

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

Gerencia y Economía de los Servicios de Salud

material de estudio

TOMO I



Diplomado a
Distancia

*Gerencia y economía de los
servicios de salud
Diplomado a distancia*

*Material de estudio
Tomo I*



Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

Órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Ciudad de México, junio de 2001.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna, ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, óptico, de grabación o fotocopia con fines lucrativos sin permiso previo del editor.

Editor: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social
Calle San Ramón s/n esq. San Jerónimo,
San Jerónimo Lídice,
C.P. 10100 México, D. F. Tel. 5595-0011
Registro 3079

© Derechos reservados. 2001. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad

ISBN: 968-6748-23-7 – Tomo I de II.

Índice

| | Página |
|---|--------|
| ¿En qué consiste y cómo debo usar mi material didáctico? | 5 |
| ¿Cómo está conformado el Diplomado? | 7 |
| Módulo I. Planteamiento de la reforma sectorial. | 9 |
| Tema 1. Características de la reforma en salud en América Latina. Por Claudia Juárez Ruiz. | 11 |
| Tema 2. Reflexiones sobre la reforma del sector salud. Por Sergio H. Del Prete. | 33 |
| Tema 3. Reforma económica o reforma sanitaria. El "ruido" privatizador. Por Sergio H. Del Prete. | 51 |
| Tema 4. Transformación económica, salud y equidad. La perspectiva latinoamericana: una visión de la economía social en el contexto del auge del mercado. Por Sergio H. DelPrete. | 63 |
| Ejercicios y actividades de evaluación. | 84 |
| Módulo II. Planeación estratégica en servicios de salud. Por Sergio Orozco Zúñiga. | 85 |
| Tema 1. De la administración a la planeación estratégica. | 87 |
| Tema 2. Ejercicio de la planeación estratégica. | 109 |
| Ejercicios y actividades de evaluación. | 133 |
| Módulo III. Introducción a la economía de la salud. | 135 |
| Tema 1. Transición epidemiológica y economía de la salud: hacia un modelo de análisis para los sistemas de salud. Por Armando Arredondo López | 139 |

| | |
|--|-----|
| Tema 2. Niveles de aplicación de la economía de la salud: revisión y análisis. Por Armando Arredondo López e Irene Parada Toro. | 163 |
| Tema 3. Aspectos por considerar en el análisis del mercado en servicios de salud. Por Armando Arredondo López. | 181 |
| Tema 4. Consideraciones conceptuales y metodológicas para el estudio de los costos de servicios de salud. Por Armando Arredondo López e Irene Parada Toro. | 193 |
| Ejercicios y actividades de evaluación. | 211 |
| Formato para envío de actividades de evaluación. | 213 |

¿En qué consiste y cómo debo usar mi material didáctico?

El material didáctico está conformado por *una guía didáctica y el material de estudio* de cada uno de los módulos del Diplomado.

Guía didáctica

La Guía Didáctica tiene el propósito de ofrecer a usted una orientación general sobre los procedimientos para realizar el Diplomado y recomendaciones para aprovecharlo mejor. En este sentido, *es importante que lea toda la guía didáctica antes de pasar al material de estudio y que incluso la revise antes de iniciar un nuevo módulo.*

La Guía Didáctica contiene los apartados siguientes:

Planteamiento del Diplomado: En esta parte se señalan la justificación, propósito, objetivos y perfil de egreso, lo que le permitirá delimitar las finalidades del Diplomado y tener un punto de referencia para que usted evalúe si está cubriendo las expectativas de aprendizaje. También incluye un esquema en el que se indican el orden de los módulos, de forma que usted pueda llevar un seguimiento de éstos y distinguir la relación interna de cada una de las partes del Diplomado. Para ello también se señalan las palabras clave de cada módulo.

Metodología: Señala los medios de comunicación por los que usted puede mantener el contacto con este Centro y conocer las responsabilidades de su tutor. En el apartado *¿Qué se espera de mí como participante de un diplomado a distancia?* se señalan algunas recomendaciones para un mejor aprovechamiento del Diplomado.

Una lista de los ejercicios que debe resolver y enviar al CIESS, así como las características del proyecto final que debe exponer en la fase presencial para acreditar el Diplomado, se ofrecen en el título *¿Qué actividades debo realizar y cómo se evaluará mi desempeño? Aquí se indican las fechas límite para entregar cada ejercicio y los avances del trabajo final requerido para la aprobación del Diplomado.* En el material de estudio también se indican estas actividades. Las características del trabajo final se ofrecen en el módulo I. También se indica el procedimiento y las características de la acreditación que el CIESS otorgará por aprobar este Diplomado.

Equipo docente: En esta sección se hace una presentación de los coordinadores y tutores.

Glosario: Ofrece una lista de términos importantes para el estudio de los temas que se abordan en el Diplomado.

Material de Estudio

Este material está dividido de acuerdo con los cuatro módulos que conforman la fase a distancia. En él se señalan los temas seleccionados en función de los objetivos de aprendizaje ordenados de manera secuencial para que la asimilación se realice paulatina y progresivamente.

Para el logro de los objetivos de aprendizaje de cada módulo *es importante que realice la lectura de los textos correspondientes antes de pasar a la resolución de los ejercicios* y actividades señaladas para la evaluación. Al finalizar su actividad de evaluación, recuerde enviarla al CIESS oportunamente, de acuerdo con las fechas y tutores correspondientes.

¿Cómo está conformado el Diplomado?

El programa del diplomado a distancia *Gerencia y economía de servicios de salud* corresponde a un diplomado presencial de 240 horas. Pretende integrar el análisis económico a los problemas de los sistemas de salud. Está orientado a dos vertientes: por un lado, a la revisión de conceptos y categorías básicas de la gerencia y economía de la salud, y por el otro, a la aplicación y estudios de estas herramientas para la solución de los problemas de salud.

Módulo I. Planteamiento de la reforma sectorial. Profundiza en el estudio de temas de relevancia para el sector salud como el impacto del proceso de reforma en América Latina, los aspectos básicos de la reforma, niveles de gestión, la discusión de reforma sanitaria o reforma económica y la relación entre el Estado, mercado, salud y equidad. Incluye requisitos del trabajo final y un ejercicio de evaluación.

Módulo II. Planeación estratégica en servicios de salud. Se dan las bases para la comprensión de la planeación estratégica, identificando los elementos que la constituyen: misión, visión, el diagnóstico FODA, la matriz de posicionamiento y la generación de estrategias para resolver un problema específico o para proyectar en el largo plazo a la organización. Se incluye un ejercicio de evaluación para el diagnóstico de la organización, que constituye el primer avance del trabajo final.

Módulo III. Introducción a la economía de la salud. Aborda los conceptos básicos relacionados con la economía de la salud, la influencia de los cambios demográficos y epidemiológicos en el sector, los niveles de aplicación del análisis económico, el análisis del mercado en servicios de salud, así como tipos de costos con sus consideraciones metodológicas, su importancia y utilidad para la toma de decisiones en los programas de salud. Se incluye un ejercicio de costeo.

Módulo IV. Desarrollo de habilidades gerenciales. Se plantean técnicas administrativas que permitan a los gerentes el logro de los objetivos organizacionales, utilizando una comunicación formal efectiva, liderazgo situacional para manejar el conflicto interpersonal e intrapersonal de sus colaboradores, a través de la negociación y el trabajo en equipo. También se considera el manejo de la información como una estrategia en la toma de decisiones.

Módulo V. Calidad y mejora continua en los servicios de salud. Se describen las etapas de la calidad y los elementos que integran el proceso de mejoramiento continuo para alcanzar los indicadores de calidad en la prestación de los servicios de salud, considerando el costo de la no-calidad o mala calidad como

factor de relevancia, porque los *reprocesos* muchas veces le agregan actividades y costos innecesarios al servicio, reflejando poco beneficio y alto costo. Incluye características del segundo avance del trabajo final.

Módulo VI. Evaluación económica. Se analizan las características y particularidades de la evaluación macro y microeconómica en el campo de la salud, la utilidad para la toma de decisiones de los diferentes tipos de análisis utilizados, costo-beneficio, costo-efectividad, costo-utilidad y minimización de costos. Se incluye un ejemplo de evaluación macroeconómica y ejercicios de los diferentes tipos de evaluación microeconómica para que se analicen y envíen sus comentarios.

Módulo I. Planteamiento de la reforma sectorial

INTRODUCCIÓN

La política macroeconómica, los ajustes de empleo, los aspectos demográficos y la transición epidemiológica que viven los países de América Latina han dado lugar a reformas económicas y en el sector salud, por lo que las instituciones de seguridad social han sido involucradas en estos procesos. El marco de análisis es muy semejante, aunque se trate de países diferentes con sus propias particularidades: existen en general problemas de financiamiento, de cobertura, barreras de accesos a los servicios, asignación inadecuada de recursos, modelos deficientes de asistencia médica y de calidad de los servicios.

Para dar respuesta a estos problemas, varios países de América Latina están siendo objeto de reformas en el sector salud, reformas que se han basado primordialmente en la introducción de mercados internos y competencia gestionada para estimular la distribución y uso eficiente de los recursos, favorecer la calidad, equidad y cobertura de los servicios de atención a la salud. Se redefine también el papel del Estado y de la sociedad civil.

La importancia de la reforma tanto económica como sanitaria es innegable, por lo que resulta recomendable el análisis, discusión y valoración de las experiencias en el proceso de reforma para dar un contexto general que sirva de marco de referencia en este Diplomado.



OBJETIVO

- Analizar los tipos de procesos y características de las reformas de salud en América Latina en el contexto actual.

PALABRAS CLAVE

| | |
|----------------------|--------------------------|
| Aspectos económicos | Mercado |
| Calidad | Mesogestión |
| Cobertura | Microgestión |
| Eficiencia | Modelos económicos |
| Economía | Política económica |
| Economía de la salud | Reforma del sector salud |
| Equidad | Reforma sanitaria |
| Equidad en salud | Rol del Estado |
| Financiamiento | Salud |
| Macrogestión | Solidaridad |

TEMAS

1. Características de la reforma en salud en América Latina
Por: Claudia Juárez Ruiz
2. Reflexiones sobre la reforma del sector salud
Por: Sergio Horis del Prete
3. Reforma económica o reforma sanitaria. El “ruido” privatizador
Por: Sergio Horis del Prete
4. Transformación económica, salud y equidad. La perspectiva latinoamericana: una visión de la economía social en el contexto del auge del mercado.
Por: Sergio Horis Del Prete



EJERCICIOS Y ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

PRIMER EJERCICIO

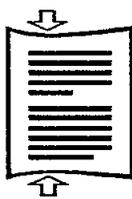
Ejercicio individual y deberá enviarse al Dr. Sergio Horis del Prete.

Defina si en su país se ha llevado a efecto una reforma sanitaria silenciosa o estructural y delimite los componentes filosóficos y legales que le dieron lugar a partir de enunciar las acciones incorporadas como herramientas a la macro, meso y microgestión sanitaria.

Extensión: de dos a tres páginas.

Tema 1. Características de la reforma en salud en América Latina

Por Claudia Juárez Ruiz



Resumen

En la mayoría de los países de América Latina y el Caribe existe un estancamiento del crecimiento económico así como un aumento desproporcionado del desempleo y del empleo informal, lo que, aunado a la transición demográfica y epidemiológica, ha propiciado la extensión de la pobreza y mayores demandas de servicios de salud. Los mecanismos existentes de protección social en salud, ya sea por la vía de la seguridad social o por medio de la asistencia social o atención privada, han sido hasta ahora insuficientes para dar respuestas a las crecientes necesidades en salud de los grupos desprotegidos.

El grado de desarrollo de los sistemas de salud en los países de la región así como los factores políticos, demográficos, culturales y de organización social repercuten en la filosofía de la reforma, su planteamiento e implantación. Las políticas de ajuste y de estabilización económica obligaron a tener recortes en el gasto estatal y recesión económica ambos fenómenos afectaron el gasto social en general y la salud en particular.

América Latina enfrenta cambios profundos en las políticas económicas y sociales debido a la globalización, la tecnificación de la producción, la privatización, descentralización y la redefinición del papel del Estado y de la sociedad civil. Estos procesos han incidido en las bases conceptuales, financieras y estructurales de la seguridad social, teniendo como reto sus principios y los rezagos en disponibilidad, cobertura, equidad, solidaridad, calidad, eficiencia y efectividad. Se pretende que la eficacia en la formulación de políticas de salud como regulación, financiamiento, gestión y provisión de la atención sanitaria impacten en la calidad de vida y en el proceso de desarrollo nacional. En América Latina las reformas del sector salud se han establecido con base en dos procesos: “reformas explícitas y reformas silenciosas”. Se enuncian las problemáticas y dificultades en el proceso de reforma así como las características generales y particulares de las mismas.

Tema 1. Características de la reforma en salud en América Latina

Por Claudia Juárez Ruiz

Introducción

Más de la quinta parte de la población mundial (alrededor de 1,300 millones de personas), viven en extrema pobreza, con poco más de un dólar americano al día. Se considera que la cantidad de personas que viven en la pobreza absoluta aumenta a razón de 25 millones por año (68,500 por día), de los cuales, siete de cada diez son mujeres y están en su mayoría en el mundo en desarrollo ⁽¹⁾.

Más de la quinta parte de la población mundial (alrededor de 1,300 millones de personas), viven en extrema pobreza, con poco más de un dólar americano al día.

Factores como la educación, el ambiente y condiciones de trabajo, condiciones de vida, así como la situación económica, son parte de las condiciones sociales y factores determinantes de la salud. La vinculación entre la salud y el ambiente social se asocia a los grados de prosperidad y la distribución de esta en una sociedad. Entonces, si la salud está determinada de alguna manera socialmente, el Estado tiene la responsabilidad de proporcionar o facilitar los medios para lograr esa salud ⁽²⁾.

Los cambios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y culturales en América Latina han afectado diversos ámbitos de actividad de los sectores sociales, produciendo efectos particularmente en el sector salud. En primer lugar, los cambios en la estructura etárea de la población (envejecimiento poblacional), la urbanización e industrialización crecientes, así como las transformaciones en los estilos de vida individuales y colectivos, están modificando la demanda de servicios públicos, incluidos los de salud. En segundo lugar, la coexistencia de perfiles epidemiológicos característicos del subdesarrollo como el predominio de enfermedades transmisibles y carenciales, con otros más comunes en los países desarrollados tales como el aumento de enfermedades crónicas y los accidentes, con una tendencia a la preponderancia de éstos últimos, están generando nuevos retos de complejidad creciente para los servicios de salud, por el incremento de los costos y la competencia interna del uso de los recursos de salud para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos. En tercer término, la creciente preocupación por la existencia de grupos marginados principalmente en la periferia de las grandes ciudades y entre la población rural dispersa, ha llevado a implantar programas focalizados en dichos grupos prioritarios; programas no siempre fácilmente articulables con la estructura de servicios preexistentes. Además, si bien la irrupción de nuevas tecnologías ha tenido efectos positivos, ha producido

la falsa impresión de que todo es solucionable a condición de que se cuente con medios más sofisticados y costosos. A su vez, crece la preocupación por las dimensiones éticas y las consecuencias sanitarias, económicas y sociales de la aplicación de muchas de estas tecnologías. Por último, los servicios de salud tienen el reto de una población cada vez más consciente de sus derechos, tanto en su calidad de contribuyente como de consumidora de los mismos. De aquí que los aspectos de calidad, participación individual y de grupos sociales y elección entre alternativas de atención sean actualmente el centro de las preocupaciones respecto a los servicios de salud ⁽³⁾.

Aunado a las transiciones demográfica y epidemiológica, los cambios en el mercado de trabajo provocados por la globalización económica se han caracterizado por el aumento del empleo informal y la disminución de empleos públicos, propiciando la extensión de la pobreza y mayores demandas de servicios de salud; lo que ha significado que el problema de la exclusión económica y social adquiera proporciones cada vez más serias y que los mecanismos existentes de protección social en salud, ya sea por la vía de la seguridad social o por medio de la asistencia social, sean hasta ahora insuficientes para dar respuesta a las crecientes necesidades en salud de los grupos desprotegidos ^(4,5).

En América Latina y el Caribe, según informes de la OIT, cerca del 50 % de la población regional se encuentra excluida del sistema de seguridad social, o sea más de 220 millones de personas ⁽⁶⁾. Un tercio de la población total no tiene acceso a los servicios de salud, es decir, más de 140 millones de personas ⁽⁷⁾. Situación parcialmente debida a que los mecanismos de tributarios se encuentran amarrados al salario y son arrastrados por la reducción del empleo asalariado y del salario real. De esta manera, la supervivencia y la fortaleza de las instituciones de la seguridad social en este contexto deben ser doblemente valorados ya que hoy se encuentran muy vulnerables financieramente ante una caída muy importante de la recaudación real ⁽⁸⁾.

La reforma en salud va encaminada a que los organismos públicos dejen de ser propietarios y productores directos de bienes y servicios, para convertirse en promotores del bien común, planificadores estratégicos, movilizados de recurso, generadores de normas, catalizadores de la actividad privada, evaluadores del desempeño y garantes de la justicia. La función de modulación intenta catalizar la energía de la sociedad, al tiempo que asegura un trato equitativo para todos. En virtud de las múltiples imperfecciones de los mercados de servicios y seguros médicos, el Estado tiene la responsabilidad de establecer procedimientos eficaces que permitan garantizar la calidad, evitar la ineficiencia y promover la equidad.

Por otra parte, no es posible ignorar el elevado endeudamiento externo de la región y la crisis que impactó a la mayoría de los países en la década de 1980, obligándolos a reducir sus aportes estatales y de los empleadores en un ambiente

Aunado a las transiciones demográfica y epidemiológica, los cambios en el mercado de trabajo provocados por la globalización económica se han caracterizado por el aumento del empleo informal y la disminución de empleos públicos.

La reforma en salud va encaminada a que los organismos públicos dejen de ser propietarios y productores directos de bienes y servicios, para convertirse en promotores del bien común.

real de contracción de los salarios, desempleo, crecimiento del sector informal y aceleración inflacionaria. Hoy en día, como resultado de esta crisis, la seguridad social enfrenta problemas diversos y serios cuestionamientos; críticas que apuntan desde su desmantelamiento hasta su revalorización y ajuste a fin de que responda de mejor manera a los retos que actualmente encaran los países del área.

Será necesario construir un consenso general, basado en las responsabilidades de los dirigentes, la toma de conciencia del usuario, el papel eficiente del Estado y la mesurada participación del concurso privado, lo que en forma conjunta, con el apoyo de la organización internacional, debe delimitar las áreas específicas de acción para conseguir un sistema de seguridad social armónico y coherente que beneficie particularmente al trabajador y su familia.

Actualmente, solo algunos países de la región han alcanzado la cobertura universal, mientras que la mayoría de las naciones enfrentan problemas comunes: deficiencias estructurales, desequilibrios financieros e ineficiencia en la administración de los recursos humanos; lo que en conjunto ha agravado el déficit fiscal provocando a su vez una marcada disminución de la calidad y la cobertura de los servicios.

La mayoría de las naciones enfrentan problemas comunes: deficiencias estructurales, desequilibrios financieros e ineficiencia en la administración de los recursos humanos.

I. Situación de la seguridad social

Desde su origen, a la seguridad social se le ha dado la responsabilidad de proteger a los miembros de la comunidad, garantizándoles condiciones de vida, salud y trabajo para lograr mayor productividad y un mayor grado de bienestar físico y mental.

Sin embargo, a partir de la década de los setenta, comienza a emerger un escenario de crisis en donde los Estados latinoamericanos enfrentan dificultades cada vez mayores para solventar los compromisos heredados por el Estado benefactor; compromisos que en el campo de la seguridad social se habían disparado a lo largo de los tres decenios precedentes en virtud de los crecientes cambios de las pirámides poblacionales de los países.

De manera paralela a esta circunstancia, y al abrigo de las tesis manejadas por el neoliberalismo que propugna por el repliegue del Estado de diversas esferas de acción y por la disminución del gasto social, empezó a culparse a la seguridad social de ser costosa en exceso y causante en consecuencia de buena parte del desequilibrio financiero del Estado; obstaculizadora del ahorro interno; favorecedora de la inflación en virtud del crecimiento de los impuestos y las cotizaciones que exige a fin de financiar el sistema; y por si ello no bastara, incapaz de alcanzar sus propios objetivos por ineficiencias estructurales y vicios burocráticos.

Algunos organismos internacionales discrepan frontalmente con varios de los cargos que se le imputan a la seguridad social. No obstante, se reconocen los problemas que ésta encara en los países de América Latina, y se ilustra su circunstancia al amparo del siguiente círculo vicioso: el Estado, y en particular sus sectores financieros ven cada vez con menor entusiasmo los gastos que entraña la seguridad social en virtud de la limitación de recursos que, como resultado de la crisis económica mundial padece el erario nacional. Los prestadores de servicios por su parte, enfrentan una demanda multiplicada de dichos servicios habida cuenta que en época de crisis la población descarta opciones privadas y recurre a las gratuitas o muy baratas que ofrece el sector público; lamentablemente, a tal incremento de demanda no corresponde un crecimiento en los salarios reales de quienes prestan los servicios, esto a causa también, de los recursos limitados del Estado. Por último, los derechohabientes de la seguridad social experimentan a su vez recelos contra el sistema, en virtud del mal servicio que se les presta; circunstancia del todo comprensible si se considera la disminución del gasto social del Estado y la sobre-demanda de servicios de seguridad social por parte de la sociedad ⁽⁹⁾.

Los prestadores de servicios por su parte, enfrentan una demanda multiplicada de dichos servicios habida cuenta que en época de crisis la población descarta opciones privadas.

De tal suerte, la seguridad social encara desde esta perspectiva el descontento generalizado de sus protagonistas. Por ello, son importantes los esfuerzos latinoamericanos por ajustar las políticas de protección social, su andamiaje burocrático y sobre todo los medios que permitan refrendar sus propósitos vertebrales.

Mientras exista el desempleo, el subempleo y las deficiencias de productividad en la ciudad y en el campo, no se encontrará remedio eficaz. Son cuestiones que difícilmente, si es que no resulta imposible, serán erradicadas; pero tendrán que atacarse en su fondo. Las soluciones no son exclusivamente nacionales, sino que requieren de la comprensión y buena voluntad de todos, en particular de los más poderosos. Los organismos y agencias internacionales deben asumir la tarea de enfrentar el reto desinteresadamente; entretanto, cada país afectado está en él deber de ir fortaleciendo una economía sana, incrementando efectivamente su productividad y dando a los organismos de seguridad social autosuficiencia financiera y desarrollo adecuado.

Son dos los problemas principales en la reforma de salud y por ello mismo, el reto inmediato por afrontar: la eficiencia en la prestación de servicios de salud, y el financiamiento de pensiones y jubilación.

Son dos los problemas principales en la reforma de salud y por ello mismo, el reto inmediato por afrontar: la eficiencia en la prestación de servicios de salud, y el financiamiento de pensiones y jubilación.

La Organización Internacional del Trabajo, al vislumbrar la perspectiva del año 2000, estableció la recomendación que en los años venideros se atribuya cada vez más prioridad a hacer de los servicios de salud el uso más eficiente con relación a su costo, a modificar la relación entre la acción curativa y la acción preventiva y entre la acción médica y la acción social, y a permitir a las personas participar en

mayor medida en la adopción de las decisiones relativas a su propia asistencia médica y social ⁽¹⁰⁾.

Las instituciones de seguridad social de la América Latina no pueden ignorar esta nueva forma de abordar la organización de los servicios de salud. El problema del financiamiento, sobre todo en lo que atañe a la aportación de los gobiernos, se ha visto afectado en los últimos años por diversos factores, entre los cuales destaca el crecido endeudamiento externo. Experiencias recientes, y desde luego dignas de estudio y meditación, se han dado en nuestro continente.

Actualmente, mientras economistas neoliberales y políticos conservadores argumentan la necesidad de reducir los futuros compromisos de la seguridad social, en general la población de la mayoría de las sociedades, continúa esperando más, en vez de menos.

"No se puede negar que mientras los niveles de vida se elevan y la seguridad social se expande, las expectativas de la gente se tornan crecientemente ambiciosas. Los usuarios ya no aceptan lo que les habría satisfecho hace diez o veinte años. Además, todas las categorías sociolaborales exigen condiciones iguales, lo que significa elevar todas las prestaciones a sus índices más altos. Así, como un espejismo, el objetivo se aleja tan pronto como parece estar al alcance" ⁽¹¹⁾.

Uno de los ejemplos de esas crecientes expectativas se hallan en el servicio médico. El usuario considera no solo moral, sino también una obligación ética, que los avances en medicina sean proporcionados tan pronto como sea posible al mayor número de personas aseguradas. En la medida en que el progreso médico satisface la necesidad de protección surgen más necesidades que requieren nuevos progresos.

La generación actual de directores y administradores de la seguridad social americana enfrenta tanto el empuje hacia la privatización como la presión de cumplir las crecientes expectativas que la población tiene de una mejor y más amplia protección de la seguridad social. Por supuesto que es fácil terminar la discusión afirmando que todas las políticas de seguridad social están sujetas a la limitación fundamental que consiste en la cantidad de recursos disponibles; en otras palabras, cada país puede tener solamente el sistema de seguridad social que su capacidad financiera le permita.

Sin negar la verdad de esta limitación fundamental las preguntas difíciles aún persisten ¿Cómo se organizará la protección social? ¿Cuáles serán las obligaciones financieras del Estado, de la empresa privada y del individuo que garanticen niveles adecuados de protección? Dentro del presupuesto de la seguridad social, ¿Cómo se repartirán los recursos entre las diferentes necesidades: vejez, rehabilitación, desempleo, etcétera?

En el actual ambiente de restricción fiscal de prácticamente todos los países americanos no es éste el momento de innovar y expandir la seguridad social. Hay clara conciencia de que ésta no puede satisfacer todas las expectativas, no importando qué tan legítimas parezcan a los interesados. Por lo tanto, es tiempo de reconsiderar y reexaminar.

El problema no es cuánto debería gastarse en seguridad social, sino cómo debería gastarse este dinero. Así, los aspectos problemáticos son la disponibilidad y la eficacia. Por ejemplo, ¿Están llegando las prestaciones a la población que más las necesita? ¿Está el sistema de seguridad social compensando en exceso a ciertos grupos de beneficiarios? ¿Cuál sería la relación apropiada entre las prestaciones del seguro social basadas en los derechos adquiridos y las prestaciones de la asistencia social basadas en la necesidad?

Hay cierta urgencia por encontrar respuestas a estas preguntas debido al retiro de una generación más joven con relación a la expectativa de vida, junto con una cantidad mayor de ancianos octogenarios implicará más gastos para los sistemas de pensiones y de servicio médico. Por lo tanto, se ha repetido frecuentemente que los primeros años de este siglo representan un escaparate de la oportunidad para que los planificadores de la seguridad social evalúen y decidan sobre los objetivos, las capacidades administrativas y las posibilidades financieras de sus planes.

II. Procesos de reforma en América Latina

Como hemos visto, las políticas de ajuste y de estabilización obligaron recortes en el gasto estatal y recesión económica. Ambos fenómenos afectaron al gasto social en general y a la seguridad social en particular.

De acuerdo con el contenido de las reformas instrumentadas y propuestas, la debilidad financiera y la inviabilidad de mantener en el futuro a la seguridad social mediante sistemas solidarios y de reparto, constituyen la razón de ser de las reformas. Los cambios demográficos y epidemiológicos, pero principalmente el crecimiento del desempleo y de la ocupación informal así como la caída en los ingresos reales, determinan la orientación de las mismas.

En los últimos veinte años son ocho países -Chile (1981), Perú (1993), Argentina (1994), Colombia (1994), Uruguay (1996), Bolivia (1997), El Salvador (1997) y México (1997)- los que, con diferentes variantes, han emprendido en América algún tipo de reforma a la seguridad social, basada en un modelo económico neoliberal, en donde la seguridad social asume una economía de mercado, bajo cuatro principios de operación: administración privada de uno o varios de los servicios, libertad de elección del individuo entre entidades gestoras y cobertura

El problema no es cuánto debería gastarse en seguridad social, sino cómo debería gastarse este dinero. Así, los aspectos problemáticos son la disponibilidad y la eficacia.

De acuerdo con el contenido de las reformas instrumentadas y propuestas, la debilidad financiera y la inviabilidad de mantener en el futuro a la seguridad social mediante sistemas solidarios y de reparto, constituyen la razón de ser de las reformas.

de beneficios, descentralización de los programas de operación y rol subsidiario del Estado, ya que es supervisor del sistema y asume sólo aquellas funciones que los individuos no son capaces de emprender por sí mismos y que son necesarios desde el punto de vista social ⁽¹²⁾.

En el caso de las reformas en salud se debe hacer mención que se connota de manera diferente las “reformas del sector salud”, con las “reformas de salud en las instituciones de seguridad social”, las primeras abarcan a estas últimas y no se puede abordar el tema, sin involucrar ambas reformas en el análisis. Las reformas en América Latina en forma general inician en las instituciones de seguridad social y se complementan en el sector salud.

Debido a los diferentes grados de desarrollo que han tenido los Sistemas de Salud en los países de la región, además de factores políticos, demográficos, culturales y de organización social, se repercute en la filosofía de la reforma, su planteamiento e implementación ⁽¹³⁾.

En América Latina, las reformas del sector salud se han establecido con base en dos procesos “reformas explícitas y reformas silenciosas”. Las reformas explícitas tienen como punto de partida actos legislativos, esto es a través de dispositivos jurídicos que modifican en forma sistémica la organización y el financiamiento de la atención de la salud, este es el caso de Chile, Colombia y Bolivia. El segundo tipo tiene más bien un itinerario zigzagueante y marcha como proceso de reconfiguración desregulada o semiregulada de los sistemas sanitarios. Este es el caso de Perú, en donde hubo varios años de reforma sin reforma, originando reformas subsectoriales en el sector salud ⁽¹⁴⁾.

Las instituciones internacionales que se encuentran impulsando, apoyando y asesorando estos procesos de reforma son las mismas para la región, y son específicamente el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Organización Panamericana de la Salud. Sin embargo, la etapa actual se caracteriza por procesos de democratización apertura y ajuste en donde se constata la ausencia de propuestas propias.

La segmentación o variabilidad de los usuarios de los servicios de salud, con un mosaico epidemiológico y un poder adquisitivo diferente han favorecido la irracionalidad y la inequidad en el acceso y uso de los servicios, dependiente de la condición socioeconómica de la población.

Por otro lado, la cobertura se ha visto amenazada con la reducción del mercado de trabajo formal (ha incrementado el desempleo y el trabajo informal) y las empresas (como responsables de la fuerza laboral) han disminuido la afiliación a los seguros tanto privados como públicos. Esto ha favorecido el incremento de la demanda de los servicios públicos con una menor captación fiscal de recursos y

En América Latina, las reformas del sector salud se han establecido con base en dos procesos “reformas explícitas y reformas silenciosas”.

Las instituciones internacionales que se encuentran impulsando, apoyando y asesorando estos procesos de reforma son las mismas para la región, y son específicamente el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y la Organización Panamericana de la Salud.

se ha ocasionado una mayor segmentación de la condición de acceso a los servicios de salud.

Con la reforma del sector salud se pretende alcanzar mayor equidad, eficiencia y eficacia en la formulación e implantación de políticas de salud tales como: regulación, financiamiento, gestión y provisión de la atención sanitaria ⁽¹⁵⁾.

La transición para situaciones más equitativas depende de mayor disponibilidad financiera y del uso más eficiente de los recursos existentes, de una política de redistribución de recursos además de la organización de la red de servicios para garantizar la universalidad en el acceso ⁽¹⁶⁾.

Con las modificaciones del sistema de salud se pretende mejorar la disponibilidad y calidad de los servicios, que contribuya a mejorar la calidad de vida y el proceso de desarrollo nacional, inspirado en los principios de la Universalidad, Equidad y Solidaridad. ⁽¹⁷⁾

Con la reforma del sector salud se pretende alcanzar mayor equidad, eficiencia y eficacia en la formulación e implantación de políticas de salud tales como: regulación, financiamiento, gestión y provisión de la atención sanitaria.

III. Características de las reformas en Latinoamérica

La mayoría de los países de la región carecen de mecanismos o redes de protección suficientes para prevenir, compensar y mitigar el impacto que tiene sobre los sectores de menores ingresos las crisis económicas, los desastres naturales, enfermedades, discapacidades físicas u otros efectos derivados de las tendencias demográficas como el envejecimiento de la población ⁽¹⁸⁾.

Con el propósito de enfrentar los nuevos desafíos en los sistemas de salud, varios países han iniciado o están considerando procesos de reforma sectorial ligados a las modificaciones de las agendas política, social y económica en la región. Las características comunes de estas reformas son:

- Reordenamiento económico y su impacto en las políticas de gasto público.
- Modernización del Estado.
- Revalorización de la esfera social.
- Búsqueda de eficiencia, efectividad y sustentabilidad.
- Respuesta a los cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos ⁽¹⁹⁾.

Como se ha mencionado con relación al sector salud, las reformas se han realizado debido a la insuficiente cobertura, insatisfacción de usuarios y prestadores de servicios y altos costos, entre otros, con miras a aumentar cobertura, eficiencia, equidad y calidad.

De esta forma, se ha replanteado el papel del Estado en la participación de los sistemas de salud; en general existe la tendencia a la descentralización y la

Las reformas se han realizado debido a la insuficiente cobertura, insatisfacción de usuarios y prestadores de servicios y altos costos, entre otros, con miras a aumentar cobertura, eficiencia, equidad y calidad.

privatización de los sistemas de salud. La descentralización se ha visto favorecida por el proceso de democratización efectuado en los países latinoamericanos. Por otro lado, las reformas a la seguridad social han sido parte integral de las políticas de reforma económica liberal como consecuencia a la deuda externa creciente y a la crisis económica.

Las estrategias por medio de las cuales implícita o explícitamente se promueve la privatización son:

- ◆ Estímulo a la competencia entre proveedores mediante la libre elección de los beneficiarios.
- ◆ Disminución de las restricciones que limitan o regulan el libre contrato de los servicios de salud.
- ◆ Administración autónoma de los hospitales.
- ◆ Introducción de seguros privados subsidiados en algunos sectores del gobierno.
- ◆ Estímulo a la afiliación a los seguros privados favorecido por la deducción de impuestos.
- ◆ Reducción del apoyo a los servicios públicos de salud lo que provocó la salida de una gran cantidad de proveedores y beneficiarios.

Sin embargo, estas medidas no han podido ser implementadas de manera fácil puesto que afectan múltiples intereses de instituciones o particulares ⁽²⁰⁾.

Antecedentes acerca de una gran estructura gubernamental centralizada, con bajos niveles de productividad, ineficiencia del sector público en general, y de la educación y salud en particular, han favorecido el dinamismo del sector privado en el mercado orientado a proveer un mejor servicio y mejorar la calidad de una manera más productiva y eficiente.

La participación del sector privado en salud ya está instalado en distintos países, muchos servicios públicos ya tienen comportamiento privado. En cuanto a las propuestas de universalización la competencia puede ser entre lo público y lo privado, entre lo público y público o entre privado y privado, ya que desde el lado de la demanda estas divisiones parecen arbitrarias salvo, claro está, para las poblaciones sin opciones por ser tributarias de seguros compulsivos o por carecer de ingresos. Se recuerda que la privatización parcial de servicios es una experiencia que en América Latina lleva ya bastante tiempo, Algunos servicios son más fáciles de transferir a terceros que otros, como es el caso de la vigilancia y servicio de alimentación ⁽²¹⁾.

A raíz de los procesos de reforma sectorial, los especialistas han empezado a analizar diversos mecanismos orientados a elevar la eficiencia y calidad de los servicios de salud. En este sentido, en los últimos tiempos ha emergido con fuerza el concepto de “subsidio a la demanda”, que ha adquirido diferentes formas bajo

la idea de vales de prestaciones (una especie de “moneda sanitaria”) que cualquier prestador podría luego cambiar por dinero. La idea opera a través de la entrega en mano a las personas que no tienen acceso de una forma de pagar, y se sustenta en la idea de que poder pagar es tener derechos o tener poder. En realidad el poder depende de tener opciones y no de pagar la atención, porque cuando alguien paga la atención y tiene un único servicio no tiene ningún derecho, excepto no usarlo. Sobre las formas de retribución del trabajo también hay todo un debate. Aparece la lógica de los financiamientos por salarios, los financiamientos por prestación, los financiamientos por problemas de salud, que aparecen como una forma de evitar la sobre-prestación pagando por problema resuelto. Además, están los pagos por cartera obligatoria o con opción de los afiliados, y los mecanismos mixtos que parece que van a prevalecer como rasgos de esta reforma. Así se consideraría una reforma o mecanismo progresivo si transfiere dinero, recursos, saber, poder de los sectores de mayores ingresos hacia los de menores ingresos y regresivo si operan en sentido contrario, desde el punto de vista doctrinario, se encuentra un rasgo regresivo si el modelo esta centrado exclusivamente en la competencia como estímulo para la conformación de ese modelo ⁽²¹⁾.

Con relación al modelo prestador de los servicios de salud, se ha planteado que como alternativas en la idea asistencialista, los servicios deben propender al incremento de la autonomía del usuario, deben tener autonomía y ser capaces de transferir poder y saber al usuario (*empowerment*), no solo porque opina, sino porque tiene más saber en su salud y eso lo lleva a capacidad de autocuidado, a optar mejor, a interactuar en la coproducción del servicio y a usarlo mejor.

En cuanto a la descentralización de los servicios de salud, aparecen modelos en los que parecen ser un desprendimiento de responsabilidades y otros como posibilidad de cogestión y de control social de los servicios. Con relación a la configuración del sector no puede seguir siendo administrada con imágenes piramidales, organizaciones jerárquicas y burocratizadas sino, con una imagen de red interdependiente. Relacionado con el concepto de financiamiento hay énfasis en el sistema de pagos por prestación, e incluso éste aparece en los modelos de subsidios a la demanda como un modo de transferir recursos pero sobre todo de monetizar la atención sobre la base de pagos por prestación. Adicionalmente, puede haber mecanismos de pago global, mecanismos de solidaridad nacional y sobre todo la gratuidad del consumo ⁽²¹⁾.

La configuración del sector no puede seguir siendo administrada con imágenes piramidales, organizaciones jerárquicas y burocratizadas sino, con una imagen de red interdependiente.

En lo referente a la calidad de la atención hay enfoques que hacen énfasis como complejidad o modelo técnico centrado en el control y otros modelos donde calidad tiene un componente más fuerte de gestión, más centrado en el usuario. Las consecuencias serían que hay reformas que finalmente pueden reforzar la exclusión y la estratificación y hay otras que pueden aumentar la inclusión y la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de la población ⁽²¹⁾.

En América Latina la protección de la seguridad social está enmarcada en el mercado de trabajo. Es así como un sector muy afectado con las crisis económicas son los pensionados, desempleados, viudas, huérfanos y personas con alguna discapacidad ⁽²²⁾.

IV. Problemas y dificultades en el proceso de reforma del sector salud

En forma general en Latinoamérica se tiene la siguiente problemática en el proceso de reforma:

1. La eliminación o transformación de los programas de salud ha sido un trabajo empírico diseñado desde un escritorio sin bases objetivas ni científicas y ejecutado más para cumplir con requisitos estipulados en los convenios establecidos entre los gobiernos y las agencias internacionales de financiamiento, que como resultado de un análisis minucioso de su impacto, su eficiencia y su eficacia.
2. Algunas veces las propuestas realizadas no han tomado en consideración la experiencia de otras instituciones y países.
3. El proceso de reforma requiere de mayor participación de funcionarios especializados del sector salud.
4. Deficiencia de comunicación entre los diferentes equipos de trabajo encargados del planteamiento, ejecución del proceso de reforma y divulgación a la sociedad.
5. Divergencia de intereses entre las instituciones participantes en la reforma.
6. Dificultad en la definición de prioridades en cada uno de los campos de acción.
7. El proceso de reforma ha sido orientado con gran fuerza hacia la disminución del tamaño del Estado y del gasto y con menos fuerza hacia mejorar la eficiencia, eficacia, el impacto y la equidad.
8. Las propuestas redactadas tienen como deficiencia más frecuente la ausencia de definición de metodología y de indicadores de evaluación de impacto, proceso, eficiencia, eficacia, pertinencia y costo beneficio de la reforma del sector ⁽²³⁾.

El proceso de la reforma ha estado sujeto a diversas contingencias, tales como son la presión permanente de las agencias internacionales -Banco Interamericano de Desarrollo, Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial- en establecer el modelo chileno en el resto de los países latinoamericanos; el debate enconado y la pugna de grupos políticos en los países con sistemas democráticos; la resistencia al cambio de las agrupaciones obreras, la desinformación y falta de conocimiento previo de diversos grupos sociales; la presión de los grandes prestatarios de servicios privados en la competencia por los nuevos mercados; el divorcio entre las leyes dictadas por los gobiernos en materia de reformas en salud; la currícula de las facultades de medicina de las universidades y las necesidades reales de los países, por mencionar algunos aspectos.

V. Panorama de reformas de salud en algunos países de América

Reforma de salud en Argentina

En 1993 se instituye un sistema mixto integrado por:

- Un régimen público de reparto de carácter solidario y un régimen de capitalización individual, administrados y controlados por instancias públicas de decisión.
- Una Administración Nacional de Seguridad Social y Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensión.
- Eliminación de criterios de mercado para la determinación de las pensiones de jubilación.
- Rigurosidad en el cumplimiento de los requisitos para otorgar beneficios.
- Evaluación progresiva del requisito de edad para acceder a los beneficios de la jubilación.
- Movilidad de los fondos a cargo del Legislador en espera de sancionarse la Ley de Presupuesto.
- Topes máximos para la pensión de jubilación.
- Topes máximos de remuneración para aportes y contribuciones.
- Derogación de regímenes preferenciales.
- Rigurosos procedimientos para otorgar jubilaciones de invalidez.

La desregulación del sistema de obras sociales tiene como objetivo estimular una mayor eficiencia en la administración de los aportes obligatorios de la seguridad social médica permitiendo a sus beneficiarios la elección de la institución financiadora de su preferencia, hacia la cual se canalizará el descuento obligatorio realizado sobre su salario. La implantación de esta normativa se ha visto dificultada por la oposición del movimiento sindical.

El traspaso de los hospitales públicos nacionales a las administraciones provinciales se realizó para procurar una mayor eficiencia, respaldada por una mayor capacidad de gestión adjudicada a las instituciones descentralizadas. En este sentido, se creó el “hospital de autogestión” encaminado a estimular el control de costos ⁽²⁴⁾.

Reformas de salud en Brasil

La Constitución de 1988 y sus leyes complementarias (Leián 8080-90 y Leián 8142-90) establecieron las bases legales del llamado Sistema Técnico de Salud (SUS). Sus objetivos son la prestación universal de una asistencia integral a la salud a través de una red regionalizada y jerarquizada de servicios públicos y privados, bajo la regulación estatal. El control social fue previsto con el establecimiento de los Consejos de Salud en el ámbito municipal, estatal y nacional. La

descentralización, a través de la municipalización de las acciones e implantación de sistemas locales de Salud (SILOS), se ha constituido en la estrategia más reciente, a fin de implantar el SUS y consolidar las propuestas de la reforma. Las principales fuentes de inspiración para este proyecto fueron las propuestas de la OMS/OPS en la estrategia de Atención Primaria y de Salud para Todos. ^(25, 26, 27).

Considerando la extensión y complejidad de la formación social brasileña, existen diversos padrones de mezcla público-privado resultantes de las especificaciones locales, en las macro-regiones del país, cuya tipología necesitaría ser determinada⁽²⁸⁾.

Considerando la extensión y complejidad de la formación social brasileña, existen diversos padrones de mezcla público-privado resultantes de las especificaciones locales.

Reformas de salud en Chile

Chile tiene un sistema dual de salud que se caracteriza por la existencia de mercados segmentados en la provisión de seguros y de servicios de salud. En este sistema coexisten dos tipos de seguros: uno público (FONASA) de tipo solidario y de reparto y que ofrece un plan único con dos modalidades de atención (institucional y libre elección), el otro (ISAPRE) con un enfoque curativo, es un seguro privado individual en que la prima en general, se ajusta por nivel de ingreso, da la tasa de cotización, lo que determina un cierto nivel de cobertura en función del riesgo. No obstante, el sistema permite la adquisición de protección adicional, en cuyo caso la prima es función del riesgo y la cobertura. El financiamiento se da en dos fuentes: una por las personas a través de una cotización obligatorio para salud equivalente a un 7% de las remuneraciones, además del copago directo que efectúan cuando hacen uso de las prestaciones que les cubre el sistema. Por otra parte, recursos que provee el Estado a través del aporte fiscal, proveniente de los tributos generales de la nación.

Durante los años noventa, Chile introdujo una serie de iniciativas orientadas a mejorar el acceso a la salud de la población, fortalecer la prevención y promoción de la salud y a mejorar la gestión del sector público de la salud. Entre ellas pueden citarse el cambio en los mecanismos de asignación de recursos, los intentos de descentralización de la gestión de los servicios de salud, proceso que dio origen, entre otras medidas, al establecimiento de compromisos de gestión entre el Ministerio de Salud y estos servicios.

El análisis funcional y estructural del sistema público de salud indicaba que, si bien legalmente al Ministerio de Salud se le asignaba un rol normativo y supervisor, en realidad cumplía también con un rol ejecutor con un alto grado de centralización en la gestión ⁽²⁹⁾.

El modelo de atención pretende readecuar el sistema de referencia y de contrarreferencia de paciente, elevar la capacidad resolutive de la atención ambulatoria, satisfacer las demandas de tecnología y de participación social y

reconocer el ámbito de competencia de la intersectorialidad, del parasector y de la capacidad de decisión de las personas. Crea dos nuevos tipos de establecimientos, los Centros Diagnóstico Terapéuticos y los Centros de Referencia de Salud. La reforma se enfocó a los siguientes puntos:

- Reestructuración del Ministerio de Salud
- Descentralización programática.
- Fortalecimiento del control sanitario.
- Reforma financiera.
- Modernización de los sistemas de abastecimientos.
- Modernización de los sistemas de información.
- Programa de capacitación ⁽³⁰⁾.

Reforma de salud en Colombia

Existen dos regímenes de filiación a saber el contributivo y el subsidiado. El diseño del sistema es complejo alternando el financiamiento con la mezcla publico/privada y su funcionamiento.

La Ley consagra la existencia de una Unidad de Pago por Capitación, cuyo monto se define estableciendo los costos estándar de atender a una persona durante un año ofreciendo los servicios básicos de salud. Este paquete de servicios se conoce como Plan Obligatorio de Salud (POS) y debe ser ofrecido por las empresas promotoras de Salud (EPS).

El modelo colombiano admite la libre elección por parte del usuario frente a los promotores y prestadores de los servicios de salud, considerado como sistema contributivo, de tal suerte que todos los afiliados aportan en proporción a sus ingresos y reciben los mismos beneficios. La reforma colombiana puede resumirse esquemáticamente en siete puntos:

1. Separación entre la provisión y el financiamiento.
2. Estímulo a la cobertura universal.
3. La creación de un plan obligatorio integral al cual accederán afiliados y beneficiarios
4. La creación de mecanismos de compensación y solidaridad a través de las transferencias entre las empresas promotoras de salud (EPS).
5. La creación de mecanismos que permiten controlar los costos.
6. La incorporación del capital privado permite que los inversionistas constituyan empresas promotoras o creen centros de atención como clínicas y hospitales.
7. La sustitución de la “Asistencia Pública” a los pobres para permitir, mediante subsidios fiscales a la demanda, que los grupos marginados se incorporen al sistema del Plan Obligatorio de Salud (POS) y accedan gradualmente a sus beneficios ⁽³¹⁾.

Los avances y limitaciones se pueden describir como sigue:

1. Desde el régimen contributivo, existe la necesidad de reequilibrar el financiamiento del sistema.
2. Las empresas promotoras de salud no adelantan un adecuado mercadeo para aumentar la cobertura de afiliados.
3. Es necesario diseñar el Sistema de Información para lograr un registro estadístico propio y confiable, integrado con los distintos objetivos de la reforma.
4. Fijar el sistema de presunciones de ingresos para resolver el problema de la afiliación de los trabajadores independientes y coadyuvar al fortalecimiento financiero del sistema.
5. Fortalecer las acciones de la Superintendencia Nacional de Salud para reducir la evasión.
6. Construir una Red Nacional de Controladores.
7. Asegurar las fuentes de financiamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía.
8. Alcanzar una coherencia legislativa entorno a la Ley 100 y buscar la derogatoria de los Derechos de la “contra-reforma”.
9. Definir técnicamente mecanismos de contratación y pago que estimulen la creación de un aumento de oferta en zonas apartadas.
10. Establecer modalidades de control de calidad y certificación, para la prestación óptima de servicios.
11. Definir las modalidades de copagos y cuotas moderadoras, con la inclusión para las últimas de indicadores de frecuencia.
12. Establecer mecanismos de seguimiento y actualización para la Unidad de Pago por Capacitación (Pago único anual por afiliado al año) y para los diferentes planes de beneficios 32. En este nuevo esquema los hospitales públicos se convierten en Empresas Sociales del Estado (ESEs), entidades autónomas y autofinanciadas que contratan con las EPS (Empresa Promotoras de Salud). La prestación de sus Servicios.

Reformas de salud en Costa Rica

Fundamentalmente tiene los siguientes componentes:

- Establecer funciones rectoras.
- Nuevo modelo de atención en salud.
- Programas prioritarios.
- Traspaso de servicios de atención y por ende de los funcionarios, del Ministerio de Salud a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS).

De esta manera, el Ministerio de Salud se dedica a ejecutar su función rectora del Sector y conserva los programas prioritarios de Promoción de la Salud, Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral y Saneamiento Ambiental.

El Nuevo Modelo de Atención se estructura a partir de los Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS) integrado por un médico general, un auxiliar de enfermería y un técnico de atención primaria en salud ⁽³³⁾.

Reforma de salud en Perú

La reforma de la seguridad social en salud consolidó hasta la emisión del gobierno del decreto legislativo 887 de Modernización de la Seguridad Social en Salud que dispuso la creación de Entidades Prestadoras de Salud para brindar planes y programas de salud complementarios a los del IPSS y faculta a las entidades empleadoras a contratarlas utilizando el 25% de los aportes de los trabajadores al IPSS, debiendo cubrir éste último las atenciones de alta complejidad y enfermedades crónicas ⁽³⁴⁾.

El Estado se hará cargo del financiamiento de la población que corresponde a demanda de los no pudientes y deberá diseñarse un “Paquete de Prestaciones Básicas Obligatorias” a cubrir con el seguro ⁽³⁵⁾. Con esta reciente Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud (SSS), DLN No. 887, se espera establecer progresivamente un nuevo régimen integral. Esta reforma establecería una doble modalidad: el prepago y subsidio del afiliado. La concurrencia de proveedores públicos y privados y un Plan mínimo de Atención ⁽³⁶⁾.

Reformas de salud en México

El Instituto Mexicano del Seguro Social con base en las modificaciones de la Ley del Seguro Social aplicada a partir del 1° de Julio de 1997, inició una reestructuración administrativa, principalmente de descentralización y reestructuración normativa con disminución del personal de nivel central y fortalecimiento de las áreas operativas. En la Nueva Ley del Seguro Social resalta la subrogación de servicios y reversión de cuotas y el nuevo seguro de salud para la familia.

En la Nueva Ley del Seguro Social resalta la subrogación de servicios y reversión de cuotas y el nuevo seguro de salud para la familia.

Las reformas en materia de salud se traducen en aplicaciones de modelos como el de medicina de familia, donde al médico y su equipo se le pagará conforme a un programa de estímulos y de cumplimiento con metas de salud acordes a la calidad del servicio a los beneficiarios, quienes podrán seleccionar a su médico familiar.

