la destrucción creativa es permanente. Tyler Cowen (Cowen, 2012)¹⁸, un economista, dice que si él va a una ciudad que no conoce y quiere comer bien y barato, se va a un centro comercial, y si hay un restaurante en un centro comercial que no sea de franquicia que haya sobrevivido más de un año, es porque tiene que ser bueno, porque la competencia es tan intensa y la destrucción creativa es tan grande, que si ha sobrevivido es porque algo bueno tiene que tener. Ese es el motor de la innovación que atañe al capitalismo, esa destrucción creativa. El problema es que esta destrucción creativa schumpeteriana en el tema de la salud está comenzando a fallar por muchas razones, y aquí los temas de innovación comienzan a ser paradójicos porque sí hay muchos medicamentos o tecnologías médicas nuevas que llegan, pero que no son necesariamente mejores que lo anterior, hay una innovación incesante, pero una innovación incesante que es en la mayoría de las veces marginal, y muchas veces, incluso, perjudicial, una paradoja que es un problema de fondo que se tratará con más detalle en el primer capítulo.

A manera de conclusión

En síntesis la primera idea que se abordó en este capítulo señalaba que la economía no sirve para estudiar la salud. Las gráficas de oferta y demanda que se usan en economía no funcionan. Son una idealización del consumidor informado y no son un buen modelo para estudiar los asuntos de salud. La salud es mucho más compleja, está llena de fallas de mercado

y por esas fallas es importante que el Estado entre a jugar un rol fuerte. Pero lamentablemente el Estado no siempre es eficiente y puede generar otros problemas jugando ese rol. Al respecto, lo que planteaba Arrow era una idea un poco más profunda, y es que la presencia de fallas de mercado llevaba a la innovación social en la forma de instituciones estatales, lo que explica y justifica, entre otras cosas, el surgimiento de la seguridad social. Son fallas de mercado que encuentran remedios institucionales no perfectos, pero que conducen en últimas a un mayor bienestar general. Lo que se conoce como sistemas de salud. Se trata de una explicación de la necesidad de la existencia del sistema de salud desde la economía.

La segunda idea fue la del precio cero y el riesgo moral -y las distorsiones que genera el precio cero-. El precio cero no en el sentido de que la persona no está pagando, pues la persona paga una cuota de salud o los impuestos, sino en el sentido de que como ya se compró por anticipado todo, ningún consumo adicional va a costar, entonces se produce una distorsión, una exageración de la demanda y del consumo. En salud se suele decir: “*este medicamento vale diez veces más*”, pero nadie suele preguntarse si ese medicamento se justifica, ni desde el beneficio individual, ni desde la ganancia colectiva en salud. Los oncólogos clínicos han posicionado el concepto de toxicidad financiera de los tratamientos farmacológicos para el cáncer. La definen como toxicidad financiera porque en el fondo se preguntan si se justifica su uso, si se justifica que una familia venda lo que tiene, su casa y su negocio familiar, para pagar un tratamiento, si los beneficios en sobrevivida son marginales.

La tercera idea es la de la orquesta sinfónica, de la imposibilidad de automatizar la experiencia en la atención en salud y el costo creciente que eso significa.

La cuarta es una idea muy poderosa. Para algunos la tragedia de los comunes explica el fin inevitable de la humanidad, que no vamos a ser capaces de resolver una tragedia de los comunes a escala global, que es el cambio climático, porque no tenemos instituciones de gobernanza global para hacerlo, y el Acuerdo de París es insuficiente. Esta tragedia se ilustra muy bien en el caso de la pandemia por Covid-19⁴, tanto en el control de la transmisión, como en el desarrollo, acceso y distribución de las vacunas disponibles. La tragedia de los comunes es una de esas ideas potentes, que explica muchas cosas de la humanidad.

La última idea está relacionada con la innovación, el cambio permanente, las formas de innovación que uno puede ver de dos maneras, una crítica -yo creo que en esto tenemos que mantener la crítica social-. Es el capitalismo creando unas necesidades, pero también resolviendo los problemas. Tenemos el teléfono celular como paradigmático.

