

# Políticas Públicas y Crecimiento Económico en Colombia 1980-2000

Grupo de investigación: Desarrollo y Equidad  
María Esperanza Cuenca Coral\*

Recibido: 30 de junio de 2011 / Aceptado

## RESUMEN

Este artículo busca mostrar una breve reseña de las políticas públicas en educación y salud en Colombia durante los años 1950 - 2007 y su incidencia en el crecimiento económico, de tal manera que se pueda establecer si el crecimiento puede fortalecerse a través de políticas públicas activas. Se busca plantear unos lineamientos a tener en cuenta al diseñar las políticas públicas en salud y educación, lo cuales al existir mayor crecimiento podrían ser replanteados.

**Palabras clave:** Crecimiento Económico, Salud, Educación.

## ABSTRACT

This article aims to show a brief overview of public policies in education and health in Colombia during the years 1950 -2007 and its impact on economic growth, so it can be established if the growth can be strengthened through active public policies. It seeks to raise a few guidelines to consider when designing public policies on health and education which further growth as there could be restated.

**Key words:** Economic growth, Health, Education.

Una de las consideraciones que deben realizar las sociedades modernas, es la implementación de las políticas públicas y dentro de ellas, fijar el objetivo que se desea alcanzar, bien sea el crecimiento económico o el desarrollo; pues dado que si el logro de un mayor producto Interno es condición para el desarrollo, no lo garanti-

za por sí misma. Se ha establecido que para que exista desarrollo deben incluirse parámetros de distribución del ingreso, equidad e igualdad de oportunidades.

Dentro de las teorías más recientes del desarrollo como las propuestas por Amartya Sen (1986) y Manfred Maxneef (1994), se postula la necesidad de que haya una unión de tres elementos básicos: la posibilidad de tener una vida larga y plena, adquirir conocimientos y la consecución de recursos para tener dicha vida plena. Según el trabajo de Amartya Sen<sup>1</sup> (1986). En el mundo de la posguerra se dieron “experiencias de desarrollo” muy notables y variadas, entre las que cabe destacar las siguientes:

1. La acelerada reconstrucción posterior a la segunda guerra de Alemania y Japón, que comenzarán a posicionarse como nuevos líderes de la economía mundial. El crecimiento económico sin precedentes de Europa y Norteamérica, seguido de una desaceleración que se tradujo, en un aumento sostenido de las tasas de desempleo. Al mismo tiempo, la creación del ‘Estado de bienestar’, partiendo de Europa, con grandes repercusiones tanto en la calidad de vida como en la carga financiera que debía soportar el Estado. Las crisis económicas padecidas en la Unión Soviética y Europa oriental, cuyas reformas acentuaron el declive existente.

2. El surgimiento de Asia oriental como región de extraordinario crecimiento económico con un notable desarrollo social y equidad comparativa. La rápida transformación de la economía china mediante el recurso al comercio y los mercados aunque sin poner en marcha reformas en gran escala.

\* Docente investigadora de la Universidad de América. maria.cuenca@profesores.uamerica.edu.co

<sup>1</sup> A continuación se reorganizan los elementos expuestos por el autor en su obra.

**3.** La rápida expansión económica experimentada en algunas partes de América Latina, sin que se produjera una reducción proporcional de la pobreza, acompañada por el aumento extraordinario del volumen del comercio internacional y el flujo de capitales a escala mundial.

**4.** La eliminación de la dependencia alimenticia de muchos países del Tercer Mundo, incluida Asia meridional. La agudización de las hambrunas en África al Sur del Sahara, a la vez que se producía una reducción de las mismas en otros países como India o China después de 1962. La expansión sostenida de la longevidad en buena parte del mundo, que se incrementó rápidamente tanto en regiones de alto crecimiento económico (Corea del Sur, Taiwán y Hong Kong) como en zonas de menor desarrollo económico (Costa Rica, Sri Lanka, la China anterior a la reforma, y el estado indio de Kerala).

Para Manfred Max-Neef (1994) el desarrollo humano se concentra y sustenta en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, en la generación de niveles crecientes de autodependencia y en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología, de los procesos globales con los comportamientos locales, de lo personal con lo social, de la planificación con la autonomía y de la sociedad civil con el Estado.

Ahora bien, las políticas públicas son la resultante del esfuerzo del Estado bien sea por solucionar las imperfecciones del mercado o por lograr objetivos importantes dentro de la economía de una región específica. Esto genera un conjunto de aspectos que se deben tener en cuenta. Por ejemplo, una política pública es utilizada para focalizar el destino de las ayudas ya sean nacionales o internacionales; pero una política pública también puede ser la regulación de las tasas de interés. La política pública es en el fondo, un conjunto de mecanismos e instrumentos desde el gobierno y que, en general buscan la solución de una desigualdad, la redistribución del ingreso o la mejora en los indicadores de salud.

Gómez Lee Martha Isabel, en su textos sobre políticas públicas en la sociedad globalizada, se refiere a que

Los enfoques teóricos mixtos toman elementos tanto del Estado como de la sociedad en su explicación de la acción pública de las acciones políticas. Roth hace énfasis en tres enfoques teóricos utilizados por los estudiosos de las políticas públicas y agrupa a las teorías en aquellas centradas en el Estado, en la sociedad y mixtas. Al observar los diferentes elementos que inciden en la construcción y desarrollo de una política pública sin tener en cuenta si es del Estado o de la sociedad, es más probable alcanzar hipótesis investigativas novedosas. Estos enfoques teóricos permiten adelantar investigaciones más abiertas y, por lo mismo, puede facilitar al análisis de las políticas públicas un cambio de paradigma que comprenda a la sociedad globalizada.

Con respecto al tema de crecimiento económico, existen modelos teóricos de crecimiento endógeno que ha demostrado la importancia del capital humano (Mankiw, R. & Weil 1992). La inversión en salud y educación merecen entonces un capítulo adicional dentro de esta investigación. Así mismo, y siguiendo a Bernal et al. (2009), existe consenso en la importancia que tiene la cantidad y la calidad de educación en el desarrollo de los individuos y de las sociedades en donde estos residen. Evidencia macroeconómica muestra que, mayores niveles de educación contribuyen a alcanzar mayores niveles de crecimiento y menores niveles de inequidad. Evidencia microeconómica sugiere que, mayores niveles de educación generan impactos positivos en variables importantes como los ingresos laborales, la salud de los niños y la reducción en las tasas de fecundidad (Behrman, 1999; Glewwe, 2002; Huffman, 2001).

El objetivo de este artículo, es mostrar una breve reseña de las políticas públicas en educación y salud en Colombia durante los años 1950 - 2007, acompañado de un breve análisis acerca del crecimiento económico, de tal manera que se pueda establecer si el crecimiento puede fortalecerse a través de políticas públicas activas. Se busca concluir al proponer alternativas de políticas públicas que permitan el logro de objetivos en el crecimiento económico.

Según Nicolás Pineda (2007),

El análisis de políticas públicas surgió de una propuesta de Harold Laswell en los años de la posguerra en los Estados Unidos. Varios autores

(Ripley 1985, p. xiv; De León 1994, p. 77 & McCool 1995, p. 2) coinciden en afirmar que el trabajo seminal de este movimiento fue la obra editada por Daniel Lerner y Harold Laswell, *The Policy Sciences: Recent Developments in Scope and Methods*, publicada en 1951. Sin embargo, este movimiento académico e intelectual realmente adquirió ímpetu hasta fines de la década de los sesenta. Para los expertos esta corriente de pensamiento representaba hacer del análisis una especie de mercancía que les permitía al mismo tiempo hacer más rentable la actividad académica e influir positivamente en los problemas sociales.

En la historia hay varios procesos que no pueden dejarse de lado. Siguiendo a Moiso (2010). Con la organización de las clases trabajadoras y el aumento de su participación política, principalmente en los países que alcanzaron un mayor desarrollo de las relaciones productivas, como Inglaterra, Francia y Alemania, rápidamente se incorporaron temas relativos a la salud en la agenda de reivindicaciones de los movimientos sociales del periodo. Entre 1830 y 1880 surgen, en esos países, propuestas de comprensión de la crisis sanitaria como un proceso fundamentalmente político y social que, en su conjunto, recibieron la denominación de Medicina Social. Pese a haber sido desbaratado en el plano político, el movimiento de Medicina Social generó una importante producción doctrinaria y conceptual que proporcionó las bases para los esfuerzos subsiguientes de pensar la cuestión de la salud en la sociedad.

La teoría de la cual se partirá en este artículo es la de Public Choice<sup>2</sup>. Sus principales planteamientos son los siguientes:

Esta teoría intenta explicar los comportamientos sociales mediante supuestos económicos relacionados con el mercado. Se parte de un aspecto microeconómico a partir de individuos (básicamente políticos burócratas y votantes) y grupos racionales que enfrentan restricciones institucionales. Adicionalmente, plantea la tendencia del mercado al equilibrio si está en competencia, por lo cual se reconoce al mercado como garante de la eficiencia.

Busca explicar los comportamientos dentro de la sociedad, mediante suposiciones económicas, par-

**El objetivo de este artículo, es mostrar una breve reseña de las políticas públicas en educación y salud en Colombia durante los años 1950 - 2007, acompañado de un breve análisis acerca del crecimiento económico, de tal manera que se pueda establecer si el crecimiento puede fortalecerse a través de políticas públicas activas.**

tiendo de la descripción de los comportamientos de los individuos y grupos que actúan como agentes racionales, frente a las restricciones de las instituciones, a las interacciones de los demás grupos, o a las estructuras socioeconómicas. Es decir, que todo individuo es racional y busca la maximización de su bienestar (incluye en esta categoría el hecho de que un político desea maximizar sus votos, un burócrata su presupuesto). Su campo de estudio muestra especial interés en el comportamiento de los políticos, burócratas, y votantes. Adicionalmente, buscan establecer modelos acerca del comportamiento de los diferentes estamentos sociales, partiendo de la estabilidad de las preferencias individuales y su racionalidad, en un contexto de libre mercado con una tendencia propia al equilibrio.