Por otro lado, se aprobó un préstamo por el Banco Mundial para un proyecto de modernización institucional con apoyo a la gestión y fondo *innovativo* conformado por los subproyectos Médico - Financiero y de Asistencia Técnica dentro del que destaca como objetivo específico el ampliar la cobertura, proporcionar servicios resolutivos competitivos con calidad y eficiencia.

Se cuenta también con un proyecto denominado “Modelo de Zonas Médicas”, o “Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada” en el cual los Hospitales Generales de Zona con las unidades de medicina familiar correspondientes integrarán una zona médica, que serán autónomas financieramente ya que tendrán un presupuesto capitado de acuerdo a las características epidemiológicas de su población.

VII. Comentarios finales

Como podemos observar, los retos a enfrentar en materia de política social son muchos y de muy diversas orientaciones, los cuales van desde la protección integral a la salud, la incorporación de los grupos sin cobertura, la equidad en la distribución del ingreso, la calidad, eficacia y oportunidad en los servicios, el impulso a la pequeña y mediana empresa como estrategia para elevar el bienestar; hasta el incremento en capital humano de los países latinoamericanos vía programas de salud y educación, bajo la rectoría irremplazable del Estado.

Asimismo, existen grandes incertidumbres de difícil pronóstico como son el costo real de la transición de modelos de seguridad social, el impacto de los fondos de pensiones en el ahorro interno y la disponibilidad de fondos en el largo plazo para el pago de las obligaciones contraídas con los trabajadores.

Es importante señalar que el impacto de la reforma a la seguridad social en la economía depende de varios aspectos fundamentales:

1. Cobertura de la seguridad social. A mayor número de cotizantes al sistema, mayor será la acumulación de fondos.
2. La eficiencia del mercado financiero. En cuanto a los niveles de rentabilidad y riesgo que ofrece y en cuanto a su capacidad de canalizar la acumulación de fondos al sector productivo del país.
3. El costo de la transición. En los países con mayor población próxima a la jubilación o retiro el costo será mayor. Por ello este tipo de reforma no resulta atractivo para los países europeos, cuya pirámide poblacional es inversa a la de los países latinoamericanos.
4. Crecimiento de la productividad. Este crecimiento es mayor que el porcentaje del PIB que representa el costo de transición y además, si es producto de la acumulación de los fondos de pensiones, la reforma es autofinanciable.
5. Del monto que el Estado decida destinar a salud y educación.

Finalmente, hay que recalcar que la reforma es parte de un proceso de cambio integral, el cual incluye modificaciones a la legislación, del sector financiero, al régimen tributario, a la política industrial y a la organización del Estado. Naturalmente, la decisión de organizar los programas de salud sobre esta base tiene un alto costo, por lo que existe la responsabilidad por parte de los actores de

La reforma incluye modificaciones a la legislación, del sector financiero, al régimen tributario, a la política industrial y a la organización del Estado.

la reforma para hacer factible el desarrollo económico de los países del continente, de tal suerte que el beneficio de la misma supere sus costos e impacte positivamente a la sociedad americana en su conjunto.

En la diversidad de modelos existentes en Latinoamérica desde el modelo público cubano hasta el modelo privado chileno, existe una gran variedad de modelos mixtos, algunos ya reformados y otros con la intención de reformar. Esto nos lleva a la reflexión de que la reforma no es un acto de moda: de la inutilidad de la reforma si está sustentada en modelos ajenos a las características específicas de cada país, de la necesidad que los actores de la reforma sean capacitados y a que el debate debe estar técnicamente sustentado.

Bibliografía

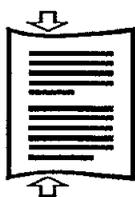
1. PNUD. Pobreza. Costa Rica. http://www.un.or.cr/pnud/html/PN_Pobreza_2col.htm
2. Alleyne G. La salud en una sociedad mejor. Conferencia Magistral en el Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 2 de marzo de 2000 México.
3. Organización Panamericana de la Salud. La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud. OPS/OMS Washington 1998.
4. Acquatella Corrales J. Liberalización y globalización: algunas implicaciones para el desarrollo de Venezuela. <http://www.geocities.com/CapitolHill/5508/liberali.html>
5. Muscar BE. La privatización como innovación: privatización y exclusión social en Argentina. II Coloquio Internacional de Geocrítica. Innovación, desarrollo y Medio Local. Dimensiones sociales y espaciales de la innovación, 24,25 y 26 de mayo 2000.
6. Gordón S. Pobreza y patrones de exclusión social en México. Programa sobre las Instituciones Laborales y Desarrollo. Primera edición 1997.
7. Organización Internacional del Trabajo. Más de 140 millones de personas no tienen acceso a la atención de salud en América Latina y el Caribe. La OIT y la OPS celebran una reunión conjunta con miras a reducir la exclusión social en el sector de la salud. Noviembre 1999. <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/pr/1999/41.htm>
8. Rovere M. Las propuestas de reforma sectorial en salud en América Latina. <http://webs.pccp.com.ar/sadam/revista/revista4.htm>
9. Conferencia de Alfredo Conte Grant, Consejero Regional en Seguridad Social para América de la OIT, en el «Seminario sobre Asuntos Internacionales». CIESS, México, 30 de mayo, 1994
10. La Seguridad Social en la Perspectiva del Año 2000. OIT. Ginebra, 1984. p.128.

11. F Blanchard, Francis. Social Security at the Crossroads. *International Labour Review*, Vol. 119, núm. 2. p.150.
12. Juárez RC, Vázquez LJ, Treviño SL. Procesos de reforma en salud en América Latina. En *Gerencia y Economía de servicios de salud. Diplomado a distancia. Tomo I. México, 2000. 9-24.*
13. Alvarado Aguirre R. Reformas del Sector Salud en Costa Rica, Centroamérica y República Dominicana, <http://www.insp.mx/ichsri/narra/a8.html>
14. Arroyo, Yepes, Valdivia y Peñarrieta. Modelos de Reforma de la Seguridad en Salud en América Latina: comparando Perú y Colombia.
15. Sánchez-Viesca, A. *Et-al.* Las Reformas del Sector Salud en Centroamérica, <http://www.insp.mx/ichsri/narra/sl.html>
16. Almeida, C. Las Reformas Sanitarias en América Latina: en busca de la equidad, <http://www.insp.mx/ichsri/narra/a3.html>
17. Aguinaga, Recuento. Reformas al Sistema de Salud de Perú, <http://www.insp.mx/ichsri/narra/a2.html>.
18. Inter-American Development Bank. BID Impulsa iniciativa sobre protección social en América Latina. Doscientos expertos analizan como mitigar impacto de las crisis sobre los pobres. 1999. <http://www.iadb.org/exr/PRENSA/1999/cp2899c.html>.
19. Banco Interamericano de Desarrollo. El Banco Interamericano de Desarrollo y la reducción de la pobreza (versión revisada) Por Nora Lustig, Ruthanne Deutsch. Departamento de Desarrollo Sostenible 1998. <http://www.iadb.org/sds/utility.cfm/21/SPANISH/pub/246>
20. Einbenschutz, Fleury, et-al. Current Health Sector Reforms in Argentina, Brasil and Mexico <http://www.insp.mx/ichsri/narra/el.html>
21. Rovere M. Ibid.
22. International Labour Organization. Economic and financial crises – ILO policy and activities. Unemployment, social protection and crises: Trends and issues. Committee on Employment and Social Policy. Geneva, 276th session, November 1999. <http://www.ilo.org/public/english/standards/reim/gb/docs/gb276/esp-4-1.htm>
23. Alvarado Aguirre, R. Ibid.
24. Torres CR. Problemas normativos y financieros de la reforma de las pensiones. Documentación de la Seguridad Social, Serie Americana. AISS. Argentina. 1997.
25. Anaisáda IX Conferencia Nacional de Saúde, 1992, Brasil, 1993.
26. Rodríguez Neto E. La Reforma al Sistema de Salud en Brasil, <http://www.insp.mx/ichsri/narra/r1.html>
27. Almeida S. Sanitary Reforms in Brazil: The Challenges of Decentralization and Municipalization <http://www.insp.mx/ichsri/narra/a4.html>
28. Hortale, A. A. Conill, E. La reforma sanitaria brasileña, <http://www.insp.mx/ichsri/narra/h3.html>.
29. Celedon Carmen, Guzmán Marcela. Evaluación de los compromisos de gestión entre el ministerio de salud y los servicios de salud en Chile, <http://www.insp.mx/ichsri/narra/c5.html>

30. Molina, C. La Reforma a la Salud en Chile y su comparación con Colombia y México, <http://www.insp.mx/ichsri/narra/m7.html>
31. Gutiérrez, L.A. “Aclimatación” de la Reforma de la Seguridad Social en Colombia, <http://www.insp.mx/ichsri/narra/g3.html>
32. Molina, A.E. Rojas, Clelia. Ariza, Plutarco. La Reforma al Sistema de Salud Colombiano, <http://www.insp.mx/ichrsw/narra/m6.html>
33. Alvarado Aguirre, R. *Ibíd.*
34. Arroyo Juan, Yepes Francisco J., Valdivia Pedro F., Peñarrieta María I. *Ibíd.*
35. Aguinaga, *Ibíd.*
36. Garavito Miguel, Pajuelo José, Li Dina, Manrique Luis, Ramos Virgilio y Fukumoto Mary, Investigaciones para la reforma de salud en el Perú, <http://www.insp.mx/ichsri/narra/g7.html>.

Tema 2. Reflexiones sobre la reforma del sector salud

Por Sergio Horis Del Prete



Resumen

En las décadas recientes, América Latina ha sufrido una serie de cambios en su perfil epidemiológico y demográfico, al tiempo que se han producido profundas transformaciones políticas y sociales. Todo ello sumado al peso de la deuda externa y a nuevos modelos económicos que incluyen aperturas de mercados y conformación de bloques regionales de intercambio comercial.

En este contexto, se viene hablando mucho de la reforma al sector salud en nuestros países, aunque las propuestas no parecen ser de fácil y rápida aplicación, habida cuenta de la resistencia que proviene de diferentes grupos sociales. Algunos teorizan sobre un mayor rol del Estado, planteando una contribución centralizada y financiación descentralizada con un marco regulatorio adecuado. Otros se vuelcan directamente a privilegiar el mercado, abriendo la competencia como incentivo para la eficiencia.

Uno de los principales desafíos de la reforma consiste en enfrentar y resolver los problemas emergentes que se le imponen a los sistemas de salud y a sus servicios. Sin duda que una adecuada combinación entre la lógica económica y la ciencia epidemiológica puede ser una herramienta trascendente en la toma de las decisiones en la política y planeación de prioridades, en la asignación de recursos y en la detección de necesidades de investigación y capacitación para beneficio del sector salud.

Tema 2. Reflexiones sobre la reforma del sector salud

Por Sergio Horis Del Prete

Iniciaremos este aporte al Diplomado con una frase del sanitarista más destacado del siglo en Argentina, el doctor Ramón Carrillo, precursor del análisis del rol del Estado y su importancia estratégica en el campo de la salud, quien en 1952 dijo: “De nada sirve la ciencia médica si no encontramos una herramienta para que pueda llegar a su destinatario final: el pueblo”.

Precisamente lo que estamos buscando es esa herramienta. La reforma del sector salud es una herramienta de transformación para acercar el ámbito de la atención médica a toda la sociedad. Ahora bien, la reforma, que se inició en América Latina como una suerte de huracán teórico, se ha transformado casi en una suave brisa, dadas las marchas y contramarchas, los inconvenientes y los problemas que se han presentado en muchos países, lo cual da lugar a algunas reflexiones.

En primer lugar ¿Cuál es la razón de la reforma sanitaria? ¿Es una segunda fase en la reformulación o modernización de la estructura del Estado, orientada hacia la macroeconomía que responde exclusivamente a una variable de ajuste que es la reducción del gasto? ¿Es un resultado de incorporar al mercado como estrategia, pero además parte de una ideología que apunta a sumar a las privatizaciones un avance concreto sobre lo que fuera la historia del Estado de bienestar en América Latina? ¿Es resultado de la puja distributiva y de expansión del gasto que expresa la particular división del sistema de salud en cuatro sectores: tecnología, recursos humanos, capacidad instalada y medicamentos, que le otorgan una dinámica propia, o es consecuencia de una debilidad progresiva en el rol normativo y regulador que debieran haber tenido los ministerios de salud nacionales en patologías burocráticas o bien en algunos casos descentralizaciones sin el adecuado sustento técnico ni respaldo político?

En realidad, existen cuestiones comunes a la reforma, que adoptan mayor o menor peso de acuerdo con el país analizado. Pero en general, examinando el proceso reformador y sus tendencias en América Latina, podemos hacer un cuestionamiento principal: ¿De qué hablamos cuando hablamos de reforma?

Ésta es una pregunta que nos tendríamos que formular en el desarrollo del presente módulo, básicamente porque tenemos distintos enfoques para explicarla:

economista, sanitario e integral. Esto anima a decir que algunos de los problemas prioritarios que tiene hoy Latinoamérica respecto a la salud de su población pasan por ciertos procesos que deben ser observados no exclusivamente desde el campo de lo sanitario, sino también desde la política socioeconómica. Ramón Carrillo decía, también con certeza, que no hay política sanitaria sin política social y que paralelamente no hay política social sin una política económica que la acompañe.

El primer problema de la reforma sanitaria se presenta cuando hablamos de cambios en los componentes de financiación, aseguramiento y provisión de los servicios de salud. Entonces surgen aspectos como alcanzar equidad. Podemos decir que puede haber salud sin equidad, pero no puede haber equidad sin salud. De allí que los mayores inconveniente para llegar a la equidad en salud son la creciente desigualdad y brecha social. Dolorosamente, la desigualdad que vemos en muchos países latinoamericanos y que favorece la falta de cobertura y de accesibilidad a los servicios de salud no es solamente un problema de injusticia, más profundamente, la desigualdad es éticamente inmoral.

El primer problema de la reforma sanitaria se presenta cuando hablamos de cambios en los componentes de financiación, aseguramiento y provisión de los servicios de salud.

Otro aspecto de este enfoque debe considerar que para mayores necesidades, disponemos de menores recursos. Los cambios que se han producido en los servicios para la atención de la enfermedad expresan ajustes financieros, fallas de cobertura y dificultad de acceder a la infraestructura sanitaria. Aparecen entonces problemas de ineficiencia, cuestión que también forma parte de nuestras cotidianas preocupaciones en el campo de la salud. Los problemas de ineficiencia obedecen a múltiples factores, desde el uso de tratamientos de alto costo y baja efectividad hasta prolongaciones innecesarias en los tiempos de internación. La ineficiente asignación de los escasos recursos disponibles ofrece pocas posibilidades de alcanzar eficacia social y de mejorar la calidad en la prestación de servicios para los ciudadanos.

Un segundo problema se ubica en redefinir el sistema sanitario para enfocar a la salud no como un reduccionismo vinculado a la enfermedad, sino como un componente de la calidad de vida. La reforma debiera incorporar como herramienta la participación social para el logro de comunidades saludables que fomenten la producción social de la salud, esto es, que la comunidad se involucre en acciones y estrategias destinadas a reducir conductas de riesgo y minimizar los factores nocivos a través de la promoción, educación y prevención sanitaria.

La reforma debiera incorporar como herramienta la participación social para el logro de comunidades saludables que fomenten la producción social de la salud.

El tercer problema respecto a lo que entendemos por reforma es más complejo ¿Es posible diseñar nuevas metas y estrategias frente a las situaciones propias de nuestra América Latina, en función de entornos económicos y sociales cuya dinámica demuestra su labilidad pasando del crecimiento económico a la recesión en muy poco tiempo? ¿Cuánto de equidad podemos construir en salud, cuando aún estamos tratando de recuperar la década perdida de los ochenta a partir de

una década ganada en crecimiento económico en los noventa, pero muy lejos de lograr una década ganada en lo social?

Adicionalmente, las metas y estrategias enfrentan otros contextos no menos complicados. Nuestros países muestran una pauta similar en la transición epidemiológica y demográfica a la de países desarrollados, evidenciando menor crecimiento vegetativo, mayor expectativa de vida y un peso significativo de la incidencia de enfermedades degenerativas y accidentes. Pero esta transición se prolonga en el tiempo y se polariza debido al agravante de enfermedades transmisibles no derrotadas por el saneamiento, la educación sanitaria y las inmunizaciones, y lo que es peor, reaparecen enfermedades como el cólera o la fiebre amarilla, que parecían ser letra histórica de la epidemiología.

Frente a este escenario complicado en lo económico y social. ¿Cuáles son los aspectos básicos que debiera comprender el proceso de reforma?

Aspectos básicos de la reforma

Requisitos éticos

- Conciencia moral de igualdad de oportunidades.
- Fundamento solidario de la comunidad.

Requisitos políticos

- Consideración como política de Estado.
- Consenso.
- Estrategias básicas.
- Participación de la sociedad.
- Relación estrecha con la política económica.

Requisitos técnico - operativos

- Adecuada planificación y programación.
- Gradualidad en el avance.
- Sustentabilidad económico - financiera.
- Herramientas flexibles y evaluables.
- Capacitación de recursos humanos en aspectos de economía y gestión de la salud.
- Motivación social de los participantes.
- Promoción de estrategias de integración y participación del tercer sector (O.N.G's).

En primer lugar no podemos hablar de transformaciones si no comenzamos por los requisitos éticos para su puesta en marcha. Aquí vale precisar dos elementos: uno es lo que toda sociedad reconoce como el principio de la igualdad moral.

Todos somos moralmente iguales, por lo tanto la conciencia social debe enfocarse a la búsqueda de iguales oportunidades. Pero en nuestras reflexiones debemos ir más lejos: ¿No se debieran poseer, no solo las mismas oportunidades sino las mismas condiciones sociales para lograr superarse como individuo pleno de posibilidades en un mismo contexto económico y social? Estas condiciones sólo se logran con la educación como fuente del conocimiento y la salud como capital humano. El otro elemento es la definición de la existencia o no del fundamento solidario de la comunidad. La garantía en la igualdad de oportunidad resulta de la solidaridad entre todos, entendida en el campo sanitario como financiamiento y cobertura igualitario y equitativo.

¿No se debieran poseer, no solo las mismas oportunidades sino las mismas condiciones sociales para lograr superarse como individuo pleno de posibilidades en un mismo contexto económico y social?

En segundo lugar corresponde examinar los requisitos políticos. La salud no puede ser resultado de una política sectorial, limitándose a representar intereses de un sector ideológico o social. Es una política de Estado como la educación o la justicia en donde el Estado se transforma en su garante final, y como tal requiere un principio básico que es el consenso social.

Cada país, en función de los deseos de su sociedad, debe elaborar un núcleo de estrategias básicas para la reforma que permita reconocer su decisión soberana de definir cuánto de equidad, eficiencia, eficacia y calidad requiere para su sistema de salud. Con base en ello poder avanzar en la aplicación de las políticas que más convengan a su población, definiendo las mejores herramientas y su aplicación en el proceso de reforma sectorial.

No puede haber reformas ni transformaciones en el campo sanitario si la sociedad está ausente de las decisiones que se tomen. Una sociedad participando activamente en la vida democrática es el motor que acelera cualquier transformación social.

En tercer lugar, la reforma debe comprender un grupo de aspectos técnico-operativos, los cuales corresponden específicamente al diseño de instrumentos para modificar el funcionamiento del sistema de salud y corregir sus desequilibrios. En esta parte es fundamental una adecuada planeación, que sólo se consigue a partir del papel del ministerio nacional de salud como accionar del Estado. Si bien la eficiencia es posible de obtener profundizando aspectos de mercado como la competitividad, no hay equidad posible con Estado ausente, ya que el mercado se autorregula y asigna pero no redistribuye, más en salud donde son frecuentes sus fallas y obviamente, son más los perdedores que los ganadores.

La incorporación de herramientas de gestión debe partir de la base de su flexibilidad y posibilidad de monitoreo y evaluación permanente.

Otro componente técnico es la gradualidad en el avance. No debe haber reformas aceleradas, sino que ésta exige pasos graduales pero firmes. Gradualidad no implica debilidad. Al mismo tiempo, se requiere sustentabilidad adecuada desde el punto de vista económico-financiero. Es imposible pensar en una transformación que no esté sostenida por un volumen de dinero tal cuyo flujo financiero garantice que las transformaciones finalmente serán efectivas. De la misma forma, la

incorporación de herramientas de gestión debe partir de la base de su flexibilidad y posibilidad de monitoreo y evaluación permanente. Flexibilidad por condición de adaptabilidad, es una condición lógica en nuestros países, los cuales si bien pertenecen a la misma latitud, resultan muy disímiles en su desarrollo económico y social.

Dos aspectos técnicos que también merecen atención: no puede haber proceso de reforma sin generación de cuadros técnicos adecuados para llevarla adelante. De allí que resulte importante y trascendente todo aquello que tenga que ver con capacitación de recursos humanos en aspectos de economía y gestión de salud, como el Diplomado que nos ocupa. Obviamente no basta solamente con la capacitación. Ésta debe llevar incorporada la motivación social de los participantes activos del proceso de reforma. Paralelamente, no puede quedar fuera del requisito técnico operativo la promoción de estrategias de participación de organizaciones no gubernamentales. La dinámica que ha adquirido este tercer sector heterogéneo situado entre el Estado y el mercado, muestra que hay un camino posible para avanzar dejando de lado la disputa maniquea entre uno y otro. Las organizaciones no gubernamentales por su peso actual en la sociedad no pueden quedar fuera de ninguna política social y mucho menos de la transformación de la política sanitaria.

Las organizaciones no gubernamentales por su peso actual en la sociedad no pueden quedar fuera de ninguna política social y mucho menos de la transformación de la política sanitaria.

Kant enunciaba que todo lo real es racional. Un gran estadista argentino contemporáneo y líder político decía a su vez que la única verdad es la realidad. Precisamente la realidad de América Latina muestra escenarios complicados que hacen pensar en las turbulencias de los procesos de cambio. Ante ello, ¿cuáles son los problemas que enfrenta la reforma?

Los problemas que enfrenta la reforma

POLÍTICOS

Grado de decisión política.
Continuidad de la política sanitaria.
Nivel de consenso intersectorial.

ECONÓMICOS

Desniveles en el proceso de crecimiento.
Inequidad redistributiva del ingreso.
Altas tasas de desempleo, subempleo y precariedad laboral.
Disminución del poder adquisitivo del salario.
Alta evasión de aportes y contribuciones al seguro social.

SOCIALES

Pobreza y nuevos pobres.
Pérdidas de cobertura, inaccesibilidad y deterioro social.

Inconvenientes de tipo político. Un tema central es el grado de decisión política que tienen las autoridades gubernamentales para llevar realmente adelante una reforma estructural. No es viable ninguna reforma en el sector salud sin un fuerte apoyo político. Aquí también es válido el problema de la continuidad de las políticas sanitarias. Tampoco puede haber reforma si no está garantizada su continuidad en el tiempo, más allá de la particular continuidad de los funcionarios.

Problemas económicos. Nadie puede ignorar los desniveles del proceso de crecimiento en América Latina. Si bien hay países que afortunadamente han crecido, otros lamentablemente se han estancado, pero sin duda lo más preocupante es que la brecha social ha crecido y se ha profundizado. Un aspecto determinante es la globalización de los mercados financieros, dentro de los cuales el capital internacional, volátil y rentístico muestra su desaprensión por los problemas sociales, al definir que el crecimiento de hoy pueda ser la recesión de mañana. Sabemos que no sirve de nada el crecimiento económico sin desarrollo social. No puede haber desarrollo social si el Estado no asegura una redistribución equitativa del excedente económico y la brecha entre los segmentos pobres y los ricos se amplía cada vez más.

Otros componentes económicos negativos son la alta tasa de desempleo que sufren muchos de los países de la región y la precarización del trabajo que acompaña el actual proceso de crecimiento, como resultado del cambio en las condiciones de producción y de mano de obra demandada. La situación laboral y la disminución del poder adquisitivo rompen el mito del salario del trabajador como garantía de cobertura por el seguro social. Pensar en una reforma a partir del accionar del mercado sin poder de compra por parte de la población es obligar a que mucha más gente quede fuera de las posibilidades de atención a su salud que la que existe actualmente.

Una problemática añadida a la deterioro laboral es la de aquellos que definitivamente han perdido el trabajo y, transformados en nueva pobreza, caen de los segmentos sociales medios por debajo de la línea de pobreza, que se configura por la canasta básica de bienes y servicios y que considero debiera ser llamada eufemísticamente línea de flotación social. La llamo así porque por encima de esa línea se puede vivir, en la línea se flota y por debajo de la línea no se sabe si se sobrevive al naufragio social.

Dimensiones de la reforma del sector salud

Dimensión política. El derecho a la salud, es un derecho constitucional. No hay texto constitucional que no lo garantice expresamente. Pero pensemos si más allá de la letra está realmente garantizado. Porque si el derecho a la atención médica es un derecho parcial, el derecho a la salud es un derecho integral y completo.

Dimensión técnica. Tiene dos aspectos: por una parte, la satisfacción de la necesidad, es decir, lo que la persona requiere, como el acceso oportuno a los servicios de salud, que tiene que ver con igualdad de oportunidades. Por otra parte, la satisfacción de la demanda, siendo ésta la necesidad con poder de compra. En este caso la demanda requiere más que el simple acceso para extenderse a la calidad y a resultados adecuados en la atención y provisión de los servicios.

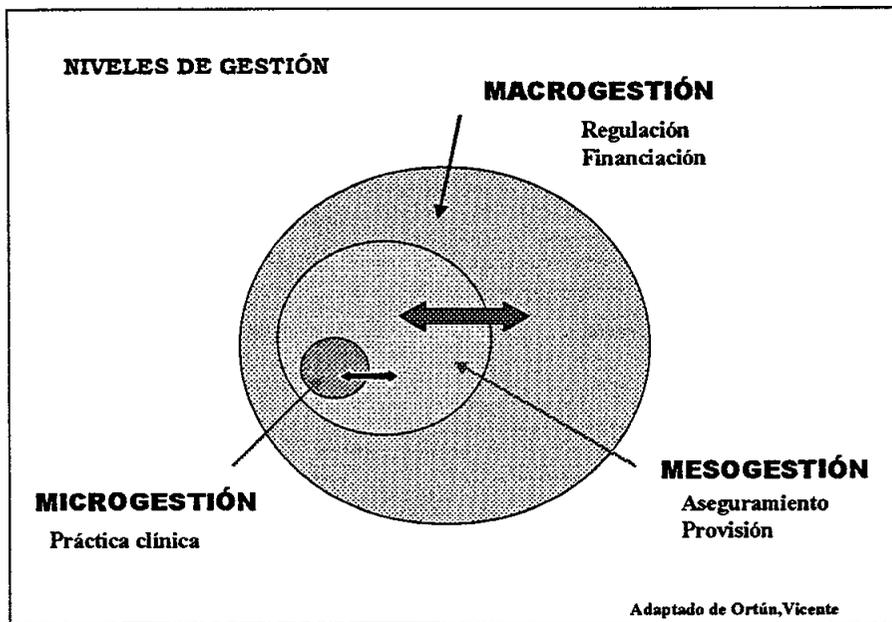
La demanda requiere más que el simple acceso para extenderse a la calidad y a resultados adecuados en la atención y provisión de los servicios.

Dimensión temporal. Es el resultado de la gradualidad del proceso, firme, seguro, pero lento. Asociada a la gradualidad la sustentabilidad, no solamente financiera sino lo que es más importante, política.

| |
|--|
| <p>DIMENSIÓN POLÍTICA El derecho a la salud El derecho a la atención médica La igualdad de oportunidades Las relaciones entre Estado, mercado y sociedad</p> <p>DIMENSIÓN TÉCNICA Satisfacción de la necesidad Acceso oportuno a los servicios de salud Satisfacción de la demanda Calidad y resultados</p> <p>DIMENSIÓN TEMPORAL Gradualidad Sustentabilidad</p> |
|--|

Con todo lo anteriormente mencionado, ¿cuáles son los niveles de gestión donde se aplica la reforma y sus herramientas?

En una estructura de círculos concéntricos y siguiendo a Vicente Ortún Rubio, el más periférico de ellos es la macrogestión. Corresponde al nivel del contexto sanitario que regula y financia al resto de los componentes que forman parte del sistema de salud. El segundo e intermedio es la mesogestión. Tiene que ver con aseguramiento y provisión, es decir, seguros públicos, cuasipúblicos y privados y establecimientos de salud públicos y privados. Por último, el más interno, la microgestión, es específicamente la resultante de la práctica clínica o sea la práctica profesional.



Como parte de la interacción, entre macro y mesogestión se establece una relación de regulación e interacción al igual que entre micro y mesogestión. De acuerdo con los círculos que afectan las herramientas que se apliquen sobre el primero, corresponde a regulaciones del resto; sobre la intermedia el cambio del modelo de gestión de los establecimientos de salud y de las modalidades de seguro y con el círculo interior a cambios en la propia práctica médico-profesional.

Visto el esquema de componentes del sistema ¿Cuáles serían los enfoques de intervención?

Podríamos definir intervenciones en la macrogestión para mejorar la equidad del sistema. Para ello es necesario que haya regulación y obviamente presencia del Estado. En forma similar, se requiere al Estado para garantizar accesibilidad a los servicios de salud, de allí que equidad y accesibilidad en este caso vayan de la mano. Obviamente, la intervención en la macrogestión tiene que ver con fortalecer el marco regulador de la macroeconomía del sistema.

En las intervenciones en la mesogestión, preguntamos ¿qué es lo que procuramos en el ámbito de lo que conforman seguros y proveedores? lograr mayor eficiencia financiera a nivel de los modelos de aseguramiento con menores costos de transacción, pero también eficiencia de gestión y de calidad a nivel de los prestadores. Estas dos eficiencias son distintas desde el punto de vista de sus características, pero las dos incluyen componentes similares, de forma tal que la eficiencia financiera de aseguradores incluye eficiencia de gestión y por su parte, la eficiencia de gestión de los prestadores incluye eficiencia financiera.

La eficiencia de gestión de los prestadores incluye eficiencia financiera.

Las intervenciones en la microgestión están dirigidas a aumentar la eficacia prestacional con igual o menor costo, promoviendo que esa eficacia prestacional lleve a mejores resultados en la calidad de la práctica médica.

ENFOQUES DE INTERVENCIÓN

Intervenciones en la MACROGESTIÓN.

- Mejorar equidad y accesibilidad a los servicios de salud.
- Fortalecer el marco regulador de la macroeconomía del sistema.

Intervenciones en la MESOGESTIÓN

- Lograr mayor eficiencia financiera a nivel de aseguradores
- Mejorar eficiencia de gestión y calidad a nivel de prestadores.

Intervenciones en la MICROGESTIÓN

- Aumentar los niveles de eficacia prestacional y de resultados de calidad de la práctica médica.

El tratamiento de la reforma del sector no puede dejar de lado entonces las herramientas específicas por aplicar.

En primer término se trata de herramientas de la macrogestión con carácter múltiple, adaptables a cada país en función del análisis que se realice sobre la realidad sanitaria y social. De esta forma consideremos un adecuado marco regulatorio para la oferta de provisión y resultados, ya que su fragilidad característica representa un reto a superar para cambiar mucho de lo que tiene que ver con el funcionamiento del sistema de salud. Otra herramienta es la separación entre la financiación y la provisión, incluso dentro del sector público y del propio seguro social. Pero una separación no salvaje, sino una separación técnica y racional, con la garantía de que no se va a transformar en una nueva fuente de inequidad. Este proceso obliga a nuevas formas contractuales, ya que obviamente si la financiación y la producción se separan, se requieren nuevas modalidades de contrato de gestión como en el caso del sistema de salud español, donde el Contrato-Programa entre el Insalud y sus hospitales ha abierto una nueva expectativa de vinculación financiación- provisión entre quien dispone de los fondos y los proveedores de servicios, sean públicos o privados.

Otra herramienta de reforma es la introducción de mecanismos de competencia entre los propios actores del sector privado, como en un modelo de búsqueda de

eficiencia en el sector público. Pero siempre bajo la forma de competencia simulada, y no competencia abierta, darwiniana y salvaje. Dos herramientas más para la macrogestión: la primera consiste en la reorientación del modelo prestador hacia la atención primaria de la salud; esto es clave ya que define no solamente el cambio del modelo sino la transformación y reconversión requerida en la formación de recursos humanos a futuro. La segunda es la definición de una canasta básica de prestaciones o programas básicos de atención que haga explícito cuanto es lo mínimo necesario que puede estar al alcance de todos en forma igualitaria y equitativa.

Una segunda batería de herramientas resulta aplicable a la mesogestión, componente intermedio del sistema de salud. Algunos efectos buscados son espontáneos. Un ejemplo es lo que ocurre sobre los servicios privados, donde hoy priva la lógica del darwinismo organizativo ¿Qué dijo Darwin, que pueda trasladarse al sistema de salud? Que solamente sobreviven los mejores, lo que para este sistema significa que solamente van a sobrevivir los más eficientes.

Otros efectos son de gestión específica, tal es el caso de la autonomía hospitalaria. Una herramienta que se aplica en Europa es avanzar sobre los hospitales públicos dándoles distintos grados de descentralización, inclusive llegando hasta la autonomía, pero sin cambios de titularidad. En este contexto, descentralización y autonomía no significan privatización. A este componente hospitalario le agregan la descentralización funcional con incentivos. En esto radica la clave del éxito: no puede haber descentralización si no hay incentivos para que el proceso descentralizador aumente sus niveles de eficiencia. Para ello se requiere formar recursos humanos para la nueva gestión, esto es, gerentes para las nuevas modalidades gerenciales de los servicios de salud.

No puede haber descentralización si no hay incentivos para que el proceso descentralizador aumente sus niveles de eficiencia.

En lo que respecta a la microgestión, se plantea desarrollar en los profesionales un ajuste ético en la gestión clínica, algo que en ciertos casos debiera profundizarse como metodología y que apunta a introducir el análisis costo-efectividad de las intervenciones en salud con un contenido ético fundamental, ya que los aspectos éticos no pueden quedar fuera de la discusión de la reforma.

De hecho, los aspectos éticos no se limitan únicamente a la práctica profesional, sino que permean a todo el sistema en su conjunto. Así, en la macrogestión habrá que garantizar la ética en la relación sociedad-dirigentes del sector salud. Equidad, accesibilidad y lógica del gasto o su racionalidad merecen una valoración ética, de forma que todos queden con la posibilidad de tener una cobertura mínima igualitaria. En la mesogestión, la ética tiene dos niveles: médicos- organización y organización-pacientes. Así, la ética entre el médico y los establecimientos de salud implica eficiencia en la prestación y eficacia en los resultados. A la vez, la ética en la relación establecimientos de salud y pacientes no es otra cosa que los derechos y las obligaciones que el paciente debe tener dentro de su establecimiento

de salud, y además la garantía de calidad y satisfacción vinculado a los servicios no médicos. Asimismo, en la microgestión se trata de la ética en la relación médico-paciente, entendiéndola como aquella que se establece permanentemente como relación de agencia, pero que requiere resultados adecuados con una calidad médica que cada vez se acerque más a la excelencia.

Consideraciones finales

La reforma ha tenido dificultades en su avance, primero ideológico y luego instrumental. No ha sido un camino sencillo. Es bueno hacer un diagnóstico de las dificultades para ir viendo como resolverlas y cómo aplicar la mejor terapéutica.

La dificultad surgida de la oposición de los partidos políticos resulta una característica afín a nuestras renacientes democracias. Después de muchas décadas de autoritarismo todavía no hemos podido ponernos de acuerdo entre los partidos políticos para construir políticas de Estado. Otra barrera ha sido la posición de los sindicatos. Como parte de una estrategia corporativa, los sindicatos no han acompañado el proceso de reforma, sino que han sido en cierta forma opuestos a todo cambio cuando se ven afectados sus intereses.

Principales dificultades en el avance de la reforma

- Oposición de los partidos políticos
- Oposición de los sindicatos
- Oposición de los prestadores (proveedores)
- Marco regulatorio débil
- Necesidad de financiamiento previo del proceso
- Inestabilidad macroeconómica
- Metodología de la reforma
- Insuficiente capacitación técnica
- Insuficiente información de los objetivos
- Oposición de los usuarios

También ha habido oposición corporativa de los proveedores de servicios, obviamente por el temor a perder ciertos derechos y prebendas adquiridas por la ausencia de una regulación clara que dio lugar a que la oferta generara su propia demanda, propiciando un complejo médico-industrial que además de ineficiente se tornaba cada vez más costoso.

Con este panorama cambiante de fin de siglo, y sin haber conseguido acercarnos a *Salud para Todos*. ¿Adónde vamos con la reforma del sector salud?

La regulación no solo ordena, sino que permite asignar eficazmente los recursos financieros públicos.

Sin duda hacia un nuevo marco regulatorio. Es imposible pensar en la reforma sin pensar en instrumentos regulatorios adecuados. Pero, ¿qué permite el marco regulatorio? En primer lugar fortalecer el rol del Estado en el sector salud. Ya dijimos que sin Estado no hay equidad, y obviamente sin Estado no hay regulación. Se requiere construir o reconstruir un marco regulatorio que haga que las imperfecciones del mercado se minimicen. Estamos hablando de múltiples imperfecciones, pero básicamente éstas se profundizan cuando se separan coberturas por riesgo o bien cuando la calidad de resultados no es la esperada para quien recibe atención médica. La regulación no solo ordena, sino que permite asignar eficazmente los recursos financieros públicos, especialmente sobre la población sin cobertura, cambiando la modalidad de asignación de los mismos de la oferta a la demanda.

No es posible ya mantener cristalizada una situación por la cual los pobres por su condición de tal deban quedar cautivos de los servicios hospitalarios, muchas veces verdaderos servicios para pobres. En este caso es bueno recordar lo dicho por un sanitarista inglés llamado Richard Titmuss respecto a que “los servicios para pobres terminan siendo pobres servicios”. Si hablamos de equidad no debemos perpetuar servicios para pobres y para ricos, debe haber servicios de calidad para todos y con posibilidad de elección. Por eso la población en condición de pobreza o quien ha perdido su cobertura debiera ser financiado vía un seguro público de salud que le permita lo que hoy no tiene, la posibilidad de elección de su lugar de internación.

Por eso es necesario que una de las premisas de la reforma sea evitar cristalizar a los más pobres como ciudadanos cero, definiendo esto como el ciudadano cero de derechos.

A procurar cambiar uno de los elementos claves que hacen al sector salud: la eficiencia de gestión. ¿Cómo? Acentuando todo lo que sea investigación sobre costo-efectividad, aplicando contenido ético para ser más eficientes y asignar mejor los recursos.

A profundizar el proceso descentralizador para la administración de los servicios públicos de salud, sabiendo de antemano que si no hay información disponible “Just in time” no hay descentralización posible.

A establecer incentivos adecuados para la gestión que permitan promover mejores resultados, no solamente mediante estímulos económicos sino mediante otros mecanismos dirigidos a los generadores de la dinámica del sector: los establecimientos de salud, los profesionales y los no profesionales que trabajan en ellos.

A otorgar racionalidad al modelo de atención de la salud, pero fundamentalmente tratando de integrar el sistema horizontal y verticalmente,

haciendo que su acceso sea escalonado, con una lógica funcional y armónica, procurando además que la mezcla público-privada sea una herramienta que garantice la adecuada prestación de los servicios, más allá de la histórica disputa entre privado y público, de forma tal que esta combinación estratégica y funcional garantice eficiencia y eficacia.

¿Qué es lo que necesita el sistema de salud, más Estado o más mercado? Ésta ha sido una discusión de los últimos tiempos respecto a si el mercado es más eficiente o si el Estado posee más ineficiencias, si uno u otro pueden compartir un espacio similar o no, etc. Tal vez la mejor frase para resumir es: “Sin un modelo social que alcance a la sociedad entera no se podrá mantener el equilibrio deseado entre el mercado y Estado por más fórmulas economicistas que se apliquen”. Esto no lo dijo un economista, sino el escritor mexicano Carlos Fuentes, como prólogo al informe de la Comisión Latinoamericana y del Caribe sobre Desarrollo Social.

¿Cuál es entonces nuestro futuro en materia de salud? Vamos hacia un cambio pero tenemos que saber cuál es la dirección del mismo y reconocer algunas premisas.

La eficiencia es una llave maestra para darle racionalidad al Estado y fundamentalmente para ponerle un freno a la crisis. Si podemos alcanzar a ser eficientes entonces podemos ser eficaces y finalmente llegar a la equidad. Ahora bien, si la discusión está centrada en el problema de más o menos mercado o Estado, la respuesta racional debiera ser: necesitamos mejor Estado y mejor mercado.

La eficiencia es una llave maestra para darle racionalidad al Estado y fundamentalmente para ponerle un freno a la crisis.

Para concluir el estudio de este texto, le recomiendo iniciar la reflexión sobre la aplicabilidad de estos conceptos a su realidad inmediata con la siguiente pregunta ¿en qué punto del debate estamos?

Debemos reconocer que cada sociedad según sus características, sus factores culturales, políticos, filosóficos, económicos, etc. determina el grado de equidad que desea poseer. No hay quien pueda definir mejor la equidad como la propia sociedad en su conjunto y eso, obviamente, es además de un aprendizaje, una definición muy fuerte respecto al acceso a la salud y a la atención médica. No puede haber equidad sin Estado corrigiendo las fallas del mercado, porque dijimos que el mercado asigna eficientemente, pero redistribuye inequitativamente.

Vivimos en tiempos en que el crecimiento del gasto sanitario es una constante de los países no solamente desarrollados, sino también de los nuestros, fundamentalmente dada la orientación preferente hacia la tecnología y su ritmo de innovación permanente, a lo que se suma un mercado farmacéutico al cual es difícil aplicarle instancias reguladoras. Ello obliga a disponer de más instrumentos de política económica en el campo de la salud para que el sobreconsumo no sea una constante artificialmente lograda y para que, a su vez, el gasto no se contenga

simplemente a través de la reducción drástica de los presupuestos, sino a partir de incentivos y nuevas formas racionales de financiación como puede ser el subsidio a la demanda.

Entonces ¿cómo podría considerarse la importancia de las reformas sanitarias? partir de un análisis central, la reforma sanitaria es la posibilidad de lograr una nueva vinculación entre Estado, economía y sociedad, donde eficiencia y equidad no se contrapongan, sino que ambas confluyan, permitiendo que de su unión se genere un camino apto para dar respuesta a las oportunidades sociales, evitando una de las amenazas mayores que tiene América Latina, la exclusión con su secuela de regresión social.

El problema del futuro de la reforma no es exclusivamente la falta de instrumentos. Por el contrario, la falta de instrumentos es resultado de la falta de definición de políticas concretas que den marco adecuado al desarrollo de una nueva gestión en salud. No es posible gestión sin política, porque solamente un marco político sanitario adecuado puede ser garantía de gestión para cualquier sistema que quiera desarrollarse y mejorar continuamente a futuro. A partir de este último enunciado es que les dejo una reflexión final. Es cierto que muchas veces decimos que no hay gestión por falta de política, pero en muchas otras oportunidades la racionalidad del pensamiento hace que no alcancemos a comprender el significado de los hechos que la misma dinámica política va generando.

Entonces es bueno pensar en la frase del enorme poeta latinoamericano José Martí: “En política, lo real es lo que no se ve” .

La reforma sanitaria es la posibilidad de lograr una nueva vinculación entre Estado, economía y sociedad, donde eficiencia y equidad no se contrapongan, sino que ambas confluyan.

Bibliografía

Asociación Internacional de la Seguridad Social. *Quantitative Analysis and the Planning of Social Protection*. Geneve: AISS, 1996.

Chichón M. “Health Sector Reforms in Central and Eastern Europe: Paradigm Reversed” *International Labour Review* Vol. 130, No. 3, pp.311-327.

Drummond, Michael. *Principles of Economic Appraisal in Health Care*. Institute of Social and Economics Research, University of York, England, 1983.

Hurst. J. W. *Reforming Health Care in Seven European Nations*, Health Affairs.

Luft. H. S. “Translating U.S. HMO experience to other health systems”. *Health Affairs* (otoño 1991) pp. 172-189.

Mouly, Jean. "La Protección Social y la Economía , ¿Conflicto o Convergencia?", *Revista Internacional del Trabajo*. Vol. 105 No. 103. julio-septiembre, 1985. pp. 417-424.

Musgrove, Philip. *Reflexiones sobre la Demanda por Salud en América Latina*. Taller Internacional de Economía de la Salud. Bogotá, Colombia. Pontificia Universidad Javeriana, 1994.

Prealc-OIT, "La deuda social en América Latina", en *Notas sobre la economía y el desarrollo*, Santiago, núms. 472-473, 1989.

Ramírez Berenice "Apertura comercial y Transformación Productiva" en *América Latina en los Ochentas: Reestructuración y Perspectivas*. México, IIEc, 1994, pp-109-165.

Tema 3. Reforma económica o reforma sanitaria. El "ruido" privatizador *

Por Sergio Horis Del Prete



Resumen

La problemática del mercado en Latinoamérica se ha incorporado a la discusión del sector salud. Hay un conflicto de intereses entre los aspectos económicos del modelo sanitario y los criterios epidemiológicos y de gestión que debieran armonizarse en tanto ambos son parte de un mismo problema. El inconveniente es la presión para aplicar reformas de mercado a partir de teorías del derecho vinculadas a la denominada "public choice" que cuestiona los efectos que provocan los fallos del Estado sobre los del mercado. En definitiva, el presente tema procura delinear el marco de análisis de la reforma en términos de principios y doctrina de la Reforma del Estado, procurando articular lo mejor del Estado con lo mejor del mercado.

* El presente trabajo ha sido extractado del libro *Economía y Salud en tiempos de Reformas. Un camino crítico entre equidad y exclusión*, del mismo autor.

*Tema 3. Reforma económica o reforma sanitaria. El "ruido" privatizador **

Por Sergio Horis Del Prete

El modelo del mercado y las presiones para reformar el sector salud

El debate de la política sanitaria se ha entremezclado con el problema de los costos crecientes de atender la salud. Ya hemos visto que algunas variables como la expectativa de vida de la población, las tasas de cronicidad de las enfermedades, el peso de nuevos tratamientos farmacológicos y de la innovación tecnológica presionan sobre el gasto sectorial, obligando a responder con una serie de medidas que se han englobado dentro del término reformas. El mayor problema que enfrentan los sistemas de salud queda encerrado entre el imperativo social de mantener la solidaridad contributiva más el concepto de bien tutelar o meritorio de la salud y el imperativo fiscal de controlar los costos crecientes. Mucho se ha discutido respecto del impacto de la calidad del sistema de salud, y si la eficiencia que se pregona como una necesidad para la asignación de recursos escasos resulta realmente ser una herramienta adecuada para no poner en juego la solidaridad del sistema. Lo cierto es que algunos componentes de la reforma como los mercados internos y la competitividad no se basan en una definición exacta y a la vez única respecto de que implica reformar el sector salud. Las definiciones empleadas en los documentos que le dan marco se han elaborado supranacionalmente, y a su vez han sido trasladadas a nivel del sector salud de cada país incorporándoles ciertas visiones particulares de acuerdo a la posición ideológica o política que sostenga cada gobierno y aun los propios actores del campo sanitario. Puede evidenciarse así la presencia de dos corrientes principales de pensamiento que se han confrontado dentro del modelo de reforma. La primera, de sesgo neoliberal, presiona desde fuera del sector salud y se enmarca en los principios de la economía de mercado. No se trata de un proceso aislado, sino complementario a la reforma del Estado y a la transformación de las políticas de bienestar, dentro de las cuales la propia política sanitaria resulta ser un componente más. Este modelo de reforma, denominada economicista, procura solamente encontrar soluciones financieras y estructurales a la compleja dinámica de la atención de la salud incorporando cuatro principios centrales: La administración privada de los servicios de salud, la libertad de mercado para las aseguradoras, la libre elección del individuo o el rol subsidiario del Estado.

La segunda corriente de pensamiento visualiza la necesidad de reformar el modelo sanitario desde el reconocimiento de los problemas inherentes al sector que incluyen

cambios en la organización y financiamiento de la salud, pero sin dejar de lado el paradigma que define a la salud como un proceso de construcción social permanente vinculado a la capacidad de mantener las raíces sociales y culturales de la organización sanitaria, su relación estrecha con el desarrollo económico y el crecimiento demográfico y la percepción de las demandas que surgen de la población. Este modelo, denominado sanitario, procura crear un nexo coherente entre los valores sociales y la estructura y organización de las instituciones de salud. Se dirige así no solo a obtener mejor eficiencia y calidad de atención, sino a vincularse estrechamente con los problemas reales y concretos que presentan los sistemas de salud latinoamericanos y sus propias comunidades, originados no solo en aspectos financieros, tecnológicos y de organización, sino en componentes propios epidemiológicos, demográficos, sociales y culturales.

Muy pocos países influenciados por el pensamiento orientado al mercado han definido a la salud como un *cometido* que puede ser comprado y vendido, de acuerdo a la eficiencia que el mercado genera dentro de la provisión de servicios y de la posibilidad de contener los costos. Los países europeos, incluyendo el Reino Unido que fue paradigma de la reforma en los ochenta, cuyas sociedades mantienen un amplio consenso sobre aspectos de bienestar y de acciones del Estado, han frenado en parte el avance del modelo neoliberal. Más allá de las decisiones políticas o financieras, y frente a la dinámica mundial que asume al mercado como el paradigma del nuevo orden económico, los gobiernos tratan de vincular dentro del proceso de reforma a misiones, objetivos y actores del sector, de forma tal que su impacto sobre la oferta y la demanda no produzca un desequilibrio entre las ventajas y desventajas finales de la transformación. Por lo general no exageran la profundidad de los cambios, reafirmando los derechos sociales como parte de la construcción de ciudadanía.

En las últimas décadas, a nivel mundial, la expansión de los fondos destinados a la cobertura de atención de la salud ha sido un fenómeno notable. Francia pasó del 8,9 al 9,9% del PBI, España del 6,9 al 7,6%, y el Reino Unido del 6 al 6,9%. En promedio, los países de la Unión Europea registraron un salto cuantitativo del 7,6 al 8,3% entre 1990 y 1995. Particularmente el gasto público, un recurso dominante en el financiamiento de la salud europea, como en Noruega (93,3%), Gran Bretaña (100%), Suiza y Dinamarca (80%) también vio incrementado significativamente su porcentaje.

En las últimas décadas, a nivel mundial, la expansión de los fondos destinados a la cobertura de atención de la salud ha sido un fenómeno notable.

El ritmo de gasto que registra el sector salud, a veces en desequilibrio con los recursos disponibles para financiarlo, ha llevado a una crisis inevitable entre necesidades crecientes de la población y volumen de recursos disponibles para su cobertura. Teniendo en cuenta la falta de correlación entre la magnitud del gasto, las desigualdades de acceso a los servicios y la disparidad en los indicadores sanitarios, desde diferentes escuelas de economía de la salud se han sugerido alternativas para analizar el origen de las fallas del sistema sanitario, sus problemas

de eficiencia y eficacia de gestión, las imperfecciones del mercado y las regulaciones necesarias, más el problema de las externalidades. El punto clave del debate gira en torno a definir claramente de qué situación se parte originalmente, para establecer por ejemplo los efectos que sobre oferta y demanda ha de tener el uso de herramientas específicas destinadas a transparentar las erogaciones financieras desde un tercer pagador, sea el seguro social, el Estado o el seguro privado, que facilite equilibrar la macroeconomía del sector sin afectar la calidad de los servicios.