-
- 4 El apartheid de las vacunas: ¿Callar o actuar? <https://www.desdeabajo.info/colombia/item/42175-el-apartheid-de-las-vacunas-callar-o-actuar.html>
 2. Patentes, obstáculo para la vacunación universal. <https://mondiplo.com/las-patentes-un-obstaculo-para-la-vacunacion>
 3. Tragedy of the commons and COVID-19: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.627559/full>

Bibliografía

1. Dennet, D. C. (1995). *La peligrosa idea de Darwin*. Barcelona: Círculo de Lectores/Galaxia Gutenberg.
2. Davis, C., Naci, H., Gurpinar, E., Poplavska, E., Pinto, A., & Aggarwal, A. (2017). Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by European Medicines Agency: retrospective cohort study of drug approvals 2009-13. *The British Medical Journal*.
3. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2019). *The World Bank Data*. Obtenido de Life expectancy at birth, total (years): <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>
4. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2017). *Our World in Data*. Obtenido de Child mortality: <https://ourworldindata.org/grapher/child-mortality-around-the-world>
5. World Bank. (2015). *Our World in Data*. Obtenido de Maternal mortality ratio: <https://ourworldindata.org/grapher/maternal-mortality?tab=chart>
6. World Bank. (2017). *Our World in Data*. Obtenido de Child mortality rate: <https://ourworldindata.org/grapher/child-mortality-igme?tab=chart®ion=World>
7. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. (2015). *Our World in Data*. Obtenido de Child mortality rate: <https://ourworldindata.org/grapher/child-mortality-igme?tab=chart>
8. Rogoff, K. (4 de Diciembre de 2017). The US is exporting obesity – and Trump is making the problem worse. *The Guardian*.
9. IHME, Global Burden of Disease. (2017). *Our World in Data*. Obtenido de Death rate from ambient particulate air pollution (per 100,000): <https://ourworldindata.org/grapher/death-rates-from-ambient-particulate-air-pollution?tab=chart&country=High-income%20Asia%20Pacific~PAK~PSE~PAN~PNG~PRY>
10. World Bank. (2017). *Our World in Data*. Obtenido de Demand for family planning satisfied by modern methods: <https://ourworldindata.org/grapher/demand-for-family-planning?time=2017>
11. Institute for Health Metrics and Evaluation. (2017). *Our World in Data*. Obtenido de Healthcare access and quality index: <https://ourworldindata.org/grapher/healthcare-access-and-quality-index?time=2015>
12. Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 941-973.
13. Fuchs, V. R. (1975). *Who shall live? Health, economics and social choice*. New York: Basic Books.
14. Baumol, W. J. (2013). *The cost disease: Why computers get cheaper and health care doesn't*. New Haven: The Yale University Press.
15. Hardin, G. (1968). The tragedy of commons. *Science*, 1243-1248.
16. Schumpeter, J. (1942). *Capitalism, socialism and democracy*. Harper & Brothers.

17. Fou, A. (22 de 02 de 2011). *go-Digital Blog on Digital Marketing*. Obtenido de Perfect example of an industry replaced by a more efficient version of itself: <http://go-digital.net/blog/2011/02/netflix-vs-blockbuster-perfect-example-of-an-industry-replaced-by-a-more-efficient-version-of-itself/>
18. Cowen, T. (2012). *An economist gets lunch: New rules for everyday foodies*. Dutton.
19. Rawls, J. (1971). *Teoría de la justicia*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
20. Bentham, J. (1970). *Introducción a los principios de moral y legislación*. The Athlone Press.
21. Deaton, A. (2015). *El gran escape. Salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad*. Fondo de Cultura Económica.
22. McCloskey, D. N. (2016). *La igualdad burguesa: Cómo las ideas, no el capital ni las instituciones, enriquecieron al mundo*. Chicago: University of Chicago.
23. Correa Torres, P. (12 de 03 de 2019). Cirugía con robots no fue buena idea en pacientes con cáncer. *El Espectador*.
24. Adams, B. (17 de 02 de 2015). England's Cancer Drugs Fund: Fixing a broken system. *PMLiVE*.