Dado su enfoque en el cual el mercado rige el comportamiento de los agentes, postula que los derechos de propiedad permiten generar las riquezas en las sociedades y la reglamentación distorsiona los mercados; así mismo, la libre competencia permite mejorar la eficiencia de los mercados. Por ello, el gasto público debe estar en equilibrio con sus ingresos y debe consolidarse como mecanismo de redistribución de riqueza a favor de los diferentes grupos de interés, bajo la premisa de que, los grupos más eficientes aumentarán sus ingresos.

---

2 La escuela del Public Choice surge a mediados de los cincuenta y busca explicar las decisiones públicas a partir de individuos racionales capaces de analizarlas a partir de los beneficios y costos, como criterios que determinan su elección. Algunos de sus representantes más importantes son James Buchanan y Gordon Tullock.

Postula además que los políticos y los burócratas son responsables de distribuir las ganancias de la competencia entre los diferentes grupos de presión. Estos agentes, pueden ser repudiados si se parcializan por los intereses de alguno de los grupos de presión. Becker (1983) introdujo la noción de agente principal en el tema votantes –políticos y políticos– burócratas.

A partir de esta teoría, aparecen nuevas, como Policy Community (1988), Policy Network (1990), entre otras, cuyo contenido no será referenciado, pues excede el objetivo de este artículo. Se dirá, pues, que las políticas públicas se enfrentan, en general a una primera dificultad derivada de los intereses políticos. El estudio de las políticas públicas puede hacerse de manera normativa, esto es develando el proceso mismo que resulta en la realización de las mismas, es decir desde el diagnóstico hasta la realización misma de la política, entendiendo el entorno económico como el ente a estudiar.

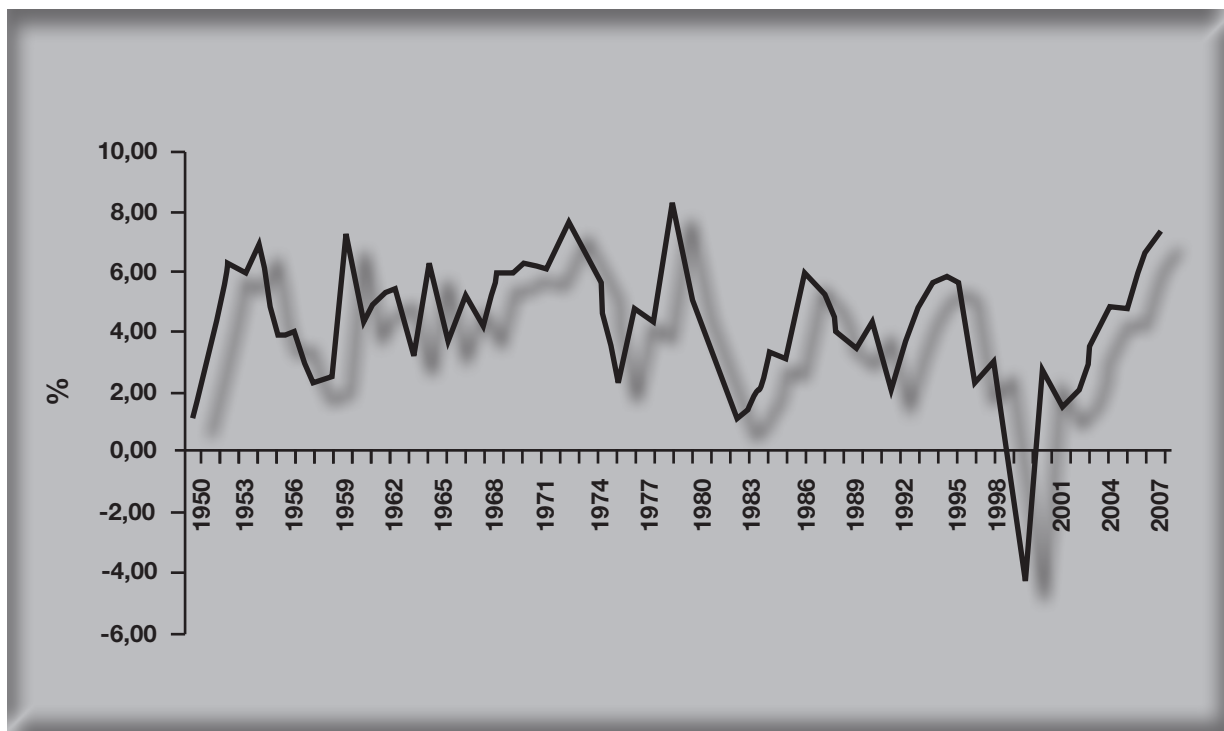
La otra posibilidad es analizar la política en sí misma: objetivos, realizaciones y resultados.

Este artículo se enmarca en esta tendencia: se mostrará el marco donde nacen las políticas pero se enfatizará en los resultados conseguidos por las mismas. Al final, se destinarán unos pocos párrafos para elaborar unos lineamientos coherentes con las ideas propias del autor y que podrían servir para futuros debates.

## EVIDENCIA PARA COLOMBIA

En el periodo 1905 – 1924 el PIB per cápita crecía a una tasa de 3.4%, mientras que, entre 1976 y 2000 sólo creció alrededor de 1.82%<sup>3</sup>. A largo plazo, según GRECO, en términos de PIB per cápita, en dólares de 1990, Colombia multiplicó por 5 su indicador. Al mismo tiempo, Brasil y Venezuela crecieron 7.6 y 9.8 veces, respectivamente. En el Gráfico 1 se muestra la serie del

Gráfico 1. Crecimiento porcentual del PIB



Fuente: Fuente: Banco de la República. GRECO.

<sup>3</sup> Datos a precios constantes de 1994.

## LINEA DE INVESTIGACIÓN: DESARROLLO EMPRESARIAL

crecimiento económico colombiano, y en ella se puede apreciar los diferentes ciclos de la economía colombiana. Llama poderosamente la atención que, desde 1950, cuando la economía no crecía más del 2% anual, no se presentan variaciones negativas salvo la presentada en la crisis del 2008 – 2009.

Adicional al fluctuante comportamiento de la variable del crecimiento porcentual del PIB, se puede observar una tendencia al decrecimiento de la participación en la producción de la agricultura, silvicultura, caza y pesca que, entre 1975 y 1995 pasó de ser 25.08% a 11.52%. Entre tanto, la minería aumentó de 1.95% a 4.85% en el mismo periodo.

Esta tendencia, acompañada por el crecimiento de sectores asociados a los servicios como comercio, servicios financieros, entre otros, se mantendrían hasta finales de la primera década del nuevo siglo, así:

En el periodo 1905 – 1924 el PIB per cápita crecía a una tasa de 3.4%, mientras que, entre 1976 y 2000 sólo creció alrededor de 1.82%<sup>3</sup>. A largo plazo, según GRECO, en términos de PIB per cápita, en dólares de 1990, Colombia multiplicó por 5 su indicador.

Tabla 1. Composición del PIB por sectores 2004 – 2011p

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010p	2011p
Agropecuario	7,9	7,7	7,4	7,2	6,9	6,8	6,6	6,2
Industria	14,2	14,1	14,1	14,2	13,8	13,0	13,1	13,1
Hidrocarburos y Minería	6,3	6,3	6	5,7	6,1	6,7	7,1	7,4
Comercio, Restaurantes, Hoteles	11,8	11,9	11,9	12,1	12,1	11,9	12,1	12,1
Construcción y Obras públicas	5,4	5,6	5,8	5,9	6,2	6,7	6,5	6,8
Transporte y Comunicaciones	6,6	6,8	7,2	7,4	7,4	7,4	7,4	7,4
Intermediación Financiera	3,9	3,9	4,1	4,4	4,6	4,5	4,4	4,5
Administración Pública	8,8	8,7	8,5	8,3	8,3	8,4	8,4	8,4
Otros	35	35	34,9	34,7	34,6	34,7	34,5	34,0
<b>PIB Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Banco de la República.

Datos en millones de dólares. Fuente: <http://lanota.com/index.php/Composicion-del-PIB.html>

A continuación, se presentan los aspectos más importantes que se desarrollan en este artículo: Salud y Educación.

## EDUCACIÓN

En el año de 1946, retornó el partido conservador a la presidencia, y la recuperación por parte de la Iglesia del control de gran cantidad de directrices alrededor de la educación. A partir de 1950 el sistema educativo se orientó a procurar las condiciones para el desarrollo, lo cual implicaba la formación de una clase calificada técnicamente y capacitada para desenvolverse en la industrialización que parecía una exigencia para el país (Herrera, 1999). Adicional a esto, las recomendaciones de las misiones de mediados del siglo de Currie y Lebret orientaron la educación hacia el desarrollo condicionando el sistema educativo a las políticas que fuesen planeadas desde los diferentes gobiernos, quienes adicionalmente podían determinar el logro de objetivos propuestos.

Uno de los logros de esta reforma es la búsqueda de la educación universal y a través de ella de la ciudadanía y con ello a la reproducción de valores culturales societales propios del entorno. Se impuso un modelo centralizado, diseñado para el país que estaba en proceso de consolidación de su urbanización, con la imposición de un currículo único, diseñando desde la capital y que permitía por lo menos desde la percepción de los involucrados, el ascenso social.