La necesidad de introducir instrumentos de reforma en los sistemas de salud Latinoamérica también se vinculó con el rol creciente que el sector privado dentro del contexto del funcionamiento y financiamiento de los servicios de atención médica. El tema ha sido la cuantificación de los beneficios y perjuicios de un sistema sanitario puramente estatal o cuasi-público frente al modelo de mercado, que en definitiva no es más que una mala copia de la discusión maniquea entre Estado o Mercado de los años noventa. La ola neoconservadora de los ochenta ciertamente dio lugar a que algunos avances reformadores sobre el sector sanitario, como los mercados internos o mixtos, la competencia pública, y el fundamento teórico del “*managed competition*” planteado por Einthoven y basado en componentes de mercado —especialmente los producidos en el SNS del Reino Unido— se transformaran en un espejo en donde luego se reflejarían la mayoría de los proyectos de transformación del modelo sanitario propuestos para Latinoamérica. En general, trasladados sin una adaptación a las características locales, solo fueron una mala copia, al no tener en cuenta las complejas relaciones entre los valores de la sociedad, las normas para relacionar esos valores con principios de gestión y la imposibilidad de transformar un ejercicio mecánico de racionalidad económica con la necesidad práctica de cubrir demandas históricamente contenidas de la población.

El espejo pareció asemejarse así al de los parques de diversiones, que distorsiona la imagen real. Primero, porque a diferencia de Europa, en el escenario latinoamericano se dan situaciones especiales como el caso de países que teniendo similitud en ciertos indicadores económicos no guardan mínima relación en cuanto a sus indicadores socio-sanitarios (caso Argentina, Chile y Brasil), y menos con relación a su gasto en salud. En segundo lugar, porque la mezcla entre componentes públicos, cuasi públicos y privados con y sin fines de lucro que posee cada sistema de salud latinoamericano es el reflejo de una historia particular de estructura y organización, así como de costumbres, culturas y principios de cada sociedad. Y en último término, porque las particulares características que ha tomado la redistribución del ingreso *per cápita* en la mayoría de los países de la región expresa estadísticamente el proceso de profundización de la brecha social entre ricos y pobres, que no solo segmenta la población en su oportunidad de acceso a condiciones de vida básicas, sino que complica la plena utilización de bienes y servicios elementales como alimentación, seguro social, educación y trabajo, bases esenciales de la construcción de una mejor salud y calidad de vida.

No se niega aquí la necesidad de una reforma que corte abruptamente con los vicios históricos del sistema, en cuanto a un gasto que no se condicione con la persistencia de patologías del atraso y del subdesarrollo, o a la ineficiencia que arrastra la gestión burocrática del hospital público, o la baja calidad de mucha de la atención en los servicios de salud. Pero el problema es que las mismas forman parte de la realidad latinoamericana y no pueden ser obviadas imaginando un modelo de libre mercado o desregulado para la salud. Porque en ese contexto ¿Quién podría comprar salud? Ya no se trataría de un derecho sino de una opción de consumo para atenuar riesgos e incertidumbre. Y además segmentaría brutalmente la sociedad con una salud para ricos y otra para pobres. Una de las características de América Latina es que los países que más gastan -y malgastan- hoy en atención de la salud, en proporción de su PBI, son quienes poseen sistemas centrados en una mezcla entre el seguro social particularista para los trabajadores, sector público financiador/proveedor para la población más pobre o pauperizada, y un sector privado asegurador/proveedor de servicios orientado a las franjas más altas de la población. Las complejas interacciones que posee cada componente con el otro plantea la mayor dificultad para obtener eficiencia macroeconómica, además de adecuada accesibilidad para la población en términos de similar calidad de atención.

No obstante tal complejidad del escenario, la visión dominante de la reforma del sector salud centrada en aspectos económicos ha parecido transformarse en una opción de hierro, motorizada por los organismos internacionales de crédito como parte de los compromisos exigidos a los países deudores. A las conocidas fallas del Estado y de los seguros sociales (falta de incentivos, monopolio natural como forma de organización y subsidio a la oferta sin evaluar efectividad, calidad ni resultados de la misma) la alternativa ha sido oponerle la desregulación y la lógica del mercado como fundamento de eficiencia y efectividad. Más allá de ello, se trata de un conflicto ideológico entre justicia distributiva y eficiencia económica. Si la Economía del Bienestar tuvo como característica asumir el paradigma de la competencia perfecta, pero como paso previo a identificar cuáles son los fallos del mercado que impiden que se obtenga el máximo bienestar social y cuáles los mecanismos de intervención que los corrijan, la corriente vinculada al paradigma del mercado hizo eco en la asunción de la superioridad de éste para la resolución de los problemas originados en fallos de los mecanismos de asignación eficiente de recursos. Porque, en última instancia, se sostiene que los fallos de mercado no son debidos tanto a deficiencias de éste como a la ausencia de condiciones para que pueda operar libremente.

La economía del Bienestar partía de una constante: los mercados no son perfectos ni producen siempre una asignación eficiente de recursos, contradiciendo el ideal de la competencia perfecta y asumiendo el fracaso relativo del mercado, lo que llevaba al Estado a corregir tales defectos mediante una intervención externa reguladora. A partir de la introducción de la teoría conocida como de la elección

Se trata de un conflicto ideológico entre justicia distributiva y eficiencia económica.

Los fallos de mercado no son debidos tanto a deficiencias de éste como a la ausencia de condiciones para que pueda operar libremente.

pública (*Public choice*), que explica las fallas del Estado y del gobierno, se fue desarrollando una línea de pensamiento afin al mercado, como teoría económica de la política preocupada por estudiar el comportamiento de los agentes económicos en la esfera pública. Su objetivo es *la demistificación de la acción pública estatal en el sistema económico como correctora eficiente de los fallos del mercado, construyendo la teoría de los fallos del Estado*¹.

Esta teoría parte de la asunción del hombre como un maximizador racional de sus propios intereses, a lo que integra una explicación económica respecto del grado de eficacia de la actuación de las instituciones políticas. Básicamente en qué medida una estructura de toma de decisiones como el gobierno es óptima desde el punto de vista de la eficiencia económica. Para Coase, uno de sus ideólogos, el gobierno es una superempresa que puede ejercer influencia sobre el uso de los factores de producción mediante una decisión administrativa. En tanto, la empresa ordinaria está sujeta a controles en sus operaciones debido a la competencia de otras empresas que pueden administrar las mismas actividades a un menor costo, mientras el Estado no está en la práctica condicionado a ello. El gobierno puede evitar la exposición al mercado, algo que no es posible para la empresa privada. Pero si bien tiene poderes que le permiten realizar acciones a un costo menor que una organización privada, también en ciertas áreas su actividad puede resultar extremadamente costosa, como sugieren ciertos ideólogos de la reforma económica del sector salud vinculados a esta corriente de pensamiento. James Buchanan, otro de los principales ideólogos de la *public choice*, sostiene que *“la economía de mercado no puede soportar aumentos continuados dentro del sector público, sin ver sus principios básicos socavados y erosionados*²”. Se trata en definitiva de una fuerte crítica a la expansión del sector público dentro de la economía. El mismo Buchanan afirma que *“No es para caer en una concepción maniqueísta de denunciar al “vicioso” Estado frente al “virtuoso” Mercado, sino para reintroducir un poco de buen sentido y no elegir al Estado más que a partir del momento en que es evidente que la solución de mercado es efectivamente más costosa que la solución de la intervención pública*³...”

No es para caer en una concepción maniqueísta de denunciar al “vicioso” Estado frente al “virtuoso”.

Más que una disputa Estado-mercado, como se plantea desde la *public choice*, lo que debiera procurarse es definir qué componente de uno y otro es más proclive a provocar mejoras sobre distintos aspectos conflictivos del sistema de salud. En concreto, es posible incorporar una serie de herramientas destinadas a optimizar precios, calidad o competitividad dentro del propio esquema del *mercado sanitario*, sin perder por ello el rol regulador y ordenador del Estado. De la misma forma, es posible adaptar específicamente dentro de los componentes del sistema público de salud (financiación, aseguramiento y provisión) herramientas del mercado tales como incentivos para aumentar eficiencia y productividad, contratos negociados de gestión o bien simular competencia, sin que por ello deje de cumplir sus funciones dentro de la salud pública, y sin dejar de valorar aspectos epidemiológicos, demográficos y sociales que condicionan fuertemente la equidad en salud.

Muchos países europeos respondieron, frente a la necesidad de controlar la presión de los costos crecientes, con reformas orientadas al mercado, como Suecia, Italia, el Reino Unido, mediante la introducción del *mercado planificado*, una estructura a mitad de camino entre Estado y mercado. Básicamente, porque a pesar de quedar obligada a incorporar ciertas reformas sociales, Europa no comprometió los fundamentos histórico-políticos del Estado de Bienestar ni tampoco la concepción de la salud como bien social. Particularmente, el debate de Maastrich en torno a la concepción social integrada de la nueva Unión Europea de los años noventa no dejó de lado los valores sociales y culturales del derecho universal a bienes colectivos como la salud y la educación, propios del criterio de externalidad positiva. Básicamente porque toda sociedad se beneficia cuando una persona recibe más salud y mejor educación. De esta forma, los estados europeos procuran igualar las *condiciones básicas* que Amartya Sen define como centrales para permitir ascender socialmente, no solo en forma individual sino colectiva.

Toda sociedad se beneficia cuando una persona recibe más salud y mejor educación.

En general, los países en los cuales el sistema de salud ha sido resultado de reglas liberales y autoreguladas entre un oligopolio de proveedores por una parte y un oligopsonio de financiadores/aseguradores representantes de la demanda por otro están muy lejos de la equidad, como en el caso de Estados Unidos. A pesar que los postulados de la economía neoclásica afirman que los subsidios cruzados entre diferentes categorías de individuos son ineficientes e injustos, el modelo solidario ha seguido constituyendo un valor concreto en el modelo europeo y se mantiene igualmente en el latinoamericano. La función del Estado como garante mínimo de equidad ha debido centrarse cada vez más en el resguardo de que los costos del cuidado de la salud sean subsidiados en forma cruzada y progresiva desde los jóvenes a los ancianos, desde los ricos a los pobres y desde los sanos a los enfermos.

El modelo solidario ha seguido constituyendo un valor concreto en el modelo europeo y se mantiene igualmente en el latinoamericano.

¿Hacia dónde se orienta hoy la reforma del sector salud?

Desde el plano instrumental, los modelos de reforma sanitaria no son por lo general puros. Se basan más en un complejo articular de diferentes iniciativas políticas, en función de las propias condiciones estructurales del sistema de salud y de la suma de recursos disponibles. También influyen en su dinámica factores sociales, históricos y culturales que cada sistema sanitario posee en particular. Y en ciertas ocasiones prima la necesidad de acomodar el sistema de salud a los recursos disponibles en forma urgente, antes que éste colapse. Un ejemplo es la reforma implantada en la provincia de Quebec, en Canadá. El gobierno provincial debió implementar forzosamente, frente a los recortes presupuestarios del gobierno federal destinados al co-financiamiento del sistema de salud, reformas estructurales a nivel de la organización de los servicios de salud. En este caso, si bien no hubo una cuidadosa planificación previa sino una necesidad obligada y expresamente definida de producir un ajuste económico sobre el modelo, no se modificaron principios históricos como la solidaridad y la equidad del sistema en cuanto a la

asignación cruzada de recursos y en el acceso gratuito y universal a los servicios de salud.

Aún no se ha cerrado el debate en torno al sí es bueno o malo que la lógica del mercado entre al sector salud. Además de los propios interrogantes a que su particular funcionamiento da lugar, existe el peligro real que la competencia abierta más la separación entre intereses individuales y responsabilidades colectivas diluya el esfuerzo histórico por integrar definitivamente la salud a la política social. Hay aún mucha discusión entre lo mejor y lo peor de Estado y mercado. Ciertamente, no parece adecuado reiterar viejos dogmas y vicios burocráticos centralistas del Estado maximalista en los servicios de salud. Y además es urgente aplicar claras y precisas correcciones tanto sobre el modelo de financiación como en la organización y gestión del sistema de salud en su conjunto. Pero tampoco resulta socialmente admisible descentralizar los servicios estatales sin un correlato financiero adecuado, como ha ocurrido, o dejar librado a la mano invisible del mercado -de dudosa habilidad- la factibilidad de una mejor y más eficiente y dudosamente equitativa administración de los recursos financieros. Se advierte una tendencia a incorporar instrumentos de reforma que combinen incentivos de mercado con finas regulaciones estatales. Una forma híbrida que ha recibido nombres tales como "mercado interno", "competencia administrada" o "cuasi-mercado". Esta asociación Estado-mercado precisa no obstante definir los diversos componentes de oferta y demanda en cada uno de los submercados de la salud, e incluye establecer a nivel de la macro, meso y microgestión del sistema la interacción articulada entre el médico, el paciente, el proveedor (empresa de salud) y el financiador.

Lejos de un enfoque excluyentemente economicista, la reforma del sector salud no debiera orientarse sesgadamente a la problemática econométrica de la expansión creciente del gasto, asimilado al concepto de recurso escaso. Debiera complementarse con un serio y profundo enfoque sanitario regional y nacional con criterio epidemiológico, dados los fenómenos transicionales que se vinculan al denominado peso de enfermedad y que definen la persistencia de ciertos problemas que son más sujeto de la promoción y prevención de la salud que de la simple atención. A ello se suman los cambios demográficos, poblaciones que envejecen y adquieren enfermedades crónicas con secuelas discapacitantes. Sería adecuado entonces analizar con detenimiento tales componentes y procurar una transformación integral, que mejore tanto los indicadores sanitarios como la propia eficiencia técnica del sistema en su conjunto. En suma, un modelo óptimo de reforma, integradora y racional, debiera promover una interacción permanente entre las prioridades subjetivas de la demanda desde su visión de la salud y objetivas desde la realidad sociosanitaria, y las necesidades cuantitativas y cualitativas de planificación, organización, financiación y gestión de la atención de la salud, a fin de mejorar o al menos estabilizar el nivel de salud de los individuos, en un todo de acuerdo con los intereses reales de la sociedad en su conjunto. Sin que se pierdan

Es urgente aplicar claras y precisas correcciones tanto sobre el modelo de financiación como en la organización y gestión del sistema de salud en su conjunto.

Esta asociación Estado-mercado incluye establecer a nivel de la macro, meso y microgestión del sistema la interacción articulada entre el médico, el paciente, el proveedor (empresa de salud) y el financiador.

lo que se consideran avances sociales. Es indispensable para ello establecer un *consenso social básico*, respecto de la visión y los valores que deben definir las características del cambio que se requiere, consolidando a su vez un vínculo estrecho entre los componentes filosóficos y éticos que conformarán las bases doctrinarias de la futura transformación del modelo sanitario. Al mismo tiempo, ajustar los lineamientos estratégicos e instrumentales que se aplicarán al diseño y operatividad del nuevo sistema, sumando a los valores comunitarios el rol e intereses de los actores del sector, a fin de legitimar el cambio frente a la sociedad y sostenerlo a futuro.

Se ha afirmado que una de las causas por las que la asignación de recursos resulta permanentemente una complicada negociación es la ausencia de un objetivo común que integre al gobierno, a los actores del sector y a la población y sus organizaciones. Y cada vez es más difícil conciliar intereses cuando la disponibilidad de fondos se hace escasa por sobre lo habitual, o cuando la puja distributiva se multiplica dado el número de nuevos y complejos componentes del sector. Tal vez una solución consista en fijar dos estrategias complementarias: por una parte vincular a los profesionales y a los administradores del sector con los objetivos y valores del sistema sanitario y por otra centrar en la participación de las personas el control del funcionamiento de los servicios de salud. El aspecto central es encontrar las fórmulas más eficientes de gobernar la compleja red de transacciones que caracteriza a la organización sanitaria. Dadas las particulares condiciones en que funciona el mercado de la salud, probablemente sea más adecuado definir primero qué tipo de intervenciones resolverán mejor el problema. Por ejemplo brindar una más amplia información sobre aspectos de la salud y de los servicios asistenciales a los ciudadanos y a sus organizaciones, a fin de ayudarlos a disponer de decisiones informadas y simultáneamente reducir los costos de transacción derivados de los costos de información (por ejemplo, información pública sobre riesgos de fumar, investigaciones precisas sobre evidencia de efectividad de intervenciones clínicas, etc.). O bien, obligar tanto a individuos como a organizaciones a desarrollar ciertas actividades sociales (requerir que los niños estén inmunizados, o que los empleadores contribuyan al fondo del seguro social), sin que ello origine problemas de riesgo moral (*moral hazard*) derivados de acciones ocultas (oportunismo post-contractual), a fin de promover un avance hacia la construcción social de la salud.

Un problema final es cómo corregir o atenuar los fallos del mercado sanitario sin distorsionarlo aún más. La clave radica en encontrar una herramienta adecuada a la naturaleza de la falla de mercado que se pretende corregir, y reconocer las propias condiciones institucionales y culturales que éste posee. Por ejemplo, una tasa *correctiva* puede fallar en ausencia de un sistema que asegure la aplicación de tasas *efectivas*, de la misma forma que un *mecanismo* regulatorio puede fallar en ausencia de un apropiado *marco* regulatorio. De allí que los instrumentos de reforma sanitaria deban resultar empleados frecuentemente en forma combinada (el caso

La clave radica en encontrar una herramienta adecuada a la naturaleza de la falla de mercado que se pretende corregir, y reconocer las propias condiciones institucionales y culturales que éste posee.

de la financiación de la atención médica privada a través de fondos provenientes de un seguro público que requiere numerosas regulaciones, etc.) tratando de identificar las estrategias que permitan financiar y proveer servicios más eficiente y equitativamente.

Solamente regulación efectiva y eficiencia de gestión podrán hacer que la salud, considerada más que un bien económico un bien social, llegue a ser accesible a cualquier ciudadano, independientemente de su particular nivel económico- social. Para ello, el Estado debe disponer de todas las herramientas que permitan garantizar tal condición de derecho.

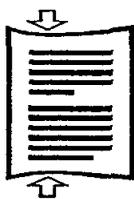
Bibliografía

Buchanan. 1972. J. *Theory of public choice. political applications of economy*. Univ. Michigan. Press.

Buchanan, J. Quintana y Giersch .1979. *El sector público en las economías de mercado*, Ed. Espasa Calpe, Buenos Aires.

Tema 4. Transformación económica, salud y equidad. La perspectiva latinoamericana: una visión de la economía social en el contexto del auge del mercado

Por Sergio Horis Del Prete



Resumen

El fin de siglo ha mostrado el avance de dos procesos convergentes: la globalización como fenómeno a escala mundial y el auge de la doctrina del mercado como expresión de un nuevo modelo de acumulación capitalista donde la tecnología reemplaza a la mano de obra y genera la pérdida de puestos de trabajo. En este contexto aparece la Reforma del Estado, con su componente de transformación del Estado de Bienestar, y las denominadas reformas de segunda generación, que incluyen el sector salud como parte de tal transformación. Paralelamente, el proceso de adopción del mercado como estrategia económica, en reemplazo de la sustitución de importaciones, y nuevo paradigma de crecimiento, si bien ha mostrado indicadores positivos aunque en cierta manera inestables (casos tequila y crisis asiática que impulsaron periodos recesivos e inestabilidad de los mercados por reflujo de capitales), no ha evidenciado una mejora en la condición de vida de las sociedades.

En este escenario conflictivo, donde el Estado social se encuentra en retirada, crece la presión por introducir reformas de mercado sobre los sistemas de salud, con la idea de promover eficiencia, eficacia y calidad en los servicios asistenciales, en tanto paradójicamente se habla de mejorar la equidad.

...

El presente tema analiza las variables económicas y sociales de la introducción del libre mercado en las sociedades latinoamericanas: la contradicción entre Estado y Mercado como instancias de resolución de la problemática sanitaria y social y el impulso a la demolición de los cimientos del Estado de Bienestar. Destaca la desprotección de los trabajadores informales y *precarizados* que pasan a formar parte de la economía “negra” perdiendo sus beneficios sociales y objetiva el impacto que sobre la salud y la educación, ambos igualadores sociales por excelencia, tiene este proceso. La transformación económica con base en el modelo del libre mercado se demuestra como no compatible con las necesidades ni la lógica de los sectores sociales, al hacerse más profunda la brecha entre sectores más ricos y más pobres, y el correspondiente aumento de la inequidad social. Se configura así, a partir de 1990, un nuevo periodo que si bien ha mostrado ganancias en lo económico, ha vuelto a retrasar las oportunidades de mejora en lo social.

Tema 4. Transformación económica, salud y equidad. La perspectiva latinoamericana: una visión de la economía social en el contexto del auge del mercado

Por Sergio Horis Del Prete

“Todo el mundo conoce la palabra mercado, pero nadie sabe lo que significa...”

Lester Thurow

1. Introducción: el giro del Estado al mercado. El Estado post-social

Una de las más persistentes metáforas en la política es la del péndulo. Insatisfechos con una posición inicial (la defensa del rol del Estado), los políticos introducen cambios fundamentales hacia la trayectoria opuesta del péndulo (el paradigma del mercado). Paradójicamente, tanto más se aprende sobre las debilidades y contradicciones del punto opuesto, más rápidamente se quiere regresar a la posición original. Muchos países se encuentran hoy en diferentes etapas de este movimiento pendular, al igual que lo está el pensamiento de muchos políticos. Pero ya nadie parece rendirse graciosamente a los pies del mercado. El propio Ex Director General del FMI, Michel Camdessus, había efectuado la advertencia de que *si se abandona totalmente el mercado a sus mecanismos se corre el riesgo de que los más débiles sean pisoteados*. En forma similar Carlos Fuentes ha dicho en su prólogo al Informe de la Comisión Latinoamericana y del Caribe sobre el Desarrollo Social, previo a la Cumbre Mundial de Copenhague celebrada en 1995, que *no debe satanizarse al Estado sacralizando al mercado ni viceversa, ya que la pugna doctrinal ente sector público y privado es funesta para reducir la desigualdad y promover un desarrollo con justicia*¹.

Compartiendo ambos razonamientos, está probado que lo que no pueden obtener por si solos el mercado, por sus imperfecciones, o el Estado, por sus propias fallas, es mitigar los profundos déficit económicos y sociales de Latinoamérica. Cada lector tendrá su toma de posición frente a este tema. Sea porque considera la equidad en la distribución de beneficios como una instancia central al rol del Estado, corrigiendo desequilibrios sociales y garantizando el acceso a aquellos

Lo que no pueden obtener por si solos el mercado, por sus imperfecciones, o el Estado, por sus propias fallas, es mitigar los profundos déficit económicos y sociales de Latinoamérica.

bienes denominados sociales (educación, salud, etc.), o porque defiende el paradigma del mercado como impulsor de racionalidad e instrumento de eficiencia, competencia y transparencia. Pero debería pensar si no resulta más adecuado plantear una síntesis operativa entre el mercado como *asignador, impulsor y direccionador* de la producción y el consumo, y el Estado como *facilitador* de la articulación armónica entre lo público y lo privado además de *redistribuidor* de recursos entre la sociedad. Evitar de esta forma los juicios de valor cargados de subjetividad que profundizan sus antagonismos. Esta síntesis requiere el diseño de estrategias y políticas efectivas que permitan al mismo tiempo de orientar la inversión de capital privado y promover el crecimiento económico, favorecer una redistribución más justa de los excedentes del mismo.

En la segunda mitad del siglo XX, el Estado activo, con su variante de bienestar basada en la visión de una sociedad mejor y equilibrada, pareció ser un instrumento eficaz para cerrar el conflicto ideológico entre la igualdad de la democracia y la desigualdad de la libre acción del mercado. Mas tarde, la teoría neoliberal sobre economía y sociedad pasó a dominar el centro de la escena, centrándose en una feroz crítica al Estado hiperburocrático. El argumento fue que su accionar centralizado, clientelístico e ineficiente no era garantía de crecimiento económico y mucho menos de redistribución social efectiva, dados los desvíos que bien había definido Okún con su teoría de los “agujeros del balde”. Así, rápidamente por efecto del auge de una enorme masa financiera basada en burbujas especulativas, la tecnología y el capital comenzaron a disputarle espacios a la ideología, y el mundo económico cambió profundamente tanto el patrón de distribución primario de la riqueza y como el secundario basado en la redistribución equitativa de los excedentes. De allí, a que la reforma socavara las propias bases de sustentación económica y filosófica del Estado de Bienestar hubo solo un paso.

En su esencia, el sentido de las reformas aplicadas sobre el Estado y la economía en los países latinoamericanos durante la década de los noventa tuvo múltiples significados. Pero su particularidad estuvo orientada a legitimar el ingreso de la filosofía del mercado, a partir de aplicar una serie específica de instrumentos al respecto. La presión por reformar distintos componentes de la relación sociedad-Estado-mercado tradujo la necesidad de otorgarle mayor libertad de acción a las fuerzas “naturales” de este último. De esta forma, el modelo aplicado tuvo connotaciones positivas y negativas. En el primer caso, las privatizaciones, la desregulación de varias áreas, actividades y el avance sobre aspectos como educación y salud junto al comienzo de un ciclo de crecimiento económico, llevaron al extremo de pensar que la sola acción del mercado podría generar fórmulas espontáneas y casi mágicas de reasignación de recursos y de distribución de excedentes del crecimiento económico, a partir del efecto de consumo. Pero la realidad mostró que el supuesto “derrame” de la copa de los más ricos no era tan sencillo de producirse espontáneamente. Por el contrario, se profundizó la brecha de ingresos sin que mínimamente la mejora de los indicadores económicos se tradujera en

La presión por reformar distintos componentes de la relación sociedad-Estado-mercado tradujo la necesidad de otorgarle mayor libertad de acción a las fuerzas “naturales” de este último.

cierto avance hacia mayor equidad distributiva que favoreciera el desarrollo social. Desde diferentes visiones se rescató la necesidad -más allá de reconocer sus fallas- de relegitimar el rol del Estado y su accionar en el espacio de la política social, un escenario donde confluyen múltiples actores sociales y se definen cursos de acción de acuerdo al peso relativo de las fuerzas intervinientes. Precisamente, al no ser este espacio un campo neutral sino un ámbito dinámico de permanente confrontación entre intereses, requiere un regulador de negociaciones y consensos. De allí la tarea afín de reformar al propio Estado para legitimar así una mejora en su eficiencia que permita garantizar los alcances y aplicación efectiva de las políticas públicas que se consideran *igualadoras* en el plano social, como educación y salud.

La transformación de las estructuras económicas ha sido un proceso traumático, iniciado en la década de los ochenta, estuvo signado por una sucesión de fenómenos nuevos y rápidamente cambiantes en el seno de las sociedades. La Revolución tecnológica y la globalización de los mercados marcaron el inicio de un gran desafío entre el futuro de la política y el de la economía. Se generó entre ambas una situación definida como de “turbulencia”, caracterizada por una profunda crisis social producto no solo de los cambios que se fueron sucediendo sino de la incertidumbre con que la sociedad vislumbra el resultado final de las transformaciones. Se trata de una etapa donde lo económico condiciona profundamente a lo político. El fenómeno de la globalización ha establecido un nuevo esquema de división del trabajo entre sociedades productoras y consumidoras, a partir del cual se interrelacionan bloques regionales de intercambio comercial, en un contexto de sostenido avance de los paradigmas de mercado, y donde lo social parece ser menos trascendente que en la década de los setenta. Acompañando este proceso, el derrumbe del modelo socialista de planificación estatal centralizada de la economía fue el punto de partida de la recreación hegeliana del fin de la historia. Una ola de pensamiento que recupera las bases ideológicas e instrumentales del modelo económico neoclásico, más conservador aún que el llamado “clásico” de Smith y Ricardo, avanza en la construcción de nuevos escenarios vinculados a la hegemonía del libre mercado. Y también se extiende al campo de los fenómenos sociales. El nuevo capitalismo, edificado sobre la base ideológica del Consenso de Washington, consolida componentes económicos, políticos e ideológicos que conforman su núcleo central de pensamiento. Se justifica así el retiro del Estado de su rol activo transformándolo en un Estado post-social, cuyo cuerpo doctrinal queda comprendido en los siguientes principios:

- La idea del *mercado como instancia superior* y autorreguladora del crecimiento mundial. En ese sentido ayudan los indicadores macroeconómicos de la mayoría de los países del mundo desarrollado, a los que se suman los índices de crecimiento de los mercados emergentes (Asia y América Latina).
- El *individualismo* como metodología de organización social. La defensa de los derechos de propiedad como función primigenia del Estado.

- Una concepción particular de la *libertad*, en la cual cada uno es dueño de su destino, con mínima coerción sobre otros. Es una abstracción respecto al control ético de la conducta individual, que se expresa como máximo valor pero con autodisciplina.
- La contradicción entre *igualdad y libertad*, a partir de una justificación economicista que establece que la desigualdad en el mercado es función de la plena libertad y la iniciativa eficiente y óptima. Desde la posición de Von Hayek, expresión de la escuela austriaca, se cuestiona la idea de Justicia Social rawlsiana a partir del concepto que la desigualdad no es justa o injusta, y que en el mercado libre es la ineficiencia quien no promueve la superación.

Asistimos así a un formidable viraje de la política. Desde el proteccionismo del Estado hacia la estrategia basada en el mercado, y desde el crecimiento económico con redistribución del ingreso al crecimiento con acumulación extraordinaria de rentas, sin tener en cuenta las distorsiones que ello crea en la microeconomía y la sociedad. Fenómenos como la supranacionalización económica como expresión de la globalización y el choque de intereses con los Estados-nación, la discusión respecto de los espacios entre público y privado y las grandes transformaciones que afectan al Estado son parte de la dinámica de instalación de la política neoliberal, que contrasta fuertemente con los problemas de las sociedades en cuanto a la profundización del desempleo, la precarización laboral y la ampliación de la brecha social con pauperización, exclusión y marginalidad creciente. Para atenuarlas, y frente a la natural conflictividad del neoliberalismo, surgieron nuevas definiciones como el liberalismo social, también conocido en Latinoamérica como doctrina social de mercado. Se trata de un híbrido que fuera esbozado por la dirigencia mexicana de los noventa y luego extendido a otros países del continente y enmarcado en lo que se considera el avance hacia el *Estado Post-social*, donde el conflicto de intereses se resuelve en el seno de la sociedad. Es una alternativa entre neoliberalismo y populismo, expresada como una suerte de reivindicación de la tradición liberal de comienzos del siglo XX con base popular, más un Estado reformado que estimula la participación creciente de la iniciativa privada y a su vez regula la actividad económica evitando abusos, aunque colocándose del lado del capital. No se trata de un Estado activo y propietario, sino de un alentador de la inversión del capital en general, especialmente del financiero internacional, ciertamente una poderosa fuerza difícil de controlar. La política social de este modelo está dirigida a los grupos de extrema pobreza, alejándose de otros beneficiarios como los sectores medios y medios bajos, y adoptando un criterio de beneficencia más que de inclusión. Los derechos laborales han sido reducidos por las flexibilizaciones aplicadas sobre la legislación, y el sistema de prestaciones económicas de los trabajadores destinado a su seguridad social -expresado como salario indirecto- puede ahora dirigirse eventualmente a regímenes de capitalización o a aseguradoras privadas de riesgo en salud, perdiendo espacio el histórico modelo solidario de reparto. La conflictividad social permanece bajo cierto control, pero subyace una tensión latente que se va acumulando en forma impredecible.

Frente a la natural conflictividad del neoliberalismo, surgieron nuevas definiciones como el liberalismo social, también conocido en Latinoamérica como doctrina social de mercado.

2. Las dimensiones entre equidad y exclusión en América Latina. Sus vínculos con la salud y el desarrollo social

El problema del fundamentalismo del mercado es pretender minimizar el rol del Estado, sustituyéndolo por una institución supuestamente perfecta, a partir de la cual se totaliza a la sociedad. Pero no solo es el mercado con sus imperfecciones quien distorsiona las relaciones humanas. También la propia sociedad civil o el mismo Estado pueden dar lugar a la distorsión del mercado. No obstante, aunque no haya una sociedad perfecta, ninguna otro componente de la relación entre Sociedad-Estado y mercado queda legitimado a abarcar totalizadamente a las otras. En todas partes donde el antiestatismo en nombre del mercado avanzó sobre la sociedad, se produjeron crisis que llevaron al extremo los conflictos existentes, dando lugar a contradicciones importantes respecto a ciertos paradigmas ideales. ¿Cuáles son las dimensiones de la equidad que pueden analizarse como lado el lado oscuro de este proceso?

- ✓ La transformación económica ha sido difícil y muy problemática de compatibilizar con el sistema democrático. El objetivo primario era el aumento de la productividad y las exportaciones. Han podido crecer las economías dentro de ciertos límites y reducirse las tasas de inflación, pero a costa de una gran polarización productiva y social. La desregulación y privatización de activos estatales monopólicos han dado lugar a monopolios artificiales privados.
- ✓ El peso del ajuste cayó con mayor peso sobre los más empobrecidos. La liberalización del mercado laboral se acompañó de una tendencia a la baja de salarios y al subempleo.
- ✓ La libertad de mercado introdujo la ruptura de los pactos corporativos con las organizaciones sindicales, pero creó a la vez nuevos grupos de presión, provenientes de los grandes capitales y socios privilegiados por el proceso económico
- ✓ El neoliberalismo se ha demostrado incapaz de cumplir su promesa de libertad e igualdad en el mercado, porque existen monopolios artificiales y la supuesta igualdad de acceso económico es una utopía en tanto haya Estado ausente y desigualdad de condiciones.
- ✓ La desregulación, el desmantelamiento del Estado y la privatización de sus funciones se ha asociado a una distribución absolutamente iniquitativa del gasto social, creando una desigualdad de tal magnitud que derrumba hacia la pobreza y marginalidad a capas cada vez mayores de población. La sociedad aparece fragmentada y desintegrada, con una pérdida de identidad de los individuos como sujetos sociales en el marco de la nueva división social del trabajo.

La transformación económica ha sido difícil y muy problemática de compatibilizar con el sistema democrático.

La liberalización del mercado laboral se acompañó de una tendencia a la baja de salarios y al subempleo.

La desregulación, el desmantelamiento del Estado y la privatización de sus funciones se ha asociado a una distribución absolutamente iniquitativa del gasto social.

- ✓ El problema de la urbanización creciente se va expresando crudamente en el dualismo social entre quienes comparten el mismo espacio (los pobres y los ricos), a lo que se suman subdivisiones sociales que hacen a una ciudad asimilable a muchas ciudades coexistiendo entre sí (con más o menos pobres y más o menos ricos), cada una en oposición a otra. Una vieja idea ya enunciada por Platón en el año 437 A. C.

Tal vez el sesgo más severo surgido tras la reforma económica ha sido la concentración de la renta y la inequidad que esto determinó en cuanto a la posibilidad efectiva de crear las “capacidades” o *condiciones*, que define Amartya Sen como punto de partida individual para lograr bienestar. Precisamente porque de la desigualdad de renta depende la desigualdad en el acceso a la salud y la educación, dos componentes afines a la creación de tales *condiciones* en los individuos como facilitadores de la movilidad social ascendente. Con una mejor educación, las personas perciben mayor salario y se ajustan mejor a los cambios económicos. Por su parte la enfermedad que afecta a un trabajador jefe de hogar reduce el ingreso familiar y condiciona su caída por debajo de la línea de pobreza. ¿Cómo atenuar entonces la vulnerabilidad sanitaria y social de ciertos grupos, como punto de partida para reducir la brecha que los separa de los más favorecidos? ¿Es solo un problema de asimetría de renta entre quintiles más altos y más bajos para diferentes países latinoamericanos, o suma factores clave como la desigualdad educativa, el peso de enfermedad y la exclusión laboral?

A pesar de ciertos beneficios obtenidos en materia económica en cuanto al crecimiento del PBI, las condiciones sociales vinculadas al desarrollo social de los países de mercados emergentes en salud y educación muestran sustanciales diferencias. Se aprecia que el gasto en salud creció significativamente más que el PBI durante la década de los noventa, durante la recuperación económica, pero también que ha aumentado el gasto directo de los hogares, en forma paralela a la reducción del gasto público y la contracción del seguro social de salud. En tanto, el gasto en educación no se ha incrementado en igual proporción, aunque se mantiene su efecto redistributivo hacia los quintiles más bajos en el ciclo primario, invirtiéndose luego significativamente en el nivel secundario y terciario. Aspectos como los efectos secundarios de la creciente periurbanización y precarización de la vivienda a que dan lugar las migraciones internas de población rural hacia las ciudades, o de población pobre hacia regiones más productivas, la concentración demográfica, la ocupación de espacios geográficos insalubres y los asentamientos precarios mas la movilidad social descendente con alto grado de marginalidad inciden sobre la calidad de vida, condicionan fuertemente la posibilidad ya no de acceso sino de sustentabilidad del proceso educativo en la población vulnerable e inciden en el proceso salud - enfermedad de las comunidades. Se afecta no solo el entorno medioambiental, sino las propias condiciones de mínimo desarrollo armónico de la sociedad y sus estilos de vida, con mayor peso de externalidad negativa (polución ambiental, males sociales, incremento en las conductas de riesgo

El gasto en salud creció significativamente más que el PBI durante la década de los noventa, durante la recuperación económica, pero también que ha aumentado el gasto directo de los hogares, en forma paralela a la reducción del gasto público y la contracción del seguro social de salud.

individuales y colectivas, etc.) por sobre las propias vulnerabilidades individuales y de la población en su conjunto⁴⁸

En lo que respecta a la brecha social entre los sectores más ricos y más pobres de la sociedad, la misma se ha ido ensanchando al ritmo de la concentración de los excedentes del crecimiento económico. Tal el caso de México, Perú y Venezuela, donde en promedio es de casi 19 veces. La inequidad distributiva de Latinoamérica es muy significativa, en comparación con lo observado en los países europeos y especialmente en los asiáticos emergentes exitosos en su crecimiento económico. En éstos últimos, la separación es mucho menor, oscilando en aproximadamente cinco veces. De acuerdo al informe del World Bank de 1997, la distribución más asimétrica es la que corresponde a Latinoamérica, siguiéndole la de Medio Oriente y Noráfrica. La menos asimétrica es la de Europa y Asia Central (ver tabla 1)

La brecha social entre los sectores más ricos y más pobres de la sociedad, la misma se ha ido ensanchando al ritmo de la concentración de los excedentes del crecimiento económico.

**Tabla 1.- Distribución de ingreso en el mundo
Expresado por Regiones y por quintiles, en %**

| Región | 20% más rico | 20% mas pobre | Diferencia |
|----------------------------------|--------------|---------------|------------|
| <i>Europa y Asia Central</i> | 37,8 | 8,8 | 4,3 veces |
| <i>Sur de Asia</i> | 40,0 | 8,8 | 4,7 veces |
| <i>EEUU y Canadá</i> | 41,0 | 5,3 | 7,8 veces |
| <i>Asia Oriental y Pacífico</i> | 44,3 | 6,9 | 6,5 veces |
| <i>Medio Oriente y Noráfrica</i> | 45,4 | 6,9 | 6,3 veces |
| <i>América Latina y Caribe</i> | 52,9 | 4,5 | 11,6 veces |

Fuente:World Bank Report - 1997

Comparando países elegidos, pueden observarse más diferencias significativas en cuanto a la concentración del ingreso (Tabla 2)

**Tabla 2.- Distribución del ingreso. Países Seleccionados
En quintiles y sobre % del Ingreso Nacional**

| PAIS | 20 % más pobre | 20% más rico | Ratio |
|-----------|----------------|--------------|-------|
| Brasil | 2.4 | 62.6 | 26.80 |
| Argentina | 4.4 | 50.3 | 11.43 |
| Italia | 6.8 | 41.0 | 6.03 |
| Japón | 8.7 | 37.5 | 4.31 |
| EE.UU. | 4.7 | 38.7 | 8.91 |

Fuente: World Bank - World Development Report 1991

La posibilidad de recuperar el crecimiento invirtiendo en mitigar el deterioro social en términos de mejora en la distribución del ingreso en América Latina aún no se ha podido evidenciar en los indicadores cuantitativos de desarrollo social. La tendencia es a mostrar una relativa rigidez. Según informe de CEPAL de 1996⁴⁶, sobre cinco países del continente con crecimiento superior al 5%, dos de ellos aumentaron la concentración del ingreso (Argentina y Costa Rica) en tres puntos para el decil más alto. En el caso específico argentino, la sociedad marcha en varias velocidades; una porción significativa (12 millones de personas) está parada o en retroceso, en tanto una pequeña de 600.000 personas continúa avanzando hacia mejores posiciones relativas. La década de los noventa muestra una duplicación de la concentración del ingreso en relación al período 1975-1990, ya que entre el 10% más pobre y el 10% más rico la brecha de ingresos creció 57%, en tanto el PBI se incrementó paralelamente el 51,5%, de tal forma que los ricos se han apropiado de un 24% de excedente de renta. Demostrando la potencialidad negativa de la brecha de ingresos, si en 1990 la diferencia entre el 10% más rico y más pobre era del 15,1%, en 1999 se hizo del 23,7%. De esta forma, a 1999 el 10% más pobre de la población Argentina pasó de recibir el 2,1 % de los ingresos totales al 1,5% (perdió el 0,6%), en tanto el 10% más rico pasó simultáneamente del 33,6% al 36,7% del ingreso.

En el caso de Chile y Panamá, no hubo modificaciones en la amplia brecha preexistente de desigualdad a pesar que el primero de ellos tuvo una sostenida tasa de crecimiento del PBI junto a un nivel de gasto social elevado. Solamente Uruguay pudo exhibir mejoras significativas en la redistribución del ingreso, aumentando cinco puntos sobre los cuatro deciles más pobres y reduciendo a su vez seis puntos en el decil más rico, lo que demuestra un esfuerzo por lograr mejor equidad distributiva. Otros países con tasas más bajas de crecimiento en su PBI también aumentaron fuertemente la desigualdad (Paraguay y Venezuela),

registrando una concentración de siete puntos en el primero sobre su decil mas alto. En tanto, Brasil registró una distribución particularmente segmentada entre núcleos urbanos y rurales, con una fuerte ampliación de la brecha de ingresos fuertemente en estos últimos (Ver Tabla 3).

Tabla 3.- Variaciones en la distribución del ingreso
Países seleccionados – Periodo 1990/96 – En por ciento

| Países | 1990 | 1996 | 1990 | 1996 |
|------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| | 40% más pobre | 40% más pobre | 10% más rico | 10% más rico |
| Argentina | 18,0 | 14,4 | 29,8 | 34,6 |
| Bolivia | 12,1 | 15,1 | 38,2 | 35,4 |
| Brasil | 9,7 | 11,8 | 44,3 | 42,5 |
| Chile | 13,4 | 13,3 | 39,2 | 40,3 |
| Colombia | 13,7 | 11,6 | 34,9 | 41,9 |
| Costa Rica | 17,8 | 17,4 | 24,6 | 27,5 |
| México | 16,2 | 16,8 | 36,9 | 34,3 |
| Panamá | 13,2 | 13,8 | 36,2 | 37,4 |
| Paraguay | 18,6 | 16,1 | 28,9 | 35,2 |
| Uruguay | 20,1 | 21,6 | 31,2 | 25,5 |
| Venezuela | 16,8 | 16,7 | 27,0 | 31,4 |

Fuente: CEPAL – Informe 1996.

La mayoría de los planes de estabilización de la moneda y el descenso de la inflación dentro de la transformación hacia la economía de mercado, si bien permitieron reducir levemente la pobreza en América Latina del 41 al 39% entre 1990 y 1994, demuestran a partir de 1995 que si bien ésta se mantiene invariable o se ha reducido mínimamente, lo más trascendente es que no ha logrado recuperar las cifras históricas de 1980. La pobreza urbana disminuyó levemente como resultado de la dinámica económica, pero las modificaciones en la estructura del empleo y la política salarial -que constituyen el aspecto recesivo de las políticas de estabilización y ajuste- permiten evidenciar no solo una firme tendencia a la concentración del ingreso y de la riqueza neta en los segmentos más altos de la escala social, sino fundamentalmente la pauperización sostenida y creciente de sectores medios de la sociedad. Aún en aquellos países donde la reducción de la pobreza se hizo más

evidente, no se logró mejorar la redistribución en sentido positivo, salvo el caso específico de Uruguay.

Podemos considerar que cuatro factores han condicionado la tendencia a la concentración del ingreso:

- ✓ *La desaparición o fusión de empresas y la tercerización de actividades*, con deterioro del salario mínimo por mayor diferenciación y alargamiento de la pirámide salarial, un fenómeno que tiende a perjudicar más a los asalariados medios que a los más pobres.
- ✓ La relación inversa entre *crecimiento de la productividad* del 30 al 35% y *caída del salario*, más apreciable en los trabajadores “en negro” del orden del 20,5% promedio, que dio lugar a la apropiación de excedentes de renta financiera captados por los sectores de ingresos más elevados y dueños del capital. .
- ✓ La persistencia de la desocupación y subocupación, con oscilaciones permanentes y sin tendencia a la baja, más un incremento del empleo precario sumado al impacto de la política de privatizaciones que ha trasladado al capital privado activos del Estado, con el consiguiente ajuste en la planta histórica del personal y sin una reconversión productiva ni en capacitación para tales trabajadores.
- ✓ *La alta tasa de evasión impositiva empresarial* en aportes y cotizaciones a la seguridad social y al seguro social de salud (y de *evitación* de pago de impuestos), que transfiere un exceso de renta a los propietarios del capital

Tal vez el fenómeno más problemático de la desigualdad en la distribución del ingreso es que afecta con mayor gravedad a los segmentos medios ocupados asalariados, según sean calificados o no calificados, ya que lo habitual es la contracción de demanda de mano de obra no calificada en el sector secundario de la economía. Por su parte, el desempleo abierto ha mostrado una sustancial tendencia a afectar incrementalmente a los estratos de menores ingresos, principalmente jóvenes y adultos con nivel medio de educación y a mujeres. Según las regiones analizadas, un 20% a 40% de la población latinoamericana empleada a jornada completa percibe ingresos inferiores a un mínimo que les permita acceder a niveles básicos de bienestar, no alcanzando a cubrir la canasta básica de bienes y servicios y cayendo por debajo de la línea de pobreza. Se advierte un crecimiento de las actividades laborales de baja productividad, por parte de trabajadores independientes no calificados, asalariados no profesionales e integrantes del servicio doméstico. A pesar de ello, la pobreza estructural se redujo en 1995 en dos puntos porcentuales, del 36 a 34% en las zonas urbanas latinoamericanas, aunque tal reducción de hogares pobres no fue suficiente para evitar que continuara creciendo la pauperización dentro de la masa global de población afectada. Los datos estadísticos de los organismos internacionales señalan un incremento en la población latinoamericana por debajo de la línea de pobreza de alrededor de doce millones de personas solo en el período 1990-94, habiendo pasado su número total de 197 a 209 millones de personas.

Cuatro factores han condicionado la tendencia a la concentración del ingreso.

La persistencia de la desocupación y subocupación

Tal vez el fenómeno más problemático de la desigualdad en la distribución del ingreso es que afecta con mayor gravedad a los segmentos medios ocupados asalariados.

No obstante estos desequilibrios, muchos países latinoamericanos se encuentran dentro de las categorías de Índice de Desarrollo Humano (IDH) mediano o alto. Entre 1960 y 1992, el aumento absoluto del IDH en Latinoamérica (excluyendo Brasil y México) fue de 0,231, una cifra inferior a la de los países desarrollados, aunque superior en términos relativos al promedio de todo el mundo⁴⁷. Según el IDH, Brasil es quien registra fuertes disparidades que son propias a la peor distribución del ingreso entre zonas rurales del noroeste y meridionales urbanas. Para un índice global de 0,756 que lo ubica 63 en el mundo, la zona meridional se ubica en el rango 42, en tanto la región del noroeste lo hace en el puesto 111, con U\$ 2.000 de diferencia en el PBI *per cápita* real. Uruguay muestra un valor de 0,859, que lo ubica en el rango 33, en tanto Argentina y Chile que también se encuentran ubicados entre los 160 países considerados como de desarrollo humano alto (U.N.1992), ocupan las posiciones número 37 y 38 respectivamente. Cercano a ellos se encuentra Costa Rica en el rango 39, y mucho más alejados Paraguay (puesto 84) y Bolivia (puesto 113). Cabe destacar que según el PBN/*cápita*, la categoría correspondiente al ingreso es superior al IDH, lo que significa que esos países *tienen una considerable potencialidad para trasladar tales ingresos a mayor bienestar si logran optimizar los mecanismos de redistribución*. En este punto, Argentina tiene la mejor posición (rango 43), seguida por México (rango 51), Brasil (rango 52), Uruguay (rango 53), Venezuela (rango 55) y Chile (rango 66).

3. Indicadores de calidad de vida, productividad y medición del rendimiento del gasto en salud y educación

La relación entre salud, educación y equidad en América Latina se ha transformado en una compleja trama de análisis, en la medida que su abordaje se vuelve multidisciplinario y aparece permeado por el contexto económico que ya se ha mencionado. ¿Existe un rendimiento decreciente del gasto social de modo que a un punto determinado del mismo resulta más costoso lograr efectividad de resultados? De acuerdo al ingreso por país, en aquellos países de ingresos mediano-bajos, donde se invierte poco en salud y educación, el incremento marginal de una unidad de gasto (dólar o % del PBI) debiera provocar un menor impacto sobre la mortalidad infantil y la expectativa de vida que en aquellos de ingreso mediano-alto donde pequeñas variaciones del nivel de gasto pueden dar lugar a marcados logros en su rendimiento. En tanto, aquellos países de ingreso elevado y cuya expectativa de vida supere los 73 años registrarán un rendimiento marginal decreciente en cuanto a obtener variaciones significativas de los resultados de salud ya mencionados. El punto de giro del rendimiento del gasto parecen poseerlo Argentina y Uruguay. A pesar de liderar el producto bruto capita de América Latina, con \$ 8.030 usdls. para 1995, cifra que duplica el promedio general regional, y poseer un gasto en salud superior a los \$ 600 usdls. , para continuar mejorando la esperanza de vida y la TMI cada vez se requerirán mayores erogaciones que permitan mejorar tales indicadores de resultados, incluyendo lo que configura el gasto en educación.

La relación entre salud, educación y equidad en América Latina se ha transformado en una compleja trama de análisis, en la medida que su abordaje se vuelve multidisciplinario y aparece permeado por el contexto económico

Si analizamos el componente salud de Latinoamérica, podemos apreciar profundas diferencias entre el gasto per capita, el acceso a los servicios de salud, la mortalidad infantil y la expectativa de vida entre diversos países de la región. Se gasta una proporción mayor del ingreso en comparación a otras regiones del mundo como Africa y Asia, pero con la característica que el gasto privado es tan significativo como el del sector público total, acercándose al 3% del ingreso nacional. Esto marca una tendencia paralela a la reforma económica consistente en aumentar el gasto de bolsillo, profundizando la selección adversa dada la heterogeneidad existente entre niveles de ingreso, así como fomentar la organización de los sistemas de salud hacia esquemas semi-privados, llevando a dificultades crecientes en la cobertura y accesibilidad de la población, variables que entrecruzándose determinan marcadas diferencias entre recursos necesarios, ingresos o rentas disponibles y resultados alcanzables.

Si analizamos el componente salud de Latinoamérica, podemos apreciar profundas diferencias entre el gasto per capita, el acceso a los servicios de salud, la mortalidad infantil y la expectativa de vida entre diversos países de la región.