Durante los ochenta, preocupaciones como la deuda externa, las hiperinflaciones internacionales permitieron la consolidación del esquema previo de educación. Pero a finales de los ochenta y principios de los noventa, la educación quedó insertada en un modelo de desarrollo nuevo, con la promesa de que el libre mercado permite mejorar la eficiencia y lograr mejores resultados. Adicionalmente se impuso el modelo estadounidense de acceso a la educación.

Los parámetros de esta reforma se desarrollaron en torno a la necesidad de descentralización, la promoción de la competencia entre instituciones públicas y privadas para obtener mejor educación, los lineamientos del crédito para financiar estudios universitarios y así favorecer la demanda de educación, la integración de colegios, y muy importante dentro de este esquema, el establecimiento del sistema nacional de evaluación de la calidad de la educación primaria y secundaria basado en pruebas de conocimientos aplicadas de manera periódica a los estudiantes. Así mismo, se busca reestructurar las facultades de educación y las escuelas normales, establecer pruebas a los egresados del sistema universitario (Ecaes, ahora saber Pro).

Una de las consideraciones a partir de los noventa es la necesidad de descentralizar educación y salud. Es un fenómeno propio de la región, como se evidencia en el estudio de la CEPAL compilado por Di Gropello y Cominetti (1998), donde se muestra que en la década de los noventa países como Argentina, Bolivia Brasil, México, Nicaragua y Chile habían impulsado procesos de descentralización en educación y salud (Di Gropello y Cominetti 1998).

De hecho, según el mismo documento (Di Gropello y Cominetti (1998)) la educación en América Latina es, al principio de los años noventa, insatisfactoria comparada con países de igual nivel de desarrollo: Sólo tiene 5.2 años de escolaridad en la población adulta para 1996, está por debajo en 2 años con regiones similares. Adicionalmente, tiene niveles altos de repetición de años, Esto resalta al observar tanto los indicadores de repetición como los resultados de exámenes internacionales de rendimiento que además se caracteriza de manera muy diferente por nivel de estrato. Es así como en las regiones más distantes y en los estratos más bajos se tiende a repetir un mayor número de años.

Según Bernal et al. (2009), Colombia ha avanzado en aumentar la cobertura educativa (1997-2006). Sin embargo, aun son necesarios para lograr coberturas totales y que al mismo tiempo, disminuyan las altas tasas de deserción e inequidad en el sector. Es importante ver cómo, a pesar de la promoción automática, la deserción ha llevado al estado a implementar programas como el almuerzo escolar dado que la evolución en las tasas de cobertura varía de acuerdo al nivel educativo, la tasa bruta en primaria ha permanecido constante en niveles superiores al 100%, las tasas en transición, secundaria y media se han incrementado en 47, 16 y 13 puntos porcentuales respectivamente en los últimos diez años. Así, según datos del Ministerio de Educación, en el 2006 el país alcanzó una cobertura bruta del 94% en transición y 115% en básica primaria, al mismo tiempo que en educación básica secundaria y media se llegó a una cobertura de 84% y 59%, respectivamente. Estos datos indican que, los mayores esfuerzos en cobertura y disminución de deserción escolar deberían concentrarse en educación preescolar, secundaria y media.

Un análisis de cobertura deja claro que las políticas de asistencia escolar deberían concentrarse en los alumnos de estratos más bajos teniendo en cuenta además que en los niveles educativos diferentes a primaria, las diferencias son significativas. Específicamente, Barrera y Domínguez (2006) muestran que la cobertura

## LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: DESARROLLO EMPRESARIAL

para el quintil 5 en pre-escolar alcanza niveles cercanos al 100%, mientras que la cobertura para el quintil más pobre llega únicamente al 60%.

En cuanto a los estudiantes matriculados por nivel de escolaridad, se ve en la tabla 1 una tendencia creciente, pero llama la atención la marcada disminución de estudiantes entre uno y otro nivel. La situación a mediados de siglo es la siguiente: del total de estudiantes en primaria, sólo el 10% pasan a secundaria; y de los de secundaria, sólo el 1.2% llegaban a la educación superior.

Ahora bien, es cierto que en cada nivel de escolaridad aumentaron de manera importante el número

de matriculados (4.34 veces los matriculados en primaria, 23.85 veces los matriculados en secundaria y 76 veces los matriculados en educación superior. Sin embargo, para el periodo comprendido entre 2001-2005 el 55.64% de los estudiantes de primaria entraron a secundaria. Y de estos últimos sólo el 36.71% llegan a educación superior. Al hacer una comparación entre los de primaria y educación superior, la situación es aún más preocupante: sólo el 20.42% de estudiantes que comienzan educación básica llega a la educación superior, (Ministerio de Educación Nacional)<sup>4</sup>. Ahora bien, sí se encuentra una mejoría notable en la escolaridad, que pasó de 3 años en 1950 a 8.2 en 2005<sup>5</sup>.

Tabla 2. Estudiantes por nivel de escolaridad

Años	Estudiantes matriculados en primaria	Estudiantes matriculados en secundaria	Estudiantes matriculados en educación superior
1950-1955	6.040.571	611.385	70.444
1956-1960	7.444.781	932.273	93.292
1961-1965	10.324.430	1.640.315	174.240
1966-1970	14.184.433	3.166.303	333.221
1971-1975	18.619.619	5.314.132	654.428
1976-1980	20.726.406	7.730.271	1.235.102
1981-1985	20.014.423	9.389.337	1.777.967
1986-1990	20.777.102	11.172.496	2.272.306
1991-1995	23.594.159	14.975.658	2.748.416
1996-2000	24.824.031	12.714.801	4.137.513
2001-2005	26.210.316	14.581.837	5.353.505
<b>Total</b>	<b>192.760.271</b>	<b>82.228.808</b>	<b>18.850.434</b>

Fuente: DANE.

<sup>4</sup> Cálculo del autor.

Adicionalmente, se requieren esfuerzos muy importantes en las zonas rurales, pues se ha evidenciado que en las ciudades es posible que las brechas entre estratos sean menores. Cálculos de los autores muestran que para colegios públicos los costos promedio anuales en secundaria son cercanos a los \$160.000, monto que paga el 90% de los estudiantes.

Durante esta década de los noventa se instauró un nuevo sistema de evaluación que daría al traste con años de intentos por mejorar la educación: La promoción automática. No sólo significó que estudiantes en escuelas y colegios no perdieran el año sino que introdujo toda una nueva concepción de educación, donde el docente es el responsable de la aprobación o no de la asignatura o el año y el estudiante es un simple recipiente de conocimiento. De hecho Rojas (1992) postula que “De acuerdo con lo anterior puede afirmarse que el síndrome del fracaso escolar en los sectores populares no podrá ser resuelto a menos que se ubique en la complejidad que implica y se le dé un tratamiento adecuado en magnitud, extensión y proyección. De ahí que medidas parciales y puntuales como la Promoción Automática en Colombia resulten inocuas, sino negativas y definitivamente contraproducentes por las resistencias que agitan y por el grado de frustración y desesperanza que están generando respecto de las posibilidades de cambio escolar (Rojas, M. 1992)”.

En este sentido, durante los noventa, sucedieron en Colombia varios fenómenos,

Los problemas de inequidad en la calidad educativa alcanzada por nuestros estudiantes también son incuestionables. Por ejemplo, analizando los resultados del ICFES del año 2003 se observa que, mientras el promedio obtenido en lenguaje y matemáticas para los estudiantes de ingresos bajos es 47.7 y 41.3 respectivamente, para alumnos de familias de ingresos altos estos mismos promedios son 52.8 y 46.56. De manera similar, al comparar el desempeño de los estudiantes del sector rural y el sector urbano en las pruebas SABER de 2005, es posible observar que el promedio urbano es mayor al rural en todas las áreas evaluadas tanto en quinto como en noveno grado. Preocupa además que, entre el 2002 y el 2005, la brecha de calidad entre ambas zonas se incrementó en algunas áreas evaluadas (Peña, G.; Camacho, A.; Sánchez, F. & Urrutia, M. 2009).

Por último, Fernández (2008), utilizando los resultados de la prueba de PISA 2006, encuentra que estudiantes pertenecientes a familias con mayores niveles de riqueza obtienen mejores resultados que estudiantes con menores niveles de ingresos. Estas diferencias son incluso más fuertes para Colombia. En promedio, en países con PIB per cápita bajo, estudiantes pertenecientes al mayor quintil de ingreso obtienen en promedio 40 puntos más que estudiantes del quintil inferior en las pruebas de lenguaje. Para Colombia esta diferencia se incrementa en casi 20 puntos adicionales (Peña, G.; Camacho, A.; Sánchez, F. & Urrutia, M. 2009).

### Salud

A finales de los cincuenta, existían en Colombia cinco formas de acceso a la salud: La primera caracterizada por ser eminentemente privada y que utiliza la misma infraestructura que el resto de los servicios; el seguro obligatorio básicamente para los trabajadores sin importar condición; la tercera, atención de caridad bien sea asistencia pública o beneficencias diferenciadas por el origen de los dineros con los cuales se financia dicha caridad; la cuarta, y dentro de un concepto bastante particular, la salud pública a cargo del Estado, encargado de controlar epidemias y enfermedades que afecten a un renglón considerable de la población. Los ciudadanos que no corresponden a esta clasificación hacen parte de todas las prácticas que en el momento se denominaban prácticas no científicas. Esta distribución era fruto de la concepción estamentaria de la población, con profundas diferencias en el ingreso.

Hacia 1974 se introdujo una primera importante reforma al sistema, el cual quedaba dependiendo de una cabeza que era el Ministerio de Salud y tres subsectores: El oficial al cual se le asignaba el 80% de la población, el subsector de población cubierta, que en el mejor de los años llegó al 21% de la población cubierta y el sector privado, con el 10% de la población cubierta<sup>5</sup>.

Ahora bien, existen en este tipo de Sistemas de Salud presiones que modifican el mismo sistema. Siguiendo a Hernández (2002), luego de la reforma de 1977 del seguro social, “crecían, de manera dispersa y desigual, nuevas cajas de seguros para los empleados de las instituciones públicas. El subsector privado fue creciendo progresivamente a través de los esquemas de prepago, desarrollados por el sector financiero y siempre subvalorados a la hora de definir las coberturas del sistema

5 Para más información ver Hernández Mario (2002).



en su conjunto. Entre tanto, las acciones de control y prevención de enfermedades se articularon a la red pública de centros y hospitales. Así las cosas, en la década de los 80, la expresión “Sistema Nacional de Salud” se comenzó a aplicar sólo a esa red pública y no al conjunto de prestadores de servicios, mientras los demás “subsectores” siguieron su propio rumbo”.

A finales del siglo XX, se dieron importantes cambios en la manera de entender el Estado. Un aparente fracaso del modelo comunista, con las transformaciones soviéticas y con la caída del muro de Berlín. Se dio así un retorno al liberalismo, cuyos principios básicos se reflejaron en el llamado Consenso de Washington. Esto dio origen a una serie de reformas sectoriales de todo tipo, y de acuerdo con el tema que se trabaja, también en salud, sin tener en cuenta a la salud pública. Se dieron algunos fenómenos como la ampliación de las coberturas de algunos servicios, la erradicación de epidemias, el énfasis en la promoción de la salud y el creciente reconocimiento de la importancia de la salud para el desarrollo humano sostenible. Los noventa se caracterizan por el fortalecimiento del nuevo proceso de mundialización y del progresivo acuerdo sobre la necesidad de reconsiderar y revisar o superar el Consenso de Washington y muchas de sus consecuencias.

La atención Primaria de la Salud fue definida por la asamblea mundial de salud como “la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.

La salud, la medicina y las políticas públicas en salud ganaron gracias a los avances científicos, por el predominio de los valores positivos y por marcos institucionales y de recursos más eficaces. Al mismo tiempo, la organización en salud, logró la entrada de capitales privados, que en algunos casos, llevaron a la exclusividad en algunos de los servicios de salud más importantes. Se encuentran enormes desigualdades sociales en el nivel de salud, en la exposición a riesgos y en el acceso a la asistencia necesaria posible. El Estado creó y fortaleció sus organizaciones de salud que recibieron, no obstante asistencia muy diferenciada entre los países y a lo largo del tiempo. El progreso científico proveyó más y mejores instrumentos de intervención que se

**La salud es un derecho, que se encuentra en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Culturales y Sociales (PIDECS). En el caso colombiano está incluido en la Constitución política de 1991 en el artículo 93. Colombia ha definido la salud como servicio público a cargo del Estado y solo como derecho fundamental en los niños.**

concentraron, sin embargo, en la atención individual (Moiso, 2010).

La salud es un derecho, que se encuentra en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Culturales y Sociales (PIDECS). En el caso colombiano está incluido en la Constitución política de 1991 en el artículo 93. Colombia ha definido la salud como servicio público a cargo del Estado y solo como derecho fundamental en los niños, quedándole al Estado la responsabilidad de organizar sus funciones para garantizarlos. La salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (Organización Mundial de la Salud, 1946).

Siguiendo a Moiso (2010). En una perspectiva histórica, pueden demostrarse importantes logros atribuibles a la acción de la salud pública con mejores niveles de vida en muchas partes del mundo, verificables en series de indicadores de esperanza de vida, mortalidad y morbilidad. Sin embargo, un análisis contemporáneo sobre la situación y futuro de la salud pública, no puede soslayar que en amplias zonas del mundo se han mantenido y agravado desigualdades en la calidad de vida, la situación de salud y el acceso a los servicios de atención, que existen pandemias y que están surgiendo de nuevo.

La atención en salud hace parte del derecho a la salud, se han popularizado algunas ideas acerca de la ma-

nera como se prestan los servicios de salud en Colombia; algunos estudios<sup>6</sup> han identificado la vulneración de este derecho mediante la negación del acceso al servicio; por lo cual a través de mecanismos relacionados con los derechos fundamentales, las personas han hecho uso de la acción de tutela para exigir la atención a la salud a la cual tienen derecho.

De acuerdo con el artículo 153 de la Ley 100, los Fundamentos del Servicio de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud son los siguientes:

- Equidad.
- Obligatoriedad.
- Protección integral.
- Libre escogencia.
- Autonomía de instituciones.
- Descentralización administrativa.
- Participación social.
- Concertación.
- Calidad.

Y de acuerdo con el artículo 157 de la misma ley, existen dos tipos de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en salud:

Por un lado, los afiliados al Sistema mediante el régimen contributivo son las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago.

Adicionalmente, están los afiliados al Sistema mediante el régimen subsidiado de que trata el artículo 211 de la presente Ley son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización. El principio básico de este sistema, es que serán subsidiadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana.

Siguiendo a Melo y Ramos (2010), los departamentos y municipios desempeñan un papel importante en la administración de este régimen, por cuanto es en el nivel local donde se determinan los beneficiarios del sistema, a partir de la información del sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales (Sisben). En este nivel de gobierno también se definen los mecanismos administrativos para la provisión de los servicios de salud. Los afiliados a este régimen aumentaron de 10,8% de personas en el año

2001 a 23,9% de personas en 2009, con un incremento de 121% en dicho periodo. De esta forma, entre 2001 y 2009 los beneficiarios del régimen subsidiado pasaron de representar el 27% al 53% de la población total del país (Melo, L. & Ramos, J. 2010).

Los afiliados y sus beneficiarios tienen derecho a:

- Promoción y protección de la salud y prevención de enfermedades.
- Servicios que garantizan la preservación de la salud.
- Servicios de rehabilitación
- Pago de los subsidios económicos generados por las incapacidades por enfermedad general o licencia de maternidad.

Las políticas públicas cuando se refieren a la promoción y prevención de la salud pueden incluir varios aspectos, pues a partir de 1990, la salud se entiende como un conjunto de servicios más allá de la higiene; incluye programas de educación y autocuidado para la familia, vacunación, detección precoz y control epidemiológico de la enfermedad, odontología preventiva, control prenatal y predicción de riesgo obstétrico.

En Colombia, la Salud Pública tiene entre sus objetivos, fortalecer la capacidad institucional de planificación y gestión, desarrollando las características y condiciones del recurso humano en salud, y elaborando procesos permanentes de investigación dirigida a mejorar las condiciones de salud individual y colectiva. La salud pública se financia con recursos del Presupuesto General de la Nación, con recursos del Sistema General de Participaciones y con recursos propios de las Entidades Territoriales. La financiación del sistema, depende en el caso del régimen contributivo, del pago de unos porcentajes sobre los salarios o de las asignaciones mensuales en caso de los pensionados.

- Si es empleado, en donde trabaje le descuentan el 4% del sueldo, y el patrón deberá pagar el 8%.
- Si es pensionado, la entidad pagadora descontará el 12% del valor de la mesada.
- Si es trabajador independiente, el 12% del ingreso que determina la entidad a la cual está afiliado, según la información incluida en el formulario.

Adicionalmente, hay cuotas moderadas, las cuales son sumas de dinero que cancelan los afiliados y los beneficiarios cada vez que utilizan los servicios de salud, con lo que se busca emplearlos racionalmente. Las cuotas moderadoras se cobran por consulta externa,

6 Colombia. Defensoría del pueblo (2004). La tutela y el derecho a la salud. Causas de tutela en salud, Bogotá: Defensoría.

medicina general y especializada, odontología y tratamientos ambulatorios que requieran exámenes de laboratorio, rayos x, y medicamentos. También se cobran las urgencias cuando no está comprometida la vida o funcionalidad de las personas. Las cuotas moderadas se determinan según la base de la cotización, así:

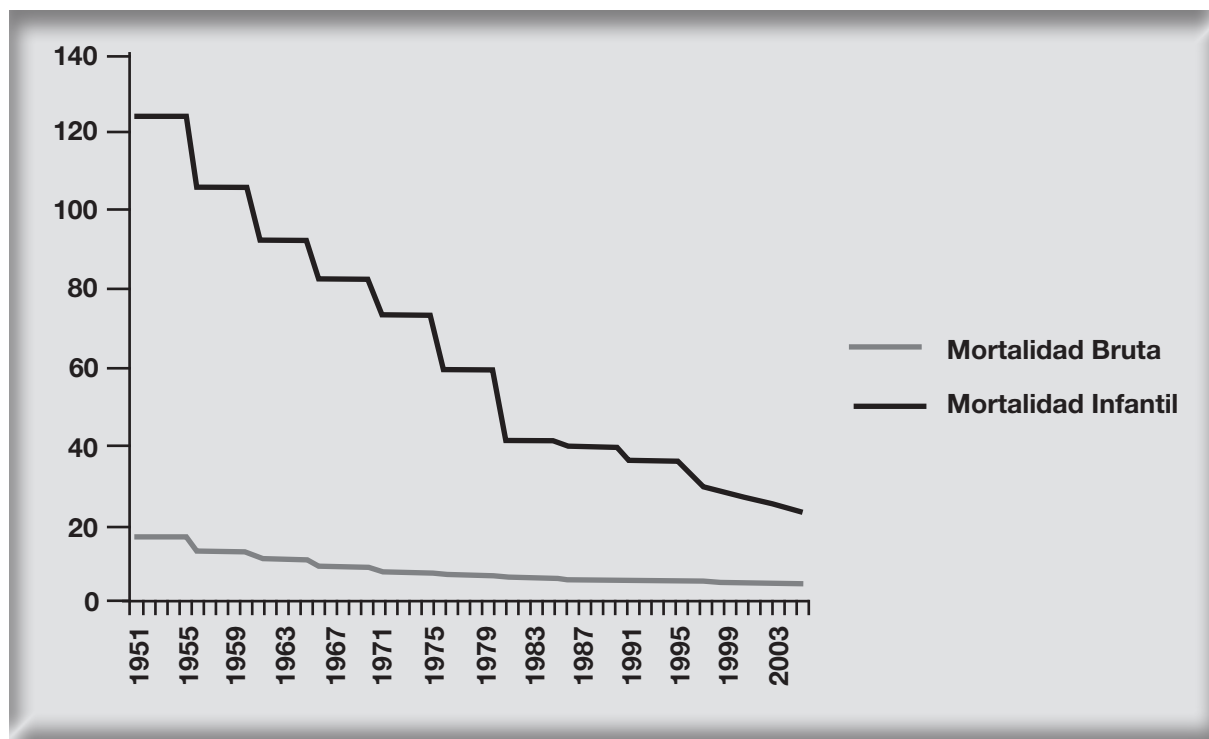
- Cuando el ingreso base de cotización es menor a dos salarios mínimos: hasta un 10% de un salario mínimo diario legal vigente.
- Cuando está entre dos y cinco salarios mínimos: hasta un 40% de un S.M.D.L.V.
- Cuando es mayor de cinco salarios mínimos: hasta un 10.5% de un S.M.D.L.V.

Durante el periodo de estudio, uno de los logros más importantes dentro de la salud en Colombia, es la mortalidad. De hecho, y como se ve en la gráfica No. 2, en cuanto a la mortalidad infantil, la cual se ha reducido en un 81% la mortalidad por cada 1000 (DANE) menores. Sería equivocado pensar que este resultado se debe únicamente a la implementación de políticas públicas. Factores como la mejora en la capacitación del personal asociado con la prestación de servicios de salud, las condiciones de salubridad en general, determinan el comportamiento de estas variables.

Ahora bien, es casi un consenso entre los estudiosos de las políticas públicas que luego de la instauración de la ley 100 el sistema de salud mejoró en cobertura de manera muy importante. En la Gráfica 3, se puede apreciar una aproximación a la evolución de la cobertura para el periodo 1980 – 2010. Es importante resaltar que se muestra la variación total de afiliados y la variación que de ella podría explicar la variación de la población en Colombia. Se encuentra que la variación en la población explica muy poco la variación de los afiliados, especialmente en 2000 donde la variación de afiliados fue de 0.23% mientras que la variación de la población es relativamente constante con 1.33% y otro caso particular es 2005, donde a pesar de que la población crece en un 1.21%, el número de afiliados decrece en un 33.84%.

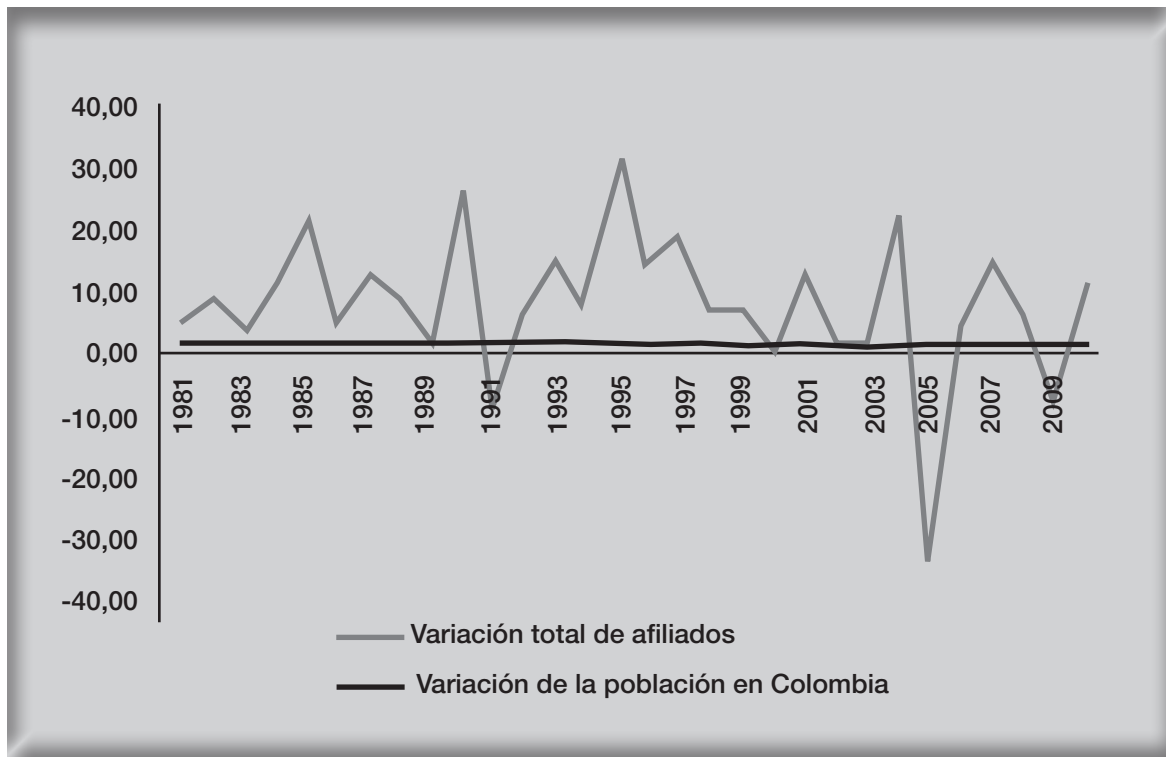
Siguiendo a Céspedes-Londoño et Al (2002). No obstante, aún queda un largo camino por recorrer frente a los objetivos y metas trazados por la reforma. Particularmente, la meta de cobertura universal, fijada inicialmente para 2000, está aún lejana: cerca del 40% de la población está por fuera del SGSSS, principalmente como resultado de no poseer un vínculo laboral formal.

Gráfica 2 Mortalidad Bruta e Infantil-1950-2005



Elaboración propia. Fuente: DANE.

Gráfica 3. Afiliados al sistema de salud.



Elaboración propia. Fuente: Ministerio de Protección social y DANE.

La explicación de estos dos eventos se encuentra por un lado, en las expectativas de los individuos y por otro en las condiciones laborales del país. La década que comienza en 2000 se ha caracterizado por un aumento de la informalidad laboral que llegó a 55.33% en 2010 (Guataquí, j. C.; García- Suaza A.; Rodríguez- Acosta, M. 2011).

### Limitaciones de la ley 100

Al mismo tiempo que se implementó la ley 100, con la ley 344 de 1996 cambió la manera como se transfieren los recursos públicos a los hospitales. De manera previa, los dineros se dirigían directamente a las instituciones, constituyendo un subsidio a la oferta, lo cual se prestaba para corrupción y desgreño en el uso de recursos nacionales. Ahora bien, el nuevo mecanismo es a través de un subsidio a la demanda es decir a través de la venta de servicios prestados por las diferentes escalas de la integración vertical del sector: EPS, ARS e IPS. La limitación más grande de este sistema en torno a la disponibilidad de recursos es que dado que los usuarios prefieren clínicas privadas, los hospitales públicos

pierden competitividad y por ende recursos. Siguiendo a Pereira (2007). De esta manera, hay mucha presión económica sobre estos hospitales, pues se les pide que sean autosostenibles financieramente, pero las dinámicas de la competencia no se lo permiten (Paredes, 2000: 120) (Pereira, M. 2008).

Una de las preocupaciones que no ha podido subsanar al ley 100 es la calidad. El paciente es ahora un cliente al cual se dedica, a lo sumo quince minutos y al cual se le niega la mayor cantidad de servicios posibles. Según el mismo artículo de Pereira (2007) los agentes involucrados en la salud no siempre tienen incentivos para cumplir con su parte. Los estudios muestran que las EPSs no cuentan con ningún incentivo para cumplir con arreglos extrajudiciales, o en general para prevenir la tutela, puesto que ella no le representa costos a la empresa, y es igual para ellos pagar antes o después de la demanda. Por el otro lado, el ciudadano cuenta con incentivos muy claros para presentar la demanda ante el incumplimiento de alguna de las instituciones. Dado que la Constitución del 91 propone que la tutela sea un mecanismo de defensa de derechos fundamentales

accesible y de bajo costo, el usuario se encuentra con muchos obstáculos para presentar la demanda en contraposición con los beneficios que puede recibir de ella (Azuero, 2006, p. 8).

A pesar de que el documento no busca mostrar un reflejo de la salud en Colombia a 2011, es imposible que, dada la coyuntura no se toque este tema. Varios datos muestran la situación actual caracterizada por metas incumplidas, usuarios inconformes y la necesidad latente de una nueva reforma.

Para el periodo 2003-2010 los recursos asignados al financiamiento de los regímenes contributivo y subsidiado y a los servicios de salud pública alcanzaron en promedio 4,3% del PIB. El 63% de estos recursos tuvo origen en rentas parafiscales, el 26% en aportes fiscales de la Nación (incluyendo el SGP), y el 11% en rentas de departamentos y municipios. En relación con el uso de estos recursos, el 51% se asignó al régimen contributivo, el 26% al régimen subsidiado y el 23% restante a servicios de salud pública, promoción y prevención, además de la financiación de accidentes y eventos catastróficos (Melo & Bernal, 2010).