Tabla 4.- Calidad de Vida - Comparación entre Países a 1995
Unidades monetarias expresadas en USDLs.

| País | PBI/ Capita [2] | G. Público Educativo Per capita | % completac. primaria[3] | Gasto salud Per capita [4] | % acceso a serv de salud | Mortalidad infantil por mil | Esperanza de vida [5] |
|-----------|-----------------|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| ARGENTINA | 8.030 | 157.1 | 95 | 570 | 90 | 22 | 73.0 |
| URUGUAY | 5.170 | 72.1 | 97 | 255 | 90 | 17 | 72.4 |
| CUBA [1] | 1.317 | 169.2 | 100 | 145 | 97 | 7 | 76.0 |
| CHILE | 4.160 | 67.4 | 77 | 80 | 98 | 13 | 75.0 |
| BRASIL | 3.640 | 86.5 | 35 | 57 | 81 | 44 | 66.3 |
| MÉXICO | 3.320 | 127.6 | 73 | 200 | 63 | 31 | 72.0 |
| VENEZUELA | 3.020 | 80.0 | 86 | 126 | 60 | 21 | 73.0 |
| PERU | 2.310 | - | 75 | 57 | 48 | 46 | 66.0 |
| COLOMBIA | 1.910 | 46.0 | 59 | 83 | 74 | 26 | 71.0 |
| BOLIVIA | 800 | 34.6 | 44 | 51 | 44 | 69 | 59.3 |
| NICARAGUA | 380 | 36.6 | 43 | 31 | 59 | 46 | 66.6 |

Fuente: BID-Banco Mundial 1996; [1] Ministerios de Economía y de Salud de Cuba 1999; [2] OMS 1995; [3] BID, Datos a 1992; [4] Elaboración propia s/datos por país; [5] OPS, Datos a 1992.

Cuando se estima analizar la situación de salud de la población, en general se utilizan indicadores de primera generación, que más fácilmente se encuentran como material de consulta. En este caso debe tenerse en cuenta que la mortalidad como indicador indirecto permite objetivar cuantitativamente cierto peso de enfermedad, más aún si se toma para ello el componente materno-infantil (T.M.I.)

como indicador de inequidad. Por su parte, la esperanza de vida (EV) permite objetivar circunstancias sociales ya que depende de muchos factores y no solo del sistema de salud. Solo en estos indicadores sanitarios básicos (T.M.I. y E.V.), tomando grupos con diferentes niveles de renta, la dispersión de resultados se aprecia como sumamente grande (Tabla 5). Es posible observar como, luego de cinco años de expansión económica e incremento del PBI entre 1990 y 1995, y con una tasa media anual de crecimiento del orden del 4% (a excepción de México y Nicaragua), ambos indicadores no han logrado alcanzar las metas consideradas ideales para cada país. Se considera que un incremento marginal del 1% del PBI destinado a salud genera una productividad del 0,1% en la reducción de la mortalidad infantil. De allí que en una región donde la tasa de crecimiento económico se ha mantenido elevada, reducir la TMI no solo requiere mejorar la elasticidad/PBI del gasto en salud en el sentido de acciones de promoción y prevención sanitarias efectivas y de garantizar paquetes básicos de salud sobre la población en mayor vulnerabilidad, sino la presencia de un Estado activo que promueva mayor eficiencia y reajustes del gasto social a fin de mejorar otros indicadores no vinculados directamente a los servicios curativos. (ver tabla 5).

Es evidente que la mayoría de los indicadores sanitarios de los países latinoamericanos muestran resultados finales en salud que no se correlacionan con los niveles de ingreso y gasto *per capita*. Por ejemplo, el acceso a los servicios asistenciales es bajo en Bolivia, Paraguay (50%), Venezuela y Perú, en donde se estima que más del 40% de la población encuentra barreras de entrada económicas, geográficas y organizacionales, y la tasa de mortalidad infantil es superior a la estimada aunque gastan en salud un porcentaje acorde a su característica socioeconómica (ver Tabla 1). La misma tasa es significativamente inferior en aquellos países cuyo gasto en salud pública es mayor, como el caso de Cuba (12.3% del PBI) o Chile (7.26% del PBI), en relación con Argentina (7.5%) y Uruguay (8.2%). En general, el perfil de distribución del gasto público en salud tiende a ser progresivo, a pesar de la filtración de los *free-rider* que disponiendo de capacidad de pago utilizan el sector estatal de servicios.

Precisamente para estos dos países los resultados son diferentes ya que si bien tienen tasas bajas, las mismas no se correlacionan con un nivel de gasto *per capita* en salud superior a lo esperado (por ejemplo, Argentina gasta cuatro veces más que Cuba y seis veces más que Chile).

El 40% más pobre de América Latina tiene un peso de enfermedad en cuanto a morbimortalidad por enfermedades prevenibles 4 veces más alta que el 20% más rico (BID,1996). En Venezuela, los municipios más pobres tienen una TMI tres veces superior a la de los que poseen menor nivel de pobreza. Lo mismo ocurre en Perú entre población de Lima y poblaciones rurales, derivada de bajos niveles educativos, desempleo y subempleo, subnutrición e inaccesibilidad a los servicios de salud. Lo que puede apreciarse tanto respecto de la mortalidad infantil y de

La mayoría de los indicadores sanitarios de los países latinoamericanos muestran resultados finales en salud que no se correlacionan con los niveles de ingreso y gasto per capita.

El 40% más pobre de América Latina tiene un peso de enfermedad en cuanto a morbimortalidad por enfermedades prevenibles 4 veces más alta que el 20% más rico.

Tabla 5. Comparación de Indicadores económicos, gasto en salud, mortalidad Infantil y esperanza de vida entre países. Periodo 1986-1995

| País | PBI por | PBI por | Gasto | Gasto | T.MI. | T.MI. | E.Vida | E.Vida |
|-----------|-----------|-----------|----------|------------|-----------|-----------|--------|--------|
| | Habitante | Habitante | Salud | Salud | 1986 | 1995 | 1986 | 1995 |
| | U\$ 1986 | U\$ 1996 | Per | Per | (por mil) | (por mil) | | |
| | | | capita | capita (4) | | | | |
| | | | (4) | U\$ 1995 | | | | |
| | | | U\$ 1988 | | | | | |
| Argentina | 5.274 | 7.220 | 239,1 | 570 | 34 | 22 | 70 | 73.0 |
| Uruguay | 2.882 | 3.830 | 110,5 | 484 | 30 | 17 | 72 | 72.4 |
| Cuba [1] | S/d | 1.317 | S/d | 145 | 11.9 | 7 | S/d | 76.0 |
| Chile | 2.185 | 3.170 | 144,7 | 153 | 20 | 13 | 69 | 75.0 |
| Brasil | 2.692 | 3.185 | 144,0 | 322 | 67 | 44 | 65 | 66.3 |
| México | 2.913 | 3.610 | 123,9 | 155 | 39 | 31 | 67 | 72.0 |
| Venezuela | 2.846 | 3.154 | 243,9 | 102 | 37 | 21 | 70 | 73.0 |
| Perú | 2.191 | 2.093 | 49,6 | 57 | 95 | 46 | 60 | 66.0 |
| Colombia | 1.289 | 1.710 | 87,4 | 83 | 55 | 26 | 65 | 71.0 |
| Bolivia | 772 | 926 | 42,0 | 51 | 117 | 69 | 53 | 59.3 |
| Nicaragua | 831 | 626 | 48,9 | 31 | 69 | 46 | 59 | 66.6 |

Fuente: BM, Informe sobre Desarrollo Humano 1993 y OPS, 1994. BID; América Latina frente a la desigualdad. Informe 1998/99

menores de cinco años y la morbilidad general por enfermedades transmisibles es que su descenso es significativo con el aumento de la renta y/o la reducción de la brecha de ingresos. La mejora en las condiciones de vida permiten el acceso a mayor calidad de vivienda y alimentación, en tanto el logro educativo y la expectativa de vida ascienden con los mismos factores. No obstante, debe advertirse que si bien cuando el ingreso familiar se incrementa ligeramente tiene lugar una rápida ganancia en la esperanza de vida, a partir de determinado nivel de ingresos existe un rendimiento decreciente de forma que para que tal ganancia se mantenga se requiere un esfuerzo económico mayor en la reducción de la brecha social.

Respecto del capítulo *educación*, Latinoamérica destina apreciables recursos (U\$M 50.000 a 1992) al proceso educativo, un promedio de 4.1% del PBI regional (U\$ 112/capita/año), aunque siendo inferior al promedio internacional, así como 0,6% menos que África y 1,4% menos que los países de la OCDE (BID, 1996). Pero si se lo compara en términos de asignación en los distintos niveles educativos, es

mayor en el componente primario y se reduce en la educación secundaria. Según el informe del BID, Ecuador y Brasil muestran una tendencia regresiva en la estructura global del gasto, si bien en educación básica se manifiesta como más progresivo en la mayoría de los países.

Lo que sugiere la inequidad en la asignación de tal volumen de recursos son las diferencias en las tasas de matriculación primaria, secundaria y terciaria, que difieren significativamente entre países y también dentro de estos entre diferentes regiones, más aún cuando el efecto más importante no es la cantidad de dinero que recibe cada grupo, sino la efectividad del mismo en cuanto a cobertura y nivel real de calidad educativa (BID,1996). *Un incremento marginal del 1% del PBI sobre el promedio actual de gasto regional (4,2%) genera solo un aumento de productividad del 2,4% en el número de matriculados que completa el cuarto grado de la matrícula primaria.* De allí que la elasticidad/PBI del gasto educativo sea una variable importante, siempre que se acompañe de una adecuada efectividad del mismo, ya que es posible obtener *tasas de completación* a costos más bajos, como ocurre con Chile y Uruguay, si se lo compara con Brasil donde un resultado poco eficiente se relaciona con un gasto superior al de tales países. En materia del gasto público (estatal), su tendencia es a concentrarse en el ciclo primario donde es más progresivo en su distribución, especialmente en los quintiles más bajos de población. A pesar de ello, el índice promedio de *completación* de la región apenas alcanza el 52% (*sobre más del 90% de los niños que comienzan la escuela primaria, solo 47% la termina*). Solo dos de cada tres niños completan el cuarto grado del mismo ciclo. En tanto, la tasa de matriculación secundaria es del 23% promedio, mostrando también idénticas diferencias significativas entre países.

Quien posee el más alto nivel de gasto social efectivo en el componente *educación* es Cuba, con U\$ 169/*capita/año* (13.9% del PBI), seguido por Argentina, Costa Rica y Panamá, quienes destinan entre 100 y 145 dólares anuales por habitante, en tanto Chile, Colombia, Ecuador, México, Uruguay y Venezuela gastan entre 46 y 80 dólares por habitante. Perú, Paraguay, Bolivia entre los restantes no superan los 40 dólares per cápita (CEPAL,1996). En cuanto a la efectividad del gasto, Colombia y Bolivia gastan menos de la mitad de la media del gasto regional y sus resultados educativos son inferiores a lo esperado (completan primario entre el 57% y el 45% respectivamente. Chile y Uruguay logran mejores indicadores a un costo relativamente más bajo (77% y 97%), en tanto Brasil con un gasto superior al esperado tiene un resultado relativamente deficiente (35%) (BID,1996), debido a la ineficiencia del sistema educativo y en parte por factores extraeducativos, como el entorno social y ciertas características innatas de la población. El nivel educativo de la población se entrecruza con el nivel de salud en dos aspectos. En primer lugar por la adquisición de habilidades y destrezas para generar rentas futuras y mejorar la elasticidad/ingreso del capítulo salud. En segundo término, respecto del conocimiento y los cambios que éste produce en los comportamientos, en relación a hábitos más saludables de vida a nivel individual y colectivo.

3. Reforma sanitaria y equidad social. Cómo acercar la teoría a la práctica

Durante la década 1980-90 el Estado presentó problemas significativos para hacer frente al desafío de eficiencia y equidad. El asistencialismo como práctica distorsiva de la política social, la ineficiencia de los servicios públicos y el peso de la hiperinflación más el *deficit* fiscal afectaron sensiblemente las cuestiones vinculadas a la reducción de la brecha social. Posteriormente, los agudos problemas que fueron apareciendo durante los períodos de ajuste, exacerbados luego con el auge del mercado, dejaron establecida una profunda brecha entre la segmentación creciente en la distribución del ingreso y las posibilidades reales de resolver la injusticia y la pobreza. En este contexto, el panorama económico y social de Latinoamérica se fue haciendo cada vez más complejo, ligeramente positivo en lo macroeconómico, estable en lo político pero marcadamente negativo en lo social. La pobreza contemporánea se consolidó como exclusión social.

La política social para el próximo siglo, dentro de la cual la salud es un eje central, y a su vez resultado final de múltiples acciones interrelacionadas, deberá tener en cuenta los cambios producidos en la familia, el trabajo y el Estado de Bienestar. La creciente diversidad en la constitución de los grupos familiares, muchas de ellas monoparentales, las transformaciones que el envejecimiento determina en el cuidado de la salud dentro del propio seno familiar y los factores que vinculan la relación familia-trabajo-renta se presentan como los mayores retos sociales en un mundo global donde la eficacia económica también resulta de una adecuada conexión entre los entornos delimitados por el propio mundo del trabajo y el contexto social en cuanto a educación y salud de la familia. Por tal motivo, mejorar el acceso a la salud y la educación a quienes hoy están en situación de mayor vulnerabilidad se ha transformado en el desafío central, a pesar de cierta retirada del Estado del campo de la política social integral.

El término específico *reforma* adaptado al sector salud, puede conceptuarse como *una serie de actividades destinadas a cambiar las políticas de salud y las instituciones a través de las cuales se implementan, comprendiendo dentro de estas las estructuras y sistemas de gestión.* La nueva orientación focalizadora de la política social, incluyendo educación y salud, implica avanzar en el sentido de promover equidad sobre los más desprotegidos, en tanto puedan articularse los mecanismos para equilibrar el crecimiento económico y promover luego el desarrollo social. Pero esta no es una tarea sencilla, y mucho menos una instancia posible de resolver en el corto plazo, con un Estado débil en sus políticas y sometido a ajustes crecientes en el gasto social. Si el crecimiento económico se expresa como la expansión del producto social en un tiempo dado, la salud y la educación como productores de bienes y servicios pueden ser instrumentos para potenciar tal crecimiento, en tanto sean capaces de contribuir a aumentar el producto bruto interno en el lapso temporal determinado. El incremento del “producto social” con relación a su frontera de

La nueva orientación focalizadora de la política social, implica avanzar en el sentido de promover equidad sobre los más desprotegidos, en tanto puedan articularse los mecanismos para equilibrar el crecimiento económico y promover luego el desarrollo social.

posibilidades de producción (el máximo producto social que pueda lograrse dados los recursos disponibles y la eficiencia del proceso) o producto potencial, es función directa de variables como el capital social o humano, la frontera tecnológica y la capacidad productiva e intelectual de los recursos humanos y configura el nivel de desarrollo económico posible de alcanzar. El principal desafío está así centrado en hacer mas equitativo el acceso al conocimiento y evitar la vulnerabilidad de la enfermedad y sus secuelas sobre el capital humano, ya que la variable tecnológica es capital financiero dependiente.

Un aspecto central a la reforma sanitaria es no perder de vista el concepto de equidad en aras de la eficiencia. Uno y otro pueden ser contradictorios, como sugiere Stiglitz, si no se los combina adecuadamente. En la política sanitaria, si bien la equidad se explicita como uno de los objetivos centrales de la reforma sectorial, las recetas que pretenden aplicarse se centran en intervenciones de fuerte sesgo economicista, donde la *eficiencia* parece mas trascendente. Pero el proceso reformador demuestra mayor interés por la atención de la enfermedad, y en lugar de promover mecanismos que involucren a la comunidad en el proceso de producción de salud, se definen prioridades y diseñan políticas que tienen como objetivos la sola transformación de las organizaciones financiadoras y prestadoras.

Un aspecto central a la reforma sanitaria es no perder de vista el concepto de equidad en aras de la eficiencia.

La ideología que posea la reforma marcará su rumbo. Podrá ser más sanitaria que económica o viceversa. Lo cierto es que en ambos casos el proceso que determine la misma resultara en una serie *ininterrumpida de cambios graduales, flexibles y progresivos* en el largo plazo, no siendo un evento coyuntural con comienzo y fin predeterminados como se pretende a veces hacerlo creer. Paradójicamente, salud es uno de los ejemplos donde puede llegar a armonizarse el interés del Estado con la lógica del mercado. Reforma mediante, una intervención estatal *finamente moduladora*, que neutralice los componentes monopólicos del mercado —común al sector de servicios de salud— y reasigne eficientemente los recursos disponibles sin perder efectividad ni competitividad, puede incrementar significativamente las oportunidades sociales que permitan a todos los individuos disponer de un acceso digno y equitativo a la atención de la salud. De lo contrario, las consecuencias negativas de ciertas reformas competitivas orientadas excluyentemente hacia el mercado de los servicios de salud, sin un equilibrio mínimo en la redistribución social de las riquezas, demostrarán que la ampliación en la desigualdad en la asignación de la renta, los profundos cambios que registra la estructura del mercado laboral con la modificación de la actividad productiva y la reducción en el total de recursos financieros disponibles dentro del gasto social son datos claves para analizar y explicar el por qué de ciertas variables de peso que cristalizaran a futuro las inequidades en salud en el seno de la población.

4. A manera de conclusión

Lamentablemente, en el ideario social la salud es como la libertad. No se la aprecia sino cuando se la pierde. ¿Qué es la salud sino una batalla final contra nuestras propias debilidades? Aún es posible de lograr una sólida política sanitaria, concertada y sustentable en el tiempo, Si no es así, habremos perdido la apuesta a futuro. La sociedad en su conjunto solo podrá tener mejores oportunidades para su desenvolvimiento si se reducen las iniquidades que inexorablemente conducen a la conflictividad social. Y la batalla por la salud es parte de esas oportunidades. El desafío es *repensar* el modelo sanitario. Si desde el campo sanitario y social sumamos esfuerzos sin mezquindades de ningún tipo, habremos construido un puente hacia la equidad. De lo contrario, sonará paradigmática la frase del maestro de la salud argentina Ramón Carrillo “De nada sirve la ciencia medica si no encontramos un dispositivo apto para que la salud llegue a su real destinatario, el pueblo.

Lamentablemente, en el ideario social la salud es como la libertad. No se la aprecia sino cuando se la pierde.

Bibliografía

1. The Economist ; artículo traducido por el Diario La Nación; Sup. Económico; Pag 2 ; 17 de enero de 1996
2. Fuentes, Carlos; *Prólogo al Informe de la Comisión Latinoamericana y del Caribe sobre el Desarrollo Social*;1995.
3. Kliksberg, Bernardo; *El rediseño del Estado. Una perspectiva internacional*, Fondo de Cultura Económica, México, 1994
4. López Vázquez, J., Juárez Ruiz, C. y col. *Tendencias del sector salud y de la Seguridad Social*. CIESS, México, 1999
5. Médici, André. *Economía e financiamiento do setor saude no Brasil*. Paper de la USP. 1994
6. CEPAL; *Panorama social de América Latina*; Edición de 1996
7. Banco Interamericano de Desarrollo; *Progreso Económico y social en América Latina. Informe 1996*. Washington DC
8. Banco Interamericano de Desarrollo. *América Latina frente a la desigualdad. Informe 1998-1999*. Washington D.C.
9. Frenk, J; Bobadilla, J.L; Lozano ,R y ot. ; *Elementos para una teoría de la transición de la salud*; *Health transition review*; Vol 1, Nro. 1, 1991
10. Seedhouse, David ;- *Reforming Health Care. The Philosophy and practice of International Health Reform*; Ed. Wiley 1995.
11. Mussgrove, Phillip ; *Medición de la equidad en materia de salud*; *Paper of the World Bank*.- 1995
12. Martorelli, Héctor; *Una propuesta para el análisis de la política social*; en “*Las Políticas Sociales en el Cono Sur*”; Edición del CLAEH; Uruguay; 1994
13. Ministerio de Salud de Perú. *Cuentas Nacionales de Salud*. 1998
14. Ministerio de Salud Pública de Cuba; *Situación de Salud, indicadores básicos*; 1997

15. Ministerio de Economía de Cuba. *Cuentas Nacionales. 1999*
16. Fundación Mexicana para la Salud; *Economía y salud. Informe final; 1994. México*
17. OMS. *The World Health Report 1998; Ginebra; Suiza*
18. Del Prete, Sergio; *Aspectos filosóficos de la reforma del sector salud. Documentos del CIESS, México, 1999.*
19. Miranda Radic, Ernesto. *La salud en Chile. Evolución y perspectivas; Centro de Estudios Públicos; Chile; 1994.*



EJERCICIOS Y ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

PRIMER EJERCICIO

Ejercicio individual y deberá enviarse al Dr. Sergio Horis del Prete.

Defina si en su país se ha llevado a efecto una reforma sanitaria silenciosa o estructural y delimite los componentes filosóficos y legales que le dieron lugar a partir de enunciar las acciones incorporadas como herramientas a la macro, meso y microgestión sanitaria.

Extensión: de dos a tres páginas.

Módulo II. Planeación estratégica en servicios de salud

INTRODUCCIÓN

Este material de estudio está encaminado a ser un documento que vierta conceptos de autores reconocidos en la materia, así como intercalar las experiencias académicas en el desarrollo de ejercicios de planeación estratégica que, como parte de la currícula y como técnica para elaborar trabajos finales, se han elaborado en los diplomados de gerencia del CIESS, y no pretende ser un documento que trate de abordar exhaustivamente el tema desde el punto de vista documental.

El tema se desarrolla en relación con un modelo académico, que contempla los elementos más importantes que se encuentran en cualquier modelo consultado en la literatura, enriqueciéndose con los ejemplos, las experiencias y productos que se han desarrollado como trabajos presentados en nuestros diplomados.

La idea básica está centrada en ser una guía de fácil comprensión para desarrollar un ejercicio de planeación estratégica, con el apoyo de su material didáctico y una asesoría como la que se propone en la metodología de educación a distancia, a fin de desarrollar una mente estratégica.

Es importante que aceptemos que ninguno es el dueño de la verdad y que no se debe considerar la propuesta como algo dogmático e inamovible, de ahí que sea muy importante que usted, sobre todo si ha tenido conocimientos y experiencias previas, de creerlo conveniente, haga aportes sustentados al desarrollo del modelo académico que redunden en el mejoramiento futuro de este material, como ha sucedido con experiencias anteriores.

El módulo se divide en dos temas: el primero, llamado de la Administración a la planeación estratégica, tiene como objetivo identificar conceptos con relación a lo que es la administración, la planeación, la estrategia y la planeación estratégica.

El tema dos se enfoca a conceptos e instrucciones en relación con la elaboración de un ejercicio de planeación estratégica, teniendo como base un modelo académico utilizado en los casos de instituciones de seguridad social.

El modelo que proponemos para elaborar el ejercicio de planeación estratégica, y que se presentará como parte de su evaluación al final del Diplomado, es el siguiente:

1. Elaborar la misión de la organización.
2. Elaborar la visión de la organización.
3. Definir los valores más importantes de la organización.
4. Análisis situacional de la organización:
 - * Diagnóstico externo.
 - * Diagnóstico interno.

5. Definir los objetivos estratégicos de la organización.
6. Utilizar herramientas para crear y definir tipos de estrategia por utilizar.
7. Elaborar un plan estratégico.
8. Definir la manera de evaluación.



OBJETIVO

- Contar con los elementos técnicos adecuados para elaborar un ejercicio de planeación estratégica, de acuerdo con el nivel de responsabilidad del participante.

PALABRAS CLAVE

Administración
 Proceso administrativo
 Planeación
 Estrategia
 Planeación estratégica
 Misión
 Visión

Valores
 Objetivos
 Diagnóstico externo e interno de la organización
 Estrategias
 Plan Estratégico
 Evaluación

TEMAS

1. De la administración a la planeación estratégica.
2. Ejercicio de planeación estratégica.

Autor de todos los temas: Sergio Orozco Zúñiga.



EJERCICIOS Y ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Primer avance del trabajo final
 (esta actividad puede ser individual o grupal)

Desarrolle los siguientes puntos:

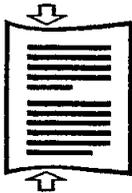
- A. El análisis de las oportunidades y amenazas que encontraba la reforma sanitaria antes de su aplicación y cómo se han comportado tales variables a posteriori de la misma.
- B. El análisis de las fortalezas y debilidades de su área de responsabilidad de acuerdo al nuevo modelo y elabore la matriz de posicionamiento.
- C. De acuerdo con lo que ha observado plantee una visión y una misión de su organización ante los nuevos retos.

Extensión máxima de toda la actividad: cuatro páginas.

Nota: usted deberá enviar este avance al tutor asignado al inicio del Diplomado para el trabajo final.

Tema 1. De la administración a la planeación estratégica

Por Sergio Orozco Zúñiga



Resumen

El primer tema denominado de la Administración a la planeación estratégica, nos introduce a través de varias citas de autores reconocidos a tratar de entender qué es la administración en términos muy generales, qué es y cómo está constituido el proceso administrativo, haciendo énfasis en que en todas las clasificaciones se encuentra como primer elemento de la planeación.

A continuación y recorriendo varios conceptos y autores, conoceremos qué es la planeación, algunas de sus características y clasificaciones.

El siguiente elemento que estudiaremos es el concepto de estrategia y las múltiples interpretaciones que tiene el término, dentro de la organización, así como el uso que se le da cuando nos referimos a la manera en que se logran los objetivos.

Teniendo los conocimientos previos, nos introducimos al concepto de lo que es propiamente la planeación estratégica, haciendo énfasis que existen muchos modelos, y que éste se debe adoptar de acuerdo con cada organización.

Tema 1. De la administración a la planeación estratégica

Por Sergio Orozco Zúñiga

¿Qué es la Administración?

La palabra administración proviene de dos vocablos latinos
AD (dirección para, tendencia para)
MINISTERE (Subordinación u obediencia)

Algunos ejemplos de definiciones nos ayudarán a conceptualizar más ampliamente este término:

La administración consiste en orientar, dirigir y controlar los esfuerzos de un grupo de individuos para un objetivo común.

La administración es el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar los esfuerzos de los miembros de la organización, y de aplicar los demás recursos de ella para alcanzar las metas establecidas.

(James Stoner)

El arte de lograr que se hagan ciertas cosas a través de las personas.

(Mary Parker Follet)

La administración es nada más que la conducción racional de las actividades de una organización, trata del planeamiento, de la organización (estructuración), de la dirección y del control de todas las actividades diferenciadas, por la división del trabajo que ocurren dentro de la organización.

(Idalberto Chiavenato)

Ciencia compuesta de principios, técnicas y prácticas, cuya aplicación a conjuntos humanos permite establecer sistemas racionales de esfuerzo cooperativo, a través de los cuales se pueden alcanzar propósitos comunes que individualmente no se pueden lograr en los organismos sociales.

(Wilburg Jiménez Castro)

La administración se define como el proceso de diseñar y mantener un ambiente en el que las personas, trabajando en grupos, alcancen con eficiencia metas seleccionadas.

(Harold Koontz)

Lo referido anteriormente lo interpretamos como el supeditarse a un procedimiento para lograr objetivos, además de considerar las ideas, la presencia de un líder y sus seguidores, así como el logro de objetivos a través de otras personas, llegándose a incluir en algunas ocasiones el mismo proceso administrativo.

La administración se define como el proceso de diseñar y mantener un ambiente en el que las personas, trabajando en grupos, alcancen con eficiencia metas seleccionadas.

El estudio de la administración se ha realizado de acuerdo con varios enfoques, que han sido representados por varias escuelas como son:

- El enfoque clásico de la administración o escuela de Frederick Taylor.
- Teoría clásica de la administración de Henry Fayol.
- Escuela de las relaciones humanas.
- Escuela estructuralista.
- Escuela de sistemas.
- Escuela cuantitativa.
- El Neohumanorrelacionismo.
- La Administración por objetivos.
- Teoría de la decisión y desarrollo organizacional.
- Teoría de la contingencia y de la organización.

Cada una de las escuelas ha enriquecido el conocimiento de lo que es la administración, y ninguna es excluyente, por lo que es recomendable que los interesados realicen un estudio de cada una de ellas, como una actividad complementaria individual, ya que el tema alcance de este documento.

¿Qué es el proceso administrativo?

A partir de Henry Fayol, que dividió al acto de administrar en cinco etapas, planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar, los estudiosos del tema desde el punto de vista académico, consideran a la administración como una actividad dinámica, que consta de varias etapas, que pueden ser de dos a nueve dependiendo de los autores consultados, pero prácticamente en todos se presenta como la primera etapa a la planeación.

¿Qué es la planeación?

Varios autores han tratado de definir la planeación como lo veremos a continuación:

- Decidir con anticipación, qué hacer, cómo hacerlo, cuándo hacerlo y quién debe hacerlo.
- Previsión, acto de examinar el futuro. Lo describe en términos de fijar objetivos, tomar decisiones y establecer planes de acción.

(Sergio Hernández y Rodríguez)

- Es la tarea de trazar las líneas generales de las cosas que deben ser hechas y los métodos para hacerlas, con el fin de alcanzar los objetivos de la empresa.

(Luther Gurlick)

- Planear implica proyectar en forma consciente la acción futura, por tanto, es un proceso intelectual que requiere tiempo, atención y dedicación suficiente para establecer los resultados que se esperan y la forma en que se pretende lograrlos.

(Jorge Barajas Medina)

- Función administrativa que consiste en elegir entre las diferentes posibilidades reales de acción completa, dentro del campo de cualquier función, la más eficaz o productiva y en descomponer ésta en funciones o actividades.

(Manuel Estrada)

- Consiste en determinar el curso concreto de acción que habrán de presidir y orientar, la fijación de tiempos, unidades necesarias para su realización.

(Agustín Reyes Ponce)

- Si consideramos el punto de vista sanitario, de acuerdo a Schaefer de la Organización Mundial de la Salud: la planeación es un proceso metódico consistente en definir un problema por análisis, para satisfacer las necesidades y demandas no satisfechas que constituyen el problema, fijar unos fines realistas y posibles, determinar el orden de prioridades, inventariar los recursos necesarios, conseguir y proyectar las acciones administrativas, considerando las diversas estrategias de intervención posible para resolver problemas (Pineault, 1995:14).

Todas las definiciones tratan de describir el complejo concepto de lo que es la planeación, y hay que considerar como nos dice James Stoner (Stoner, 1989:14) que los planes dan a la organización sus objetivos y fijan el mejor procedimiento para obtenerlos. Además, le permiten:

Los planes dan a la organización sus objetivos y fijan el mejor procedimiento para obtenerlos.

1. Que la organización consiga y dedique los recursos que se requieran para alcanzar sus objetivos.
2. Que los miembros realicen las actividades acordes a los objetivos y procedimientos escogidos.
3. Que el progreso sea vigilado y medido para imponer medidas correctivas en caso de ser insatisfactorio.

Por otra parte, Reynald Pineault (Pineault, 1995: 123) refiere que se pueden identificar ciertos elementos que caracterizan al proceso de planeación, como son:

- Hechos relacionados con el futuro.
- Relación de causalidad entre la acción tomada y los resultados.
- La acción.
- Proceso continuo dinámico.
- Naturaleza multidisciplinaria.

Hay características que persisten como son: el hecho que trabajamos con ideas, el que es un proceso, el estar presente la elección y decisión, y siempre el hacer referencia hacia hechos futuros.

Hay características que persisten como son: el hecho que trabajamos con ideas, el que es un proceso, el estar presente la elección y decisión, y siempre el hacer referencia hacia hechos futuros.

Diferentes clasificaciones de la planeación:

En relación con su cobertura: se puede clasificar

De acuerdo al tiempo:

- | | |
|---------------------------------------|------------------------|
| • Largo plazo de cinco años o más: | Planeación estratégica |
| • Mediano plazo de tres a cinco años: | Planeación táctica |
| • Corto plazo de un año: | Planeación operativa |

De acuerdo al aspecto espacial

- Internacional
- Nacional
- Regional

De acuerdo a su aspecto funcional:

- Global
- Sectorial

Si se toma en cuenta el nivel dentro de la organización quien la realiza,

- Alta gerencia o **estratégica**
- Mandos intermedios o **táctica**
- Personal operativo u **operativa**

De acuerdo al nivel o extensión del proceso, Pineault (Pineault, 1995:15) refiere que se puede clasificar en:

- **Planeación normativa** que es la que puede conducir a cambios de valores o de ideología (equidad o igualdad) Responde a la pregunta ¿qué deberíamos hacer?
- **Planeación estratégica** a este nivel se deciden prioridades de acción y las alternativas entre diferentes orientaciones, responde a la pregunta ¿qué vamos a hacer?
- **Planeación táctica o estructural**, a este nivel concierne la definición de los objetivos generales, se estructuran y programan las actividades y los recursos para alcanzar los objetivos fijados, el producto de esta etapa en el programa y proyectos.
- **Planeación operativa**, en este nivel se fijan los objetivos operacionales a más corto plazo.

En este nivel se fijan los objetivos operacionales a más corto plazo.

Las etapas de la planeación de acuerdo a Taylor CE. (Pineault, 1995:32):

1. Planeación de la planeación, es decir, la fase preliminar; propiamente la puesta a punto de un equipo de planeación.
2. Establecimiento de la política general y de los fines perseguidos de acuerdo con los del organismo responsable.
3. Recogida de información que contribuya a la identificación de los problemas.
4. Determinación de las prioridades entre los problemas identificados.
5. Preparación del plan explicitando las diferentes alternativas.
6. Elaboración detallada del plan, es decir, el programa.
7. Puesta en marcha.
8. Evaluación del proceso de implementación y del programa.

¿Qué es estrategia?

La palabra estrategia es tomada del área militar, y tiene su origen en la palabra griega “estrategos “ que significa general o lo que se refiere a las actividades del general.

La palabra estrategia es tomada del área militar, y tiene su origen en la palabra griega “estrategos “ que significa general o lo que se refiere a las actividades del general.

Cuando tratamos de adentrarnos y de comprender lo que es una estrategia, nos encontramos con una pléyade de interpretaciones como lo veremos a continuación, al mencionar alguna de las definiciones y de las interpretaciones de varios autores:

Estrategia es el arte de preparar un plan de campaña.

El arte de dirigir una armada hacia una posición decisiva.

El arte de explorar las posiciones donde el mayor número de tropas debería ser colocadas para ganar la batalla.

(Charles H Tabel)

Estrategia es un enunciado para una organización sobre las prioridades e inversiones, la penetración de la gerencia y la forma de cómo utilizar sus ventajas y corregir sus limitaciones para conseguir oportunidades y evitar amenazas.

(William E. Rothschild)

Estrategia es la fórmula para alcanzar el éxito, en el mundo de los negocios, es el plan para lograr el mejor rendimiento de los recursos, la selección de la clase de negocios en qué participar y el esquema para obtener una posición favorable en el mercado, es la estructura para establecer relaciones con el siempre cambiante mundo exterior.

(Theodore A. Smith)

La mejor definición de estrategia es mirando el propósito, para promover tanto dirección como cohesión a una empresa, promover dirección es el objetivo tradicional asignado a la estrategia, para darle a una empresa un sentido de propósito y de misión.

(Hugo E. R. Uytterhoven)

La estrategia de la organización es la respuesta a dos preguntas ¿ Qué es nuestro negocio? y ¿qué debería de ser?

(Peter Drucker 1954)

Estrategia "como la determinación de metas y objetivos básicos de largo plazo de la empresa, la adopción de los cursos de acción y la asignación de los recursos necesarios para lograr dichas metas".

(Alfred Chandler 1962)

Estrategia es el patrón de los objetivos, propósitos o metas y las políticas y planes para conseguir dichas metas, establecidas de tal manera que definan en qué clase de negocio la empresa está o quiere estar y qué clase de empresa es o quiere ser. Es un modo de expresar un concepto persistente de la empresa de un mundo en

evolución, con el fin de excluir algunas nuevas actividades posibles y sugerir la entrada de otras.

(Kenneth, Andrew 1965)

Estrategia como el lazo común entre las actividades de la organización y las relaciones producto – mercado tal que definan la esencial naturaleza de los negocios en que está la organización y los negocios que la organización planea para el futuro.

(Igor Ansoff 1976)

Estrategia es el patrón o plan que integra las principales metas y políticas de una organización, y, a la vez, establece la secuencia coherente de las acciones a realizar. Una estrategia adecuadamente formulada ayuda a poner orden y asignar, con base tanto en sus atributos como en sus deficiencias internas, los recursos de una organización, con el fin de lograr una situación viable y original, así como anticipar los posibles cambios en el entorno y las acciones imprevistas de los oponentes inteligentes.

(James Brian 1980)

Idalberto Chiavenato (Chiavenato, 1989:276), nos dice que el antiguo concepto militar define a la estrategia como la aplicación de fuerzas a gran escala contra algún enemigo, en tanto que en el ámbito empresarial podemos definir estrategia como la movilización de los recursos de la empresa en el ámbito global tratando de alcanzar objetivos a largo plazo.

Koontz y Donnell nos hacen reflexionar que dentro de las múltiples acepciones de la palabra estrategia, generalmente tienen dos interpretaciones, una la que define como adjetivo que implica:

1. Lo que es característico de un mando supremo.
2. Lo que es, por lo mismo, de una amplitud mucho mayor en cuanto a los campos que abarca.
3. Lo que es, por la misma razón de la máxima importancia o influencia.
4. Lo que, como una consecuencia, se refiere a un período de tiempo más largo.

Existe una segunda interpretación que la definen como sustantivo y que implica:

1. Para identificar un elemento concreto de la planeación.
2. Lo que implica por sí mismo “ algo activo “, algo que se debe hacer.
3. Como una decisión acerca de cómo usar los recursos disponibles para obtener fines primordiales, ante la presencia de obstáculos.

De acuerdo a James Stoner (Stoner; 1989: 128) el concepto de estrategia puede definirse desde dos perspectivas:

Estrategia es el patrón o plan que integra las principales metas y políticas de una organización y, a la vez, establece la secuencia coherente de las acciones a realizar.

De acuerdo a lo que la organización intenta hacer "es el programa general para definir y alcanzar los objetivos de la organización y poner en practica su misión. La formulación activa de la estrategia se llama planeación estratégica (*a priori*) Mientras que, de acuerdo a lo que hace: "el patrón de las respuestas de la organización a su ambiente a través del tiempo "*(a posteriori)*. Menciona que la estrategia crea una dirección unificada para la organización basándose en sus diversos objetivos, y orienta la movilización de los recursos empleados para mover a la organización hacia dichos objetivos. Algunas de las características de las estrategias son:

- 1.- Tener un horizonte temporal amplio (largo plazo).
- 2.- Un impacto final importante.
- 3.- Concentración de esfuerzos (pocos fines).
- 4.- Patrón de decisión uniforme (en toda la organización).
- 5.- Capacidad de penetración (a toda la organización).

De acuerdo con Henry Mintzberg, hay múltiples definiciones de lo que es una estrategia:

1. **La estrategia como plan:** es un curso de acción conscientemente determinado, una guía para abordar una situación específica. De acuerdo a esta definición la estrategia tiene dos características esenciales: se elabora antes de las acciones y se desarrolla de manera consciente y con un propósito determinado.

En la milicia: la estrategia implica " trazar un plan de guerra... . dirigir las campañas individuales y, a partir de ello, decidir los comportamientos individuales.

(Von Clausewitz 1976)

En la teoría de juegos la estrategia es "un plan completo", que especifica las elecciones (que el jugador) hará en cada situación posible.

(Von Newman y Morgenstern, 1994)

En la administración: "La estrategia es un plan unificado, comprensible e integral diseñado para asegurar que los objetivos básicos de la empresa sean alcanzados.

(Glueck 1980)

2. **Como pauta de acción:** o sea una maniobra para ganar la partida al contrincante o competidor.

3. **La estrategia como patrón:** la estrategia como un modelo, específicamente como un patrón en el flujo de acciones. En otras palabras, la estrategia es consistencia en el comportamiento, tanto si es intencional como si no lo es.

La estrategia tiene dos características esenciales: se elabora antes de las acciones y se desarrolla de manera consciente.

La estrategia es consistencia en el comportamiento.

4. **La estrategia como posición:** o sea un medio para ubicar una organización en un “ medio”. La estrategia representa un nicho; en términos económicos, un lugar que genera rentas, esto es, ingresos surgidos de un lugar único; en términos administrativos el dominio del producto en el mercado.
5. **La estrategia como perspectiva:** aquí, la estrategia no solo implica la selección de una posición sino una manera particular de percibir el mundo. En este sentido, la estrategia es para la organización lo que la personalidad es para el individuo. Lo que los antropólogos hacen referencia a la cultura y los sociólogos a su ideología.

De acuerdo a Jorge Hermida (Hermida, 1992:199).La estrategia para la administración básicamente se entiende como la adaptación de los recursos y habilidades de la organización al entorno cambiante, aprovechando sus oportunidades y evaluando sus riesgos en función de objetivos y metas. En pocas palabras, estrategia básicamente sería la forma o el camino que la empresa sigue para adaptarse al contexto y lograr objetivos.

Estrategia básicamente sería la forma o el camino que la empresa sigue para adaptarse al contexto y lograr objetivos.

El concepto de estrategia es muy difícil de definir. La forma más fácil de poder analizarlo es tomarlo como cuatro elementos que se complementan y forman un todo. Los elementos son:

- 1) Visión
- 2) Posicionamiento
- 3) Plan
- 4) Patrón integrado de comportamiento

Visión: se refiere a la visión del número uno de la empresa. Qué visión tiene del futuro de la misma, qué quiere que la empresa sea en el futuro, en qué negocios entra, cuáles elimina, cuáles mantiene, etc.

Posicionamiento: se debe elegir un tipo de consumidores y lograr un lugar en su mente. Para lograrlo se deben elegir “ impulsores de posicionamiento “ (por ejemplo, para Mc Donald´s toma como impulsores en todo el mundo la limpieza, la rapidez, la buena atención y hamburguesas estilo americano.

Plan: la visión y el posicionamiento permiten fijar objetivos y metas. A partir de éstos se elabora un plan estratégico para alcanzar la visión y el posicionamiento deseados.

Patrón integrado de comportamiento: quiere decir que todos los integrantes de la empresa deben conocer la estrategia y trabajar en función de ésta, por lo que es totalmente necesario contar con una estrategia explícita (todas las empresas tienen una estrategia, cuando es implícita no se elabora por un proceso abierto de

análisis, sino que en general surge por “ accidente “ a lo largo del tiempo y se va adecuando a medida que transcurre el tiempo)

De acuerdo con Kenichi Ohmae:

Estrategia: son las acciones que tienen como fin directo alterar la fortaleza de la compañía, en relación con la de sus competidores en la forma más eficaz.

La estrategia se define por la manera en que la corporación se esfuerza por distinguirse, en forma positiva, de sus competidores, empleando sus puntos relativamente fuertes para lograr mejor satisfacción de las necesidades del cliente (Ohmae, 1998: 96).

Una estrategia no es otra cosa que un plan de acción para maximizar las fortalezas propias contra las fuerzas en pugna dentro del ámbito del negocio (Ohmae, 1998: 262).

Clasificaciones de estrategias

De acuerdo a Michael Porter (Porter, 1982: 56), clasifica a las estrategias en relación a que permiten a las organizaciones obtener una ventaja competitiva en:

1. **Liderazgo en costos** (tener precios más bajos que la competencia y ganar participación en el mercado).
2. **Diferenciación** (mejor servicio, mayor compatibilidad, mayor comodidad, más características etc.).
3. **Enfoque** (atención de las necesidades distintivas de un segmento del mercado).

De acuerdo a Jorge Hermida (Hermida, 1992: 201) las estrategias se pueden clasificar por niveles:

- **Nivel 1. Estrategia corporativa:** es la de nivel más alto, es la que decide los negocios a desarrollar y los negocios a eliminar así como la asignación de recursos.
- **Nivel 2. Estrategia de negocios:** es la estrategia específica para cada negocio, cómo se va a manejar el negocio, qué cartera de productos va a desarrollar la empresa, de qué forma se posicionará y competirá, etc.

- **Nivel 3. Estrategias funcionales:** son las estrategias correspondientes a las áreas funcionales como marketing, producción, finanzas.

De acuerdo a Fred David (David, 1997: 54), las podemos clasificar de la siguiente manera:

1. Integración hacia adelante (aumentar el control sobre distribuidores).
2. Integración hacia atrás (aumentar el control sobre los proveedores).
3. Integración horizontal (adquirir el dominio o acciones de los competidores).

Estrategias intensivas

4. Penetración en el mercado (aumento de participación en mercados actuales).
5. Desarrollo del mercado (introducir productos o servicios en otras zonas).
6. Desarrollo del producto (modificación o mejora de productos o servicios).

Estrategias de diversificación

7. Concéntricas (adición de productos o servicios nuevos pero relacionados).
8. Horizontal (adición de productos o servicios no relacionados).
9. Conglomerado (la suma de productos o servicios nuevos no relacionados).

Estrategias defensivas

10. La empresa de riesgo compartido (dos organizaciones constituyen una sociedad).
11. El encogimiento (reducción de costos y activos).
12. La desinversión (la venta de una división o parte de la organización).
13. La liquidación (la venta en parte de los activos por su valor tangible).

El objetivo de las estrategias es, de acuerdo a Kenechi Ohmae, el aproximarse a las condiciones más favorables a nuestro bando, juzgando con precisión el

momento oportuno para atacar o retirarse, y evaluando siempre con corrección los límites de compromiso.

¿Qué es una táctica?

De acuerdo a lo referido por Idalberto Chavenato (Chavenato, 1989:277), una táctica es un esquema específico de empleo de recursos dentro de una estrategia general.

En el plano militar, una movilización de tropa es una táctica dentro de una estrategia más amplia; en el plano gerencial, el presupuesto anual o un plano de inversiones es un plan táctico dentro de una estrategia global a largo plazo.

La diferencia básica entre una estrategia y táctica reside en los siguientes aspectos: en primer lugar, la estrategia se refiere a la organización como un todo, pues busca alcanzar objetivos organizacionales globales, mientras que la táctica se refiere a uno de sus componentes (departamentos o unidades aisladamente), pues busca alcanzar objetivos departamentales.

La estrategia está compuesta de muchas tácticas simultáneas e integradas entre sí. En segundo lugar la estrategia se refiere a objetivos situados a largo plazo, mientras que la táctica se refiere a objetivos situados en el mediano y corto plazo. En tercer lugar, la estrategia es definida por la alta administración, mientras que la táctica es responsabilidad de la genérica de cada departamento o unidad de la empresa.

La estrategia se refiere a la organización como un todo, pues busca alcanzar objetivos organizacionales globales, mientras que la táctica se refiere a uno de sus componentes.

¿Qué es la planeación estratégica?

La planeación estratégica aparece formalmente a partir de 1970, desde entonces ha sido objeto de múltiples análisis y publicaciones que han conjuntado de varias maneras los términos que hemos analizado anteriormente, y como ya hemos visto dependiendo de los autores consultados se presentan diferentes definiciones, interpretaciones y modelos.

A continuación presentaremos varias definiciones e interpretaciones de lo que es la planeación estratégica:

La planeación estratégica consiste en fijar unos objetivos, calcular unas previsiones y tratar de cubrir el “gap” por medio de alternativas estratégicas.

(Javier Maqueda)

La planeación estratégica es como un proceso en virtud del cual, la alta

gerencia establece las metas de la organización y selecciona los medios para conseguirlas.

(James Stoner)

La planeación estratégica se considera como la movilización de todos los recursos de la organización en el ámbito global, tratando de alcanzar objetivos de largo plazo.

(Idalberto Chavenato)

Es la fórmula para alcanzar el éxito en el mundo de los negocios, es el plan para lograr el mejor rendimiento de los recursos, la selección de la clase de negocios en qué participar y el esquema para obtener una posición favorable en el mercado. Es la estructura para establecer relaciones con el siempre cambiante mundo exterior.

(Teodore Smith)

Es la forma por medio de la cual una corporación canaliza esfuerzos para diferenciarse positivamente de su competidor, utilizando sus ventajas relativas para satisfacer mejor a sus clientes.

(Kenichi Ohmae)

La planeación estratégica es un enunciado para la organización sobre sus prioridades de inversión. La penetración de la gerencia y la forma como utilizará sus ventajas y corregirá sus limitaciones para perseguir oportunidades y evitar amenazas.

La planeación estratégica es un proceso de participación estructurada que permite decidir en la actualidad el rumbo y desarrollo de la organización a lo largo del tiempo en atención a su misión.

Para Joseph Quigley (Quigley, 1996:199), la planeación estratégica es el proceso de gestión administrativa cuyo objetivo busca convertir la visión en realidad.

Para Kenichi Ohmae (Ohmae, 1988: 37) la planeación estratégica tiene como único propósito el permitir que la compañía obtenga, con la mayor eficacia posible una ventaja sostenible sobre sus competidores

De acuerdo a George Steiner (Steiner, 1983: 20) la planeación estratégica formal debe describirse desde varios puntos de vista:

Con relación al porvenir de las decisiones actuales

La planeación estratégica observa las alternativas de acción y toma decisiones en el presente, identificando las oportunidades y peligros con el fin de diseñar un futuro deseado e identificar las formas de lograrlo.

La planeación estratégica se considera como la movilización de todos los recursos de la organización en el ámbito global, tratando de alcanzar objetivos de largo plazo.

La planeación estratégica es un proceso de participación estructurada.

La planeación estratégica observa las alternativas de acción y toma decisiones en el presente.

Proceso

Es un proceso continuo, que se inicia con el establecimiento de objetivos, implantado estrategias y desarrollando planes detallados, y se decide de antemano cuándo y cómo debe realizarse, quién lo llevará a cabo, y qué se hará con los resultados.

Filosofía

Es una actitud, una forma de vida, representa un proceso mental, una parte integral de la dirección.

Estructura

La P. E. une tres tipos de planes: los planes estratégicos, los programas a mediano plazo, presupuestos a corto plazo y planes operativos.

La planeación estratégica es el esfuerzo sistemático y más o menos formal de una compañía para establecer sus propósitos, objetivos, políticas y estrategias básicas, para desarrollar planes detallados con el fin de poner en práctica las políticas y estrategias y así lograr los objetivos y propósitos básicos de la compañía. Javier Maqueda (1996: 12) menciona algunos de los principios aceptados como fundamento de los sistemas de planeación:

- * **Flexibilidad** (ante un entorno cambiante y turbulento).
- * **Globalidad** (en el tiempo incluir el corto mediano y largo plazo y el espacio tomar en cuenta todas las áreas de la organización).
- * **Formalización** (la que muchos consideran como una amenaza burocrática).
- * **Participación** (del mayor número de áreas de la estructura y el mayor número de niveles de la organización serán más eficaces).
- * **Programación** (la planeación debe de completarse con sus respectivos programas y presupuestos).
- * **Control** (que se hace en los planes operativos).
- * **Operatividad** (aplicarlo).

Por otra parte Javier Maqueda (Maqueda, 1996: 14) se refiere a las fases del proceso planeador:

1. En la fase teleológica se definen los fines (qué queremos ser, a dónde queremos ir, qué queremos lograr).
2. Fase de Dx interno (qué somos, dónde estamos, qué estamos haciendo).
3. Fase de Dx externo (pregunta con relación al entorno económico-social; político-administrativo; tecnológico-comercial).
4. Fase de previsiones (para el diseño de escenarios).
5. Fase estratégica (para identificar las acciones).
6. Fase de programación (para generar planes de acción).
7. Fase de información (para diseñar del sistema).
8. Fase de control (se establecen objetivos, programas y presupuestos).
9. Fase de contingencias (se elaboran planes complementarios).

James Stoner (Stoner, 1989: 132) menciona en su libro con relación a la planeación estratégica que la planeación estratégica es el proceso formalizado de planeación de largo plazo, el cual se utiliza para definir y alcanzar las metas de la organización. Tiene las siguientes características:

1. Se ocupa de cuestiones fundamentales (¿En qué negocio estamos? ¿En qué negocio deberíamos estar? ¿Quiénes son nuestros clientes y quiénes deberían ser?).
2. Ofrece marco de referencia para la planeación táctica y operativa.
3. Marco de tiempo a largo plazo.
4. Ayuda a orientar hacia las actividades de alta prioridad.
5. Actividad de la alta gerencia.