**Una de las preocupaciones que no ha podido subsanar al ley 100 es la calidad. El paciente es ahora un cliente al cual se dedica, a lo sumo quince minutos y al cual se le niega la mayor cantidad de servicios posibles. Según el mismo artículo de Pereira (2007) los agentes involucrados en la salud no siempre tienen incentivos para cumplir con su parte. Los estudios muestran que las EPSs no cuentan con ningún incentivo para cumplir con arreglos extrajudiciales, o en general para prevenir la tutela.**

Adicionalmente, el sector ha enfrentado diversos problemas financieros, los cuales están relacionados con el aumento de la demanda de servicios que no se encuentran incorporados en el Plan Obligatorio de Salud –POS y que resultan siendo autorizados o bien por comités médicos o por tutelas. Con la Ley 1393 de junio de 2010 se busca generar nuevas fuentes de financiación y ajustes administrativos del sector, teniendo en cuenta que de acuerdo con Melo y Ramos (2010) el comportamiento de las cifras sobre cotizantes al régimen contributivo, se podría afirmar que gran parte del problema financiero que enfrenta el sector tiene origen en la creciente informalidad en la economía. Al evaluar estas cifras, se puede destacar que mientras los afiliados al régimen contributivo crecieron 32% entre 2001 y 2009, los afiliados al régimen subsidiado aumentaron 121% y , se destaca el bajo porcentaje de cotizantes al sistema, el cual en los dos últimos años sólo representó el 20% del total de afiliados a los dos regímenes.

A continuación, se hará un análisis acerca del crecimiento económico colombiano, a partir de un modelo econométrico tradicional, sabiendo de antemano que posee algunas limitaciones. Es sólo una aproximación para evaluar la pertinencia de variables explicativas la salud y la educación.

## **CRECIMIENTO ECONÓMICO: MODELO TRADICIONAL**

Una primera aproximación teórica, estaría basada en Solow (1987), modelo del cual se desprende la necesidad de incorporar variables como el capital y el trabajo. Sin embargo, autores como Lucas (1988) y Weill (2005) han mostrado la necesidad de incorporar el capital humano como otro factor de productividad. En últimas, la conclusión de estos escritos es que la productividad de los individuos puede verse afectada por la salud y la educación, los cuales inciden directamente en el crecimiento.

Para comenzar el análisis de las diferentes hipótesis en torno al crecimiento económico, el primer modelo estimado corresponde al tradicional y busca contestar una pregunta muy sencilla: ¿Podría, el crecimiento económico colombiano estar explicado únicamente por la población y la formación bruta de capital fijo? Es decir la función de producción podría corresponder únicamente a  $Y = f(K, L)$  donde  $Y$  es el producto  $K$  la inversión, medida bien sea como la formación bruta de capital fijo o el acervo de capital y  $L$  la población. La respuesta, dada la evidencia, es la siguiente:

Tabla 3. La variación del PIB en función de la población y de la Formación Bruta de Capital Fijo

Dependent Variable: CRECPIB  
 Method: Least Squares  
 Date: 05/11/09 Time: 14:27  
 Sample: 1950 2005  
 Included observations: 56

	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	0.420283	0.053610	7.839683	0.0000
POBLAC	-1.53E-08	4.24E-09	-3.609436	0.0007
FBKF	2.12E-05	7.26E-06	2.915495	0.0052
R-squared	0.220187	Mean dependent var		0.221964
Adjusted R-squared	0.190760	S.D. dependent var		0.119991
S.E. of regression	0.107941	Akaike info criterion		-1.562373
Sum squared resid	0.617521	Schwarz criterion		-1.453872
Log likelihood	46.74645	Hannan-Quinn criter.		-1.520308
F-statistic	7.482501	Durbin-Watson stat		0.568649
Prob(F-statistic)	0.001373			

La respuesta, según este modelo es que, a pesar de ser variables explicativas y estadísticamente significativas, no explican si no un 22% del crecimiento. La situación no mejora mucho si, en vez de utilizar la Forma-

ción bruta de capital fijo, utilizáramos el capital físico total. En este caso sólo se explica el 34% y las variables siguen siendo significativas. Este resultado, se ve en el modelo siguiente:

Tabla 3. La variación del PIB en función de la población y del total del capital fijo

Dependent Variable: CRECPIB  
 Method: Least Squares  
 Date: 05/11/09 Time: 14:38  
 Sample: 1950 2005  
 Included observations: 56

	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	0.033263	0.074477	0.446615	0.6570
POBLAC	2.10E-08	5.70E-09	3.683079	0.0005
KFISICOTOTAL	-3.78E-09	8.48E-10	-4.452419	0.0000
R-squared	0.341446	Mean dependent var		0.221964
Adjusted R-squared	0.316594	S.D. dependent var		0.119991
S.E. of regression	0.099195	Akaike info criterion		-1.731380
Sum squared resid	0.521499	Schwarz criterion		-1.622879
Log likelihood	51.47865	Hannan-Quinn criter.		-1.689315
F-statistic	13.73965	Durbin-Watson stat		0.632912
Prob(F-statistic)	0.000016			

## LINEA DE INVESTIGACIÓN: DESARROLLO EMPRESARIAL

Con base en los resultados que se tienen, entonces comienza a añadirse las variables de capital Humano. Se añaden: ALUMMATRI, que muestra el número de alumnos matriculados, ESPERVIDA, que muestra la esperanza de vida, TALHO Y TLAMUJ que son, respectivamente la talla de los hombres y de las mujeres. La selección de dichas variables, se realiza debido a dos razones:

La primera es su utilización en estudios previos, que muestran cómo los alumnos matriculados suelen ser la variable a incluir con el fin de ver el resultado de las políticas públicas. Además, muestra una tendencia parecida a las de otras variables que depende de los ciclos de la economía, lo cual puede ser útil en la explicación del modelo. Sin embargo, y dado que no es el objeto de este artículo, en la econometría no se incluirá por ejemplo, el filtro de Hodrick y Prescott, pues el ciclo hace parte de lo que se quiere explicar. En otras pala-

bras, al tratar de explicar el crecimiento económico, se estaría eliminando información en el modelo que se quiere conservar.

La esperanza de vida, muestra cuántos años se supone vivirá una persona en cada momento del tiempo. Es uno de los indicadores de la calidad de vida en salud, pues se puede modificar a través de mejoras en la calidad de la salud de las personas.

Sería de esperarse que se relacione positivamente con el crecimiento económico. Las dos últimas variables, se han utilizado en los últimos años con el fin de mirar las mejorías en la salud de las personas. El análisis que se hace es el siguiente: personas con mejores condiciones de salud en sus primeros años llegan a ser más altos (tener mayor talla) que el resto. La fuente es la registraduría, y la talla que aparece en las cédulas.

**Tabla 4. La variación de PIB en función otras variables**

Dependent Variable: CRECPIB				
Method: Least Squares				
Date: 05/11/09 Time: 14:45				
Sample: 1950 2005				
Included observations: 56				
	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	12.75507	7.171395	1.778603	0.0815
POBLAC	7.26E-08	1.14E-08	6.395532	0.0000
KFISICOTOTAL	-1.77E-09	1.59E-09	-1.108245	0.2732
ALUMMATRI	1.07E-07	3.63E-08	2.937264	0.0050
ESPERVIDA	-0.277315	0.041518	-6.679422	0.0000
TALHO	1.578755	2.910310	0.542470	0.5900
TLAMUJ	0.568895	3.102605	0.183360	0.8553
R-squared	0.665853	Mean dependent var		0.221964
Adjusted R-squared	0.624937	S.D. dependent var		0.119991
S.E. of regression	0.073486	Akaike info criterion		-2.266988
Sum squared resid	0.264606	Schwarz criterion		-2.013819
Log likelihood	70.47567	Hannan-Quinn criter.		-2.168835
F-statistic	16.27365	Durbin-Watson stat		1.453594
Prob(F-statistic)	0.000000			

Luego de exploraciones continuas se llega a este modelo, que por ahora es el definitivo en este artículo. Busca incorporar al modelo clásico de crecimiento algunas variables de capital humano. En general, se había

incorporado la educación como variable que permite evidenciar el capital humano. Sin embargo, artículos posteriores como Weil (2005) postulan la necesidad de incorporar la salud por su relación con la productividad.

Tabla 5. La variación del PIB en función del Capital Humano

Dependent Variable: CRECPIB  
 Method: Least Squares  
 Date: 06/03/09 Time: 14:44  
 Sample (adjusted): 1951 2005  
 Included observations: 55 after adjustments

	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
C	0.109007	0.057912	1.882286	0.0726
CRECPOB	9.358940	1.056228	8.860719	0.0002
VARCAPFIS	4.589876	0.978922	4.688704	0.0005
VARESCOTAL	1.234892	0.998208	1.237108	0.0029
VARESPER	2.799159	0.589632	4.747298	0.0020
VARESTMATRI	-0.558976	0.125384	-4.458112	0.0014
VARMORTADULT	-0.489756	0.256476	-1.909558	0.0020
VARTALLAMUJ	60.57852	29.25225	1.882288	0.0022
R-squared	0.8277660	Mean dependent var		0.218727
Adjusted R-squared	0.8069427	S.D. dependent var		0.118604
S.E. of regression	0.101375	Akaike info criterion		-1.591401
Sum squared resid	0.472736	Schwarz criterion		-1.262928
Log likelihood	75.56352	Hannan-Quinn criter.		-1.464378
F-statistic	17.20580	Durbin-Watson stat		0.94650
Prob (F-statistic)	0.00000			

En este modelo se encuentran las siguientes características, que son deseables: Explica un 82% de la variable dependiente. Al mismo tiempo el modelo como tal y las variables individuales son significativas, por lo cual se ha sacado, lo cual además está justificado por otros escritos previos, donde se ve, que dadas las características femeninas asociadas al cuidado del hogar y de los hijos, es posible que mejoras en su salud afecten más al crecimiento económico. Dado que no hay evidencia de heterocedasticidad, no se lleva a cabo un modelo de logaritmos, el cual podría ser incorporado en modelos posteriores.

La conclusión más importante es que si bien no es un modelo que permita ver las interrelaciones definitivas entre las variables, mejora la explicación del crecimiento económico colombiano en el periodo propuesto. Es más, podría decirse que es una primera aproximación acerca de la inclusión de capital humano en el crecimiento económico colombiano que incorpora salud y educación, lo que permite mejorar la comprensión del crecimiento, lo cual se deduce de la precariedad de los modelos previos.

Para una investigación posterior, se hace necesario además, mejorar la metodología utilizada, planteando por ejemplo, el modelo de crecimiento dentro de otras metodologías econométricas: Data panel, Vectores Autorregresivos, o la inclusión de variables dummy en los modelos entre otros que podrían dar luces a un análisis

más adecuado. Este objetivo va más allá de las intenciones de este artículo.

## CONCLUSIONES Y APORTES PARA LA DISCUSIÓN

En las últimas décadas, la economía colombiana se ha fortalecido y ha entrado en varios procesos de reforma, que además han evolucionado mucho más rápido que en los periodos previos de su historia. El modelo de sustitución de importaciones, tardó casi cuarenta años en ser reemplazado; la apertura económica, ocho años más tarde mostraba los primeros signos de necesidad de cambio.

Y desde siempre, se había entendido el crecimiento económico colombiano como resultante de las variables relacionadas con la inversión y la mano de obra. Este artículo muestra cómo lo evidencia empírica puede develar la importancia de introducir variables que desde la teoría están ya justificadas, asociadas al capital humano.

Una de las conclusiones acerca del modelo que se está planteando, es que es muy importante lograr variaciones positivas en la escolaridad, la esperanza de vida, los estudiantes matriculados y la talla de las mujeres. Y esto sólo es posible a través de políticas que mejoren el acceso a la salud y la cobertura de los servicios sanitarios. El efecto de un cambio en los indicadores



puede explicarse por mejoras en la calidad de los médicos, pero y si están muy bien cualificados peor, la mayor parte de la población no accede a sus servicios, ¿de qué sirve? Por supuesto, no se trata de no cualificarlos. Se trata de que, su conocimiento llegue a la mayor cantidad posible de personas.

Sin embargo, algunas reformas como la ley 100 en salud o las reformas en educación parece que han estado diseñadas para quedarse. Un interesante debate que puede hacerse a este respecto son los grupos de presión que dieron origen a estas reformas, o cómo los ideales foráneos y las tendencias económicas internacionales han incidido en su creación.

Pero este artículo muestra que en lo que sí se han quedado cortas es en los resultados para los cuales fueron creadas. Si bien la cobertura en salud aumentó, la calidad de los servicios decreció y el sistema generó perversos y onerosos mecanismos para que los usuarios puedan acceder a algunos servicios, como la tutela. En el campo de la educación, la calidad decreció haciéndose especialmente notoria en los bachilleres que logran acceder a la educación superior. Sus competencias son limitadas y el sistema de Promoción Automática ha llegado a su fin<sup>7</sup>.

Y estos intentos de políticas públicas son valiosos; pero desestimulantes y en cualquier medida, muy costosos. La sociedad reclama hoy una nueva reforma integral, que garantice que la salud no se rija únicamente por los intereses privados y las distorsiones propias de este mercado se aprovechen en contra de los usuarios. Así mismo, la educación tiene nuevos retos: Lograr que las universidades sean más competitivas, desarrollen investigación básica y al mismo tiempo de acuerdo con las nuevas realidades nacionales; pero al mismo tiempo, que aumente el acceso de estudiantes a programas profesionales, técnicos y tecnológicos deben ser objetivos del nuevo sistema.

La propuesta de este artículo es que, para tomar decisiones nuevas en estas políticas públicas se oiga más a la academia y menos a los gremios y se comience a tomar conciencia de la necesidad de políticas públicas de largo plazo, basadas en la necesidad de un capital humano que permita mejoras en la productividad y sendas de crecimiento sostenible, coherentes con mejores niveles vida, para lograr el desarrollo a escala humana, más conveniente para el país. Ejemplos internacionales

se encuentran varios: Suiza, Suecia, los países Bajos y Canadá han establecido dentro de un sistema capitalista y de mercado, estados de bienestar que permiten la generalización de las ganancias del crecimiento.

Uno de los aspectos que la autora encontró interesante en la elaboración de este estudio es cómo la calidad de la educación se deterioró y al mismo tiempo el acceso de los estudiantes es cada vez menor. Por ello, la propuesta es fomentar la creación de instituciones de educación superior, fomentando la calidad de las mismas. Uno de los procesos que debe suspenderse inmediatamente es el debilitamiento de instituciones como el SENA o la Universidad Nacional.

El gobierno debe generar recursos a través de la recolección de matrículas y la sostenibilidad de las universidades; pero el aporte del gobierno debería ser cada vez mayor; es necesaria la ampliación de cobertura a los estratos más bajos y de ser necesaria, la ampliación de planta física. Un interesante esquema en la esfera privada es el de las universidades sin ánimo de lucro, como la Universidad América, que con calidad importante ha mantenido matrículas coherentes con la capacidad de pago de muchos de los colombianos.

Por ello, es necesario que además de registro calificado para las universidades se popularicen los procesos de acreditación nacional; y que si las universidades no logran ser acreditadas, pues les sea retirado el registro académico o cambien de categoría a instituciones técnicas o tecnológicas luego de varios intentos por lograr la acreditación.

El mayor reto está en la educación previa a la universidad; los colegios públicos y privados deben comenzar a preparar a los estudiantes en diversas materias, y los que se mantengan como académicos deben garantizar una calidad tal que permita el acceso a sus estudiantes en las mejores condiciones posibles a las universidades. Al mismo tiempo los de otros tipos de bachillerato, deben contar con docentes preparados y capaces de dictar las mismas asignaturas en entidades técnicas y tecnológicas y empoderar las competencias de emprendimiento que los jóvenes requieren. Al mismo tiempo, deben generarse instituciones en los sectores más importantes para la sociedad colombiana.

Ahora bien, no se ha querido separar una propuesta de la otra delimitándolas por su profunda interrela-

<sup>7</sup> <http://www.caracol.com.co/nota.aspx?id=796826>

ción: La educación influye en todos los resultados de desarrollo humano. Lejos de limitarse a una simple fuente de conocimiento, promueve la mejora de la higiene y el mayor uso de los servicios sanitarios. El acceso a agua potable y a saneamiento adecuado también repercute en los resultados en materia de salud, puesto que reduce las enfermedades infecciosas, mejora el estado nutricional de los niños y aumenta su capacidad de aprendizaje. La suma de estas intervenciones conduce a una transición sanitaria: las enfermedades de transmisión dejan de ser el primer problema sanitario de un país y ceden su lugar a las enfermedades crónicas<sup>8</sup>. Así mismo, a medida que la educación aumenta, disminuyen las tasas de fecundidad y el crecimiento de la población.

Dentro de la salud, deben tenerse en cuenta algunas ideas ya propuestas por otros autores:

Según Mushkin (1958) y reseñado en Gallego (1999) el interés de los economistas por el sector salud ha aumentado a medida que evoluciona la ciencia médica. Esta evolución ha generado una importante entrada de recursos al sector, lo cual demanda un análisis del uso óptimo de los recursos desde la perspectiva económica. Por un lado, el avance en la ciencia médica permitió el desarrollo tecnológico y un cambio en las técnicas médicas para mediar con mayor efectividad las enfermedades, esto afectó la organización industrial en la prestación de los servicios de salud y elevó los costos de dichos servicios. Este fenómeno generó tres preocupaciones iniciales que pueden ser relacionadas con líneas de investigación en economía de la salud: ¿cuál es la naturaleza del mercado de servicios médicos?, ¿cuál es la relación existente entre la capacidad de planta (disponibilidades de hospital, por ejemplo) y el uso de los servicios médicos y ¿cómo son las variaciones de la demanda atribuibles al seguro? (Mushkin 1958).

Y más adelante, el avance en la ciencia médica generó grandes posibilidades de aumentar la esperanza de vida de las personas, por ejemplo, para las primeras décadas del siglo XX, con la implementación de políticas de sanidad como vacunación y tratamiento de enfermedades infectocontagiosas, se aumentó la esperanza de vida de muchos países. Sin embargo, en países subdesarrollados con un alto índice de desempleo

y con baja oferta de alimentos la ganancia en esperanza de vida desencadenó presiones poblacionales ocasionando desequilibrios entre la población y los recursos y entre la fuerza de trabajo y el producto (Gallego, J.M. 1999).

Sin embargo, es evidente que si el mercado ha fallado en la calidad del servicio, el Estado lo hacía de manera ineficiente y precaria. Por ello, debe existir un sano equilibrio entre los dos poderes con menos integración vertical, donde el Estado genere y entregue los recursos para cubrir la oferta de algunos de los servicios médicos y la empresa privada encuentre incentivos para mejorar en su servicio.