La planeación estratégica se centra en hacer las cosas correctamente (eficacia). En tanto que la planeación operativa procura hacer bien las cosas (eficiencia).

Importancia.

- * Mejora el funcionamiento.
- * Sensibiliza al medio ambiente.

Ventajas:

- * Ofrece pautas congruentes para las actividades de la organización.
- * Se definen objetivos claros y métodos para lograrlos.
- * Ayuda a prever problemas antes de que surjan.

- * Ayuda a los gerentes a reconocer las oportunidades seguras y riesgosas y a elegir entre ellas.
- * Se reducen las posibilidades de errores y sorpresas.

Desventajas:

- * Se crea burocracia.
- * Gran inversión de tiempo dinero y personal.

Por otra parte, propone un proceso formal de planeación estratégica basado en el modelo de dos autores (Thompson y A. J. Strickland), quienes describen tres niveles de estrategia:

I. Estrategia a nivel corporativo. La fórmula la alta gerencia para dirigir los intereses y operaciones de la organización (¿A qué clase de negocios debe dedicarse la compañía? y ¿Cómo han de asignarse los recursos entre ellos? ¿Qué negocios debemos hacer y cuáles dejar? ¿A qué clientes debemos servir?, ¿Qué tecnologías se deben utilizar? ¿Cómo administrar nuestras actividades y cómo adquirir y asignar los recursos destinados las actividades que hemos decidido emprender?)

*¿Qué negocios
debemos hacer y
cuáles dejar?*

Las estrategias concentra en las acciones que está efectuando la organización total. Dos enfoques según Steven Whellwright son:

- A. Enfoque basado en valores: en él, las creencias y convicciones de los gerentes y empleados respecto a la manera en que la empresa debería conducir sus negocios, son las claves para establecer la dirección a largo plazo (es importante el consenso).
- B. Enfoque de portafolio corporativo: hay una evaluación de cada una de las unidades de negocios con respecto a la posición en el mercado y a la estructura interna. En la década de 1970 se creó la matriz del Boston Consulting Group, que se centra en tres aspectos de las unidades de negocios:
 - a) Sus ventas.
 - b) El crecimiento de su mercado.
 - c) El hecho de que absorba o produzca efectivo en sus operaciones.

Se forman cuatro celdas con importancia diferente:

1. Interrogante alta tasa de crecimiento y baja participación en el mercado (reditúa pocas ganancias).
2. Estrella alta tasa de crecimiento y alta participación en el mercado (consume mucho efectivo).
3. La vaca productora de efectivo: baja tasa de crecimiento y alta participación en el mercado (produce efectivo).

4. El perro bajo crecimiento y baja participación en el mercado (flujo de efectivo modesto, 60 y 70 % de las unidades de negocios).

II. Estrategia de unidad de negocios: se ocupa de la administración de los intereses y operaciones de un negocio en particular. (¿Cómo competirá el negocio dentro del mercado?, ¿Qué productos y servicios se deberán ofrecer?, ¿A qué clientes intenta servir? ¿De qué manera deberán ser administradas las diversas funciones (producción, mercadotecnia, finanzas, etc. a fin de satisfacer las metas del mercado? ¿Cómo serán distribuidos los recursos dentro el negocio?) La estrategia intenta determinar el enfoque que debe aplicarse a su mercado y cómo debe conducirse un negocio, teniendo presentes los recursos y las condiciones del mercado.

Descripción del proceso: nueve pasos

1. **Formulación de metas (¿Qué queremos?)** Es un proceso que requiere un reexamen y comprensión del propósito de la organización, la definición de su misión y el establecimiento de objetivos (la responsabilidad social y los valores influirán en la selección).
2. **Determinación de los actuales objetivos y estrategias (¿Qué estamos haciendo para lograr lo que deseamos?)** Si no están definidos explícitamente preguntarse ¿cuál es nuestro negocio y cuál debería de ser? ¿quiénes son nuestros clientes y quiénes deberían de ser? ¿hacia dónde nos dirigimos? ¿cuáles son nuestras principales ventajas competitivas? ¿en qué áreas de competencia sobresalimos?
3. **Análisis ambiental (¿Qué está allí que necesita hacerse?)** Definir qué aspectos del ambiente ejercerán la mayor influencia en la capacidad de alcanzar sus objetivos. La finalidad consiste en descubrir las formas en que los cambios de los aspectos económicos, tecnológicos, sociocultural y sociopolítico la afectarán indirectamente y las formas en que influirán directamente los competidores, los proveedores, clientes, organismos gubernamentales, y otros factores. Como lo señala James M Utterback, la clave de un buena análisis ambiental destinado a la formulación de una estrategia es la detección temprana de cambios.
4. **Análisis de los recursos (¿Qué podemos hacer?)** Útil para determinar las ventajas y desventajas competitivas. (¿Qué estamos haciendo peor y mejor que los demás?) A este respecto, Hofer y Schendel sugieren cuatro pasos:
 - a. Preparar un perfil de los principales recursos y destrezas en tres áreas (financiera, física, organizacional y humana y tecnológica).

- b. Determinar los aspectos críticos de éxito de los segmentos producto/ mercado, en los cuales se compite o se podría competir.
 - c. Comparar el perfil de recursos con los aspectos claves de éxito para determinar las fortalezas e identificar las debilidades más importantes que deben superarse.
 - d. Comparar las fortalezas y debilidades de la organización con las de los competidores, para identificar las ventajas competitivas.
5. Identificar las oportunidades estratégicas y las amenazas. (**¿Qué necesita hacerse y podemos hacerlo?**). Un mismo elemento puede ser favorable para una organización pero para otra no.
 6. Determinación del grado de cambio estratégico requerido (**¿Lo que hacemos ahora nos llevará a dónde queremos llegar?**) Una brecha de desempeño puede resultar de elegir objetivos más difíciles o del hecho que no se lograran los objetivos previos. Cuánto más grande sea la brecha mayor será el cambio de estrategia.
 7. Toma de decisiones estratégicas: **esto es lo que haremos para llegar a dónde queremos.**
 - * Se identificarán opciones estratégicas.
 - * Se evaluarán las opciones estratégicas (criterios de Richard Rumelt).
 - a) La estrategia y sus partes deben tener metas, políticas y objetivos congruentes.
 - b) Se deben centrar los recursos y esfuerzos en los aspectos críticos.
 - c) Debe ocuparse de subproblemas susceptibles de solución, teniendo en cuenta los recursos y capacidades.
 - d) La estrategia debe de ser capaz de producir resultados que se esperan.
 - * Se seleccionan las opciones estratégicas (las que mejor respondan a las capacidades de su organización) los buenos planes estratégicos de basan en las fortalezas actuales de la organización. Las nuevas capacidades se pueden conseguir invirtiendo en recursos humanos, en equipo o en ambas.
 8. Puesta en práctica de las estrategias (**hágalo**) incorporarla a la acción diaria de la organización, por lo que se deberá traducir a planes tácticos, programas y presupuestos apropiados.
 9. Medición y control del progreso (**realice verificaciones frecuentes para asegurarse que se está haciendo lo correcto**) determinar si la organización está avanzando hacia la obtención de sus objetivos estratégicos (**¿Está efectuándose la estrategia como fue planeada? ¿Se están logrando los objetivos deseados?**).

Una brecha de desempeño puede resultar de elegir objetivos más difíciles o del hecho que no se lograran los objetivos previos.

Los buenos planes estratégicos de basan en las fortalezas actuales de la organización.

Enfoque para formalizar la planeación estratégica

1. Enfoque ascendente. De las unidades o divisiones hacia arriba (el peligro es que puede terminar siendo una masa incoherente).
2. Enfoque descendente: la iniciativa en de los ejecutivos de alto nivel.
3. Enfoque interactivo: compromiso entre los dos anteriores.
4. Enfoque de nivel dual. Se formulan de forma independiente.

III. Estrategia a nivel funcional: Crea el marco de referencia para la administración de funciones (finanzas, investigación y desarrollo, mercadotecnia, ventas, finanzas), de modo que ellas conforman la estrategia a nivel dela unidad de negocios.

Es importante hacer mención en este momento, que no hay un modelo ideal, y que en realidad, el modelo de planeación que se utilizará, se debe adecuar a las necesidades de cada organización.

Bibliografía

- Campbell, Andrew: *La misión de los negocios*. Edit. Díaz de Santos. España 1992.
- Certo Samuel: *Dirección estratégica*, Edit. McGraw – Hill, España 1997.
- Coronel Rafael: *Estrategia, El cambio en la proyección del pensamiento empresarial*, Edit SICCO, México 1998.
- David, Fred: *Conceptos de administración estratégica*, Edit. Prentice Hall, Hispanoamérica S.A., México 1997.
- Hamermesh, Richard: *Planeación estratégica*, Edit Limusa. México 1995.
- Hermida, Jorge: *Administración*, Edit. Macchi, Argentina, 1992.
- Hernández, Sergio: *Introducción a la administración*, Edit McGraw-Hill, México 1994.
- Indicadores de servicios de salud* Instituto Mexicano del Seguro Social 1994.
- Koontz, Harold: *Administración, una perspectiva global*. Edit. McGraw- Hill, México 1994.

- Martínez, Fabián: *Planeación estratégica creativa*, Edit. PAC, México 1986.
- Maqueda, Javier: *Cuadernos de dirección estratégica y planeación*. Edit. Díaz de santos. España 1996.
- Ohmae, Kenichi: *La mente del estratega*, Edit. McGraw-Hill, México 1982.
- Pineault, Raynald: *La planificación sanitaria*. Edit. MASSON, España 1995.
- Porter, Michael: *Estrategia competitiva, técnicas para el análisis de los sectores industriales y de la competencia*. Edit. CECSA México 1982.
- Quigley Joseph: *Visión, cómo la desarrollan los líderes, la comparten y la sustentan*. Edit. McGraw – Hill, Colombia 1996.
- Sachse Matthias: *Planeación estratégica en empresas públicas*. Edit. Trillas, México 1990.
- Shaefer M L' *Administration des programmes de salubrité de l'environnement; approche systemique* Organization Mondiale de la santé, Geneve, 1975, p. 130
- Scott, Cynthia: *Visión, valores y misión organizacionales*. Edit Grupo editorial Iberoamericano S.A. México 1997.
- Senge Peter: *La quinta disciplina*. Edit. Granica, España 1994.
- Steiner, George: *Planeación estratégica. Lo que todo director debe saber*. Edit. CECSA México 1983.
- Stoner, James: *Administración*, Edit. Pretence Hill Hispanoamérica S.A. México 1989.
- Taylor C. E. *Stages of the planning process, in health planning* ed. John Hopkins University, Baltimore. 1972 p 25

Tema 2. Ejercicio de la planeación estratégica

Por Sergio Orozco Zúñiga



Resumen

El segundo tema desarrolla desde el punto de vista conceptual muy concreto, los elementos que contiene el modelo académico para elaborar un ejercicio de planeación estratégica, teniendo los siguientes elementos (partimos del supuesto que todos los ejercicios se harán de organizaciones que ya han sido creadas, motivo por el cual se inicia el modelo con la elaboración de la misión):

- 1.- La misión de la organización.
 - Los elementos que la pueden constituir.
- 2.- La visión de la organización.
- 3.- La identificación de los valores fundamentales para el logro de objetivos.
- 4.- La elaboración de un análisis situacional, identificándose:
 - Dx externo (amenazas y oportunidades)
 - Dx Interno (fortalezas y debilidades)Solicitando a continuación su priorización.
- 5.- La identificación de los objetivos estratégicos a desarrollar, teniendo como punto de partida al análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas).
- 6.- Identificar las estrategias para el logro de los objetivos, sugiriéndose que se utilicen dos herramientas la matriz FODA y la matriz de posicionamiento.
- 7.- Presentar un plan estratégico para cada objetivo.

Se dan instrucciones generales para la elaboración del documento final para presentar su ejercicio y se hace énfasis que debemos tener en cuenta la creatividad del alumno y las sugerencias para mejorar del modelo académico, por lo que de creerlo conveniente, una vez desarrollado el ejercicio, hagan las modificaciones pertinentes sustentándolas bibliográficamente o haciendo referencia a la organización que las utiliza.

Tema 2. Ejercicio de la planeación estratégica

Por Sergio Orozco Zúñiga

Concepto de misión

La misión o razón de ser de la organización es un breve enunciado que sintetiza los principales propósitos estratégicos y los valores esenciales que deberán ser conocidos, comprendidos y compartidos por todas las personas que colaboran en el desarrollo del negocio. El enunciado tendrá que dar sentido, rumbo y orientación a todas las actividades de las diferentes áreas, así como al trabajo y esfuerzo que realizan y aplican sus propietarios, directivos, gerentes y personal operativo.

(Rafael Corona Funes)

Misión o propósito, misión viene de la palabra latina *mittere*, que significa “arrojar”, soltar o enviar “. Propósito, deriva del latín *proponere*, “ declarar “ Llámese misión o propósito, representa la razón fundamental de la organización. ¿Con qué intención nos hemos reunido?

(Peter Sengel)

La misión es la finalidad que explica la existencia de una organización, da respuesta a la pregunta ¿cuál es nuestra razón de ser?

La declaración de la misión contiene información sobre qué tipo de productos o servicios se producen, quiénes son sus clientes y cuáles son sus valores esenciales (responden a la pregunta ¿cómo queremos obrar, consecuentemente con nuestra misión, en el camino hacia el logro de nuestra misión?)

(Samuel Certo)

La misión y propósito es la descripción concisa de lo que se ocupa una organización, destacando su identidad institucional como un todo que provee de bienes y servicios a su medio ambiente, a partir de considerar la relación de sus productos y sus clientes.

La misión y propósito es la descripción concisa de lo que se ocupa una organización.

(Fabián Martínez Villegas)

Para Andrew Campbell (Campbell, 1992: 2). La misión de los negocios es mucho más que la definición de la clase de negocios en que está la organización y considera que la misión es mucho más amplia y deben considerar:

- **Propósito** (¿Por qué existe la compañía)
- **Estrategia** (La razón comercial)
- **Valores** (Aquello en lo que creen los altos directivos)

Normas y comportamientos (La política y las pautas de comportamiento que rigen el funcionamiento de la compañía).

Elementos presentes en la misión

Es muy variable el número y los elementos que deben considerarse en la elaboración de una misión; a continuación mencionaremos los propuestos por varios autores:

De acuerdo a Fabián Martínez Villegas, el enunciado de misión se formula en términos de:

1. Producto genérico.
2. Mercado principal.

Si consultamos a Matthias Sachse, (Sachse, 1990: 44) refiere que para las empresas públicas la misión debe contener tres elementos:

1. El producto o servicio.
2. El Mercado o cliente.
3. El propósito (relacionado con el crecimiento, estabilidad y utilidad).

De acuerdo a Samuel Certo (Certo, 1997: 65) la declaración de misión debe contener:

1. Producto o servicio.
2. Mercado.
3. Tecnología.

4. Objetivos de la compañía.
5. Filosofía o valores esenciales.
6. Concepto que la compañía tiene de sí misma
7. Imagen pública.

Si atendemos a Fred David (David, 1997: 97), considera que pueden haber más frecuentemente nueve elementos en la redacción de la misión. No necesariamente están presentes todos, y de acuerdo a las necesidades y preferencias se pueden considerar:

1. **Clientes.**
2. **Productos o servicios.**
3. **Mercados** (donde compite).
4. **Tecnología.**
5. **Interés por la supervivencia, el crecimiento y la rentabilidad** (objetivos económicos).
6. **Filosofía** (creencias, valores, aspiraciones y prioridades).
7. **Concepto de sí misma** (competencia distintiva, o su principal ventaja competitiva).
8. **Interés por la imagen pública** (asuntos sociales, comunitarios y ambientales).
9. **Interés por los empleados.** De acuerdo a José V. Quigley (1996: 30) la declaración de misión ampliada debe contestar cuatro puntos:

1. ¿Qué somos hoy?, ¿Qué aspiramos a ser?, ¿Cuál es nuestra principal capacidad?
2. ¿Cómo alcanzaremos nuestras aspiraciones corporativas?, ¿Cuál es nuestra estrategia de crecimiento interno para cada segmento importante de nuestra empresa?, ¿Cuál es el sector más rentable de nuestra empresa?
3. ¿Cómo definiremos nuestra estrategia de crecimiento externo?
4. ¿Cuál es nuestra meta financiera a largo plazo?

*¿Qué somos hoy?,
¿Qué aspiramos a
ser?, ¿Cuál es nuestra
principal capacidad?*

*¿Cuál es el sector más
rentable de nuestra
empresa?*

Una vez que han tenido un panorama general de lo que es la misión y algunos criterios que pueden estar presentes en su elaboración, esto, aunado a sus conocimientos teóricos previos, y su experiencia dentro de su organización, se le sugiere que defina primeramente cuál va a ser la organización que va a analizar, y elabore un enunciado de su misión, definiendo qué criterios son los más adecuados a la misma. Considere algunas de sus características.

- Es la razón de ser o existir.
- Es el propósito fundamental que da sentido a la existencia de la organización.
- Funge como guía de comportamiento de todos los que la integran.
- Es la base en la que descansan todos los objetivos, recursos y acciones.
- Tiene que ser enunciada en forma breve y concisa.
- Proporciona enfoque y dirección a los esfuerzos del equipo.
- Sirve como punto de referencia para establecer prioridades.
- No incluye objetivos, ni metas.
- Libera energía, moviliza y entusiasma a la gente.
- Produce satisfacción, es razonable, justa ambiciosa y factible.
- Es consistente con la cultura de la organización.
- Ve más allá del futuro inmediato.
- Debe ser expresada claramente.
- Trasciende el aspecto económico o lucrativo.
- Debe ser enunciada por quienes la llevan a la práctica cotidianamente.

Un ejemplo de elaboración de misión la presentó el Dr. Marco Antonio Castro Ramos de la División de Fomento a la Salud del IMSS.

“Elaborar, difundir mantener actualizado y evaluar el marco normativo del fomento a la salud, con objeto de regular las acciones integrales de promoción y educación para la salud que se llevan a cabo en las áreas operativas del IMSS, para mejorar la calidad de vida, en beneficio de la población de responsabilidad institucional.”

Concepto de visión

El escritor Jonathan Swift plantea que “ La visión es el arte de ver las cosas invisibles “(Quigley, 1996: 199).

Para Javier Maqueda (1996: 43): Visión es una definición, más o menos explícita, de lo que la empresa quiere ser, alcanzar y hacer a largo plazo.

Quality de Monterrey nos dice: la visión es una clara definición de que, como y a donde queremos llevar a nuestra organización en el futuro. Responde a tres preguntas importantes:

Visión es una definición, más o menos explícita, de lo que la empresa quiere ser, alcanzar y hacer a largo plazo.

- ¿En qué negocio estaremos?
- ¿Qué es lo que queremos ser?
- ¿Cuándo queremos llegar?

De acuerdo a Peter Senge (1998: 314):

Una visión es una imagen del futuro que deseamos crear, descrita en tiempo presente, como si sucediera ahora. Una “proclama de visión “ muestra adónde queremos ir y cómo seremos cuando lleguemos allí. La palabra deriva del latín *videre*, “ ver “.

La visión corporativa es la respuesta a la pregunta ¿qué es lo que queremos crear? La visión crea un sentimiento de comunidad que impregna a la organización en su conjunto y hace que sus diversas actividades sean coherentes. Una visión que suscite entusiasmo y compromiso requiere de un proceso arduo y costoso en términos de tiempo.

- Los métodos para vender la visión consisten en resolver los problemas cada día teniendo en mente la misión.
- Se ha de reconocer la complejidad que implica cambiar una visión anticuada.

Para Samuel Certo (1997: 11) para mantener la dirección de una organización se deben dar dos pasos decisivos:

- 1.- Concretar una visión del futuro de la organización.
2. Convertir esta visión en una misión que defina la finalidad o razón de ser de la organización.

Para Andrew Campbell la visión es un estado futuro, posible y deseable de la organización que incluye metas específicas, contesta a la pregunta ¿Cuál es nuestro negocio?

Cynthia Scott nos dice (1997: 73) :

Una visión es una poderosa imagen mental de lo que queremos crear en el futuro. Se crea una visión al generar una imagen de excelencia del mejor futuro posible. Es una respuesta a la pregunta ¿Realmente qué queremos?

Antonio Pérez Gómez (1999) expresa que la visión constituye una especie de “yo ideal“ de la organización, lo que nos gustaría ser y proyectar dentro de determinado tiempo.

Una vez que han tenido un panorama general de lo que es la visión, elabore un

enunciado de la visión de su organización. Recuerde que algunas de sus características son:

- Exige un reconocimiento objetivo del presente, de la realidad actual de la empresa y de su entorno.
- Permite clarificar los pasos para alcanzar la misión de la organización.
- Debe abarcar todas las áreas de la organización y las proyecta a futuro.
- Constituye un blanco a donde se quiere llegar.
- Aunada a la misión constituye una fuente de motivación para el personal de la organización.
- Es más modificable que la misión, por lo tanto permite ajustarse constantemente a las circunstancias del entorno.
- Es tan importante que puede generar un cambio en la cultura organizacional cuando es bien planteada y comunicada al resto de la institución.

Un ejemplo de elaboración de visión la presentó el Dr. Marco Antonio Castro Ramos de la División de Fomento a la Salud del IMSS.

“Hacer que la institución sea líder en el campo de la salud, y en el contexto de la vida cotidiana, desarrollar una cultura donde el individuo, su familia y su comunidad creen espacios y entornos saludables, desarrollen al auto cuidado y modifiquen los factores determinantes que influyen o dañan su salud.”

Valores: consideramos el término valores, hace referencia al tipo o a la guía de conducta apropiado para lograr la misión de la organización.

Joseph Quigley (1996: 6) dice que los valores son creencias características o fundamentales que la corporación defiende.

Para Peter Senge (1998: 315):

La palabra valor deriva del latín *valere* “ser fuerte, vigoroso, potente “ y con el tiempo se ha asociado a lo que es digno de mérito o respeto. En este contexto los valores describen el modo en que nos proponemos operar día a día, mientras perseguimos nuestra visión.

Para Cynthia Scott (1997: 19):

Los valores son los principios, estándares y acciones que se consideran inherentemente meritorios y de mayor importancia.

“Valor es un estándar de principio o calidad de principio considerado inherente, verdadero o deseable “.

Los valores son creencias características o fundamentales que la corporación defiende.

Los valores de una persona responden a la pregunta “ ¿Qué es lo que me importa? “Son los estándares persistentes profundamente arraigados que influyen en casi todo aspecto de nuestras vidas (nuestros juicios morales, nuestras respuestas a los demás, nuestros compromisos con las metas personales y de la organización).

Si todos tuviéramos los mismos valores con las mismas prioridades, sería fácil trabajar en grupos. Para ayudarnos a trabajar mejor como equipo y tomar decisiones que lleven al compromiso y acción, es necesario ver el rango de valores que influyen en el proceso de toma de decisiones y encontrar la manera de establecer prioridades y aclarar los valores utilizados. Los valores proporcionan a los empleados un sentido de dirección y lineamientos para la conducta diaria.

Las personas no actúan solo al servicio de las necesidades personales, sino también partiendo de un sentido más amplio de lo que es más importante y tiene significado (de hecho, los valores son los motivadores más profundos y poderosos de la acción personal).

Las personas no actúan solo al servicio de las necesidades personales, sino también partiendo de un sentido más amplio de lo que es más importante y tiene significado.

Categoría de los valores (Scott, 1997: 41):

1. **Responsabilidad social** (se concentra en otros). Por ejemplo: imparcialidad, honestidad, tolerancia, integridad, etc.
2. **Dominio** (meta del triunfador o individualista) Por ejemplo, logro, reconocimiento, competencia, etc.
3. **Desarrollo propio** (busca el reto, la creatividad y el auto desarrollo) por ejemplo, conocimiento, creatividad, etc.
4. **Relaciones** (relaciones personales, ayuda y trabajo con otros) por ejemplo, trabajo en equipo, comunicación, etc.
5. **Continuidad** (mantiene la estabilidad y las cualidades duraderas) por ejemplo, seguridad, estabilidad, etc.
6. **Estilo de vida** (preferencia por determinado estilo de actividad) por ejemplo, salud, aspecto, etc.

Una vez que han tenido un panorama general de lo que son los valores, redacte de cuatro a cinco valores sustanciales para la organización, su tipo y explique el por qué de su elección y de qué forma los jerarquizó. Recuerde que algunas características:

- Que la dirección incorpore los valores al planteamiento estratégico, por ejemplo “ el trato para nuestros clientes y entre nosotros debe ser con respeto“.
- Definir operacionalmente qué se entiende por cada valor.
- Los valores deben apoyar el cumplimiento de la misión.
- Los valores se deben poner en práctica todos los días.
- Los líderes deben predicar con el ejemplo.

Un ejemplo de valores que contribuyen a la misión los presentó el Dr. Marco Antonio Castro Ramos de la División de Fomento a la Salud del IMSS.

- Honradez
- Lealtad
- Disciplina
- Cortesía
- Respeto

Análisis situacional o diagnóstico de la organización

George Steiner (1983: 125) menciona que el análisis de situación consiste en identificar y analizar las tendencias, fuerzas y fenómenos claves que tienen un impacto potencial en la formulación e implantación de estrategias.

El análisis de situación consiste en identificar y analizar las tendencias, fuerzas y fenómenos claves que tienen un impacto potencial en la formulación e implantación de estrategias.

Diagnóstico externo: Stoner (Stoner, 1989: 63) nos menciona que a partir de la década de 1960 se originaron demandas de un alto nivel de responsabilidad social de las empresas (convicción de que éstas tienen obligación de buscar el bien de la sociedad en general, aun cuando al hacerlo mermen sus utilidades). En la actualidad, las organizaciones han de tener en cuenta los efectos que sus acciones producen en la calidad de vida, asumiendo la responsabilidad no solo ante sus accionistas, sino además a una comunidad numerosa de grupos de interés:

- Grupos internos (dueños, empleados, y accionistas).
- Grupos externos (sindicatos, proveedores, competidores, asociaciones de interés público, grupos de protesta y organismos gubernamentales).

Ambiente de acción directa: consta de elementos fuera de la organización que afectan de manera directa las principales operaciones de la organización. Los principales componentes de la acción directa del ambiente externo son:

- **Proveedores:** suministran materias primas, servicios, energía, equipo y mano de obra del ambiente.

- **Oferta de mano de obra:** trabajadores con experiencia y destrezas variables, se usan canales para encontrarlos.
- **Consumidores:** personas u organizaciones que utilizan nuestros productos o servicios.
- **Sindicato de trabajadores.**
- **Competidores:** organizaciones que ofrecen productos y servicios similares al mismo mercado o cliente.
- **Entidades gubernamentales.**
- **Instituciones financieras:** bancos
- **Accionistas y consejos de administración.**

Ambiente de acción indirecta: que no influyen directamente en el trabajo de la empresa, pero la afectan de dos formas 1.- grupos externos sin interés personal, influyen indirectamente por medio de uno o más elementos de su ambiente de acción directa. 2.- los elementos de acción indirecta crean un clima (cambios de tecnología y de la actitud hacia el trabajo) al que hay que responder.

- Variables tecnológicas:
- Variables económicas:
- Variables socioculturales
- Variables político - legales
- Dimensión internacional
- Tendencias en el ambiente externo

Del análisis de las variables mencionadas es posible determinar las oportunidades y las amenazas.

Una oportunidad es aquella situación o circunstancia generada en los ámbitos del mercado, la competencia, el entorno sectorial, el entorno macroeconómico y el entorno de la economía internacional, que favorece significativamente el desarrollo de la organización a corto, mediano y largo plazo.

Una amenaza es aquella situación o circunstancia generada en las diferentes

Una oportunidad es aquella situación o circunstancia que favorece significativamente el desarrollo de la organización a corto, mediano y largo plazo.

dimensiones del entorno, que afecta negativamente el desarrollo de la organización a corto, mediano y largo plazo.

Diagnóstico interno

De acuerdo a Javier Maqueda (1996: 14) se refiere y quiere contestar la pregunta ¿qué somos, a dónde estamos, qué estamos haciendo? Para contestar las preguntas se tendrán que considerar los recursos físicos, humanos, tecnológicos, financieros, distribución, mercadotecnia etc., todas variables que se encuentra hacia dentro de la organización.

Del análisis de las variables mencionadas es posible determinar las fortalezas y las debilidades. Una fortaleza es aquel elemento organizacional que genera una ventaja competitiva es decir que los productos o servicios que se ofrecen sean altamente demandados y diferenciados en relación con los de la competencia.

Por otra parte, una debilidad es aquel elemento organizacional que impide elevar significativamente la capacidad competitiva de la organización.

Una vez que haya realizado un diagnóstico de su organización teniendo en cuenta su diagnóstico situacional, sus indicadores y sus logros hasta el momento, elabore cuatro listados; uno para cada una de los elementos señalados (amenazas, oportunidades, fortalezas y debilidades). Se sugiere que para iniciar su priorización, considere su calificación teniendo en cuenta los criterios de:

Una debilidad es aquel elemento organizacional que impide elevar significativamente la capacidad competitiva de la organización.

- **Impacto**, que puede ser **A** (alto), **M** (mediano) o **B** (bajo)
- **Probabilidad**, de su presentación **A** (alta), **M** (mediana) o **B** (baja)

Ejemplo:

Análisis de las amenazas en relación a su impacto y probabilidad.

| Variable | Amenaza | Impacto/Probabilidad |
|----------------|---|----------------------|
| Conservación | 1. No se realiza mantenimiento preventivo. | A / A |
| | 2. Se realiza mantenimiento correctivo. | A / M |
| Contrataciones | 3. Está suspendida la contratación de personal. | M / M |

Análisis de oportunidades en relación a su impacto y probabilidad

| Variable | Amenaza | Impacto/Probabilidad |
|----------|---------|----------------------|
| | | |
| | | |

A continuación elabore una matriz de jerarquización para cada uno de los elementos mencionados con los criterios referidos de impacto y probabilidad, ello nos ayudará a identificar qué es lo más importante y ser punto de referencia para nuestra toma de decisiones.

Criterios de priorización (alta, normal o baja) Concepto de objetivo y características

| P R O B A B I L I D A D | IMPACTO | | | |
|--|---------|------------------|------------------|------------------|
| | | ALTA | MEDIANA | ALTA |
| | ALTA | Prioridad alta | Prioridad alta | Prioridad normal |
| | MEDIANA | Prioridad alta | Prioridad normal | Prioridad baja |
| | BAJA | Prioridad normal | Prioridad baja | Prioridad baja |

Ejemplo de priorización de amenazas.

| P R O B A B I L I D A D | IMPACTO | | | |
|--|---------|---|--|------|
| | | ALTA | MEDIANA | ALTA |
| | ALTA | 1.- No se realiza mantenimiento preventivo. | | |
| | MEDIANA | 2.- Se realiza mantenimiento correctivo. | 3.- Está suspendida la contratación de personal. | |
| BAJA | | | | |

De acuerdo a George Steiner (Steiner, 1983: 163), un objetivo se refiere a un resultado que se desea o necesita lograr dentro de un período de tiempo específico; es un estado futuro deseado de un negocio o de uno de sus elementos. A pesar de que el objetivo debe lograrse en el futuro, se determina un lapso específico para su realización.

Criterios para los objetivos:

- **Conveniente:** su logro debe de apoyar los propósitos y misiones básicos de la empresa.
- **Mesurable a través del tiempo:** se debe establecer, en términos concretos, lo que se espera que ocurra y cuándo.
- **Factible:** deben ser posibles de lograr.
- **Aceptable:** para las personas dentro de la organización.
- **Flexible:** que pueda ser posible modificar cuando surjan contingencias inesperadas.
- **Motivador:** que no se encuentren fuera del alcance de las personas.
- **Comprensible:** con una redacción sencilla y de fácil comprensión.
- **Obligatorio:** posterior a un acuerdo debería existir una obligación par hace lo necesario y razonable y así lograrlos.
- **Participación de las personas:** los mejores resultados se logran cuando aquellos responsables de su logro participan en el establecimiento de los mismos.
- **Relación:** deben estar relacionados con los propósitos básicos.

Los mejores resultados se logran cuando aquellos responsables de su logro participan en el establecimiento de los mismos.

Métodos para establecer objetivos:

- **Basado en el desempeño pasado:** asumir que las tendencias pasadas continuarán en el futuro.
- **Tendencias adaptadas a fuerzas futuras:** consiste en extrapolar el desempeño pasada en el futuro, para después ajustar la línea de la tendencia con las fuerzas que la alteran.
- **Tendencias de la industria y participación en el mercado:**
- **Utilización de recursos:** consiste en calcular los recursos disponibles de una compañía y determinar la posible y deseable utilización de los mismos.
- **Negociación:** los objetivos se fijan como resultado de una negociación entre la alta dirección y los gerentes de divisiones.
- **Dictaminados por la alta dirección:** son impuestos con o sin análisis documentados.
- **Reiteración con estrategia.**
- **Resultado del análisis OPEDEPO O FODA:** resultado del análisis de oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades.
- **Medios analíticos:** de simulación computacionales.

De acuerdo a James Stoner los objetivos de la organización son el blanco hacia el que se orientan los esfuerzos que lleva a cabo la organización.

Tipos de objetivos

A corto plazo (uno a dos años, con pormenores de quien los logrará en que tiempos y a que áreas se refieren).

A largo plazo (tres a cinco años).

Áreas para elaborar objetivos referidos por Drucker:

- 1.- Situación del mercado (la posición en relación a sus competidores).
- 2.- Innovación (todo cambio que se realice para mejorar los métodos de operación).
- 3.- Productividad (cantidad de bienes y servicios producidos respecto a los recursos utilizados).
- 4.- Niveles de recursos (cantidades de recursos).
- 5.- Rentabilidad (capacidad para obtener ganancias).
- 6.- Rendimiento y desarrollo de los administradores (calidad de la administración y el ritmo de desarrollo personal de los administradores).
- 7.- Rendimiento y actitud de los trabajadores (calidad del rendimiento y el sentir del personal respecto a su trabajo).
- 8.- Responsabilidad social (obligación de contribuir a mejorar el bienestar social).

Características de los objetivos de alta calidad (ya que se determina el grado de utilidad):

- 1.- Específicos (designan exactamente lo que debe lograrse, así como quién debe lograrlo y a qué plazo).
- 2.- Niveles de esfuerzo (que planteen un desafío a las capacidades de los empleados, que sean alcanzables sin ser tan altos que se sientan frustrados).
- 3.- Cambiantes (de acuerdo a la necesidad).
- 4.- Mensurables (que pueda compararse).

5.- Coherentes a corto y largo plazo (los de corto plazo derivados de los de largo plazo y conducir al logro de los últimos).

¿Qué es un objetivo estratégico?

De acuerdo a Rafael Corona (1998: 45) un objetivo estratégico es el marco de referencia con base en el cual se orientan las estrategias, planes, programas y proyectos específicos de la organización. Su carácter es principalmente cualitativo, aunque debe alcanzarse por la sucesión ordenada y cuantificable de metas continuas. Son de largo plazo, sintetizan los propósitos de lograr una mayor participación en el mercado, de mejorar los niveles de productividad, eficiencia, calidad y rentabilidad, y de establecer un mayor vínculo con la comunidad a la que pertenece la organización.

Antonio Pérez Gómez (1999) menciona que los objetivos son finalidades que se pretende alcanzar a través del tiempo y el espacio. Permiten fijar directrices, por lo tanto son medibles y representan un reto importante pero ¿factible de ser alcanzado por el equipo de trabajo? Refiere que el objetivo tiene cuatro componentes:

- 1.- Atributo, es decir una dimensión específica que lo define.
- 2.- Una escala de medida.
- 3.- Una norma o umbral.
- 4.- Un horizonte temporal.

Para redactar los objetivos de deben considerar algunas reglas:

- Enunciar la acción clara, comprensible, medible y verificable.
- Especificar un solo resultado clave a lograr y una fecha.

Elabore una lista de objetivos teniendo como punto de partida el análisis de las fortalezas, oportunidades, fortalezas y debilidades.

Elabore al menos de cinco a diez objetivos de cada categoría (para incrementar las fortalezas, para disminuir nuestras debilidades, aprovechar nuestras oportunidades o para evadir o enfrentar nuestras amenazas). Se sugiere para su redacción que sean concisos, que inicien con un verbo en infinitivo y que se consideren los objetivos más importantes.

Ejemplos:

- * Establecer la coordinación entre los niveles centrales, regional y delegacional, que permita unificar las políticas de atención en materia de fomento de la salud.

- * Capacitar al personal médico en conceptos de planeación estratégica
- * Capacitar al personal de la unidad en la creación de equipos de trabajo.

(Es importante no dar la explicación del cómo se hará, ya que esto corresponde a otro paso.

Desarrollo de estrategias

La estrategia es considerada como un gran camino que nos permitirá lograr el objetivo al utilizar en forma apropiada los recursos con los que contamos. La estrategia contesta a la pregunta ¿cómo voy a lograr el objetivo?

La estrategia contesta a la pregunta ¿cómo voy a lograr el objetivo?

De acuerdo a Rafael Coronel (Corona, 1998: 121) una estrategia es el conjunto de acciones orientadas hacia:

- a) Consolidar fortalezas.
- b) Eliminar las debilidades.
- c) Aprovechar las oportunidades.
- d) Minimizar el impacto de las amenazas.
- e) Alcanzar los objetivos estratégicos.

Javier Maqueda considera que hay dos tipos de estrategias que se pueden construir:

- 1.- Las de negocios, dirigidas hacia el mejoramiento en la posición estratégico – competitiva de los productos y servicios de la empresa, para ello se determinan dos variantes: la atractividad y la competitividad tratan de identificar las acciones a realizar para lograr los objetivos.
- 2.- Las operativas, dirigidas hacia el mejoramiento de las áreas críticas de la organización (recursos humanos, tecnología, procesos de trabajo, comercialización, etc.).

Antonio Pérez Gómez (1999) menciona que las estrategias son los medios por los cuales se logran los objetivos, utilizando un plan a fin de modificar el equilibrio competitivo y estabilizarlo a favor de la empresa. Dos componentes esenciales para determinar una estrategia son:

Las estrategias son los medios por los cuales se logran los objetivos, utilizando un plan a fin de modificar el equilibrio competitivo y estabilizarlo a favor de la empresa.

- 1.- Objetivos de la acción claramente definidos.
- 2.- Recursos requeridos.

Además dos preguntas claves para determinar una estrategia son:

- 1.- ¿ Cómo podemos alcanzar la misión?
- 2.- ¿ Qué acciones generales hay que seguir?

Herramientas que nos ayudarán a crear estrategias

Matriz FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas).

Existen algunas herramientas que me pueden ayudar a crear estrategias como es el caso de la matriz FODA, en la que en un cuadrante se entrecruzan los elementos y al combinarlos nos forzamos a crear una serie de estrategias como es el caso de combinar:

Fortalezas con las oportunidades, F.O. (aprovecho mis fortalezas para sacar ventaja de las oportunidades del medio ambiente).

Fortalezas con las amenazas F.A. (utilizo mis fortalezas para evadir las amenazas o disminuir su impacto).

Debilidades con oportunidades D.O. (aprovecho mis oportunidades para minimizar mis debilidades).

Debilidades con amenazas D.A. (trato de disminuir mis debilidades y evadir mis amenazas).

| | | DX: INTERNO | |
|---------------------------------|--|---|--|
| | | FORTALEZAS: F1: Programas de capacitación F2: Plantilla completa | DEBILIDADES: D1: D2: Tecnología obsoleta en el área de imagenología D3: No se hace investigación |
| E X T E R N O | OPORTUNIDADES: O1: Convenio de cooperación con la Universidad de Harvard O2: Préstamo Banco Mundial O3: | F1 + O1 (Capacitar al personal directivo en Benchmarkin) F2 + O2 () | D2 + O2 (Compra de tomógrafo) D3 + O1 + O3 (Implantar un concurso anual de investigación en padecimientos de la tercera edad) |
| | AMENAZAS: A1: A2: A3: A4: | F1 + A1 + A2 () F2 + F4 + A3 () | D1 + A1 () D1 + D2 + D3 + A2 () |

Matriz de posicionamiento

La siguiente herramienta es la matriz de posicionamiento, ésta se construye considerando en el eje de las ordenadas atractividad que se divide en tres categorías: alta, mediana y baja y se obtiene al contrastar las oportunidades y las amenazas y en el eje de las abscisas a la competitividad (el ser competente para realizar su misión), la que se divide a su vez en tres categorías: alta, mediana y baja, y se obtiene de contrastar las fortalezas y las debilidades.

Ello nos permitirá visualizar en esta matriz una orientación de que tipo de estrategias podría utilizar para lograr la misión. De acuerdo a la ubicación de la organización dentro de la matriz, nos puede orientar a establecer: estrategias de mejoría, desarrollo, mantenimiento o diversificación, como lo muestra la figura:

| | | | | |
|--|----------------|-----------------------|-----------------|-----------------|
| A T R A C T I V I D A D | ALTA | Desarrollo | Mejoría | Mantenimiento |
| | MEDIANA | Mejoría | Mantenimiento | Diversificación |
| | BAJA | Mantenimiento | Diversificación | Diversificación |
| | | ALTA | MEDIANA | BAJA |
| | | COMPETITIVIDAD | | |

EJEMPLO:

ATRACTIVIDAD:

OPORTUNIDADES

Monopolio

Presupuesto suficiente

AMENAZAS

Mínimas quejas

A

M

B

| | | |
|--|---|--|
| | ○ | |
| | | |
| | | |

A

M

B

COMPETITIVIDAD:

FORTALEZAS:

Plantilla completa
Tecnología de punta

DEBILIDADES:

Gran ausentismo
Escasa capacitación

Se considera en este ejemplo, una **atractividad alta** ya que hay grandes oportunidades y mínimas amenazas y una **competitividad media**, ya que hay un equilibrio entre las fortalezas y las debilidades, por lo que de acuerdo a su ubicación dentro de la matriz se sugieren emplear **estrategias de mejoría**.

En todo caso se le recomienda lo siguiente:

- 1.- Elabore de cinco a diez estrategias en cada uno de los cuadrantes, lo que le permitirá conocer algunas de las posibilidades que puede utilizar.
- 2.- Elabore la matriz de posicionamiento para determinar su posición, y establezca el tipo probable de estrategias que se podría utilizar.

Implantación eficaz de las estrategias

Harold Koontz nos hace reflexionar que, para lograr los objetivos es necesario que se asignen los recursos necesarios, además de diseñar una estructura apropiada, un sistema de información para la administración y un sistema de recompensas que apoyen a la estrategia.

Para lograr los objetivos es necesario que se asignen los recursos necesarios, además de diseñar una estructura apropiada, un sistema de información para la administración y un sistema de recompensas que apoyen a la estrategia.

Elaboración de un plan estratégico

Una vez que ha definido claramente los objetivos que logrará para cumplir con la misión hay que estructurar un plan que tome en cuenta en forma secuencial, la definición del objetivo, las estrategias que se van a implementar (dos a cuatro) y en su caso, las tácticas o actividades (dos a cuatro por cada estrategia), así como la especificación de las personas o departamentos de la organización que se responsabiliza en lograrlos y las fechas de inicio y término.

Ejemplo:

Los indicadores son expresiones numéricas que cuantifican situaciones, escenarios, cambios en procesos o fenómenos por medio de los cuales, en forma práctica, se propicia la detección de desviaciones, sus posibles causas y sirven de retroalimentación a la programación.

Es deseable emplear aquellos indicadores que sean más representativos e integradores, de fácil acceso, que sean verídicos en su aplicación y útiles para la toma de decisiones.

Estándar es la medida del desempeño esperado, mientras que el rango de variación es el intervalo predeterminado de variación de dicho desempeño.

Con base a estos conceptos, es necesario establecer los valores esperados o preestablecidos de los indicadores que son la expresión cuantificada deseable en el alcance de las metas, coberturas de atención, productividad de los recursos, tasas de daños o riesgos en salud, y en otras variables susceptibles de ser medidas. El rango de variación aceptable, lo establece un experto basado en el comportamiento histórico o geográfico del proceso.

Estándar es la medida del desempeño esperado, mientras que el rango de variación es el intervalo predeterminado de variación de dicho desempeño.

Ejemplo:

Objetivo: capacitar al personal en la creación de equipos de trabajo.

Denominación: asistentes a cursos de capacitación en la creación de equipos de trabajo.

Clasificación: indicador de eficacia:

Fórmula:
$$\frac{\text{Número de cursos de capacitación programados}}{\text{Número de cursos realizados}}$$

Valor esperado: 80 a 90 por 100

Periodicidad de evaluación: mensual, trimestral y anual.

Interpretación: los valores fuera de los esperados reflejan una deficiente administración de los cursos de capacitación.

La última parte del ejercicio, pretende la identificación de los indicadores que nos permitan saber que se ha logrado el objetivo, por lo que de acuerdo a cada objetivo, se tendrá que establecer, que relación de variables es la útil para definir su logro, así como sus características.

Sugerencia:

Hasta este momento le hemos presentado la propuesta de modelo de planeación estratégica a desarrollar como ejercicio, de creerlo usted conveniente y de utilidad una vez realizando el ejercicio, como agregado, puede hacer propuestas de modificación del modelo tanto en contenidos, utilización de herramientas así como en su secuencia, solicitándose que se fundamenten preferentemente en forma bibliográfica o haciendo referencia a la organización que la utiliza.

Bibliografía

Campbell, Andrew: *La Misión de los negocios*. Edit. Díaz de Santos. España 1992.

Certo Samuel: *Dirección estratégica*, Edit. McGraw – Hill, España 1997.

Coronel Rafael: *Estrategia, el cambio en la proyección del pensamiento empresarial*, Edit SICCO, México 1998.

David, Fred: *Conceptos de administración estratégica*, Edit. Prentice Hall, Hispanoamérica S.A., México 1997.

Hamermesh, Richard: *Planeación estratégica*, Edit Limusa. México 1995.

Hermida, Jorge: *Administración*, Edit. Macchi, Argentina, 1992.

Hernández, Sergio: *Introducción a la administración*, Edit McGraw-Hill, México 1994.

Indicadores de servicios de Salud Instituto Mexicano del Seguro Social 1994.

Koontz, Harold: *Administración, una perspectiva global*. Edit. McGraw- Hill, México 1994.

Martínez, Fabián: *Planeación estratégica creativa*, Edit. PAC, México 1986.

Maqueda, Javier: *Cuadernos de dirección estratégica y planeación*. Edit. Díaz de Santos. España 1996.

Ohmae, Kenichi: *La mente del estratega*, Edit. McGraw-Hill, México 1982.

Pineault, Raynald: *La planificación sanitaria*. Edit. MASSON, España 1995.

Porter, Michael: *Estrategia Competitiva, Técnicas para el análisis de los sectores industriales y de la competencia*. Edit. CECSA. México 1982.

Quigley Joseph: *Visión, cómo la desarrollan los líderes, la comparten y la sustentan*. Edit. McGraw – Hill, Colombia 1996.

Sachse Matthias: *Planeación estratégica en empresas públicas*. Edit. Trillas, México 1990.

Shaefer M L' *Administration des programmes de salubrité de l'environnement; approche systemique* Organization Mondiale de la santé, Geneve, 1975, p. 130

Scott, Cynthia: *Visión, valores y misión organizacionales*. Edit Grupo editorial Iberoamericano S.A. México 1997.

Senge Peter: *La Quinta disciplina*. Edit. Granica, España 1994.

Steiner, George: *Planeación estratégica. Lo que todo director debe saber*. Edit. CECSA. México 1983.

Stoner, James: *Administración*, Edit. Pretence Hill Hispanoamérica S.A. México 1989.

Taylor C. E. *Stages of the Planning Process, in Health Planning* ed. John Hopkins University, Baltimore. 1972 p 25.



EJERCICIOS Y ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Primer avance del trabajo final
(esta actividad puede ser individual o grupal)

Desarrolle los siguientes puntos:

- A. El análisis de las oportunidades y amenazas que encontraba la reforma sanitaria antes de su aplicación y cómo se han comportado tales variables a posteriori de la misma.
- B. El análisis de las fortalezas y debilidades de su área de responsabilidad de acuerdo al nuevo modelo y elabore la matriz de posicionamiento.
- C. De acuerdo con lo que ha observado plantee una visión y una misión de su organización ante los nuevos retos.

Extensión máxima de toda la actividad: cuatro páginas.

Nota: usted deberá enviar este avance al tutor asignado al inicio del Diplomado para el trabajo final.

Módulo III. Introducción a la economía de la salud

INTRODUCCIÓN

La economía de la salud se define como la aplicación de la economía para el estudio de la producción, distribución y consumo de los servicios de atención médica. Tiene como tarea fundamental contribuir al mejoramiento de la salud sin subordinar los valores éticos inherentes.

En términos económicos, el significado de los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico representa un incremento en la demanda de atención de padecimientos costosos (tratamiento de enfermedades crónico-degenerativas y accidentes) que competirá con el presupuesto asignado para el tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas aún sin resolver.

La economía de la salud aporta al campo de la salud su cuerpo teórico y metodológico para apoyar la toma de decisiones en la asignación y uso de los recursos. Es importante reconocer la necesidad de elegir mejores alternativas para la asignación de recursos para la atención a la salud, en virtud de que son escasos para satisfacer las necesidades nuevas o cambiantes de la sociedad. Es por ello que el análisis de costos tiende a configurarse como un instrumento de creciente importancia para la toma de decisiones de planificadores, gestores, políticos y proveedores, especialmente en lo que respecta al establecimiento de prioridades, a la financiación y a la regulación de los servicios de salud.



OBJETIVO

- Describir los conceptos, campos, métodos y aportes de la economía de la salud e identificar conceptos básicos de costos y su utilidad en los servicios de salud.

PALABRAS CLAVE

Atención médica
Campos de aplicación
Costos
Costos directos
Costos indirectos
Demanda
Eficiencia

Economía
Evaluación económica
Mercado
Oferta
Salud
Transición epidemiológica.

TEMAS

1. Transición epidemiológica y economía de la salud: hacia un modelo de análisis para los sistemas de salud.
Por Armando Arredondo López.
2. Niveles de aplicación de la economía de la salud: revisión y análisis.
Por Armando Arredondo López.
3. Aspectos por considerar en el análisis del mercado en servicios de salud.
Por Armando Arredondo López.
4. Consideraciones conceptuales y metodológicas para el estudio de los costos de servicios de salud.
Por Armando Arredondo López e Irene Parada Toro.



EJERCICIOS Y ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Segundo ejercicio de evaluación

Este ejercicio es individual y deberá enviarse al Dr. Armando Arredondo.

Lineamientos para el ejercicio

Tome como guía metodológica la matriz de costos que se presenta en el anexo 1, del tema 4. El ejercicio consiste en determinar los costos directos en la producción de servicios de atención médica. Recuerde usted que la enfermedad seleccionada es la hipertensión arterial (HTA).

Como se planteó en el tema cuatro de este módulo, la identificación de los insumos y funciones de producción de manejo de caso de una enfermedad es el primer paso a seguir y esto requiere de la integración de un equipo. Se trata de un ejercicio individual y cada participante podrá consultar con otros colegas para **identificar el manejo del caso de HTA seleccionado por costear**. La otra opción es **inferir de manera aproximada el manejo de caso**. Con esta tarea realizada, se tendrá la información de cuántas consultas de primera vez, subsecuentes o interconsultas requiere el manejo de caso; cuántos estudios de laboratorio, cuántos días cama, cuántos días de tratamiento, cuántos días de terapia intensiva, etc.