La salud, como propone Arrow (1963) tiene un alto nivel de incertidumbre entre quien la provee y quien la demanda; además no es una ciencia exacta, los médicos formulan por probabilidades y por lo que funciona en un alto porcentaje de los casos y así toman su decisión. Es por esto que no debe dejarse al mercado en la provisión de los servicios públicos en su totalidad, pues existen incentivos a utilizar estos incentivos en contra del consumidor. Adicionalmente a la consideración de la eficiencia o no del mercado, una población sana es una población más productiva, que genera mayor consumo y producción, facilitando el crecimiento económico.

Ahora bien, hay lecciones que deben seguirse<sup>9</sup>. Las experiencias de los países con buenos resultados en educación y salud demuestran que es posible realizar extraordinarios progresos en el plazo de una generación y las similitudes entre experiencias de éxito proporcionan información muy útil sobre lo que realmente funciona:

- Financiación pública adecuada y equitativa. En los países con muy buenos resultados, el compromiso político se refleja no sólo en las partidas de gasto público asignadas a la salud y a la educación sino también en la equidad de las mismas. El gasto se ha centrado en servicios sanitarios básicos en lugar de terciarios y en la educación primaria más que en la superior.
- Mejores condiciones de salud precedidas por logros en educación. Desde el inicio de sus procesos de

8 [http://hdr.undp.org/en/media/hdr03\\_sp\\_chapter\\_41.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/hdr03_sp_chapter_41.pdf)

9 Según el Programa para el Desarrollo de las Naciones Unidas, en [http://hdr.undp.org/en/media/hdr03\\_sp\\_chapter\\_41.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/hdr03_sp_chapter_41.pdf)

LINEA DE INVESTIGACIÓN: DESARROLLO EMPRESARIAL

desarrollo, todos los países con muy buenos resultados registraron elevadas tasas de matriculación infantil, sobre todo entre las niñas. Por lo tanto, se partía de un nivel menor de desigualdad de género en educación, y las diferencias entre géneros se redujeron mucho más rápidamente que en otros países con peores resultados. Conforme fueron surgiendo inversiones en la infraestructura de salud pública, los altos niveles en educación garantizaron una gran demanda y un uso eficaz de los servicios médicos.

- Las mujeres con educación pudieron actuar como agentes del cambio. Los buenos resultados en edu-

cación y salud infantil no se obtienen únicamente mediante una alimentación adecuada y unos servicios sanitarios apropiados sino que también requieren dispensar una correcta atención a los niños. En este aspecto, las capacidades y el lugar de la mujer en el hogar y en la sociedad adquieren un significado destacado. Cuando las mujeres tienen educación, derechos de propiedad y libertad para trabajar fuera del hogar y ganar unos ingresos independientes, el bienestar del conjunto de la familia mejora (Drèze y Sen 1995). Los países con muy buenos resultados no sólo registraban un nivel de práctica paridad en educación, sino también de una elevada proporción de mujeres con empleos no agrícolas.

## BIBLIOGRAFÍA

Becker, G. S. (1983): *A theory of competition among pressure groups for political influence* *Quarterly Journal of Economics*. 98,371-400.

Bernal, R., et al. (2009). *Desarrollo económico: retos y políticas públicas*. Documentos CEDE: Universidad de los Andes.

BID (2007). Informe Anual del 2007. Banco Interamericano de Desarrollo.

BID (2008). Informe Anual del 2008. Banco Interamericano de Desarrollo.

Céspedes-Londoño, J. E. Jaramillo-Pérez, I.; Castaño-Yepes, R. A. (2002). *Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia*. En Cad. Saúde Pública. Río de Janeiro.

Colombia. Defensoría del pueblo (2004). *La tutela y el derecho a la salud. Causas de tutela en salud*, Bogotá: Defensoría.

Conessa, J. C Garriga, C. (2008). *Teoría económica del capital y la Renta* (mimeo). Pág. 14. Teoría del crecimiento Endógeno.

Cotte, A. (2003). *Violencia, Política Económica y Crecimiento Económico en Colombia*. Universidad del Valle: Departamento de Economía.

-----, Cotrino, J.; Anthony (Junio- septiembre, 2006). *Crecimiento Económico y Distribución del ingreso en Colombia en Cuadernos de Administración*. Bogotá: Ediciones UNISALLE.

DANE. Proyecciones Nacionales de Población Colombia 1950 – 2025. Bogotá, junio de 1989. Editado por Departamento Nacional de estadística - DANE, Centro Latinoamericano de Demografía - CELADE, Departamento Nacional de Planeación -DNP y Centro Internacional para la Investigación para el desarrollo – Canadá CIID

Di Gropello, E., Cominetti, R. (1998). *La descentralización de la educación y la Salud*. CEPAL.

Gallego, J. M. (1999). El corazón teórico de la economía de la salud. Artículo derivado del proyecto Jóvenes Investigadores Pasantías CODI 1997-1998. Parte de este trabajo fue presentado en el IV Simposio Internacional de Economía de la Salud, llevado a cabo en Santiago de Cuba (Cuba) del 11 al 15 de mayo de 1999.

Gaviria, M. A. (2007). El crecimiento endógeno a partir de las externalidades del capital humano Cuadernos de Economía V XXVI, Bogotá, 46, pp. 51 -73.

Greco (1999). *Grupo de Estudios del Crecimiento Económico Colombiano*. El crecimiento económico colombiano en el siglo XX: Aspectos Globales. Bogotá: Banco de la República.

Hernández, M. (2002). *Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia*. En: *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro: 18,4, 991-100.

Herrera, M. C. (1999). *Modernización y Escuela Nueva en Colombia*. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional, Plaza & Janés Editores.

- Lucas, R. E. Jr (1988) On the mechanics of development planning, *Journal of Monetary Economics*, 22,1, Julio.
- Lustrig N.; Arias, O. & Rigolir, J. (Febrero, 2002). *Reducción de la pobreza y crecimiento económico*. La doble causalidad. BID.
- Melo, L.; Ramos, J. (2010). *Algunos aspectos fiscales y financieros del sistema de salud en Colombia*. Borradores de Economía No. 624. Banco de la República.
- Mushkin, S. (1962), "La salud como inversión", *Journal of Political Economy*. 70, 50.
- (1999) "Hacia una definición de la economía de la salud, *Lecturas de Economía*", 51.
- Moiso, A. (2010) *Evolución Histórica de la Salud Pública*. En <http://www.ms.gba.gov.ar/Laboratorio/Capacitacion/ModSaludPublica.pdf>
- NACIONES UNIDAS (2007). *World economic Situation and prospectives*. 2007
- Pereira, M. (2007). La prestación del servicio de salud en Colombia. En *Formation aux Affaires Publiques*. Disponible en: <http://www.institut-gouvernance.org/en/analyse/fiche-analyse-283.html>
- Pineda, N. (Febrero de 2007) *El concepto de política pública: alcance y limitaciones*. Mimeo. Seminario de Políticas Públicas.
- Posada, C. E. (1995). *Crecimiento Económico, Capital humano, ahorro e instituciones*. Borradores de Economía. Bogotá: Banco de la República, 20.
- , Pubiano, E. (2007). El crecimiento económico internacional en la segunda mitad del siglo XX. ¿Qué factores lo determinaron? Borradores de Economía. Bogotá: Banco de la República, 445.
- Ramírez, M. T. ; Téllez, J. (2007). *La educación Primaria y secundaria en Colombia en el siglo XX*. En: Robinson James, Urrutia Miguel. *Economía Colombiana del Siglo XX, Un análisis cuantitativo*. Bogotá: Banco de la República, 2007.
- Rebelo, S.(1991): «Long-Run Policy Analysis and Long-Run Growth». *Journal of Political Economy* vol.99 no.3, pp. 500-521.
- Revista Dinero. (Marzo 28 de 2008). *Crecimiento Económico Colombiano Durante 2007 fue del 7.52%*.
- Rojas, M. (1992). *Promoción automática y fracaso escolar en Colombia*. Santa Fe de Bogotá, D.C., Ministerio de Educación Nacional, Harvard Institute for International development Centro de Investigaciones de la Universidad Pedagógica Nacional.
- Romer, P. (1994). The origins of Endogenous Growth. En *The Journal of Economic Perspectives*. 8, 1.
- Sala - I - Martí, X. (1994). *Apuntes sobre Crecimiento económico*. Barcelona.
- Sen, A. (1986) *Teorías del desarrollo a principios del siglo XX*. Documento incluido dentro de la Biblioteca Digital de la Iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética y Desarrollo – [www.iadb.org/etica](http://www.iadb.org/etica).
- Solow, R. (1987). *Discurso de aceptación del premio Nobel*. En: Solow, La teoría del crecimiento. México: Fondo de Cultura Económica.
- Uribe, J. D. (septiembre, 1994) *Inflación y Crecimiento Económico en Colombia*. Borradores de Economía, 1. Bogotá: Banco de la República.
- Urrutia, M.; Posada, C. E. (2007). *Un siglo de crecimiento económico*. En: Robinson James, Urrutia Miguel. *Economía Colombiana del Siglo XX, Un análisis cuantitativo*. Bogotá: Banco de la República.
- Weil, D. (June, 2005). *Accounting for the effect to health on Economic Growth*. Department of Economics. University of Brown.
- Zeinab, P. (enero, 1995). *Una investigación empírica sobre el impacto de la inflación en el crecimiento económico de Colombia*. Borradores de Economía Banco de la República, 92.

## Referencias virtuales:

Naciones Unidas: [http://hdr.undp.org/en/media/hdr03\\_sp\\_chapter\\_41.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/hdr03_sp_chapter_41.pdf)