Para su manejo, puede abordarse como caso anual, por ser una enfermedad crónica. Es importante resaltar que por las características de este Diplomado y por el tiempo requerido no será posible desarrollar de manera detallada todos los pasos metodológicos planteados en esta sección, **por lo que es importante tomar como guía la matriz de costos para enfermedad pulmonar obstructiva crónica**, donde solo se incluyen cuatro columnas, en lugar de las seis que se discutieron anteriormente en el tema cuatro y que aparecen para la matriz de costos de consulta externa. En concreto, la matriz de costos que da respuesta al ejercicio deberá incluir las siguientes columnas:

- 1) Elementos de costo (insumos o funciones de producción).
- 2) Costo unitario.
- 3) Cantidad requerida por manejo de caso anual o episodio.
- 4) Costo total.

Si no es posible calcular a detalle los costos, se puede hacer una aproximación, pero sí es necesario que se identifiquen los insumos y funciones de producción tal como aparecen en la matriz.

Tema 1. Transición epidemiológica y economía de la salud: hacia un modelo de análisis para los sistemas de salud

Por Armando Arredondo López



Resumen

Este tema presenta un modelo de análisis propuesto para el estudio algunos problemas sustantivos de los sistemas de salud. Dicho modelo está integrado a partir de tres niveles de aproximación conceptual: (1) elementos centrales de la teoría de la transición epidemiológica, (2) aportes de la economía de la salud y (3) el criterio de eficiencia. Los diferentes elementos de cada aproximación conceptual se interrelacionan para integrar una perspectiva de análisis que puede ser utilizada para guiar la valoración económica de problemas sustantivos en los sistemas de salud. Esta propuesta incluye la revisión, análisis y reflexión sobre diferentes aportes teórico-metodológicos que permiten desarrollar nuevas herramientas para la generación, producción, reproducción y utilización del conocimiento que apoye la toma de decisiones en relación con el desajuste entre los sistemas de salud y las condiciones de salud de la población.

Tema 1. Transición epidemiológica y economía de la salud: hacia un modelo de análisis para los sistemas de salud

Por Armando Arredondo López

Introducción

A nadie escapa que los programas de reforma de los sistemas de salud constituyen el objeto central para el análisis y la acción en materia de salud, particularmente cuando ha quedado de manera explícita que el reto de tales reformas es lograr una adecuación entre la oferta y la demanda de salud de los distintos conjuntos de población. En efecto, los desequilibrios del mercado de la salud constituyen hoy por hoy uno de los principales retos a vencer en el replanteamiento de los sistemas de salud, fundamentalmente por las disparidades que se presentan al contrastar los servicios de salud disponibles versus las demandas requeridas a partir de los cambios epidemiológicos.

Los desequilibrios del mercado de la salud constituyen hoy por hoy uno de los principales retos a vencer en el replanteamiento de los sistemas de salud.

En este contexto, podemos decir que a medida que avancen los proyectos de reforma de la salud, el costo de prestar servicios únicamente a la demanda de casos hospitalarios de enfermedades crónico-degenerativas será más alto en relación con el costo de proporcionar servicio a la demanda de casos ambulatorios y hospitalarios de enfermedades infecciosas, por lo que a mayor avance de la transición epidemiológica, mayores consecuencias financieras en la producción de servicios de atención médica para demandas futuras.

Por otra parte, los cambios observados y esperados en el perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas vs. infecciosas, conducirán a una competencia financiera en el uso de los recursos. De tal forma que la asignación de recursos financieros para producir servicios dirigidos a enfermedades crónicas estará afectada por la producción de servicios para enfermedades infecciosas. Es por ello que la competencia interna en el uso y asignación de los recursos económicos estará en relación directa a los cambios esperados en el perfil epidemiológico⁽¹⁾. En este sentido, los cambios epidemiológicos y la necesidad de producir servicios para satisfacer la demanda que dichos cambios generan, plantean el reto de como integrar disciplinas de estudio para la solución de la problemática actual en salud.

Los cambios observados y esperados en el perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas vs. infecciosas, conducirán a una competencia financiera en el uso de los recursos.

Lo anterior es de particular relevancia en aquellos países donde los sistemas de salud están siendo objeto de un proceso de reformas al sector. El incremento de

los costos de servicios de salud y, por consecuencia, la necesidad de aumento del gasto y cambios en los métodos de asignación de recursos para las reformas del sector, han suscitado múltiples inquietudes en los tomadores de decisiones, sobre todo en los planificadores y ejecutores de las políticas públicas.

La demanda de atención a la salud no disminuye, cada vez se diversifica, y el elevado costo de las distintas alternativas de acción en este periodo de transiciones, no sólo económicas, impone a los presupuestos nacionales y estatales una pesada carga que los gobiernos están tratando de reducir⁽²⁻³⁾. En relación con los costos de la atención médica, por razones metodológicas, de infraestructura y por la falta de una cultura de eficiencia económica en la organización de los sistemas de salud, existen pocos estudios empíricos que han abordado el problema. Hasta el momento, en la mayoría de los sistemas de salud no existen sistemas de información que permitan determinar los costos de atención, en el mejor de los casos se trabaja con el concepto de gasto, sustituyendo el concepto económico de costo por el concepto contable de costo⁽⁴⁻⁵⁾.

Sobre las condiciones de salud, es necesario tomar como base de análisis las tendencias del cambio en el perfil epidemiológico en países en desarrollo, cuya teoría asume que las tendencias de la mortalidad corresponden a ciertos cambios en la incidencia de enfermedades, presentándose un perfil de morbimortalidad mixto⁽⁶⁻⁷⁾. Dentro de este fenómeno cabe destacar que el grupo de enfermedades infecciosas está en declive pero no ha desaparecido y han reemergido enfermedades como el dengue y malaria y aparecido nuevas enfermedades infecciosas como el SIDA; segundo, las enfermedades crónico-degenerativas y los accidentes se han incrementado; y tercero, las condiciones permanentes incluyen a las malformaciones congénitas y problemas perinatales, con lo que se ha conformado un patrón «polarizado dilatado», propio de países de ingreso medio⁽⁸⁻⁹⁾.

En términos económicos el significado de los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico, significa un incremento en la demanda de atención de padecimientos costosos (tratamiento de enfermedades crónico degenerativas y accidentes) que competirá con el presupuesto asignado para el tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas aún sin resolver⁽¹⁰⁾. Por otra parte, retomando los dos objetos de trabajo de la salud pública: condiciones de salud y respuesta social, la problemática que gira alrededor de estos objetos de análisis generalmente ha sido abordada de manera fragmentada, de tal forma que lo que concierne a la respuesta social se aborda por investigadores del área de sistemas de salud, mientras que lo relativo a las condiciones de salud, se aborda por investigadores del área epidemiológica.

En este sentido, la construcción del conocimiento en salud pública ha tenido como consecuencia la separación cada vez más común de las dos áreas en cuestión, por lo que es momento de plantear problemas y proponer marcos de análisis que

La demanda de atención a la salud no disminuye, cada vez se diversifica, y el elevado costo de las distintas alternativas de acción en este periodo de transiciones, no sólo económicas, impone a los presupuestos nacionales y estatales una pesada carga que los gobiernos están tratando de reducir.

En términos económicos el significado de los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico, significa un incremento en la demanda de atención de padecimientos costosos (tratamiento de enfermedades crónico degenerativas y accidentes) que competirá con el presupuesto asignado para el tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas aún sin resolver

permitan aminorar el conflicto y generar conocimiento de manera integral, a la vez que llenen el vacío y las deficiencias teórico-metodológicas que para unos y otros investigadores se han presentado. Dentro de este contexto se propone un marco integral que contempla tres niveles de aproximación conceptual para dirigir el análisis de dos problemas centrales de los sistemas de salud: los costos de producir servicios de salud y las consecuencias financieras del cambio en el perfil epidemiológico.

Niveles de aproximación conceptual

Para la integración del modelo de análisis propuesto se toma como punto de partida la teoría de la transición epidemiológica, como una propuesta teórica que pretende explicar y orientar el análisis de la problemática central que se generará en la demanda de servicios de salud a partir de los cambios epidemiológicos esperados. En un segundo plano, se incluyen algunos de los aportes de la economía de la salud que se dirigen hacia el análisis de la salud, sus vertientes, sus determinantes y la evaluación de los costos de producción; finalmente se profundiza en el criterio de eficiencia y la definición de los costos de servicios de salud, elementos que se retoman a mayor detalle en la propuesta de marco integral. Dicho marco integra los siguientes aspectos:

1) La teoría de la transición epidemiológica

- 1.1. Características de los cambios epidemiológicos
- 1.2. Mecanismos de los cambios epidemiológicos
- 1.3. Modelos epidemiológicos

2) Aportes de la economía de la salud

- 2.1. Aportes de carácter cognoscitivo-analítico
- 2.2. Aportes de carácter evaluativo-metodológico

3) El criterio de eficiencia y los costos

- 3.1. Eficiencia económica, organizacional y administrativa
 - 3.2. Costos de la atención médica
-

1. Planteamiento central de la teoría de la transición epidemiológica

Se retoman los componentes fundamentales de la teoría de la transición epidemiológica desarrollada por varios autores, con el único objeto de contar con elementos teóricos que desde una perspectiva epidemiológica permitan ubicar

tanto el origen como las consecuencias de cambios en el perfil epidemiológico . En este sentido, no se trata de desarrollar a detalle la teoría, sino más bien de identificar aquellos enunciados teóricos que han sido verificados con hallazgos empíricos por otros autores y que permitan identificar aportes para la construcción de un marco integral para el análisis del objeto de trabajo planteado entre economía y epidemiología.

El concepto de transición epidemiológica, que originalmente fue planteado a principios de los setenta por Omran ⁽¹¹⁾, se refiere al perfil de salud y enfermedad de una población durante un período determinado. Este concepto retoma el análisis de los determinantes de cambios en el perfil epidemiológico de grupos de población. En efecto, Omran retoma los planteamientos de autores como Virchow, Malthus, Marx y particularmente el análisis de la transición económica y demográfica desarrollados por Fredericksen⁽¹²⁾, para introducir un nuevo concepto que permitiera incorporar cambios demográficos y económicos para el análisis de problemas de la salud pública, particularmente de las condiciones y determinantes de la salud.

La variabilidad con que se presentan las características y mecanismos de la transición en cada conjunto poblacional, es la que determinará el modelo de transición epidemiológica propio de cada país o región del mundo, pudiéndose presentar alguna de las siguientes modalidades: modelo clásico, modelo acelerado, modelo contemporáneo y modelo prolongado y polarizado. Los elementos mencionados de la teoría de la transición epidemiológica, retomados de la propuesta de Frenk y Cols.⁽¹³⁾, aparecen de manera simplificada en la figura 1. Sin embargo, para mayor comprensión de cada elemento a continuación se discuten con más detalle, de manera que se puedan identificar *grosso modo* los elementos determinantes de los cambios epidemiológicos y por consecuente los cambios en demandas futuras de servicios de salud, elementos centrales del marco propuesto.

1.1. Características de la transición epidemiológica

La propuesta de transición epidemiológica puede tener variadas características, dependiendo de algunos cambios observados en los diferentes conjuntos poblacionales. Dichos cambios incluyen los siguientes:

Cambios en la composición por causa de la mortalidad; de un patrón de mortalidad dominado por enfermedades infecciosas comunes, la desnutrición y los problemas derivados de la reproducción, la mortalidad por causa pasa a ser dominada por enfermedades crónico-degenerativas, lesiones, padecimientos mentales y nuevas infecciones como el SIDA. Cambios en la estructura por edad de la mortalidad; el peso relativo de la mortalidad por grupo etario avanza de los grupos jóvenes a los de mayor edad. Cambios en el peso relativo de la morbilidad versus la mortalidad;

El concepto de transición epidemiológica, que originalmente fue planteado a principios de los setenta por Omran (11), se refiere al perfil de salud y enfermedad de una población durante un período determinado.

La propuesta de transición epidemiológica puede tener variadas características, dependiendo de algunos cambios observados en los diferentes conjuntos poblacionales.

estos cambios epidemiológicos han tenido como efecto pasar de un patrón dominado por la mortalidad a un patrón dominado por la morbilidad debido al incremento de las enfermedades crónicas. Cambios en el significado social de la enfermedad; de ser un proceso agudo y transitorio, que se resuelve ya sea con la curación o con la muerte, el significado social de la enfermedad se convierte en un proceso crónico, que no tiene curación y que termina con la muerte inminente en el corto, mediano o largo plazo dependiendo de la historia natural de la enfermedad, de la respuesta de cada persona y de la atención médica que reciba, como parte de la respuesta social organizada.

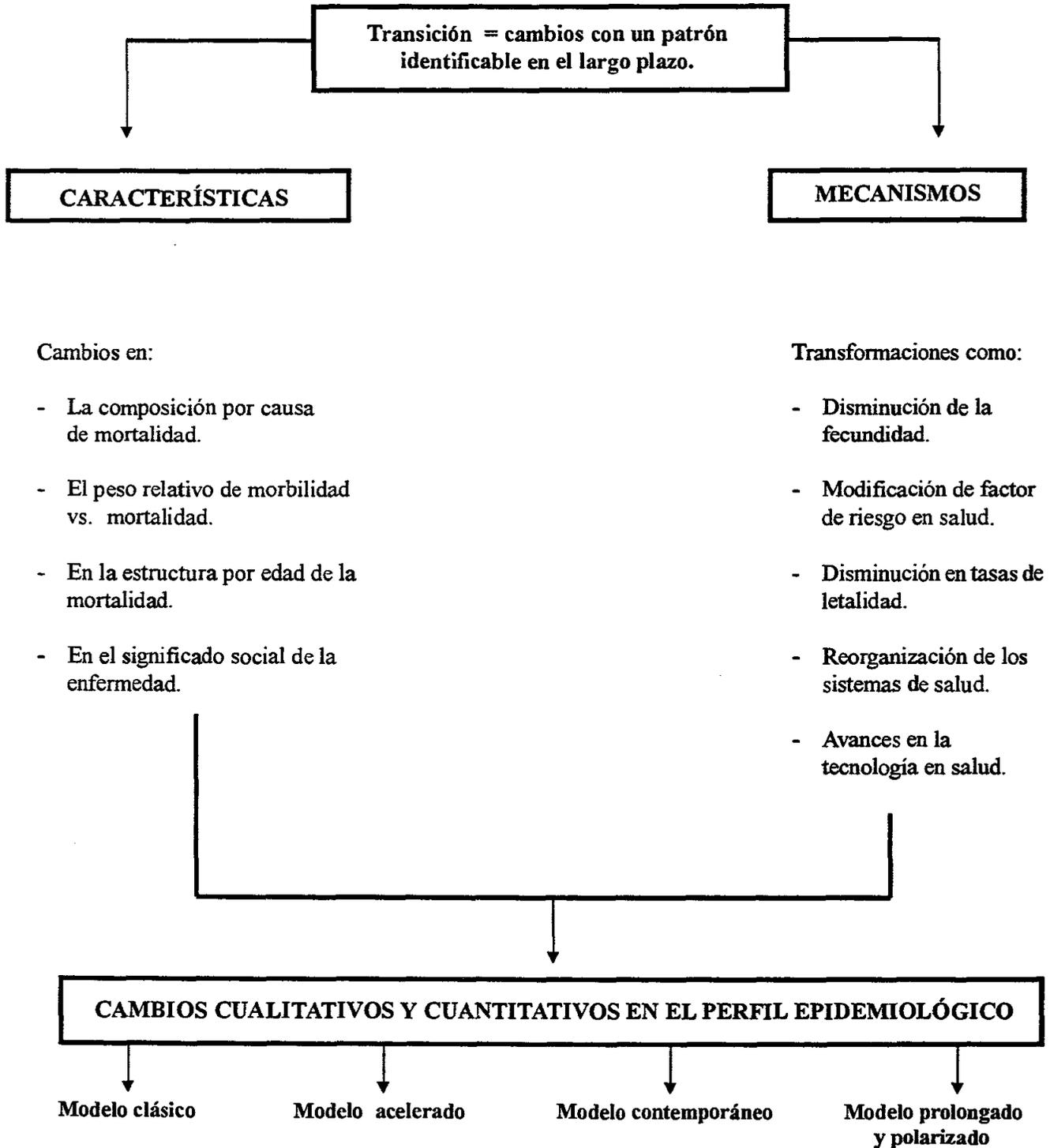
1.2. Mecanismos de la transición epidemiológica

Las características anteriores desde una perspectiva individual se visualizan de manera colectiva a través de los diferentes mecanismos:

La disminución de la fecundidad, que altera la estructura por edades de la población, implica el cambio de una fecundidad dominada por factores naturales y biológicos, hacia una fecundidad controlada en gran medida por las decisiones de las parejas. El grupo social cambia su estructura por edad pasando de una distribución con predominio de edades jóvenes al predominio de adultos y al consiguiente envejecimiento de la población. La modificación de los factores de riesgo, que afecta la incidencia de las enfermedades, actúa en primer término sobre la probabilidad de enfermar. Los factores de riesgo se ven modificados por la presencia de factores propios del cambio de una sociedad agrícola a una sociedad donde predomina la producción industrial. Podrían llamarse factores de riesgo propios de la modernización, estos son: ocupacionales, ambientales, sociales, biológicos y conductuales. El mejoramiento en la organización y la tecnología de la atención a la salud modifica las tasas de letalidad de muchas enfermedades. Las nuevas tecnologías terapéuticas y diagnósticas y la investigación en sistemas de salud, han brindado avances que permiten disminuir las tasas de letalidad de manera directa, al disminuir la probabilidad de que se mueran los ya enfermos y de manera indirecta, al reducir el riesgo de contagio en los no enfermos ⁽¹⁴⁾.

El grupo social cambia su estructura por edad pasando de una distribución con predominio de edades jóvenes al predominio de adultos y al consiguiente envejecimiento de la población.

Figura 1: Elementos centrales para el análisis de la *teoría de Transición epidemiológica*. (Diseñado a partir de la propuesta de Frenk y Cols.)



1.3. Modelos de la transición epidemiológica

Si bien es cierto que Frenk⁽¹⁵⁾ reconoce los modelos de la transición propuestos por Omran, también es cierto que a partir de un análisis crítico de los efectos combinados de las características y los mecanismos que explican los cambios básicos que caracterizan a la transición epidemiológica, propone un nuevo modelo que ha denominado "modelo prolongado y polarizado", modelo que parece estar surgiendo en años recientes y en el cual el traslape de tendencias subsiste por un largo período y la distribución social de los cambios es muy heterogénea.

La justificación de incluir este nuevo modelo, está dada por los resultados de estudios empíricos en países de ingreso medio⁽¹⁶⁻¹⁸⁾, pudiendo observar que el fenómeno de la transición epidemiológica más allá de cambios comunes, las experiencias de la transición parecen variar de un tipo de país a otro. Sin embargo, estas distinciones no parecen haber sido consideradas cabalmente en muchas de las formulaciones originales de la teoría de la transición epidemiológica. Por su propia naturaleza pionera, casi todas las obras clásicas sobre este tema encierran una perspectiva lineal y unidireccional. Retomando otras propuestas, Frenk propone la conformación de cuatro modalidades de transición:

La justificación de incluir este nuevo modelo, está dada por los resultados de estudios empíricos en países de ingreso medio.

El modelo clásico, describe mecanismos graduales y progresivos de la transición de altos niveles y tendencias de mortalidad (por arriba de 30 por 1000 habitantes) y alta fertilidad (más de 40 por 1000 habitantes) a bajos niveles de mortalidad (menos de 10 por 1000) y bajos niveles de fertilidad (menos de 20 por 1000), cambios que son acompañados por el proceso de modernización en la mayoría de los países de Europa.

El modelo de transición acelerada, característico de países como Japón, incluye una transición acelerada en los niveles de la mortalidad. La diferencia con el modelo clásico es que en este caso, los cambios de la mortalidad a menos de diez muertes por 1000 habitantes ocurren en un periodo de tiempo mucho más corto que en aquellos países donde se presenta el modelo clásico.

El modelo contemporáneo o dilatado de la transición, describe un fenómeno de transición incompleta de la mayoría de los países en desarrollo. Se ocupa de cambios donde el descenso de la mortalidad fue demorado hasta la tercera, cuarta o quinta década del presente siglo.

Transición prolongada y polarizada. El traslape de etapas y las contratransiciones conducen a una situación en la que no existe una resolución clara del proceso de transición. Muchos países de ingreso medio parecen estar estancados en una situación de morbilidad mixta en la que sigue habiendo una gran incidencia de infecciones comunes sin que se llegue al predominio de los padecimientos crónicos.

Cualquier modelo de transición que se presente plantea retos importantes para la reforma de los sistemas nacionales de salud. Como algunos investigadores lo mencionan⁽¹⁹⁻²⁰⁾, es necesario implantar cambios al interior de los servicios de salud para que sean capaces de promover condiciones de vida más saludables, identificar los grupos y factores de riesgo, poner al alcance de amplios sectores de la población los avances científicos y tecnológicos, atender una amplia gama de problemas de salud y sobre todo prever, tanto el comportamiento epidemiológico a corto, mediano y largo plazo, así como las consecuencias particularmente financieras para el manejo de demandas futuras y planear racionalmente la asignación de recursos para la atención.

2. Aportes de la economía de la salud

En relación con el segundo nivel de aproximación conceptual, se incluyen de la economía de la salud, mismos que constituyen un marco de referencia idóneo para el análisis de los costos y de las consecuencias financieras del cambio en el perfil epidemiológico bajo el principio de eficiencia. La economía de la salud, definida como la aplicación de la economía para el estudio de la producción, distribución y consumo de los servicios de atención médica, tiene como tarea fundamental contribuir al mejoramiento de la salud sin subordinar los valores éticos inherentes, que le confieren particularidades que escapan al pensamiento ortodoxo de la economía, pero aprovechándolo para la resolución de problemas en salud pública. Más allá de las características que los conceptos tomen en detalle, se pueden delimitar los aportes de la economía de la salud en dos grandes rubros⁽²¹⁾: aportes de carácter cognoscitivo-analítico y aportes de carácter evaluativo-metodológico.

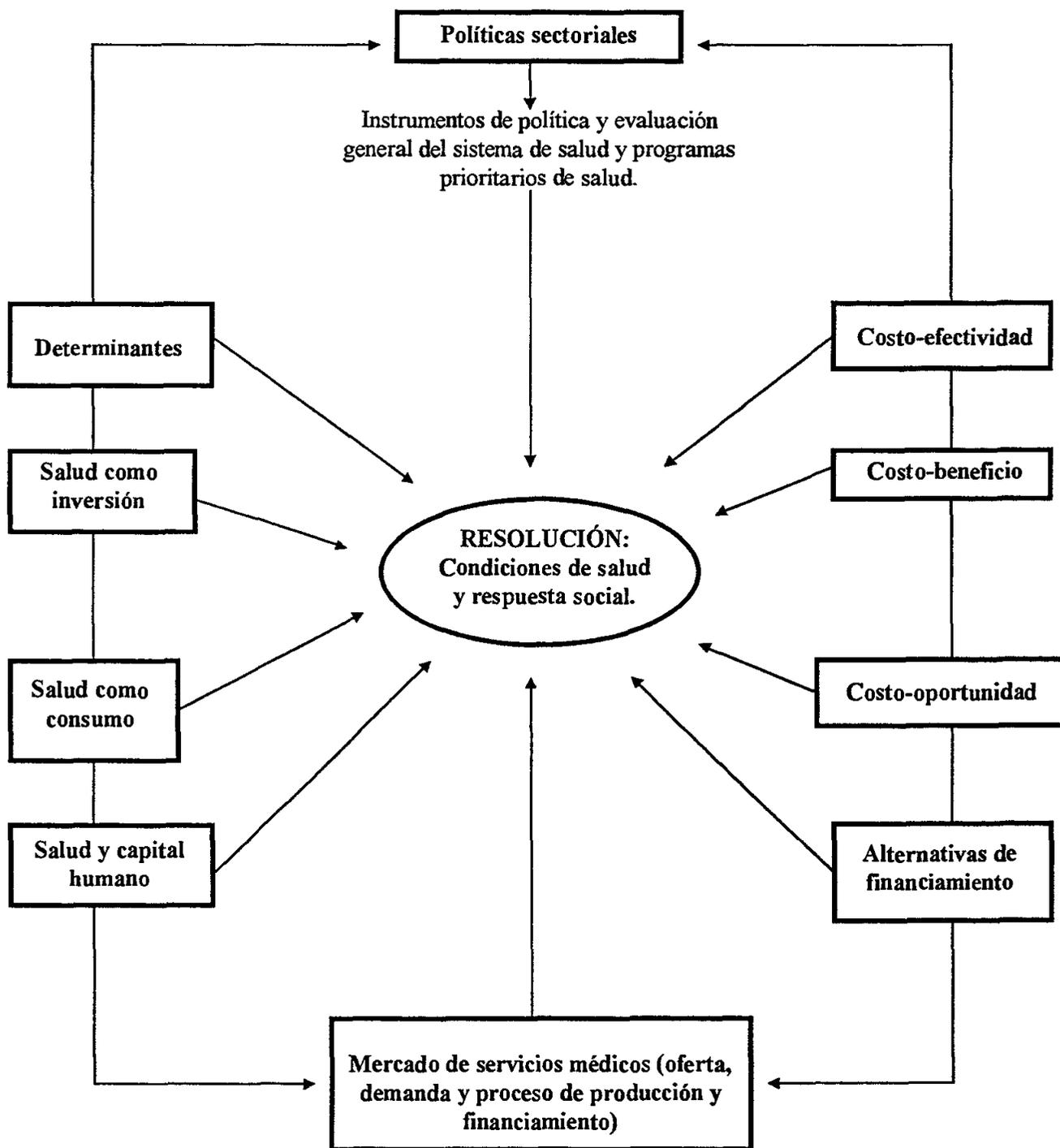
Es importante señalar que tales aportes representan elementos de análisis necesarios para abordar y entender el estudio de costos y consecuencias financieras en servicios de salud, además de que constituyen el punto de partida de los campos de aplicación de la economía de la salud en toda evaluación económica en asistencia sanitaria.

En la figura 2, se plantea de manera simplificada y bajo diferentes niveles de análisis, algunos de los aportes de la perspectiva económica, que interesa resaltar en esta propuesta para el estudio del sector salud. Por una parte, se plantea la identificación de los determinantes, la salud como inversión, como consumo y su relación con la teoría del capital humano, como elementos que inciden de manera directa para el análisis del sector, o de manera indirecta y con ciertos mediadores al momento de abordar las políticas sectoriales y el mercado de servicios médicos.

Por otra parte, para abordar las políticas sectoriales y el mercado de servicios médicos, el análisis de costos, de costo-efectividad, de costo-beneficio y las alternativas de financiamiento, conforman elementos metodológicos-evaluativos,

La economía de la salud, definida como la aplicación de la economía para el estudio de la producción, distribución y consumo de los servicios de atención médica, tiene como tarea fundamental contribuir al mejoramiento de la salud sin subordinar los valores éticos inherentes.

Figura 2: Aportes de la economía de la salud para un análisis integral de los sistemas de salud y condiciones de salud. (Modificado de Arredondo y Cols.).



que bien inciden directamente al momento del análisis-evaluativo del sector, o indirectamente al momento de evaluar programas específicos de la política sectorial o la eficiencia del proceso de producción de los servicios. Los diferentes elementos que aquí se retoman han sido definidos a detalle en dos artículos que han sido publicados con anterioridad⁽²¹⁻²²⁾. Por lo tanto, es necesario resaltar que para fines de este tema no se entrará al detalle de cada aporte, solo se presentan *grosso modo*, como elementos de análisis para ubicar el marco de evaluación económica donde se integran los criterios de eficiencia y costos que permiten identificar las consecuencias financieras de cambios en el perfil epidemiológico.

2.1. Aportes de carácter cognoscitivo-analítico

- **Determinantes de la salud.** Incluye todos los aspectos que intervienen positiva o negativamente en la conformación de los niveles y tendencias de salud de cada individuo o grupo social, por lo que se trata de un aporte fundamental debido a que la salud es el resultado de la interacción del hombre y su entorno.
- **La salud como consumo.** En términos de consumo, la salud es demandada por la población de acuerdo con sus preferencias y posibilidades de compra. Ante un presupuesto limitado el gasto en salud compite con el gasto de otras mercancías. La valoración del consumidor sobre los beneficios de la salud es importante ya que de ello depende la prioridad que toma con respecto a otras necesidades que deberán satisfacer otros sectores sociales.
- **La salud como inversión.** La salud como inversión surge cuando el propósito de querer estar sano se logra mediante mecanismos de pago y obtención de resultados no inmediatos. En este caso, generalmente, se establece un mecanismo de pago diferido, observando efectos a mediano o largo plazo y la expresión de las preferencias se ve minimizada por la necesidad imperante de preservar buena salud, tanto a nivel individual como colectivo.
- **Salud y capital humano.** El capital humano lo constituyen todas las capacidades del hombre que inciden en la producción de bienes y servicios. Dicho de otro modo, el consumo y la inversión que todo grupo social hace en su salud, se traduce en un incremento en la productividad, creación y capacidad de trabajo permitiéndole llevar su competitividad en el mercado laboral y mejorando su calidad de vida. La reserva de capital humano que genera el sector salud a través de las instituciones que lo conforman, puede ser medida como el valor de la capacidad de trabajo con que cada persona o grupo social cuenta, aspecto que se traduce en mano de obra añadida e incremento de la productividad y reducción de incapacidades, como resultado de la eficacia de programas de atención médica.
- **El mercado de servicios médicos.** Los tiempos actuales han revalorizado la importancia de los mercados libres y competitivos en toda la actividad económica.

Cuando los mercados son competitivos, el criterio para la asignación de recursos se basa en los precios, que se determinan a través de la demanda y la oferta ya que estos reflejan el costo real de oportunidad. De esta manera, los bienes y servicios pueden producirse de forma técnicamente eficientes; los productos ineficientes quiebran y los recursos escasos se asignan conforme a la más alta valuación de los individuos. En semejante situación no se requeriría la intervención del Estado. Sin embargo, actualmente los servicios de salud se encuentran inmersos en los llamados « mercados imperfectos»; es decir, dentro de un sector de la economía que no logra un equilibrio, o máximo beneficio social, a partir de la simple interacción de las fuerzas del mercado. de aquí que se requiera la intervención de un agente colectivo que garantice el bienestar social ⁽²³⁾ .

Cuando los mercados son competitivos, el criterio para la asignación de recursos se basa en los precios.

2.2. Aportes de carácter metodológico-evaluativo

Aun cuando la perspectiva económica cuenta con una gama muy amplia de métodos y técnicas de análisis, en lo relativo a los aportes de carácter metodológico-evaluativo para el sector salud, se puede decir que son tres los aspectos que interesa resaltar en el marco propuesto: análisis de costo-efectividad, costo-beneficio y alternativas de financiamiento.

Son tres los aspectos que interesa resaltar en el marco propuesto: análisis de costo-efectividad, costo-beneficio y alternativas de financiamiento.

- **Análisis costo-efectividad y costo-beneficio.** Los estudios de costo efectividad son una estrategia utilizada en el análisis de la eficiencia y los costos. El análisis de costo-efectividad, parte del supuesto de que el desarrollo del proyecto, plan, programa o actividad en cuestión es válido y se concentra solo en el cómo se puede alcanzar al menor costo o cual es la mayor cantidad a generar tratándose de una determinada inversión. Por otra parte, los recursos para proporcionar servicios de atención médica son escasos y nunca serán suficientes para satisfacer del todo las crecientes necesidades humanas. Debido a lo anterior, surge la necesidad de elegir en que actividades se consumirán los recursos, o dicho de otra manera, el valorar el consumo de recursos a través del conocimiento del costo de oportunidad de las actividades que se dejarán de hacer debido a la escasez. Precisamente, el análisis de costo-beneficio implica la comparación de distintas actividades en términos de costos y beneficios; es una técnica que nos permite obtener información para determinar si una intervención o servicio nos llevará al nivel social óptimo o si es válido continuar o detener un proceso, por lo que implica la maximización en el uso de los recursos y concierne a la valoración tanto social como privada de los costos y los beneficios⁽²⁴⁾.

- **Alternativas de financiamiento.** En relación con el análisis de alternativas de financiamiento, es un aporte que constituye el punto focal para analizar la factibilidad económica, los efectos distributivos, la conveniencia política e incluso las implicaciones éticas de los programas de atención médica en los que se lleve a cabo el análisis⁽⁶⁸⁾. Para ello, la perspectiva económica plantea dos principales

categorías de fuentes de financiamiento: A) Fuentes públicas y quasi-públicas de financiamiento que incluye recursos provenientes de impuestos públicos-federales, financiamiento por déficit, impuestos de mercado, seguridad social y loterías; B) Fuentes de financiamiento privado, que incluye contribuciones voluntarias, cuotas de recuperación, autofinanciamiento comunitario y sistemas de prepago a través de seguros de salud.

- **Las políticas sectoriales.** La economía de la salud tiene elementos de apoyo directo en la formulación de la política sectorial y la social, para promover el nivel de salud de la comunidad. La asignación de recursos dentro del sector salud ha incorporado criterios económicos con anterioridad, en particular dentro de ciertos ámbitos. Sin embargo, aún existe una práctica aislada, poco especializada y desvinculada parcialmente de la economía de la salud. Estos problemas están asociados con las particularidades de los servicios y del campo de la salud, como son el hecho de que la salud contiene cargas de tipo ético y de valoración subjetivos⁽²⁵⁾. Ambos aspectos han favorecido a que la toma de decisiones con respecto a la asignación de recursos se realice con análisis parciales e insuficientemente documentados.

En este sentido, dentro del área de la salud, la perspectiva económica enriquece los enfoques y las alternativas en la solución de problemas de muy diverso orden. Este es el caso de los cuestionamientos que han permanecido sin respuesta y que han emergido en épocas recientes, como son el análisis de la política sectorial y la forma de participación del estado en la provisión de los servicios de salud, así como la vinculación de dichas políticas con el mercado de producción de servicios médicos, y particularmente el costo de producir los servicios requeridos y los mecanismos de financiamiento a partir de las demandas generadas por los cambios epidemiológicos.

3. El criterio de eficiencia y la definición de costos

Aunque el criterio de eficiencia económica y la definición de costos son dos elementos que han sido mencionados en párrafos anteriores, en este tercer nivel de aproximación conceptual se delimitan a mayor detalle, con el objeto de hacer explícitos algunos aspectos que no han sido considerados.

3.1. El criterio de eficiencia

En el contexto médico, Donabedian, Wheeler y Wyszewianski⁽²⁶⁾, identifican dos tipos de eficiencia, la eficiencia clínica, que se refiere a la provisión de la mejor atención posible en la que se combinan los tiempos y la secuencia de servicios de tal manera que se produzca el mayor incremento en salud para el paciente dados los recursos disponibles y la eficiencia en la producción de servicios, que se refiere

La eficiencia clínica, se refiere a la provisión de la mejor atención posible en la que se combinan los tiempos y la secuencia de servicios de tal manera que se produzca el mayor incremento en salud para el paciente dados los recursos disponibles.

a la forma en que son producidos los servicios tomando en cuenta la calidad del sistema de producción, pero no como un componente de la calidad de la atención en sí misma. Frenk, Ruelas y Donabedian⁽²⁷⁾, añaden otra dimensión a esta definición, que es la eficiencia administrativa, en donde las diferentes interacciones se producen en el contexto de un hospital con el fin de producir salud.

Por otra parte, los economistas de la salud proponen que la eficiencia económica, implica que las elecciones en la asistencia médica deben ser realizadas de forma que se consiga el beneficio total máximo de los recursos a disposición de la comunidad. En consecuencia, está implícito que un tratamiento o la demanda de un servicio médico, no puede ser preferido sobre otro únicamente por ser más barato. La elección dependerá al mismo tiempo de los beneficios y costos relativos⁽²⁸⁾. En esta propuesta, la eficiencia es vista de manera integral, incluyendo en su definición operacional, el análisis de tres dimensiones: la dimensión clínica, la dimensión organizacional -administrativa y la dimensión económica (ver figura 3).

3.2. Costos de la atención

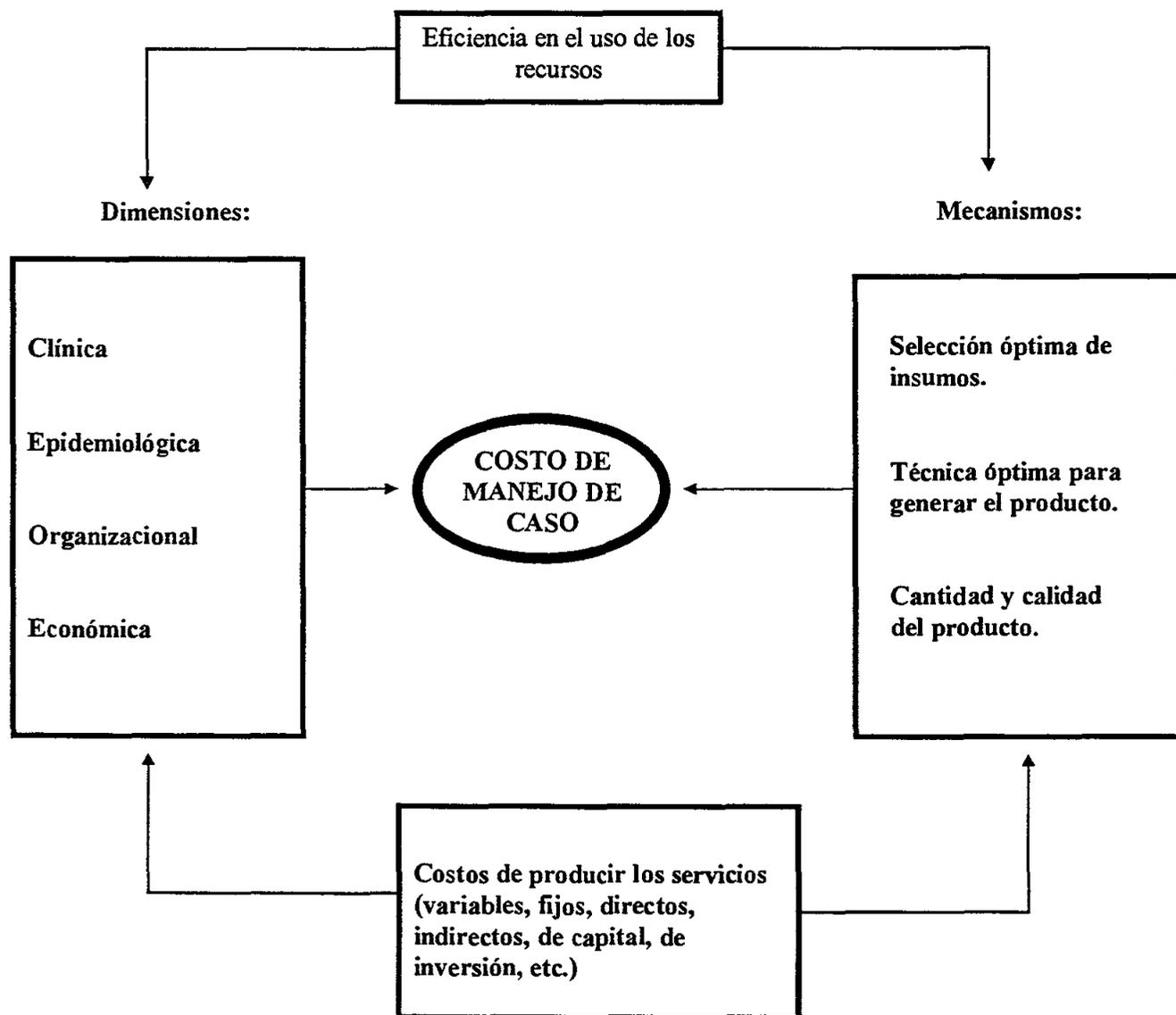
El concepto económico de costos surge de una noción de usos alternativos de los recursos. El costo de una unidad de un recurso es el beneficio que se obtendría en un mejor uso alternativo. Este concepto debe ser contrastado con aquél estrictamente contable de costo que está relacionado con las salidas de caja por unidad de recurso. Las estimaciones contable y económica de costos pueden coincidir pero esto no es lo más frecuente, pues no se incluye en la perspectiva contable el concepto de costo de oportunidad y generalmente solo se incluye lo referente a costo recurrente. Para el caso de los servicios de salud lo importante es tener claro que los costos se traducen en montos de recursos económicos que se invierten en toda fase del proceso de atención a la salud⁽²⁹⁻³⁰⁾.

Dichos costos, para fines de obtención y análisis, se dividen en "costos directos" (costos en que incurre directamente el prestador de la atención médica para la generación de un servicio) y "costos indirectos" (costos en que incurre el consumidor para obtener el servicio de atención médica, incluyendo tiempo de traslado, tiempo de espera, tiempo de tratamiento, etc.). Es importante resaltar que los costos directos son los costos de mayor relevancia y pertinencia para la toma de decisiones en la planeación de los servicios médicos. Por otra parte, es importante tener claro que la evaluación económica depende en gran medida de la evaluación técnica subyacente (calidad de la atención, equidad, accesibilidad, etc.); por lo tanto la evaluación económica debe integrarse la evaluación médica en dichos procesos, más que como un sustituto de ella.⁽³¹⁻³²⁾

Los economistas de la salud proponen que la eficiencia económica, implica que las elecciones en la asistencia médica deben ser realizadas de forma que se consiga el beneficio total máximo de los recursos a disposición de la comunidad.

El costo de una unidad de un recurso es el beneficio que se obtendría en un mejor uso alternativo.

Figura 3. Los criterios de eficiencia y costos en la producción de servicios de salud.



Integración de los diferentes elementos

La integración de los elementos teóricos de los tres niveles de aproximación conceptual descritos para el abordaje del problema-objeto de estudio conforman el marco integral de análisis, mismo que se presenta esquemáticamente en la figura 4. Tomando en cuenta que los componentes de cada nivel de aproximación conceptual fueron definidos e identificados en las secciones anteriores, aquí solo se plantearán los niveles de integración y los tipos de interacción entre sus diferentes componentes.

Se parte inicialmente de las características y mecanismos de la transición epidemiológica. A partir de la composición por causa específica de la mortalidad y morbilidad, del peso relativo de la morbilidad versus la mortalidad, la estructura por edad y los cambios en el significado social de la enfermedad, así como de la modificación en los factores de riesgo, la organización actual del sistema de salud y el estado del arte de la atención a la salud, se generan cambios que determinan un perfil epidemiológico particular de cada conjunto poblacional. De manera que se pueden identificar los casos esperados por enfermedad específica.

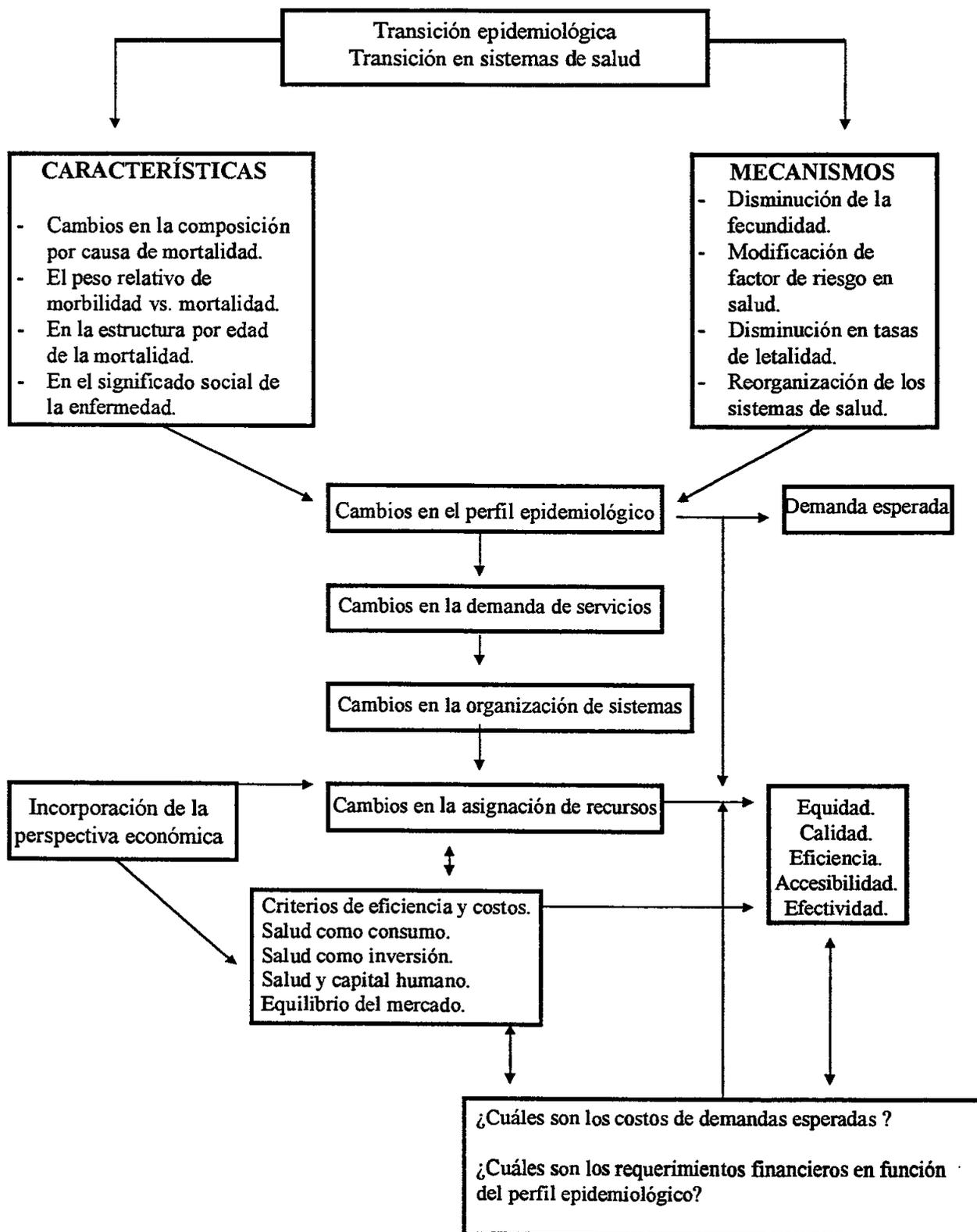
La interacción de tales características y mecanismos y la identificación de los casos esperados por tipo de enfermedad, a su vez generan cambios relevantes en las demandas de atención médica que ejercerá una determinada población al sistema de atención. Estos cambios en la demanda de servicios son la base de información para implementar cambios a nivel de la respuesta social en cuanto a la producción y financiamiento de los servicios. En este sentido, se hace necesario desarrollar e implementar cambios en los mecanismos de análisis y asignación de recursos para la producción y por consiguiente para el financiamiento de programas específicos de salud.

Ante esos procesos de ajuste, originados a partir del cambio epidemiológico, se integran los diferentes aportes de carácter cognoscitivo analítico, de carácter evaluativo metodológico de la economía de la salud. Las políticas sectoriales en la producción y financiamiento de los servicios deberán ajustarse de acuerdo a las condiciones que se generen entre la demanda y la oferta, dependiendo del control que se tenga sobre las imperfecciones del mercado. Por otra parte, los mecanismos de financiamiento para responder a las demandas de los consumidores, dependerán del origen y montos de fuentes financieras y de los valores y principios de cada institución.

El criterio de eficiencia y la determinación de los costos son dos elementos más que, visualizando la salud como un bien económico, como consumo y como inversión, permitirán crear las bases de información para el estudio de costo-efectividad, costo-beneficio o costo-utilidad. Por consiguiente los costos de producción de servicios específicos de salud y la evaluación de las consecuencias

El criterio de eficiencia y la determinación de los costos son dos elementos más que, permitirán crear las bases de información para el estudio de costo-efectividad, costo-beneficio o costo-utilidad.

FIGURA 4: Integración de niveles de aproximación conceptual para la incorporación de la economía de la salud en el estudio de problemas sustantivos de los sistemas de salud (se toma como ejemplo los costos de producción y requerimientos financieros).



financieras de cambios epidemiológicos se integrarán como el hilo decisor para la planeación. Paralelamente, los aportes referidos al análisis de la eficiencia y los costos de la atención médica representan el componente técnico subyacente de la evaluación económica controlada básicamente a través de la calidad de la atención definida por la perspectiva del proveedor y del manejo de caso por enfermedad específica definido por expertos médicos y validado de manera interdisciplinaria.

Ambos momentos de la evaluación actúan directa e indirectamente en la generación de información económica para el análisis y la asignación de recursos financieros para la salud con la idea de contrarrestar los efectos sobre los resultados de efectividad, calidad, equidad, accesibilidad y eficiencia en el desempeño del sistema de atención a la salud, principios conductores de las reformas en salud

Discusión y conclusiones

La misión primordial de toda propuesta de análisis integral y de su aplicación mediante la investigación en salud pública, consiste en generar conocimiento científico referido a sus dos objetos de trabajo: las condiciones de salud (información epidemiológica) y la respuesta social organizada (información en sistemas de salud), ambos tipos de información contribuyen sustancialmente en el avance teórico-metodológico del conocimiento para el mejoramiento práctico de la salud pública y particularmente de los sistemas de salud.

Uno de los principales obstáculos con los que cuentan actualmente los sistemas nacionales de salud, es, por una parte, la falta de conocimiento sobre valoraciones económicas del funcionamiento de los sistemas de salud, particularmente sobre los costos de producir servicios por manejo de enfermedad específica para el tratamiento tanto de enfermedades crónicas como infecciosas. Por otra parte, este tipo de valoración económica generalmente está ausente de una valoración interdisciplinaria, principalmente clínica-epidemiológica de las condiciones de salud que se valoran. Existe una tendencia a replicar paradigmas académicos donde el conocimiento generado está al margen de una valoración integral de los diferentes factores que interactúan en la determinación de cualquier problema de estudio, en otras palabras se promueve la valoración parcial o fragmentada de la realidad.

Esta manera de abordar la construcción del conocimiento en su totalidad, es justamente uno de los objetivos que están implícitos en el desarrollo del marco de análisis propuesto, razón por la que están involucradas aportaciones teóricas y metodológicas de diferentes disciplinas de estudio.

Esta propuesta de marco integral se plantea como un marco para el análisis económico-epidemiológico de problemas de salud pública, y tiene como elementos centrales de análisis las características y mecanismos que condicionan el cambio

epidemiológico, el cómo el cambio epidemiológico genera cambios en la demanda de servicios, mismos que repercuten en la asignación de recursos. Bajo este contexto se integró el análisis económico, representado por los aportes de la economía de la salud.

Los diferentes elementos económicos y epidemiológicos se interrelacionaron en un estadio de interfase de las condiciones y la respuesta, resaltando los costos de manejo de intervenciones y la demanda esperada de las mismas, como dos elementos que intervienen directa o indirectamente en algunos de los problemas sustantivos en la organización de sistemas de salud (efectividad, equidad, calidad, accesibilidad y eficiencia). Los efectos de los cambios epidemiológicos tendrán efectos importantes en dos niveles de acción: a nivel de la competencia de los recursos y a nivel de los mecanismos de asignación de dichos recursos.

Tanto la competencia interna como los patrones de asignación de recursos se verán afectados directamente por dichos cambios, de tal forma que los costos de proveer servicios dirigidos a nuevas y más demandas de enfermedades crónicas, además de competir con las demandas clásicas de enfermedades infecciosas, obligan a cambios importantes en los patrones de asignación de recursos. Lo anterior de alguna manera es una llamada de atención para reforzar la hipótesis de que los costos y las consecuencias financieras del cambio en el perfil epidemiológico son dos elementos de análisis que deberán tomarse en cuenta en la planeación de actuales o futuros planes de reforma del sector, aun cuando aumentara el gasto en salud.

En relación con la aplicación del marco conceptual propuesto, es necesario resaltar que no fue objeto de este tema detallar un modelo de transición epidemiológica o definir los aportes de la economía de la salud. Los conceptos sobre la transición epidemiológica y sobre economía incluidos en los tres niveles de aproximación conceptual del marco integral para el análisis, se retomaron para orientar el abordaje metodológico de las preguntas e hipótesis que seguramente se presentarán en el diseño, implantación y evaluación de proyectos de reforma de los sistemas de salud. Por otra parte, los tres niveles de aproximación conceptual que se integraron pueden ser utilizados toda vez que se quiera analizar el problema de costos y consecuencias financieras de cambios en el perfil epidemiológico a nivel local, estatal, nacional, incluso internacional.

Los resultados de la aplicación del marco integral de referencia, tanto en sus componentes teóricos como metodológicos, tienen efectos importantes sobre el aislamiento entre el análisis de sistemas y el análisis epidemiológico que se ha discutido. Por lo tanto, se abren espacios teóricos y metodológicos que estimulan la interacción de dos áreas de trabajo y sus actores, haciendo que los vínculos de investigación, docencia y servicio de investigadores del área de sistemas se estrechen más con investigadores del área epidemiológica. El modelo propuesto puede ser

Los efectos de los cambios epidemiológicos tendrán efectos importantes en dos niveles de acción: a nivel de la competencia de los recursos y a nivel de los mecanismos de asignación de dichos recursos.

utilizado como un marco de referencia para la investigación evaluativa o bien como un marco para la formulación, implantación y evaluación de algunos procesos de reforma.

En efecto, se trata de un marco que integra diferentes niveles de aproximación conceptual para abordar desde una perspectiva integral el estudio de problemas actuales de la salud pública. Este marco reconoce la dificultad de establecer relaciones causales entre sus diferentes componentes, así como la dificultad de utilizarse de manera universal por lo que su aplicación y utilidad estará determinada por las adecuaciones que se hagan dependiendo del contexto del sistema de salud en que se apliquen.

Finalmente, dos aspectos que hay que resaltar para dar cierre a toda la discusión de los últimos párrafos. En primer lugar hay que hacer énfasis que, para lograr una mayor utilidad del modelo propuesto, serán necesarios algunos ajustes dependiendo del país que se trate, de la infraestructura del sistema de salud, de la carga que generen las diferentes enfermedades y del contexto de cada conjunto poblacional. En segundo lugar también es necesario resaltar que es bajo los lineamientos propuestos en la integración de los diferentes niveles de aproximación conceptual que el modelo de análisis propuesto promueve el abordaje de problemas sustantivos de salud y la construcción del conocimiento en salud pública desde una perspectiva transdisciplinaria e integral.

Hay que hacer énfasis que, para lograr una mayor utilidad del modelo propuesto, serán necesarios algunos ajustes dependiendo del país que se trate, de la infraestructura del sistema de salud, de la carga que generen las diferentes enfermedades y del contexto de cada conjunto poblacional.

Bibliografía

- 1.- World Health Organization. World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. Chapter 4: What resources are needed. World Health Organization . Geneva, 2000: 73-77.
- 2.- De Souza L, Shardonofsky S., Brouselle A., Contandriopoulos A., Champagne F., Arredondo A., Morales C. Y Rehinharz D. Comparación del desempeño de diferentes sistemas de salud de los países de la OCDE y de América Latina. Cap. 3 . Contandriopoulos A. et al editores. Montreal. ISBN: 2-922521-03-6. 2000. Pp: 87-109.
3. Ramesh G., et al. Health expenditures in Latin America and the Caribbean. Soc Sci and Medicine, 44(2) 1997; 157-169.
4. Drumond, M. et al. "Health economics: an introduction for clinicians" ; Ann Int Med 107 (1), 1987; 88-92.
5. SSA. Información básica sobre recursos y servicios del Sistema Nacional de Salud. Salud Pública de México, 2000. Vol 42, No. 1 : 68-76.

6. OPS-OMS. "Condiciones de Salud en las Américas 1985-1990"; Publicación científica No. 524, Volumen I, Washington D.C. agosto de 1994.; 65-86.
7. Frenk J, et al, "Health transition in middle-income countries: new challenges for health care". Health Policy and Planning; 4(1); Oxford University Press, 1989. ;29-39.
7. SSA, Paquete Básico de Intervenciones en Salud. Costos de Intervenciones. Informe Preliminar. Septiembre de 1995; 39-56.
8. Bobadilla J., et al; "Future Changes in Demographic, Epidemiologic and Social Factors", en The Epidemiological Transition and Health Priorities, Health Sector Priorities Review; The World Bank, Washington, D.C., November, 1990. pp. 14-16.
9. Jamison D. and Mosley H.; "Disease Control Priorities in Developing Countries: Health policy Responses to Epidemiological Change", en Am. Journal of Public Health, Vol. 81, No.1, January-1991; 15-22.
10. WHO. Hligning sectoral programmes with national health policies. Division of Intensified Cooperation with Countries in Greatest Need. Macroeconomics Health and Development Series, Policy paper Number 26. Geneva, 1998.
11. Omran AR. The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. Milbank Memorial Fund Quaterly 1971;49:509-538.
12. Fredericksen H. Feedbacks in economic and demographic transition. Science 1969;166:837-847.
13. Frenk J., La salud de la población: hacia una nueva salud pública. Fondo de Cultura Económica, México. 1994 ; 25-38.
14. Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Frejka T, Lozano R. Elementos para una teoría de la transición en salud. Salud Pública de México 1991;33:448-462.
15. Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R, Sepúlveda J, José M. La Transición epidemiológica en América Latina. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1991; 111:485-496.
16. Murray CJL, Chen LC. The health transitions: Dynamics and Patterns of mortality changes, en: Chen L, Kleinman A, Ware N (eds). Health and Social Changes: an International Perspective. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1993; 101-115.

17. Gilson L. And Mills A. Health sector reform in sub-Saharan Africa: lessons of the last 10 years. in Health Sector Reform in Developing Countries. Peter Berman ed. Harvard School of Public Health. 1995. 65-79.
18. Bobadilla JL, Cowley P, Musgrove P, Saxenian H. Design, content and financing of an essential national package of health services. Bulletin of the World Health Organization, 1994, 72(4).
19. Soberón G, Frenk J, Sepúlveda J, The health care reform in Mexico: Before and after the 1985 earthquakes. American Journal of Public Health 1986; 76:673-680.
20. Skold M., Poverty and Health: who lives, who dies, who cares?. Division of Intensified Cooperation with Countries in Greatest Need. WHO-Macroeconomics Health and Development Series, Policy paper Number 28. Geneva, 1998.
21. Arredondo A., Hernández P. y Cruz C., "Incorporación de la perspectiva económica en el análisis del sector salud: primera parte". Cuad. Med Soc. de Chile. Vol 33 # 2. 1992; 121-130.
22. Arredondo A., Hernández P. y Cruz C., "Incorporación de la perspectiva económica en el análisis del sector salud: segunda parte". Cuad. Med Soc. de Chile. Vol 34 No. 1. 1993; 33-43.
23. PAHO-WHO. National health expenditure and financing in Latin America: Challenges for the 1990s. Health Policies Program. Health Economics and Financig Project. Washington D.C. 1995; 5-23.
24. Drummond M. et al. Presentation and use of economic evaluation results. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford Medical Publications. Chap. 9. London. 1997.
25. Banco Mundial. Desafíos de desarrollo y normas de política. Estrategia sectorial: salud, nutrición y población. Red de desarrollo humano. Banco Mundial. Washington D.C. 1998.P: 35-46.
26. Donabedian A., Wheeler J. and Wyszewianski L. Quality, cost and health an integrative model. Medical Care 1982;XX(10):975-992.
27. Frenk J., Ruelas E. y Donabedian A. Staffing and taining aspects of hospital management: some issues for research. Medical care 1989; 42(2): 189-219.
28. Muskin S.J., "Health as an investment", Journal of Political Economy. 705(2) 1962; 133-42.

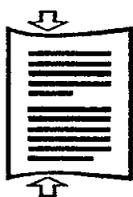
29. Dunlop D. W., "Theoretical and empirical issues in benefit, identification, measurement and valuation related to parasitic disease control in poor countries"; *Social Science and Medicine*. 19 (10) 1987; 1031-1037.
30. Fuchs, V. R. Has cost containment gone too far? *Milbank Q* 64(3) 1986; 479-488.
31. Wiley M., "DRGs as a basis for prospective payment", *Health Policy Re*, No. 9, 1996; 157-165

Bibliografía complementaria

- 1.- World Health Organization. 2000. World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance. Chapter 4: What resources are needed. World Health Organization . Geneva, 2000: 73-77.
- 2.- De Souza L, Shardonofsky S., Brouselle A., Contandriopoulos A., Champagne F., Arredondo A., Morales C. Y Rehinarrz D. 2000. Comparación del desempeño de diferentes sistemas de salud de los países de la OCDE y de América Latina. Cap. 3 . Contandriopoulos A. et al editores. Montreal. ISBN: 2-922521-03-6. Pp: 87-109.
- 3.- Arredondo A. "Costs and financial consequences of Mexico's epidemiologic profile change: information for policy makers" . *Journal of Health Policy*. Vol 42: 1, October-1997; 39-48.
- 4.- Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, Stern C, Lozano R, Sepúlveda J, José M. La Transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1991; 111:485-496.
- 5.- SSA, 2000. Información básica sobre recursos y servicios del Sistema Nacional de Salud. *Salud Pública de México*, Vol 42, No. 1 : 68-76.
- 6.- Drummond M. et al. Presentation and use of economic evaluation results. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford Medical Publications. Chap. 9. London. 1997.
- 7.- World Health Organization. 1999. World Health Report 1999, Making a Difference. ChapterS 1-7, World Health Organization . Geneva.

Tema 2. Niveles de aplicación de la economía de la salud: revisión y análisis

Por Armando Arredondo López e Irene Parada Toro.



Resumen

En este tema se presentan y discuten los resultados de una revisión y análisis sobre los nueve campos de aplicación de la economía de la salud. Los campos definidos y revisados para este tema son: determinantes y condicionantes de la salud, la salud y su valor económico, la demanda de atención médica, la oferta de atención médica, evaluación microeconómica, equilibrio de mercado, evaluación de instrumentos de política, evaluación general del sistema y planeación, regulación y supervisión. Para cada uno de los campos de aplicación se propone una definición que permita ubicar al lector el ámbito y nivel de acción de cada campo; asimismo, se plantean y discuten las áreas temáticas de investigación que ha desarrollado cada campo y su posible potencial a desarrollar. La revisión de los campos de aplicación se basó en la revisión de dos bases de datos bibliográficas para el periodo 1992-2000: MEDLINE y LILACS. Los resultados dejan ver un avance relevante en materia de economía de la salud, particularmente sobre los costos de producir servicios y políticas de financiamiento en salud, ambos campos de aplicación estrechamente relacionados con los procesos de reforma del sector salud que se está implantando en algunos países.

Tema 2. Niveles de aplicación de la economía de la salud: revisión y análisis

Por Armando Arredondo López e Irene Parada Toro.

Introducción

En el contexto de reformas del sector salud en América Latina, podríamos delimitar dos ejes conductores: el primer eje se refiere a cambios y ajustes sobre las políticas de financiamiento y un segundo eje, que de manera sustancial replantea y pretende corregir las fallas en la producción de servicios de salud. En dichos ejes conductores de las reformas al sector salud, la temática cubierta por la incorporación de la economía de la salud representa una relación estrecha con los planteamientos de política social y sanitaria de la época; Sin embargo, es en los últimos años que esta disciplina de estudio ha mostrado un impacto evidente en la generación de conocimiento basado en sus aportes teórico-metodológicos.

La economía de la salud se constituye actualmente como una disciplina de estudio que integra conceptos, teorías y modelos económicos y médicos para abordar como objeto de análisis el estudio de la producción, financiamiento, distribución y consumo de los servicios de salud. La temática cubierta por la incorporación de la perspectiva económica al análisis del sector salud representa una relación estrecha con los planteamientos de política social y sanitaria de la época, que paradójicamente no ha mostrado un impacto evidente en la toma de decisiones de alto nivel sino hasta fechas recientes ⁽¹⁾. En efecto, es hasta épocas relativamente recientes que surgió la economía de la salud como una disciplina científica particular, al haber integrado y desarrollado un cuerpo teórico propio, con métodos y técnicas de estudio que validan su madurez y conforman los medios para su aplicación en el ámbito de la salud pública ⁽²⁾.

En este sentido, la economía de la salud representa una opción de estudio sistemático y continuo de las necesidades y condiciones de salud y de la respuesta social organizada, para adecuar el uso de recursos a la constante redefinición de las necesidades de salud con una visión económica diferente a la de las disciplinas clásicas de la salud pública ⁽³⁾. También debe y puede apoyar a la permanente adecuación de la respuesta social organizada a la dinámica científica - tecnológica para asegurar la óptima asignación de recursos; pero sobre todo para disminuir la brecha que existe entre necesidades de salud y disponibilidad de recursos para la producción de servicios de salud ⁽⁴⁻⁵⁾.

La economía de la salud representa una opción de estudio sistemático y continuo de las necesidades y condiciones de salud y de la respuesta social organizada, para adecuar el uso de recursos a la constante redefinición de las necesidades de salud con una visión económica diferente a la de las disciplinas clásicas de la salud pública.

El ámbito de aplicación de la economía de la salud y por consiguiente de la perspectiva económica es muy amplio y en gran medida está aún inexplorado suficientemente. Existe un modelo de análisis sistemático cuyo esquema muestra las interrelaciones entre las áreas definidas de aplicación y permite visualizar de manera integral sus aportes potenciales (ver figura 1). La interrelación o interacción de dichos campos de aplicación a veces resulta difícil de delimitar o de identificar como se da la aplicación de un problema de salud pública en diferentes campos de aplicación de la economía de la salud ⁽⁶⁻⁷⁾. En todo caso se hace necesario plantear de manera explícita y precisa que se entiende por cada campo de aplicación y cómo opera en la práctica de los sistemas de salud, elementos que permitirán el avance de la disciplina y su utilidad en la salud pública.

Dichos campos del conocimiento se han planteado según la complejidad de aplicación que muestran, y el nivel progresivo, evolucionando desde los aspectos que inciden a nivel individual, hasta aquellos que son objeto de las políticas sociales, cuya operación va a repercutir en la población ⁽⁸⁾. Como se puede ver en la figura 1, existe una serie de interrelaciones entre cada uno de los campos propuestos, permitiendo desde una perspectiva económica y de manera integral, visualizar los aportes aplicativos de la economía en el entendimiento tanto de los determinantes, condicionantes, valor y concepción de la salud, así como en la organización de los servicios sanitarios o evaluación general del sistema de salud. Para un mayor análisis y entendimiento del objeto de estudio de este manuscrito, a continuación se plantean los campos de aplicación de la economía de la salud, su definición, las áreas de investigación que han sido desarrolladas para cada uno de ellos y el estado del arte de acuerdo a publicaciones sobre cada campo.

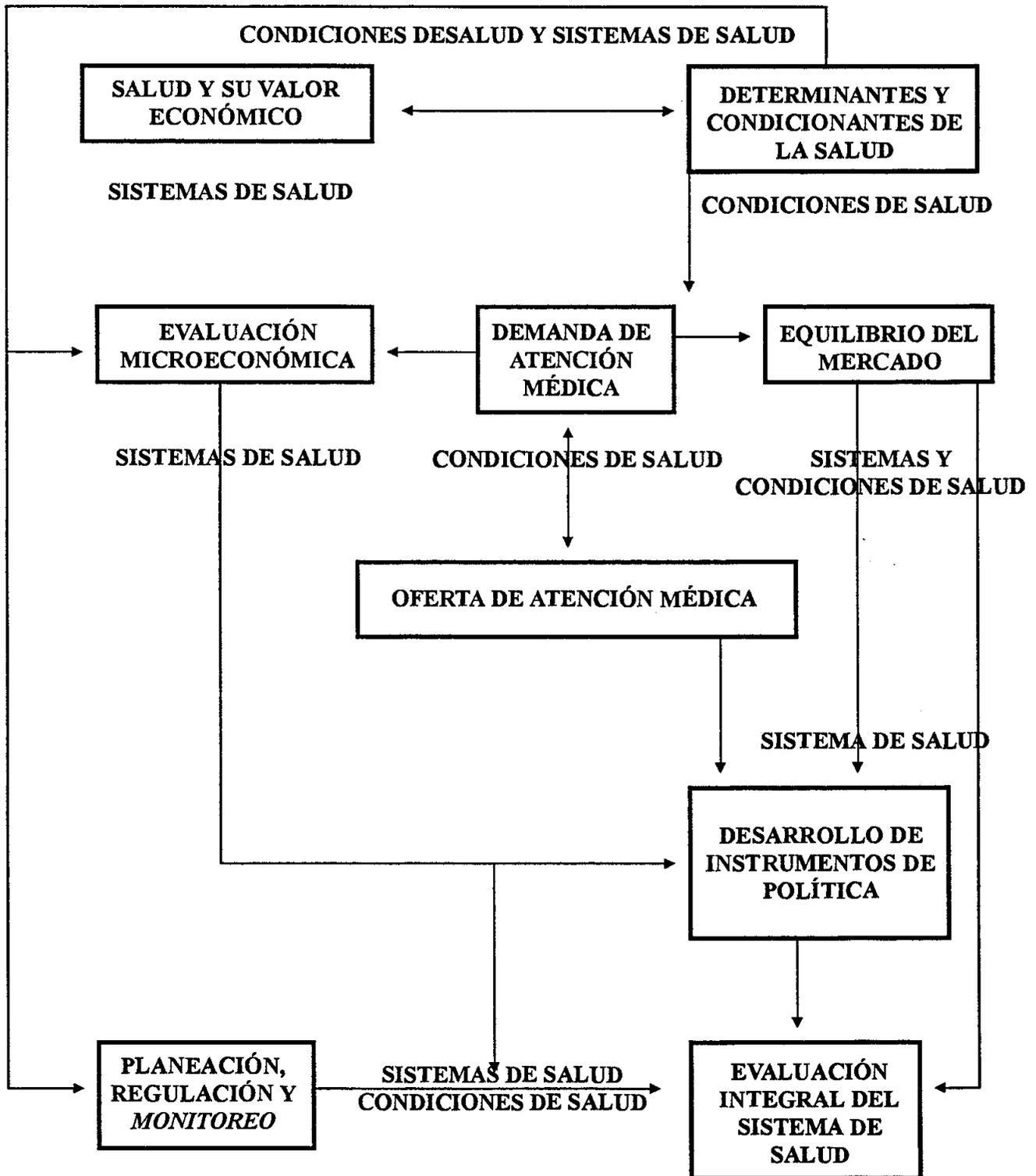
Consideraciones conceptuales

Los determinantes de la salud. Incluye los aspectos que intervienen positiva o negativamente en la conformación de un nivel de salud en cada individuo o grupo social. Parte de la premisa de que la salud es resultado de la interacción del hombre y su entorno e incorpora el estudio de las condiciones materiales y los estilos de vida que inciden sobre la salud a nivel individual, grupal o social. Asume que la concepción de la salud cambia con el tiempo y de una sociedad a otra.

Aplicación en investigación. Actualmente en este campo de la investigación se trabaja en la comprensión e integración de los modelos causales en donde se articulan los determinantes y se pondera su importancia. La investigación tiende a discriminar los factores según su nivel de acción, así como la factibilidad y susceptibilidad de intervención, modificando la política social y los intereses de los diversos sectores, para asignar prioridades poblacionales, las cuales no son necesariamente universales, sino que son señaladas y adaptadas, en función del momento y del grupo social de que se trate⁽⁹⁾. El conocimiento de los determinantes

La salud es resultado de la interacción del hombre y su entorno e incorpora el estudio de las condiciones materiales y los estilos de vida que inciden sobre la salud a nivel individual, grupal o social. Asume que la concepción de la salud cambia con el tiempo y de una sociedad a otra.

Figura 1: campos de aplicación de la economía de la salud.
(Modificado de Arredondo y Cols.- 1993).



de la salud condiciona el acceso de la información clave por los individuos, así como la intervención colectiva, al funcionar como sector social o privado. Un ejemplo de ello se presenta en la divulgación de la información ecologista y su impacto en la acción ciudadana ⁽¹⁰⁾.

Valor económico de la salud. En este apartado se analiza la salud como un bien cuya producción implica el uso de recursos de muy diversa índole, monetarios y no monetarios, que tienen un costo. Requiere por lo tanto de la aplicación de gasto-inversión a nivel privado y social con la particularidad de que el gasto debe ser suficiente para generar niveles deseables de salud. Ello obedece a que la salud trasciende en sus consecuencias al individuo e influye sobre terceros, pues afecta tanto el nivel de bienestar como el monto de capital humano de una sociedad.

Aplicación en investigación. La investigación actualmente cubre la preocupación de identificar cuáles son los valores y creencias que determinan el monto de inversión-gasto en salud por los grupos poblacionales. La revaloración económica de la salud conlleva la modificación de los estilos y condiciones de vida en la población. Una expresión inmediata es la constitución de servicios con nuevas modalidades de financiamiento y de participación e iniciativa por los sectores privado y social ⁽¹¹⁾.

La valoración económica de la salud también es analizada en los profesionales de la atención a la salud pues se refleja en el comportamiento del cuerpo médico para el uso de recursos. La información generada dentro de este ámbito se aplica para cambiar la mentalidad de los trabajadores de los servicios y la población y crear la conciencia de que la salud y sus servicios representan una inversión social importante para conservar e incrementar el capital humano del país ⁽¹²⁾.

Demanda de servicios de salud. Dentro de este ámbito se analizan los aspectos relacionados con el acceso y uso de satisfactores relacionados con la salud y con los servicios de salud. Se involucran en su vertiente de demanda en salud, los estudios demográficos, culturales, educacionales, de bienestar, la distribución del ingreso, los perfiles epidemiológicos y la presencia de sectores competitivos.

Aplicación en investigación. En este campo, se busca identificar los aspectos que puedan asegurar la utilización de los servicios de salud particularmente de los programas prioritarios para el nivel poblacional. La articulación de la cobertura poblacional según instituciones del sector y la utilización de los servicios será resultado de la adecuación de la oferta con las necesidades en salud y su cristalización como demanda ⁽¹³⁾.

Dentro de este ámbito se analizan bajo la perspectiva económica, las características del mercado de los servicios de salud, que difieren de los mercados de otros bienes y servicios y por lo tanto se denominan imperfectos. La aplicación de este

La salud trasciende en sus consecuencias al individuo e influye sobre terceros, pues afecta tanto el nivel de bienestar como el monto de capital humano de una sociedad.

Se involucran en su vertiente de demanda en salud, los estudios demográficos, culturales, educacionales, de bienestar, la distribución del ingreso, los perfiles epidemiológicos y la presencia de sectores competitivos.

conocimiento se dirige a identificar los factores que permiten alentar y desalentar el consumo de productos, para modificar las barreras y obstáculos de utilización de los bienes y servicios, desde el lado de los usuarios o consumidores, particularizando los mecanismos hacia los grupos de población particulares, a través de programas informativos del llamado mercadeo social, que ya se ha desarrollado para ciertos productos, pero aún puede ser expandido su uso ⁽¹⁴⁾.

Oferta de servicios de salud. Corresponde al estudio de la producción de servicios de salud por tipo de programa de salud institución de salud , funciones de producción e insumos requeridos para satisfacer la demanda en salud. En este campo se cubren también la oferta de satisfactores que inciden directamente en la salud y la de servicios de salud.

Aplicación a la investigación. Incluye el análisis económico de la respuesta social organizada para proveer de servicios de salud a una comunidad. Asimismo, se estudia la dinámica de factores estructurales dentro de la prestación de servicios, tales como la productividad, el patrón de equipamiento y los esquemas de organización y financiamiento. Se caracterizan los servicios de salud, en función del monto, tipo y combinación de recursos para el proceso de producción de los procedimientos de cada alternativa ⁽¹⁵⁾. Se incluye también el análisis de las economías de escala y los aspectos relacionados con la tecnología. Los análisis tienden a explorar la aplicación de nuevas tecnologías organizativas y de equipamiento que permitan incrementar la calidad, eficiencia y la productividad. Los programas de contención de costos reposan en gran medida en el conocimiento de los servicios y tienen como fin la identificación de procesos que pueden ser particularmente modificados con impacto importante en el mejoramiento de la calidad y eficiencia de los mismos ⁽¹⁶⁾.

Los programas de contención de costos reposan en gran medida en el conocimiento de los servicios y tienen como fin la identificación de procesos que pueden ser particularmente modificados con impacto importante en el mejoramiento de la calidad y eficiencia de los mismos.

Evaluación microeconómica en la producción de servicios de salud. En esta área se incluyen las valoraciones de los costos de producción referidos a programas, acciones y tecnologías diversas a través de los estudios de costo beneficio, costo efectividad, programación lineal y las diversas técnicas de valoración económica de las alternativas de atención médica.

Aplicación en investigación. Su utilidad estriba en valorar de manera sistematizada el efecto obtenido con los diferentes procesos a fin de comparar los montos y tipos de recursos empleados contra montos y tipos de resultados alcanzados. La valoración incorpora simultáneamente los puntos de vista de los servicios, aquellos que se presentan en la población y en la sociedad en su conjunto, atendiendo también a los efectos que en el mediano y largo plazo pueden generar, lo que da riqueza y valor a sus conclusiones ⁽¹⁷⁾. Este es un campo dinámico por la incorporación de nuevas metodologías, para la valoración adecuada y dinámica de los diferentes costos o efectos de las acciones en salud. La evaluación económica se ha enriquecido con los avances metodológicos en la estimación de costos tanto para aspectos monetarios como para aquellos no monetarios.

Equilibrio en el mercado de la salud. Se trata del análisis de la interacción entre la oferta y la demanda de servicios de salud y de los satisfactores involucrados directamente con la salud, en términos económicos, considerando su producción, distribución y consumo a partir de la escasez de sus recursos, los criterios de elección y los de acceso.

Aplicación en investigación. En esta área se realizan los estudios que integran los hallazgos sobre demanda y oferta y aspectos puntuales como son los desequilibrios en materia de recursos humanos, materiales y financieros; tal es el caso de las investigaciones sobre los efectos del superávit de médicos, del déficit en la producción nacional de insumos para la salud, del déficit de servicios médicos y los desequilibrios geográficos y por servicio del mercado de atención médica⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

En un amplio sentido, la oferta es analizada desde el punto de vista sectorial y según las políticas de inversión y funcionamiento de las instituciones, entre las que destacan los estudios de productividad y calidad que repercuten entre otros aspectos en la integración del sistema nacional de salud. Es importante en este ámbito señalar que debido a que la infraestructura de los servicios médicos y del nivel de especialización del recurso humano, es difícil realizar ajustes rápidos frente a los cambios⁽²¹⁾. Por ejemplo, si la demanda crece, hay una tendencia a que el suministro de los servicios se rezaga algunos años, causando insuficiencias en el sistema, diferenciadas por zonas, tipo de recursos y grupos de población usuaria.

Evaluación de los instrumentos de política para los sistemas de salud. Trata de identificar la utilización de resultados de investigación en economía de la salud para el desarrollo de políticas de los sistemas de producción.

Aplicación en investigación. En este campo se busca identificar las medidas de política económica que se pueden instrumentar a fin de alentar o desalentar el consumo de bienes y servicios directa e indirectamente relacionados con la salud. Se analizan los mecanismos instrumentados por el Estado, tales como: subsidios, impuestos, controles y regulaciones y su impacto sobre los determinantes de la salud y la prestación de servicios⁽²²⁾. Su acción se refleja dentro y fuera del sector actuando sobre la demanda y la oferta de los servicios. En particular, permite moderar desde la intervención pública, la calidad, la cantidad, el tipo y monto de productos, pero indirectamente afecta, incentivando o desincentivando, selectivamente a los prestadores de servicios y a los consumidores⁽²³⁾.

Planeación, regulación y supervisión de programas y políticas de salud. Este campo permite la aplicación de los conocimientos y hallazgos de los ámbitos anteriores en los servicios, en un proceso integral de planeación en salud, que se dirige tanto a los servicios de salud como a los determinantes. El sistema de salud requiere del apoyo de la planeación, la administración, la organización y la economía, para lograr el objetivo de mantener la salud de la población mediante servicios

El sistema de salud requiere del apoyo de la planeación, la administración, la organización y la economía, para lograr el objetivo de mantener la salud de la población mediante servicios públicos que se caractericen por su eficiencia, equidad y calidad.

públicos que se caractericen por su eficiencia, equidad y calidad, conceptos fundamentales que pueden asegurar una mejor distribución de los bienes y servicios para la salud, con base en las necesidades existentes.

Aplicación en investigación. El ámbito está integrado por tres áreas básicas. En lo referente a la planeación, se requiere instrumentar análisis de prospectiva en los cuales se aplique el propósito de alcanzar un funcionamiento más equitativo y eficiente que dé respuesta a las nuevas demandas de atención resultantes de los cambios demográficos y del perfil epidemiológico. La segunda área a desarrollar en este campo es la elaboración de normas que garanticen una mayor eficiencia y equidad ⁽²⁴⁻²⁵⁾. La tercer área, es la relacionada con la supervisión, que se refiere en gran medida a los dos aspectos anteriores, de planeación de servicios y la elaboración de normas que pueden ser supervisadas en el desempeño, la evaluación de la productividad y la eficiencia, así como con el *monitoreo* de aspectos económicos de vital importancia como es el desarrollo de unidades de *monitoreo* de costos unitarios en los diferentes servicios y los sistemas de información y organización asociados ⁽²⁶⁾.

Evaluación general del sistema de salud. A este campo corresponde el análisis económico del sistema de salud en su conjunto y del sistema social en su impacto en la salud. Permite la articulación de los aportes de cada uno de los campos previos, contemplando la dinámica del sistema de salud como ente organizado.

Aplicación en investigación. En este tipo de análisis, se identifica la interacción del sector salud con otros sectores de la economía y con los grupos de población, pues evidencia su política social ⁽²⁷⁻³⁰⁾. Se puede decir que todos y cada uno de los campos que anteceden a la evaluación general del sistema, constituyen insumos para el desarrollo de ésta evaluación. El análisis multifactorial y las técnicas de modelaje son instrumentos que requieren ser más desarrollados para establecer los mecanismos de interacción y la ponderación de los elementos incorporados ⁽³¹⁾.

Los estudios de esta área enfocan grandes ámbitos tales como: la equidad, la calidad, el uso eficiente de los recursos, el esquema de financiamiento de los servicios de salud entre otros. El financiamiento de los servicios ha representado uno de los procesos de mayor dinamismo en la última década. Han surgido propuestas diferenciales de esquemas de pago y distribución de beneficios en consumidores, vistos como población abierta o preferencial, que se expresan en programas piloto o en pequeña escala, formas diversas de autoseguro y de contratación de servicios específicos, sistemas de pago en función de la constitución de grupos de diagnóstico y tratamiento homogéneos, entre otros ⁽³²⁾. Todas estas modalidades requieren ser valoradas y aprovechadas como experiencia para limitar y promover su eventual crecimiento y expansión. A través del aporte o financiamiento, se incorpora al sector una serie de organizaciones para el cuidado de la salud y de prestadores de servicios que buscan generar beneficios de índole moral, humanitaria, social y

económica, no siempre evidentes ni explícitas por lo que amerita ser analizada en detalle ⁽³³⁾.

Consideraciones metodológicas

A partir de las consideraciones conceptuales, donde se definió cada campo de aplicación de la economía de la salud y donde se ubicaron las diferentes líneas de investigación que pudieran identificar u operacionalizar cada campo de aplicación, se realizó una búsqueda en bases de datos. Con el objeto de identificar las publicaciones de aplicación de los diferentes campos de acción de la economía de la salud, se realizó la búsqueda bibliográfica utilizando como palabra clave “economía de la salud” para ingresar a las bases de datos de LILACS y MEDLINE. El periodo analizado comprende 1994 a 1998. Para el periodo 1982 a 1993, se utilizaron los resultados de la revisión bibliográfica realizada en 1994 por Hernández y cols ⁽³⁴⁾. El segundo criterio de selección se refirió al campo de aplicación de acuerdo a las definiciones en este tema, obteniendo un listado de publicaciones de la producción bibliográfica para las principales áreas temáticas de la economía de la salud.

La selección de las publicaciones no siempre fue exclusiva a un área específica, por lo que en algunos casos se revisó cuidadosamente el título y contenido para ubicarlo en campo de aplicación más adecuado. Por ejemplo, tal como sucedió en la revisión 1982-1994, en las publicaciones sobre costos de la atención, muchos de los artículos salieron clasificados según su área sustantiva, sin embargo, fue necesario hacer una subclasificación de acuerdo al objetivo de la publicación: costo-beneficio, costo-efectividad, costo-utilidad, etc.

Resultados

El número de artículos publicados por campo de aplicación de la economía de la salud para el período 1992-1998, aparecen en la tabla 1. Al respecto se puede ver claramente que ha habido un incremento importante y acelerado hasta triplicarse en un período de siete años. Como era de esperarse la mayoría de las publicaciones están registradas en MEDLINE, aunque la base de LILACS también presenta una tendencia marcada en el último quinquenio. Llama la atención que en ambas bases bibliográficas, las publicaciones presentaron un incremento mayor a partir de 1995 para el caso de estudios sobre costos y políticas de financiamiento y particularmente en los países de América Latina. Al analizar a mayor detalle dichas publicaciones también se observó que este tipo de publicaciones en el 85% de los casos hacen referencia a la relación de resultados sobre costos con la producción de servicios de salud en la reforma. En el caso de los de financiamiento, igualmente hacen referencia en un 77% a las nuevas políticas de financiamiento para avanzar en los procesos de reforma del sector.

TABLA I- Tendencias en la producción de artículos de acuerdo al ámbito de aplicación de economía de la salud: período 1992-2000.

| Ámbito de aplicación | MEDLINE | | | | | | | | | | SUMA | LILACS | | | | | | | | | | SUMA |
|---------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|-----------|------------|------------|------------|--|------|
| | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 1992 | | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | | | |
| Determinantes de la salud | 30 | 9 | 5 | 3 | 3 | 3 | 5 | 5 | 6 | 69 | 2 | 4 | 6 | 2 | 11 | 8 | 10 | 15 | 11 | 69 | | |
| Demanda de servicios | 77 | 96 | 71 | 107 | 112 | 129 | 134 | 197 | 226 | 1,149 | 1 | 2 | 2 | 7 | 14 | 16 | 4 | 12 | 19 | 77 | | |
| Oferta de servicios | 43 | 41 | 39 | 63 | 90 | 84 | 101 | 90 | 117 | 668 | 0 | 1 | 1 | 13 | 10 | 9 | 11 | 11 | 9 | 65 | | |
| Evaluación económica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -Costo-beneficio | 4 | 1 | 142 | 169 | 150 | 172 | 181 | 168 | 174 | 1,161 | 1 | 2 | 2 | 4 | 6 | 0 | 4 | 5 | 4 | 28 | | |
| -Costo-efectividad | 35 | 56 | 40 | 76 | 210 | 129 | 197 | 210 | 199 | 1,152 | 0 | 0 | 4 | 11 | 22 | 19 | 13 | 27 | 31 | 127 | | |
| -Costo-utilidad | 2 | 721 | 2 | 101 | 98 | 140 | 152 | 195 | 205 | 1,616 | 6 | 0 | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 13 | | |
| -Tecnología | 175 | 55 | 52 | 54 | 50 | 67 | 43 | 49 | 57 | 602 | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 1 | 2 | 3 | 6 | 18 | | |
| -Calidad | 196 | 284 | 185 | 204 | 190 | 163 | 197 | 111 | 109 | 1,639 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 0 | 5 | 4 | 14 | | |
| Política económica | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| -Instrumentos de política | 420 | 39 | 117 | 119 | 39 | 125 | 100 | 143 | 186 | 1,288 | 19 | 11 | 10 | 8 | 14 | 9 | 11 | 13 | 18 | 113 | | |
| -Financiamiento | 163 | 197 | 169 | 259 | 210 | 198 | 203 | 245 | 222 | 1,399 | 9 | 5 | 9 | 8 | 23 | 26 | 19 | 27 | 31 | 157 | | |
| -Equidad | 15 | 18 | 15 | 17 | 10 | 13 | 15 | 31 | 38 | 172 | 0 | 1 | 2 | 4 | 3 | 11 | 7 | 10 | 10 | 48 | | |
| Planeación y organización | 4 | 94 | 171 | 149 | 120 | 162 | 114 | 98 | 101 | 1,013 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 7 | 12 | 13 | 16 | 60 | | |
| Total | 1,164 | 1,611 | 1,008 | 1,321 | 1,282 | 1,385 | 1,442 | 1,542 | 1,640 | 12,395 | 39 | 27 | 38 | 65 | 115 | 109 | 93 | 143 | 160 | 789 | | |

Fuente: U.S. National Library of Medicine (MEDLINE). Diciembre 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999 y 2000.

Centro Latinoamericano y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACCS) 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999 y 2000

El resto de campos de aplicación, también presentan una tendencia incremental, aunque no tan marcada como los campos mencionados en el párrafo anterior. Sin embargo dentro de los campos restantes, puede decirse que siguen en orden de importancia los relacionados a la oferta y la demanda de atención a la salud, que ciertamente en las publicaciones de los últimos siete años, el 88% de estas publicaciones hacen referencia a los ajustes estructurales entre oferta y demanda que la reforma de salud deberá abordar como uno de sus retos principales.

En relación a los países de origen del estudio y la publicación, resultó evidente una desigualdad muy contrastante sobre el desarrollo de la especialidad entre los países. Siguiendo la clasificación del banco Mundial de los países según nivel de ingreso, se observó que para las dos bases de datos utilizadas, el 92 % de los artículos proceden de países clasificados con ingreso alto (en 20 países), 6% de países de ingreso medio alto (en 7 países), 1.5 % de países de ingreso medio bajo (en 5 países) y .5% de países de ingreso bajo (en 5 países). Al comparar estos resultados con el estudio realizado para el período 1992-1995, se observa diferencias relevantes en materia del avance de la economía de la salud, sobre todo para los países de ingreso medio e ingreso medio alto. Este aspecto se discute a mayor detalle en la sección de discusión y conclusiones.

El 92 % de los artículos proceden de países clasificados con ingreso alto (en 20 países), 6% de países de ingreso medio alto (en 7 países), 1.5% de países de ingreso medio bajo (en 5 países) y .5% de países de ingreso bajo (en 5 países).

Discusion y conclusiones

En todos los países latinoamericanos, y de la mayor parte del mundo, existe la preocupación general de que no se están utilizando los recursos con la máxima eficacia y eficiencia. Gran parte de los recursos asignados a la salud no se aprovechan a causa de deficientes métodos de evaluación y gestión, además del empleo de tecnologías o recursos humanos poco apropiados. Es posible intensificar la eficiencia en la utilización de los recursos de varias formas. Sí el acceso a los servicios de salud fuera más equitativo, en general mejoraría la eficiencia en relación con los costos, los mecanismos de asignación financiera y las alternativas de financiamiento.

Gran parte de los recursos asignados a la salud no se aprovechan a causa de deficientes métodos de evaluación y gestión, además del empleo de tecnologías o recursos humanos poco apropiados.

En este sentido, es necesario continuar desarrollando más cada campo de aplicación, de manera que la economía de la salud se constituya como una herramienta de análisis pertinente. Habrá que trabajar más sobre los diferentes campos de aplicación y tomando en cuenta los resultados presentados en este ensayo, en relación a la aplicación de los campos de investigación revisados puede decirse lo siguiente:

- Los campos de aplicación de la economía de la salud que más se han desarrollado son los relativos a evaluación microeconómica y políticas de financiamiento. Se entiende que estos dos campos de investigación han tenido un peso relativo muy importante en la toma de decisiones para dirigir la prestación y el financiamiento de los servicios de salud en todos los programas de reforma.

- De acuerdo al ingreso *per cápita*, ha habido avances importantes en los países de ingreso medio sobre la aplicación de la economía de la salud. Este hecho seguramente se explica por la importancia que ha tenido la evaluación económica en la producción de los servicios de atención médica. En efecto, la base de muchos programas de reforma en países de ingreso medio, está directamente relacionada con la existencia o generación de información económica relativa a tres campos específicos de investigación: los costos de producir servicios para identificar intervenciones costo-efectivas, las diferentes opciones de financiamiento y estudios de equilibrio en el mercado de la salud.
- Actualmente, debido a la carencia relativa de recursos disponibles por el sector, es necesario desarrollar análisis macro que encuentren formas de canalización de la riqueza social para su ubicación dentro del sector. Los proyectos de financiamiento por lo tanto, siguen siendo necesarios y debieran sistematizarse y apoyarse en su amplitud pero conservando la riqueza de las aproximaciones de la equidad. Esta visión macro debiera ser complementada con el desarrollo de programas que cubran los aspectos micro, para aprovechar la visión de la perspectiva económica desde la oferta y la demanda y desarrollar sus potencialidades. Aquí el enfoque de costos pero con el sentido de calidad y eficiencia deben ser promovidos.
- El reto de aprovechar los aportes de la perspectiva económica, representa un esfuerzo permanente para establecer una infraestructura de apoyo para la operación de los programas de economía de la salud y potencializar su aprovechamiento en el mejoramiento de los servicios. Esto incluye programas estratégicos que permitan operar, dar seguimiento y evaluar programas, tecnologías y proyectos especiales en salud, que sean adecuadamente valorados, difundidos y facilitada su replicación cuando presenten estrategias exitosas.
- De acuerdo a la revisión de los campos de aplicación de la economía de la salud, puede decirse que los estudios sectoriales han permitido identificar puntos críticos en materia de educación y captación de recursos humanos en salud. Se han desarrollado estudios que profundizan en el conocimiento de factores y situaciones en grupos de población particular. Así se ha podido constatar que el comportamiento de los recursos humanos corresponde a su grupo social y que éste afecta su distribución geográfica, por institución y por tipo de atención provisto. El aprovechamiento de conocimientos de esta área ha sido parcial pero ha apoyado la fundamentación de políticas amplias de formación de recursos, existiendo una brecha persistente entre lo que se espera de los servicios y lo que ellos brindan. Ha permitido también identificar las áreas geográficas y grupos de población que requieren de políticas específicas para apoyar su acceso a los servicios de salud o a los satisfactores básicos, como es el caso de la alimentación.

Debido a la carencia relativa de recursos disponibles por el sector, es necesario desarrollar análisis macro que encuentren formas de canalización de la riqueza social para su ubicación dentro del sector.

En materia de análisis de la política de subsidios, que abate el pago del costo real de los servicios por parte de los usuarios, habría que desarrollar más líneas de investigación que permitan evaluar el efecto redistributivo que los sistemas de salud tienen sobre el ingreso. Esto incluye la utilización de servicios y el acceso a bienes que no pertenecen al sector salud: sistematizar el análisis de los efectos de la política fiscal sobre la salud; como ejemplo de ello, tenemos la valoración del impacto del gravamen impositivo sobre el consumo de sustancias nocivas como el tabaco y el alcohol.

Énfasis especial se debe dar a la valoración económica de la regulación sanitaria y ecológica que se generan e inciden también en el nivel extrasectorial, pero que contribuyen en el objetivo de promover y conservar la salud. En las adicciones se ha buscado valorar el efecto de la modificación de los precios de alcohol o tabaco, la restricción de venta a grupos de población joven y la restricción de consumo en espacios sociales cerrados.

Actualmente se analizan las posibilidades de modificar los subsidios tanto en los servicios de salud, como en los determinantes, a través de enfocar el beneficio directo e indirecto que van a generar sobre los productores y los consumidores. En este sentido, los sistemas de seguros sociales o privados, y los niveles de cuotas de recuperación son modificadas con el objeto de alcanzar el efecto redistributivo orientado a grupos de población particulares.

Las regulaciones constituyen otro aspecto que en países de América Latina está subutilizado, pero que puede incidir tanto en el licenciamiento y especialización de personal de los servicios, como en la oportunidad de prestar servicios de salud, de diferente complejidad tecnológica, pero asegurando niveles de calidad. Este apartado refleja la apertura y apoyo que el Estado ofrece a la participación de sectores varios en la prestación de bienes y servicios, así como el nivel de protección que ofrece a los consumidores y la sociedad en general, para las cuestiones vinculadas con la salud.

Las nuevas estrategias de financiamiento de los servicios están en el proceso de modificar el mercado de servicios médicos, con respecto a precios, formas de pago, cobertura, distribución y ubicación de los servicios e incluso el tipo de atención que se brinda. Lo anterior explica en gran parte la hipertrofia de estudios sobre el campo relativo al financiamiento, sobre todo relacionado con las nuevas políticas de financiamiento que plantean los programas de reforma de la salud. Sin embargo, la magnitud y dirección precisa de los cambios financieros aún no se conoce con detalle por lo que se hace necesaria la valoración y el seguimiento de los servicios y su interacción con la población, en materia de financiamiento de los servicios de salud.

Es importante resaltar que todos los planteamientos anteriores requieren del apoyo a la capacidad institucional del sector. Lo anterior debe asumirse como una medida

Las nuevas estrategias de financiamiento de los servicios están en el proceso de modificar el mercado de servicios médicos, con respecto a precios, formas de pago, cobertura, distribución y ubicación de los servicios e incluso el tipo de atención que se brinda.

impostergable para poder realizar los análisis y programas planteados, y sobre todo, para diseñar propuestas de transformación estructural tanto de los sistemas de salud como de sus presupuestos. Esto dará en gran medida las pautas para el avance controlado de las transformaciones sectoriales y sociales en términos de su impacto sobre la salud de los conjuntos poblacionales de los países de América Latina y particularmente en México.

Finalmente, hay que decir que si bien es cierto ha habido avances importantes en lo que se refiere al desarrollo de los diferentes campos de aplicación en economía de la salud, particularmente en la valoración de costos de producción y alternativas de financiamiento, análisis de la demanda, análisis de la oferta y equilibrio del mercado, los retos que se presentan a esta disciplina de estudio están relacionados con el análisis de los determinantes de la salud, la valoración de la salud como un bien económico y la valoración de instrumentos de políticas de salud para integrar la evaluación general del sistema de salud.

Referencias bibliográficas

- 1) England Roland. *Una visión Panorámica de los procesos de reforma del sector salud*. MINSA-Perú. Dep. Leg. 0796-97, 1ra. Edición, Lima, pp: 3-11; 1997.
- 2) Arredondo A. *El criterio de eficiencia y costos en la atención médica*. *Revista de Economía. Facultad de Ciencias Económicas-Instituto de Investigaciones Económicas*. Universidad de San Marcos. Vol 13 No. 3, 1998. Perú.
- 3) Pineault R, Daveluy C. *La planification de la sante*. Agence D'Arc Inc, Canada 1986 pp 21.
- 4) Mills A, Gilson L. *Health economics for developing countries. A survival kit*. London School of Economics and Tropical Medicine - Evaluation and Planning Centre. Inglaterra 1988. op cit.
- 5) Musgrove P, *The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean*. International Journal of Health Services, 17(3) 411-441.
- 6) Arredondo A, Cruz C, Hernández P. "Formación de recursos humanos en economía de la salud"; *Educación Médica y Salud*, OPS, Washington D.C. 1991, Vol. 25,#3, 1992.
- 7) Arredondo A, Hernández P, y Cruz C. "Incorporación de la perspectiva económica en el análisis del sector salud. Primera parte: Antecedentes y conceptos básicos." Cuadernos Medico Sociales de Chile. 1993, Vol. 34, No. 3 pp. 121-130 .

- 8) Mills A., Gilson L., "Health economics and its contribution to health planning". in *Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit*. EPC. London 1998 . pp: 1-9.
- 9) C. Hertzman, et al. *Heterogeneity in health status and determinants of population health. Why are some people healthy and others not? The determinants of health populations*. Robert G. Evans and Morris Barer Editors. New York, 1997.
- 10) Contrandriopoulos A-P, Morales Ch, Arredondo A, Shardonofsky S, Reinharz D, De Souza E y Brouselle A. - *Guía de clasificación y evolución de la investigación en economía de la salud en Canadá*. Publicación científica, N-98-06, ediciones Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé. Université de Montréal. Mayo de 1998.
- 11) Drummond M. "Los fundamentos de la evaluación económica en la asistencia sanitaria" en *Principios de Evaluación Económica*. Instituto de Estudios Laborales y de la seguridad Social. 1ra. Ed. en Español. 1997. pp: 47-58.
- 12) Maynard A. Pricing, demand and supply of health care. *International Journal of Health Services*, 1991, 9(1):121-133.
- 13) Mills A. and Gilson L. "Demand, Supply and the Price System" in, Op. Cit, pp: 42-54. 1989.
- 14) Dunlop D. y Zubkoff M. "Inflación y comportamiento del consumidor". *Costos, Demanda y Planificación de Servicios de Salud*, OPS-WHO., pp: 221-261. 1990.
- 15) Ramírez A. "El mercado de servicios médicos" en: *Costos, Demanda y Planificación de Servicios de Salud*, Op. Cit., PP: 312-322. 1990.
- 16) Hurst J. "Planificación y costos del hospital" en: *Costos, Demanda y Planificación de Servicios de Salud*, Op. Cit., PP: 365-408. 1990.
- 17) Prescott N. y Warford J. "Evaluación Económica del sector salud". *Análisis de Costos, Demanda y Planificación de Servicios de Salud*. OPS-1990. pp: 1-31.
- 18) Drummond M. et al. *Presentation and use of economic evaluation results. Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford Medical Publications. Chap. 9. London. 1997.
- 19) Arredondo A., De Icaza E, Damián T. "Una aproximación al análisis de costos de servicios de salud en México" *Sal Pub de Mex*, Vol. 36 No. 4, México 1995.

- 20) Cruz C. y Valdés C. *"Diversidad financiera para la prestación de servicios de salud"*. *Salud Pública de México*, Suplemento-1992. Vol. 34, pp. 105-115. 1992.
- 21) Dunlop Zubkoff. *Inflación y comportamiento del consumidor. En análisis de costos, demanda y planificación de servicios de salud*. OPS-OMS, 1990. 221-261.
- 22) Oyarzo C. *Financiamiento de la salud: algunos elementos centrales de la discusión actual*. Seminario Internacional sobre las reformas en salud. MINSA-Perú. Dep. Leg. 0796-97, 1ra. Edición, Lima, pp: 77-86; 1997.
- 23) Skold M. *Poverty and health: who lives, who dies, who cares?* Division of Intensified Cooperation with Countries in Greatest Need. WHO- Macroeconomics Health and Development Series, Policy paper Number 28. Geneva, 1998.
- 24) Bossert T. et al. *Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia*. *Health Policy and Planning*, 13(1) : 59-77. 1998.
- 25) Londoño JL, y Frenk J. *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. *Observatorio de la Salud. Necesidades, servicios y políticas*.pp: 307-340. Editor Julio Frenk. FUNSALUD 1997.
- 26) Hurley J. et al. *Geographically-decentralized planning and management in health care: some informational issues and their implications for efficiency*. *Social Science and Medicine*, 41(1)3-11, 1995.
- 27) Collins, C. And Green A. *Decentralization and primary health care: some negative implications for developing countries*. *Internal Jou of Health Services*, 24:459-475. 1994.
- 28) Frenk J. y Cols. *Economía y Salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México*. Fundación Mexicana para la Salud. México 1994.
- 29) Lipson D. *Aligning sectoral programmes with national health policies*. Division of Intensified Cooperation with Countries in Greatest Need. WHO- Macroeconomics Health and Development Series, Policy paper Number 26. Geneva, pp: 17-18. 1998.
- 30) Hsiao W. *"Marketization"-The illusory magic pill*. *Health Economics*, 3: 351-357. 1994.
- 31) Mills A. *The financing and economics of hospitals in developing countries: key issues and research questions*, Technical Report PHN, *World Bank-Population and human resources department*, London, 1991: 68-71.

- 32) Mc Pherson K. *International differences in medical care practices. En Health care Financing*, Suplemento anual 1989, USA, 9-20.
- 33) Prialé R. et al. *Programa de fortalecimiento del sector salud: modernización del Financiamiento en salud. Análisis del financiamiento del sector salud*. MINSA. 1ra. edición, Abril de 1997.
- 34) Hernández P, Arredondo A, Ortiz C, y Rosenthal G. *Avances y retos de la economía de la salud*. Rev. Saud Pub- Brasil. Vol 29 No. 4. 1995.

Bibliografía complementaria

Mills A, Gilson L, *Health economics for developing countries. A survival kit*. London School of Economics and Tropical Medicine - Evaluation and Planning Centre. Inglaterra 1988.

Arredondo A, Cruz C, Hernández P. "Formación de recursos humanos en economía de la Salud"; Educación Médica y Salud, OPS, Washington D.C. 1991, Vol. 25,#3, 1992.

Contrandriopoulos A-P, Morales Ch, Arredondo A, Shardonofsky S, Reinharz D, De Souza E y Brouselle A. - *Guía de clasificación y evolución de la investigación en economía de la salud en Canadá*. Publicación científica, N-98-06, ediciones Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé. Université de Montréal. Mayo de 1998.

Tema 3. Aspectos por considerar en el análisis del mercado en servicios de salud

Por Armando Arredondo López.



Resumen

En este tema se discuten algunos de los principales aspectos a considerar en el momento de abordar el análisis del mercado de los servicios de salud. Las consideraciones conceptuales se refieren tanto a la demanda como a la oferta, aunque el análisis pudiera centrarse en algunos momentos hacia la demanda. Por otra parte, las mismas consideraciones conceptuales pretenden dejar claro, cuál es el rol que le corresponde al consumidor y cuál es el rol que le corresponde al proveedor en cuanto a la producción, distribución y consumo de servicios médicos. En última instancia, lo que queda de manifiesto es tomar en cuenta toda una serie de elementos conceptuales que permitirán al lector identificar las variables del mercado de servicios de salud que se pudieran modificar y/o regular para disminuir la brecha que existe entre las demandas de salud generadas a partir de un determinado perfil epidemiológico y la oferta de servicios de atención médica, generada a partir de proyectos de reforma, donde los usuarios de los servicios las más de las veces no participan.

Tema 3. Aspectos por considerar en el análisis del mercado en servicios de salud

Por Armando Arredondo López.

Introducción

Los tiempos actuales han revalorizado la importancia de los mercados libres y competitivos en toda la actividad económica. Cuando los mercados son competitivos, el criterio para la asignación de recursos se basa en los precios, que se determinan a través de la demanda y la oferta ya que éstos reflejan el costo real de oportunidad. De esta manera, los bienes y servicios pueden producirse de forma técnicamente eficientes; los productos ineficientes quiebran y los recursos escasos se asignan conforme a la más alta valuación de los individuos.

En semejante situación no se requeriría la intervención del Estado. Sin embargo, actualmente los servicios de salud se encuentran inmersos en los llamados "mercados imperfectos"; es decir, dentro de un sector de la economía que no logra un equilibrio, o máximo beneficio social, a partir de la simple interacción de las fuerzas del mercado. De aquí que se requiera la intervención de un agente colectivo que garantice el bienestar social ⁽¹⁾.

En las sociedades modernas el Estado se erige como el principal agente colectivo para garantizar el bienestar social, asegurando, en el caso de la salud, el acceso equitativo a los servicios mediante el combate de las barreras que obstaculizan su utilización. No se trata de negar la contribución positiva del mercado, sino que en el sector la eficiencia debe ser regulada y fomentada. Aquí conviene aclarar que no se está limitando el papel de los mercados en el sector. Su contribución es fundamental y el propósito es fomentarlos. Esta participación debe realizarse en un marco específico de regulación estatal. Una participación sin límites, como lo sugieren algunos teóricos, sería atribuir las virtudes de los mercados al caso de la salud de manera simplista.

Cuando los mercados son competitivos, el criterio para la asignación de recursos se basa en los precios, que se determinan a través de la demanda y la oferta ya que éstos reflejan el costo real de oportunidad.

En las sociedades modernas el Estado se erige como el principal agente colectivo para garantizar el bienestar social.

Consideraciones conceptuales

Con el objeto de identificar elementos conceptuales que permitan dirigir el análisis del desequilibrio en el mercado de servicios de salud, a continuación se discuten algunos conceptos básicos para el análisis, iniciando desde la definición de la

demanda y oferta de atención médica y cerrando la discusión con algunos de sus determinantes y condicionantes.

1) Demanda de servicios de salud. Dentro de este ámbito se analizan los aspectos relacionados con el acceso y uso de satisfactores relacionados con la salud y con los servicios de salud. Se involucran en su vertiente de demanda en salud, los estudios demográficos, culturales, educacionales, de bienestar, la distribución del ingreso, los perfiles epidemiológicos y la presencia de sectores competitivos.

Se involucran en su vertiente de demanda en salud, los estudios demográficos, culturales, educacionales, de bienestar, la distribución del ingreso, los perfiles epidemiológicos y la presencia de sectores competitivos.

En este campo del conocimiento económico, se busca identificar los aspectos que puedan asegurar la utilización de los servicios de salud particularmente de los programas prioritarios para el nivel poblacional. La articulación de la cobertura poblacional según instituciones del sector y la utilización de los servicios será resultado de la adecuación de la oferta con las necesidades en salud y su cristalización como demanda⁽²⁾.

Dentro de este ámbito se analizan bajo la perspectiva económica, las características del mercado de los servicios de salud, que difieren de los mercados de otros bienes y servicios y por lo tanto se denominan imperfectos. La aplicación de este conocimiento se dirige a identificar los factores que permiten alentar y desalentar el consumo de productos para modificar las barreras y obstáculos de utilización de los bienes y servicios, desde el lado de los usuarios o consumidores, particularizando los mecanismos hacia los grupos de población particulares, a través de programas informativos del llamado mercadeo social, que ya se ha desarrollado para ciertos productos, pero aún puede ser expandido su uso⁽³⁾.

2) Oferta de servicios de salud. Corresponde al estudio de la producción de servicios de salud por tipo de programa de salud, institución de salud funciones de producción e insumos requeridos para satisfacer la demanda en salud. En este campo de análisis económico, se cubren también la oferta de satisfactores que inciden directamente en la salud y la de servicios de salud.

El estudio de la oferta de atención médica incluye el análisis económico de la respuesta social organizada para proveer de servicios de salud a una comunidad. Asimismo, se estudia la dinámica de factores estructurales dentro de la prestación de servicios, tales como la productividad, el patrón de equipamiento y los esquemas de organización y financiamiento. Se caracterizan los servicios de salud, en función del monto, tipo y combinación de recursos para el proceso de producción de los procedimientos de cada alternativa⁽⁴⁾.

El estudio de la oferta de atención médica incluye el análisis económico de la respuesta social organizada para proveer de servicios de salud a una comunidad.

Se incluye también el análisis de las economías de escala y los aspectos relacionados con la tecnología. Los análisis tienden a explorar la aplicación de nuevas tecnologías organizativas y de equipamiento que permitan incrementar la calidad, eficiencia y

la productividad. Los programas de contención de costos reposan en gran medida en el conocimiento de los servicios y tienen como fin la identificación de procesos que pueden ser particularmente modificados con impacto importante en el mejoramiento de la calidad y eficiencia de los mismos ⁽⁵⁾.

3) Evaluación en la producción de servicios de salud. En esta área se contemplan las valoraciones de los costos de producción referidos a programas, acciones y tecnologías diversas a través de los estudios de costo beneficio, costo efectividad, programación lineal y las diversas técnicas de valoración económica de las alternativas de atención médica.

En materia de análisis del mercado de servicios médicos, su utilidad estriba en valorar de manera sistematizada el efecto obtenido con los diferentes procesos a fin de comparar los montos y tipos de recursos empleados contra montos y tipos de resultados alcanzados. La valoración incorpora simultáneamente los puntos de vista de los servicios, aquéllos que se presentan en la población y en la sociedad en su conjunto, atendiendo también a los efectos que en el mediano y largo plazo pueden generar, lo que da riqueza y valor a sus conclusiones ⁽⁶⁾. Éste es un campo dinámico por la incorporación de nuevas metodologías, para la valoración adecuada y dinámica de los diferentes costos o efectos de las acciones en salud. La evaluación económica se ha enriquecido con los avances metodológicos en la estimación de costos tanto para aspectos monetarios como para aquellos no monetarios.

4) Particularidades de la oferta y la demanda en salud. Siguiendo la propuesta de Cruz C, ⁽⁷⁾, a continuación se discuten cada una de las características que hacen del mercado de la salud un mercado imperfecto:

Externalidades. Los servicios de salud no solamente generan beneficios individuales, sino también sociales, terceras personas resultan beneficiadas o perjudicadas, independientemente de su voluntad. La existencia de externalidades afecta al esquema de financiamiento, por ejemplo en el caso de las vacunas, debido a que la cantidad que un individuo está dispuesto a pagar por los beneficios que directamente habrá de percibir, se le debe sumar la diferencia con el beneficio social. Esta cantidad, conocida como "externalidad", generalmente es cubierta por el agente colectivo o Estado.

Incertidumbre. Las enfermedades y accidentes se presentan de manera imprevista, generando inseguridad en cuanto al monto de recursos necesarios para su atención. La respuesta social a esta inseguridad, en términos de financiamiento, se expresa en la creación de seguros que los individuos pagan regularmente a una agencia, que agrupa los riesgos a cambio de garantizar la cobertura de gastos médicos en el caso de enfermedad o accidente.

Los servicios de salud no solamente generan beneficios individuales, sino también sociales, terceras personas resultan beneficiadas o perjudicadas, independientemente de su voluntad.

Las enfermedades y accidentes se presentan de manera imprevista, generando inseguridad en cuanto al monto de recursos necesarios para su atención.

Ignorancia del consumidor y demanda inducida. La asignación de recursos a través de los mercados supone que los consumidores conocen lo que es mejor para ellos. Sin embargo, en el proceso de demandas de servicios de salud, el consumidor generalmente se presenta en una ignorancia relativa sobre la caracterización de su problema y, por ende, sobre las opciones para combatirlo eficazmente y al mínimo costo; situación que le impide hacer un juicio racional para enfrentar sus demandas sin intermediarios. Es decir, depende del médico, quién simultáneamente le ofrece un servicio y decide qué, cuánto y cuándo consumir.

Este proceso posibilita la "inducción de la demanda", incorporando criterios no médicos, relacionados con el sobreconsumo de medicamentos, de estudios y tratamiento, con las consiguientes repercusiones en el financiamiento por desajustes entre lo requerido, lo demandado en forma inducida y los costos. El Estado, en tanto agente colectivo, controla o debería controlar la situación relativa a la escalada de costos. El Estado debe poner límites a este proceso para lograr una mayor eficiencia en la canalización de recursos y evitar dispendios.

Monopolios. La prestación de servicios de salud da lugar al establecimiento de monopolios debido a condiciones geográficas o económicas, o como consecuencia de la superespecialización médica. Este proceso altera precios relacionados con los precios de los servicios, por lo que se requiere la deliberada intervención del Estado a fin de mantener la equidad en el acceso.

Bien meritorio. Para que todos los individuos que conforman una sociedad puedan ejercer su libertad económica en un sistema de libre mercado, y sus libertades políticas y civiles en un Estado de libre derecho, es requisito incuestionable la igualdad en sus capacidades básicas.

De ahí, la necesidad de un sistema de salud cuyo desarrollo depende de la estrategia de subsidios a la atención médica que el estado propone, a través de la exención de pago, o del pago diferencial por medio de cuotas de recuperación en las instituciones públicas, o de los esquemas de apoyo económico en instituciones privadas no lucrativas, además del desarrollo de esquemas de seguridad social y privada.

Es así, como el estudio del mercado de servicios médicos visto a través del análisis de la producción, distribución y consumo de servicios mediante la incorporación de la teoría de la oferta y la demanda, se constituye en un aporte fundamental para el análisis de la problemática del sector ⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Para ampliar más el análisis del mercado de los servicios de salud, hay que resaltar que en este tema se aborda a mayor detalle el análisis de la demanda, mientras que el de la oferta se abordó a mayor detalle en el artículo donde se discuten los criterios de costos y eficiencia.

El consumidor individual comparará los beneficios de consumir una unidad más de la mercancía demandada con su costo, y en la medida que los beneficios le sean mayores, el consumidor racional expandirá su consumo.

5) **Los determinantes de la demanda.** En términos generales, cuando se habla de demanda de un artículo o bien económico, se dice que ésta se relaciona con el precio del artículo del caso, si otros factores permanecen constantes. De este modo, el consumidor individual comparará los beneficios de consumir una unidad más de la mercancía demandada con su costo, y en la medida que los beneficios le sean mayores, el consumidor racional expandirá su consumo.

Sin embargo, en el caso de la demanda de salud existen algunos elementos que hacen que la valoración individual de los beneficios de estar sano, estén por debajo de la valoración social, o que no se tengan los elementos objetivos necesarios para delimitar cuál es el nivel óptimo de demanda de servicios de salud que un individuo necesita para desarrollarse en las mejores condiciones. Así, la existencia de elementos condicionantes tales como: externalidades, relativa ignorancia del consumidor, demanda inducida, condición monopólica y ser la salud un bien meritorio, entre otros, hace que la demanda de salud difiera cardinalmente de la demanda de otros bienes y servicios y por lo tanto no sea factible dejar que su nivel óptimo se ajuste y logre su punto de equilibrio como resultado del libre juego de la oferta y la demanda que surge al interior del sector ⁽¹¹⁾.

La existencia de elementos condicionantes tales como: externalidades, relativa ignorancia del consumidor, demanda inducida, condición monopólica y ser la salud un bien meritorio, entre otros, hace que la demanda de salud difiera cardinalmente de la demanda de otros bienes y servicios.

Dado lo anterior, y ante la dificultad para evaluar o estimar los efectos del precio en el campo de la atención médica en lugar de contar con una función de demanda $QD=f(P)$, derivada de la ley de demanda: "A mayor precio relativo, menor tasa de preferencia para compra o consumir un bien", en la que el factor precio es el determinante, contamos con una función de demanda con múltiples determinantes ⁽¹²⁾, y expresada por la siguiente ecuación: $QD= f (P G PR Y C E)$, donde:

- QD = cantidad demandada**
- P = precio en el mercado**
- G = preferencias o gustos del usuario**
- PR = precios relativos de otros bienes**
- Y = ingreso**
- C = costo (costo de oportunidad)**
- E = edad y otros factores sociodemográficos**

La función anterior obliga a analizar brevemente cada uno de los determinantes ⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Precio en el mercado. La variable precio en el mercado ya ha sido referida en esta sección por lo que no será objeto de profundización. Se debe tener presente que esta variable es una de las muchas que intervienen en la función de demanda y que es objeto de políticas a nivel macro como la implantación de seguros médicos, servicios gratuitos, o subsidiados, con el fin de superar problemas generados por la restricción presupuestal a nivel individual.

Preferencias o gustos del usuario. En el análisis de las preferencias, los cambios en los gustos generalmente se consideran como constantes, pero en el caso de la atención médica no sucede así debido a que los cambios en la tecnología, nuevos descubrimientos y terapias alternativas son muy importantes. Se debe tener presente que el proceso salud-enfermedad está determinado en primera instancia por factores culturales que le dan una connotación al fenómeno, de tal forma que, como se percibe el proceso se le buscará solución. Uno de los aspectos más importantes en este sentido, lo constituye el avance tecnológico de la medicina moderna y en la diferenciación funcional del equipo médico para facilitar el trabajo médico y la comodidad del paciente.

Precios relativos de otros bienes. Dentro de la demanda de salud se pueden encontrar bienes que son complementarios y sustitutos. Este elemento influye en la elección de la alternativa: de modo que si el demandante ubica su demanda de salud en la medicina curativa institucional, consumirá un paquete tecnológico moderno y de alto costo, incluyendo estudios de laboratorio, auxiliares de tratamiento, terapia especial, etc. De otra forma, si la demanda la refiere a la medicina tradicional, se consumirá otro tipo de servicios y a un costo relativamente menor.

Ingreso. El ingreso tiene efectos positivos sobre la demanda de salud por varios motivos. Las clases altas devotan mayor cantidad a acciones de promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación. En materia de promoción se observa que a mayor ingreso mayor demanda de acciones para mantenerse sano.

En materia de prevención, curación y rehabilitación, las clases con mayores ingresos tienen mayor capacidad económica e información para afrontar riesgos y responder eficazmente ante emergencias o secuelas de enfermedad. Este mismo sector de la población es el que valora más la importancia de un tratamiento oportuno. El ingreso también puede constituir una limitación, misma que es superada a través de acciones como seguros médicos, seguridad social o asistencia pública gratuita. Aquí también es importante resaltar que la elasticidad ingreso de la demanda de atención es menor a la unidad, es decir, que un aumento en el ingreso tiene proporcionalmente un efecto menor en la demanda de atención médica.

Costos. El costo de los servicios de salud está determinado por los siguientes elementos: costos directos (precio a pagar por el manejo de caso de acuerdo a los servicios demandados) y costos indirectos (costos por tiempo de traslado, de tratamiento y de espera). El concepto de costo de oportunidad permite evaluar el costo de traslado, de tratamiento y de espera. Cuando el factor más pesado en los costos lo constituye el precio a pagar por tratarse de un tratamiento intensivo en términos monetarios, se está en una situación donde se es más sensible de introducir una prima de seguros.

En materia de prevención, curación y rehabilitación, las clases con mayores ingresos tienen mayor capacidad económica e información para afrontar riesgos y responder eficazmente ante emergencias o secuelas de enfermedad.

Factores demográficos. Uno de los determinantes importantes de la demanda es el relacionado con el número de consumidores potenciales, mismo que está determinado *grasso modo* por el tamaño de la población, edad y sexo, particularmente en el caso de la atención médica donde las mujeres en edad fértil y los niños constituyen gran parte de la demanda de servicios médicos. También hay que resaltar que en el caso de la atención médica las enfermedades se presentan por diferentes grupos etarios y condiciones socioeconómicas.

Los conceptos anteriormente esbozados deben ser tomados en consideración cuando se analiza el problema de accesibilidad, eficiencia y costos, debido a que la oferta de servicios debe estar regulada por un agente colectivo o Estado, el cual sea el responsable del ajuste de la demanda y oferta en el nivel óptimo social, por lo que ciertos tratamientos y procedimientos deben dosificarse en tanto que otros promoverse.

Como contraparte de la teoría de la demanda, debe considerarse el estudio de la oferta de servicios a producir y por consecuencia, el análisis del proceso y funciones de producción a nivel sectorial. Estos conceptos se consideran a mayor detalle en otro de los artículos de este Diplomado, no obstante, para fines de esta sección hay que resaltar que en el análisis de la eficiencia y costos se debe determinar, con el consenso de especialistas, cuál es la función de producción o la óptima combinación de insumos para la generación de un tratamiento o servicio,⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ así como la interrelación secuencial resultante de distintos procesos de acuerdo al nivel de complejidad.

Los problemas de salud deben ser objeto de análisis entre el clínico, epidemiólogo y economista con el posterior consenso por parte de otros especialistas, de tal forma que se garantice la calidad de la atención médica que se está evaluando. Con base en la función de producción se puede entonces establecer funciones para cada recurso humano, patrones de equipamiento, índices de productividad y procesos adecuados de referencia y contrareferencia; elementos que inciden en forma importante sobre la eficiencia, la calidad y los costos de servicios de salud.

Finalmente es importante resaltar que al momento de llevar el análisis del proceso y funciones de producción de servicios al interior del sector salud, en términos de mercado es importante considerar las siguientes características: la existencia de monopolios, la no-uniformidad del producto, el hecho de que los servicios de salud producen bienes no transferibles y la visión de que los bienes en salud algunas veces son producto del proceso de trabajo intersectorial⁽¹⁷⁻¹⁸⁾; por lo tanto, debe considerarse que la interacción de la oferta con la demanda, generará el análisis de mercado en el que se articulen los factores mencionados en el contenido de este artículo.

Los problemas de salud deben ser objeto de análisis entre el clínico, epidemiólogo y economista con el posterior consenso por parte de otros especialistas, de tal forma que se garantice la calidad de la atención médica que se está evaluando.

Bibliografía

- 1) Mushkin SJ. Health as an investment. *Jou Pol Economy*. 1962;5(2):129157.
- 2) Mills A. and Gilson L., "Demand, Supply and the Price System" in, *Survival kit*. LSHTM-LSEPS- pp: 42-54. 1989.
- 3) Dunlop D. y Zubkoff M. "Inflación y comportamiento del consumidor". *Costos, Demanda y Planificación de Servicios de Salud*, OPS-WHO., pp: 221-261. 1990.
- 4) Ramírez A., "El mercado de servicios médicos" en: *Costos, Demanda y Planificación de Servicios de Salud*, Op. Cit., PP: 312-322. 1990.
- 5) Hurst J., "Planificación y costos del hospital" en: *Costos, Demanda y Planificación de Servicios de Salud*, Op. Cit., PP: 365-408. 1990.
- 6) Prescott N. y Warford J. "Evaluación Económica del sector salud". *Análisis de Costos, Demanda y Planificación de Servicios de Salud*. OPS-1990. pp: 1-31.
- 7) Cruz C. et al. *Las Cuentas Nacionales de Salud y el Financiamiento de los Servicios*. Documentos para el análisis y la convergencia. FUNSALUD. 1994. No. 7, pp. 27-33.
- 8) Cullis I.G., West P.A., "The economics of health: an introduction", *Martin Robertson*, 1979 cap. 1 y 2.
- 9) Cullis I.G., op. cit. (cap. 3)
- 10) Dunlop D. W., "Theoretical and empirical issues in benefit, identification, measurement and valuation related to parasitic disease control in poor countries"; *Social Science and Medicine*. 19 (10) pp. 1031-1037. 1987.
- 11) Dunlop D, Zubkoff L. *Inflación y comportamiento del consumidor*. En *análisis de costos, demanda y planificación de servicios de salud*. OPS-OMS, 221-261, 1990.
- 12) Culyer AJ. *The Law of Demand and Demand Curves*. *Economics*. Blackwell. 1985; Cap. 3, pp.29-31.
- 13) Cruz C. *La Teoría de la Demanda*. Documento Interno de Trabajo, Serie *Economía de la Salud*. 1995. pp.5-13.

- 14) Cullis J and West P. The Demand for Health Care. The Economics of Health: An Introduction. 1979. Cap. 4. pp 80-95.
- 15) Abel-Smith, " Value for money in health services", Heineman, 1976.
- 16) Culyer A. J., op. cit., (cap.8)
- 17) Berki S., " Hospital Economics", cap. 5.
- 18) Le Grand and Robinson R., " The economics of social problems", Macmillan, 1976, cap. 1 y 2.

Bibliografía complementaria

Dunlop D, Zubkoff L. Inflación y comportamiento del consumidor. En análisis de costos, demanda y planificación de servicios de salud. OPS-OMS, 221-261, 1990.

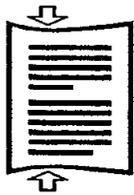
Cruz C. et al. Las Cuentas Nacionales de Salud y el Financiamiento de los Servicios. Documentos para el análisis y la convergencia. FUNSALUD. 1994. No. 7, pp. 27-33.

Ramírez A., "El mercado de servicios médicos" en: Costos, Demanda y Planificación de Servicios de Salud, Op. Cit., PP: 312-322. 1990.

Mills A. and Gilson L., " Demand, Supply and the Price System" in, Survival kit. LSHTM-LSEPS- pp: 42 54. 1989.

Tema 4. Consideraciones conceptuales y metodológicas para el estudio de los costos de servicios de salud

Por Armando Arredondo e Irene Parada Toro



Resumen

Esta sección plantea una serie de consideraciones conceptuales y metodológicas para analizar y en su caso identificar los costos de la atención médica. Las premisas conceptuales, resaltan el hecho que en los países de América Latina es necesario revisar a detalle aspectos teórico-metodológicos mas adecuados a la infraestructura de los sistemas de salud en dicha región. Se parte de una propuesta de categorías de costos en salud desarrollada en países de ingreso alto y a partir de ésta, se plantea una nueva propuesta que tanto en lo conceptual como en lo metodológico permite integrar un marco de análisis más adecuado para abordar el estudio de costos en los servicios de salud de países latinoamericanos. Finalmente se dan los lineamientos para la realización de un ejercicio de costos por enfermedad específica.

Tema 4. Consideraciones conceptuales y metodológicas para el estudio de los costos de servicios de salud

Por Armando Arredondo e Irene Parada Toro

Introducción

En años recientes se ha incorporado la perspectiva económica como una herramienta potencial para entender y actuar sobre la producción y financiamiento de servicios de salud. En investigaciones recientes sobre el sector salud, a niveles internacional, nacional, regional y local, el análisis económico ha pasado a ocupar un lugar relevante; No solo se han incluido variables de análisis económico sino que se han desarrollado estudios donde dicho análisis es el objeto de trabajo y el hilo conductor para plantear problemas y soluciones en aras de mejorar el desempeño de los sistemas de salud.

Para el caso de países de América Latina, en los últimos años se ha realizado un importante esfuerzo por poder satisfacer las necesidades de salud de la población; sin embargo, a pesar de los esfuerzos normativos instrumentados en la organización actual de los servicios de salud, existe una falta de consenso inter e intrainstitucional en materia de técnicas y procedimientos, de manera que es difícil el establecer parámetros para medir productividad, costos y procedimientos de interacción por niveles de atención; lo anterior se traduce en un sistema de salud en donde las normas no son suficientes para conducir y evaluar la eficiencia, mientras no exista la información necesaria.

Con relación a los costos de la atención médica en los países de América Latina, se presenta una situación muy particular. En efecto, la organización de cada institución de salud plantea la necesidad de dos líneas de análisis: por un lado los costos de producción de los servicios para el proveedor y por otro los costos de búsqueda y obtención del servicio para el consumidor. Es en función de estas líneas de análisis que en este documento se propone una clasificación y categorías de análisis que permitan llegar con mayor aproximación a los costos de producción de servicios de salud en países latinoamericanos.

Consideraciones conceptuales

Trátase del consumidor o del proveedor, el concepto económico de costos surge de la noción de usos alternativos de los recursos. El costo económico de una unidad de un recurso es el beneficio que se obtendría en un mejor uso alternativo. Este concepto debe ser contrastado con el concepto estrictamente contable de costo que está relacionado con las salidas de caja por unidad de recurso (gasto) o bien con el costo de un bien o servicio que se establece en función del punto de equilibrio entre la oferta y la demanda (precio).

Las estimaciones contable y económica de costos pueden coincidir pero esto no es lo más frecuente, pues no se incluye en la perspectiva contable el concepto de costo de oportunidad y generalmente solo se incluye lo referente a costo recurrente. Existe una propuesta conceptual para el análisis de costos de servicios de salud que ha sido desarrollada por Mills y cols, misma que considera los conceptos de costo-oportunidad, costos-promedio, costo total y costo-marginal; esta propuesta plantea una tipología que para fines de obtención y análisis, clasifican los costos en "costos directos" (costos en que incurre directamente el proveedor de la atención médica para la generación de un servicio) y "costos indirectos" (costos en que incurre el consumidor para obtener el servicio de atención médica, incluyendo tiempo de traslado, tiempo de espera, tiempo de tratamiento, etc.) .

Para el caso de este análisis, particularmente para fines del caso de los países de América latina, esta propuesta teórica no es la idónea ya que hay un costo directo tanto para el proveedor al momento de producir el servicio, como para el consumidor al momento de generar un desembolso económico en el consumo de servicios médicos. Es decir, en el caso del contexto latinoamericano, los costos directos, también se aplican al consumidor y no sólo al proveedor . En efecto, en el proceso de búsqueda y obtención de atención médica, del sector público o privado, los consumidores desembolsan un gasto, que para fines de este análisis representan un costo directo al momento de utilizar un servicio, incluso en el caso de los asegurados, cuando deciden atenderse en instituciones de asistencia pública o privada.

Retomando la clasificación descrita anteriormente para el análisis de costos de salud, para el caso de México se propone la misma clasificación pero con algunos ajustes :

Costos directos: incluyen todo costo monetario en que incurre el proveedor en la generación del proceso de atención médica y todo desembolso del consumidor en la obtención de la misma.

Costos indirectos: incluyen todo costo asociado al tiempo, dinero y esfuerzo, por parte del consumidor, durante la espera, el traslado y el periodo de tratamiento en el proceso de búsqueda y obtención de la atención médica.

Trátase del consumidor o del proveedor, el concepto económico de costos surge de la noción de usos alternativos de los recursos. El costo económico de una unidad de un recurso es el beneficio que se obtendría en un mejor uso alternativo.

Consideraciones metodológicas

Para el caso de los servicios de salud lo importante es tener claro que los costos se traducen en el monto de recursos económicos que se invierten en toda fase del proceso de atención a la salud. Por otra parte, es importante hacer explícito que la evaluación económica depende en gran medida de la evaluación técnica subyacente (calidad de la atención, equidad, accesibilidad, etc.); por lo tanto la evaluación económica debe integrarse la evaluación médica en dichos procesos, más que como un sustituto de ella. Por esta razón en toda evaluación económica de los servicios de salud deberán tomarse en cuenta dos aspectos de suma importancia: involucrar la participación de médicos clínicos y sanitaristas que garanticen que lo que se está evaluando es eficaz y de cierta calidad al momento de la evaluación, y considerar por lo menos los criterios de equidad y accesibilidad al momento de la toma de decisiones e implantación de cambios.

Para el caso de los servicios de salud lo importante es tener claro que los costos se traducen en el monto de recursos económicos que se invierten en toda fase del proceso de atención a la salud.

Dado lo anterior, a continuación se desglosan algunos aspectos metodológicos fundamentales para la estimación de los costos en los servicios de salud; es decir, se tratan los aspectos más relevantes relacionados con el proceso de producción, la productividad marginal, la eficiencia, la combinación óptima de insumos en la producción de un bien o servicio de salud y en la definición de costo de oportunidad.

La función de producción, insumos y productos

En principio, puede decirse que la producción de bienes y servicios es el proceso a partir del cual insumos tales como materias primas, trabajo humano, maquinaria, infraestructura física, capital, etc., son utilizados para la generación de productos, bienes y servicios los cuales constituyen la riqueza económica de una sociedad.

Dentro del análisis de todo proceso de producción surge como aspecto fundamental en la estimación de costos la función de producción, entendiéndose por ésta como la relación técnica que existe entre los recursos o insumos para la generación de la mayor cantidad de productos posibles. Esquemáticamente y de manera simplificada la función de producción se puede expresar de la siguiente forma:

INSUMOS —————> FUNCIÓN DE PRODUCCIÓN —————> PRODUCTOS

La función de producción también asume que el proceso de producción es técnicamente eficiente; es decir, no se da el desperdicio de insumos para la generación de un producto, o dicho de otro modo, no se generan menos productos de los que se podrían producir dada una determinada tasa de insumos.

Cabe resaltar que algunas veces el producto resultante de un proceso productivo adquiere el papel de insumo en otro proceso o función de producción; a este tipo de producto también se le conoce como producto intermedio.

Por ejemplo, en el caso de la atención médica, las consultas son productos o eventos intermedios que se pueden evaluar en términos económicos, o bien pasan a considerarse como insumos de otros procesos, sobre todo en el caso de que a partir de una consulta se genere una intervención quirúrgica.

Por otra parte, hay que hacer mención de que un producto final es un bien o servicio que es destinado para la última fase del consumo; en este sentido, un paciente totalmente rehabilitado, independientemente de la causa por la que acude al servicio, puede constituir un producto final de un proceso de atención.

Otro de los conceptos fundamentales para la estimación de los costos es sin duda alguna el de productividad marginal el cual se define como el incremento en la tasa de producto debido a un incremento unitario en la utilización de un insumo (recurso humano por ejemplo), con todos los demás insumos mantenidos a una tasa constante.

Partiendo de los aspectos fundamentales en la estimación de costos de los servicios de salud, en términos generales se puede decir que, en todo análisis de costos en salud, cuatro son los principales aspectos relacionados con el uso de los recursos:

- La selección de la óptima combinación de insumos para generar un determinado producto.
- La selección de la técnica óptima para generar un producto.
- La determinación de la cantidad a producir.
- La determinación de los productos a generar.

Cada uno de estos aspectos es motivo especial en el análisis de los costos y el descuido de alguno de ellos puede generar serios problemas en las conclusiones resultantes; debido a esto el primer paso a seguir será el análisis por parte del especialista clínico sobre los procesos de atención y la elaboración de una propuesta médicamente eficiente, que será valorada en términos económicos.

El propósito de determinar en el corto plazo una función de costo es el de predecir los costos en los que se incurre al incrementar los productos o el ahorro que surge al reducirlos. Como ejemplo se podría citar a los estudios que intentan medir y analizar las diferentes combinaciones de insumos que se pueden dar al interior de un hospital con relación a costos totales y marginales según los diferentes tamaños de los hospitales, capacidad, utilización, tipo de servicios y variaciones en otros factores. Sin embargo, la tarea de determinar costos en el sector salud es muy compleja por las razones que a continuación se señalan.

En el caso de la atención médica, las consultas son productos o eventos intermedios que se pueden evaluar en términos económicos, o bien pasan a considerarse como insumos de otros procesos, sobre todo en el caso de que a partir de una consulta se genere una intervención quirúrgica.

Cuatro son los principales aspectos relacionados con el uso de los recursos.

Problemas en la determinación de las unidades de medida

- Es muy difícil medir los productos finales de un servicio de salud; se han tomado tradicionalmente como unidades de medida consultas otorgadas, egresos, intervenciones quirúrgicas, etc.; no existiendo un consenso al respecto y presentándose traslapes.
- El producto es medido en cantidad y no necesariamente se toma en cuenta la calidad.
- No hay parámetros de productividad estandarizados.
- No hay consenso en las unidades de medida de insumos, productos (bienes y servicios) y estándares de productividad para las unidades de atención médica, por lo que las variaciones en la cantidad de atención recibidas por presupuesto gastado no se pueden comparar.

No hay consenso en las unidades de medida de insumos, productos (bienes y servicios) y estándares de productividad para las unidades de atención médica, por lo que las variaciones en la cantidad de atención recibidas por presupuesto gastado no se pueden comparar.

Problemas de interdependencia interna y externa

- El sector salud depende de insumos producidos en otros sectores del país o importados por lo que su costo puede variar en forma independiente.
- En una unidad de atención hay interdependencia entre los departamentos y/o servicios por lo que el costo puede variar de acuerdo al tamaño o funcionamiento de dichas instancias.

Por consiguiente, es necesario instrumentar las acciones encaminadas a la resolución de los problemas anteriormente enlistados mismas que en alguna medida se pueden superar si se toma como punto de partida el análisis integrado bajo un enfoque multidisciplinario de un padecimiento específico; en este caso, el análisis de dos enfermedades crónico-degenerativas y dos enfermedades infecciosas.

En la combinación de insumos se deben primero identificar cuáles de éstos son sustitutos y cuáles son complementarios. Los insumos sustitutos son aquellos que se pueden utilizar como una alternativa a la utilización de otros. Un ejemplo de insumos sustitutos puede ser el de sustituir el trabajo de un médico por el de una enfermera o paramédico. A nivel general se puede hablar también de procedimientos sustitutos tales como la atención domiciliaria-ambulatoria supervisada contra la hospitalización de pacientes crónicos.

En la combinación de insumos se deben primero identificar cuáles de éstos son sustitutos y cuáles son complementarios.

Con relación a los insumos complementarios, son aquellos que se utilizan conjuntamente con otros presentes en el proceso de producción de un bien o servicio. Una de las cuestiones importantes a considerar en los insumos complementarios es que generan procesos en cadena, es decir que el aumento de uno conlleva al aumento de otros, por ejemplo, si se decide aumentar el número de médicos, se aumentará, como consecuencia, el consumo de material de curación.

El análisis de los procedimientos bajo la óptica de insumos sustitutos o intermedios permiten hacer una valoración de las funciones asignadas a los recursos humanos en términos de costos. Si se generan cambios en los precios relativos de los insumos que posibilitan efectuar una eficiente sustitución técnica y costeable, entonces se estará en condiciones de incrementar el nivel de producción de bienes y servicios independientemente que el presupuesto se mantenga constante.¹³⁶

En conclusión, para el análisis de costos directos en la producción de servicios de salud se deben determinar las funciones de producción necesarias para satisfacer demandas específicas de salud. El costo de los insumos debe referirse a todos los espacios y servicios que se generan a raíz de la demanda del consumidor, en tal caso deben incluirse costos de inversión y costos de operación.

Matrices de costos por enfermedad específica

Diseño de matrices. El diseño matrices de costos por patología plantea como variables a incluir las siguientes:

- **Recursos humanos:** incluye fundamentalmente a todo recurso humano involucrado en la prestación de servicio en distintas etapas y espacios, de acuerdo a la historia natural de la enfermedad y demanda del paciente: servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- **Estudios de laboratorio y gabinete:** básicamente incluye el estándar de estudios realizado por caso.
- **Procedimientos de terapia especial:** incluye el estándar de procedimientos especiales que algunas patologías precisan en el tratamiento de la enfermedad o rehabilitación del paciente.
- **Medicamentos y soluciones:** incluye todo fármaco o solución empleado en la atención medico-hospitalaria al paciente incluyendo servicio ambulatorio, hospitalización, centro quirúrgico, terapia intensiva, rehabilitación y seguimiento.
- **Material desechable y quirúrgico:** incluye todo material desechable y quirúrgico utilizado en cada caso desde el servicio ambulatorio hasta la rehabilitación y seguimiento del paciente.
- **Instrumental médico:** incluye todo el instrumental medico- clínico utilizado en cada caso desde el servicio ambulatorio hasta la rehabilitación y seguimiento del paciente.

- **Mobiliario clínico:** Incluye todo el mobiliario diseñado específicamente para cumplir funciones clínicas, utilizado en cada caso desde el servicio ambulatorio hasta la rehabilitación y seguimiento del paciente.
- **Mobiliario general:** incluye todo el mobiliario general utilizado en cada caso desde el servicio ambulatorio hasta la rehabilitación y seguimiento del paciente.
- **Día-cama:** incluye el costo fijo de recursos humanos, mobiliario y equipo de utilización general para la sala de hospitalización o terapia, según sea el caso, así como costos de alimentación, ropería y otros servicios generales de mantenimiento.
- **Apoyo administrativo:** incluye todos los costos de carácter administrativo para cada caso desde el servicio ambulatorio hasta la rehabilitación y seguimiento del paciente.
- **Apoyo general:** incluye todos los costos de apoyo general (teléfonos, luz, agua, etc.) para cada caso desde el servicio ambulatorio hasta la rehabilitación y seguimiento del paciente.
- **Infraestructura:** incluye todos los costos de construcción del espacio utilizado por el paciente en la demanda del servicio.

Todas estas variables a su vez se entrecruzan con seis categorías de análisis en una estructura matricial que comprende seis columnas a manera de facilitar la obtención de los costos así como su análisis. Dichas columnas son:

- a) Unidad de medida.
- b) Costo del insumo.
- c) Costo unitario del insumo.
- d) Cantidad por caso.
- e) Costo total-promedio.
- f) Base de cálculo para obtención de depreciación.

Obtención de costos unitarios. Una vez revisados detalladamente los distintos elementos que el equipo de trabajo determinó para cada patología, se procedió a la obtención de los costos, recurriendo a distintas fuentes, dependiendo del rubro a costear.

Para el caso de los costos de recursos humanos se recurre a información procedente del departamento de personal, tomando como base de información el tabulador de sueldos para enero o junio en la institución de estudio. Para cada tipo de recurso humano se toma en consideración el salario y el monto mensual de las prestaciones sociales y sobre este total se obtiene el costo promedio de hora/recurso humano.

El costo total de cada recurso humano se determina a partir del tiempo promedio que el equipo de trabajo considere para cada tipo de personal. Al respecto, hay que señalar que la estimación del tiempo promedio de hora-hombre dedicada a cada una de las patologías a costear, se calcula sobre la base de la experiencia del equipo de trabajo y sobre todo partiendo del análisis de estadísticas de tiempos y estándares de internamiento, tiempo de consulta, tiempos de cirugía, tiempos de terapia intensiva y seguimiento del paciente.

El costo total de cada recurso humano se determina a partir del tiempo promedio que el equipo de trabajo considere para cada tipo de personal.

Tomando en cuenta estos tiempos, se hace un cruce con el número y tipo de recursos humanos destinados a cada uno de los espacios por donde el paciente demanda servicios y de este cruce se obtuvo finalmente el promedio de horas-médico, horas-enfermera, horas- personal administrativo, horas-cirujano, horas-trabajadora social, etc.

En relación con los costos de estudios de laboratorio y gabinete se determinan las funciones de producción y los insumos de cada estudio para determinar sus costos. Para el material descartable y quirúrgico, la información básicamente procede de los sistemas de información y control de costos de la administración y de almacén (Catálogo de Compras Consolidadas del Sector Salud, en los países donde exista este mecanismo de compra).

En cuanto a los costos fijos día-cama-paciente estos se obtuvieron del centro de costos del hospital y su costo total correspondió al número de días promedio de hospitalización por paciente. La depreciación de instrumental y equipo médico-quirúrgico, por razones de carácter práctico, aunque existen las técnicas lineal y acelerada, se recomienda que para el caso de depreciación de equipo e instrumental y mobiliario en servicios de salud se utilice el método de depreciación lineal .

Así, el costo del equipo e instrumental médico-quirúrgico, mobiliario e infraestructura se obtiene mediante el prorrateo de hora-uso utilizando la siguiente base de cálculo: costo total/unidad/vida media/ días de utilización efectiva al año/ horas de utilización efectiva. La información para cada base de cálculo se origina de centros específicos de costos, donde se contemplan la depreciación de los bienes, costos de mantenimiento preventivo y correctivo, alimentación, energía eléctrica, agua, material de papelería, seguros y servicios de terceros.

El costo del equipo e instrumental médico-quirúrgico, mobiliario e infraestructura se obtiene mediante el prorrateo de hora-uso.

Determinación unidades de medida y de costos promedio-totales por categoría y patología específica. Una vez obtenidos los costos unitarios para cada insumo (equipo, hora-hombre, medicamentos, etc.), proceso o procedimiento se realizan los cálculos numéricos a través de una hoja de cálculo en Excel, de manera que dependiendo de la cantidad de cada unidad de medida utilizada por caso-paciente se pueda obtener el costo total de cada recurso, proceso o procedimiento y así llegar al costo total del manejo de caso.

Validación de los costos por manejo de caso. Tomando como referencia las matrices de costos donde se especifican las funciones de producción y los costos que se determinaron, se realizan reuniones de trabajo con un equipo interdisciplinario de manera que se valide la información obtenida.

Partiendo de los listados de recursos, procesos y procedimientos por patología específica, donde se contemplaron los costos unitarios, subtotales y totales de las distintas patologías, se procede a elaborar cuadros de concentración de la información que comprenderán por un lado los costos unitarios de cada rubro y el costo total del manejo de caso; por otra parte, se considera también desarrollar un concentrado donde se integran los distintos porcentajes que corresponderían a cada rubro dependiendo de la patología.

MATRIZ DE COSTO DEL MANEJO ANUAL DE CASO DE UN PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.

| FUNCIÓN DE PRODUCCIÓN | COSTOS | COSTO UNITARIO (U.S. DLLS.) | CANTIDAD | COSTO TOTAL PROMEDIO |
|--|--------|--------------------------------|----------|-------------------------|
| CONSULTAS: | | | | |
| Consulta 1ra. vez , 2do. nivel | | 7.43 | 1 | 7.43 |
| Consulta subsecuente 1er. nivel | | 2.41 | 6 | 14.46 |
| Consulta subsecuente 2do. nivel | | 3.72 | 2 | 7.44 |
| ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE DIAGNÓSTICO | | | | |
| Rx. de torax | | 10.09 | 1 | 10.09 |
| Electrocardiograma | | 16.8 | 1 | 16.8 |
| Pruebas de funcionamiento respiratorio | | 6.13 | 2 | 12.26 |
| Gastrometría arterial | | 2.6 | 1 | 2.6 |
| Biometría hemática | | 1.8 | 1 | 1.8 |
| Química sanguínea | | 2.51 | 1 | 2.51 |
| Exudado faríngeo | | 4.12 | 1 | 4.12 |
| TERAPIA ESPECIAL | | | | |
| Drenaje postural | | 5.26 | 3 | 15.78 |
| TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO | | | | |
| Manejo de crisis | | | | |
| Aminofilina | | 4.92 | 1 | 4.92 |
| Salbutamol | | 7.24 | 1 | 7.24 |
| Manejo del paciente ambulatorio | | | | |
| Teofilina | | 0.16 | 14 | 2.24 |
| Salbutamol | | 7.24 | 4 | 28.96 |
| Ambroxol | | 0.25 | 40 | 10 |
| Prednisona | | 0.12 | 10 | 1.2 |
| ESTUDIO DE LABORATORIO Y GABINETE CONTROL Y SEGUIMIENTO | | | | |
| Rx. de Torax | | 10.09 | 1 | 10.09 |
| Gastrometría | | 2.6 | 5 | 13 |
| Biometría hemática | | 1.8 | 4 | 7.2 |
| Espirometría | | 6.13 | 5 | 30.65 |
| MANEJO ANUAL DE CASO PROMEDIO | | | | 210.79 |

COSTO DE CONSULTA EXTERNA

| NUM. | ELEMENTOS DE COSTO | PRECIO INSUMO | COSTO UNITARIO | CANTIDAD | COSTO PROMEDIO | BASE DE CÁLCULO |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|----------------|----------|----------------|--------------------------------|
| CONSULTA EXTERNA | | | | | | |
| 1 | INFRAESTRUCTURA FÍSICA | | | | | |
| | Costo Local | 107 | 107 | 13 | 1391 | Costo M2 |
| 2 | RECURSOS HUMANOS | | | | | |
| | Médico especialista | 15133.06 | 157.64 | 20 | 315272 | Costo hr/hombre/cant/caso Prom |
| | Enfermera general | 8306 | 86.52 | 20 | 173042 | Costo hr/hombre/cant/caso Prom |
| | Aux. de enfermería | 8355.12 | 87.03 | 10 | 87033 | Costo hr/hombre/cant/caso Prom |
| | Recepcionista | 6540.2 | 68.13 | 5 | 34064 | Costo hr/hombre/cant/caso Prom |
| | Personal administrativo | 654.2 | 68.13 | 5 | 34064 | Costo hr/hombre/cant/caso Prom |
| | Personal intendencia | 3000000 | 31.25 | 2 | 6250 | Costo hr/hombre/cant/caso Prom |
| | | | | | 649725 | |
| 3 | APARATOS | | | | | |
| | Báscula con estadímetro | 363071 | 19.87 | 0.5 | 9.94 | Precio/10 años/261/7 horas |
| | Estígmomanómetro | 290753 | 15.91 | 0.5 | 7.96 | Precio/10 años/261/7 horas |
| | Lampara de chcote | 153939 | 8.43 | 0.5 | 4.21 | Precio/10 años/261/7 horas |
| | Estuche de diagnóstico | 169386 | 9.27 | 0.5 | 4.64 | Precio/10 años/261/7 horas |
| | Estetoscopio blauricular | 16415 | 0.9 | 0.5 | 0.45 | Precio/10 años/261/7 horas |
| | Negatoscopio | 327957 | 17.95 | 0.5 | 8.98 | Precio/10 años/261/7 horas |
| | | | | | 36.18 | Precio/10 años/261/7 horas |
| 4 | INSTRUMENTAL | | | | | |
| | Cinta métrica | 3000 | 0.33 | 0.5 | 0.16 | Precio/5 años/261/7 horas |
| | Portatermómetro | 140 | 0.02 | 0.5 | 0.01 | Precio/5 años/261/7 horas |
| | Torundero | 1000 | 0.11 | 0.5 | 0.05 | Precio/5 años/261/7 horas |
| | Termómetro | 1190 | 0.13 | 0.5 | 0.07 | Precio/5 años/261/7 horas |
| | Martillo percusor | 4740 | 0.52 | 0.5 | 0.26 | Precio/5 años/261/7 horas |
| | | | | | 0.55 | |
| 5 | MOBILIARIO CLÍNICO | | | | | |
| | Banco giratorio | 105793 | 5.79 | 0.5 | 2.9 | Precio/10 años/261/7 horas |
| | Bote de pedal | 92150 | 5.04 | 0.5 | 2.52 | Precio/10 años/261/7 horas |
| | Mesa de exploración | 435850 | 23.86 | 0.5 | 11.93 | Precio/10 años/261/7 horas |
| | Mesa Pasteur | 232491 | 12.73 | 0.5 | 6.36 | Precio/10 años/261/7 horas |
| | | | | | 23.71 | |
| 6 | MOBILIARIO GENERAL | | | | | |
| | Cesto de papeles | 15000 | 0.82 | 0.5 | 0.41 | Precio/10 años/261/7 horas |
| | Escritorio | 377200 | 20.65 | 0.5 | 10.32 | Precio/10 años/261/7 horas |
| | Sillón giratorio | 145025 | 7.94 | 0.5 | 3.97 | Precio/10 años/261/7 horas |
| | Silla individual | 26850 | 1.47 | 0.5 | 0.73 | Precio/10 años/261/7 horas |
| | Vitrina | 295828 | 16.19 | 0.5 | 8.1 | Precio/10 años/261/7 horas |
| | | | | | 23.53 | |

| COSTO DE CONSULTA EXTERNA (CONTINUACION) | | | | | | |
|--|--------------------------------------|------------------|-------------------|----------|-------------------|------------------------------|
| NUM. | ELEMENTOS DE COSTO | PRECIO INSUMO | COSTO UNITARIO | CANTIDAD | COSTO PROMEDIO | BASE DE CALCULO |
| | CONSULTA EXTERNA | | | | | |
| 7 | MATERIAL DE CURACION Y DESECHABLE | | | | | |
| | Abatelenguas | 15.60 | 15.60 | 3.00 | 46.80 | Precio de compra consolidada |
| | Gaseas | 510.00 | 510.00 | 6.00 | 3060.00 | Precio de compra consolidada |
| | Tela adhesiva | 530.00 | 530.00 | 1.00 | 530.00 | Precio de compra consolidada |
| | Guantes desechables | 190.00 | 190.00 | 3.00 | 570.00 | Precio de compra consolidada |
| | Jeringa de 5 ml. | 230.00 | 230.00 | 1.00 | 230.00 | Precio de compra consolidada |
| | Algodón | 11.80 | 11.80 | 1.00 | 11.80 | Precio de compra consolidada |
| | Alcohol | 390.00 | 390.00 | 1.00 | 390.00 | Precio de compra consolidada |
| | Jeringa hipodermica | 390.00 | 390.00 | 1.00 | 390.00 | Precio de compra consolidada |
| | | | | | 5228.60 | |
| | COSTO INSUMOS | | | | 13200.79 | |
| | SERVICIOS GENERALES | | | | 1320.00 | 10% Insumos |
| | COSTO TOTAL CONSULTA PRIMERA VEZ | | | | 14520.79 | |
| | COSTO TOTAL CONSULTA SUBSECUENTE | | | | 7260.40 | |

Bibliografía

- 1.- Arredondo A., Hernández P. y Cruz C., "Incorporación de la perspectiva económica en el análisis del sector salud: segunda parte". Cuad. Med Soc. de Chile. Vol 34 # 1. pp: 33-44. 1993.
- 2.- Mills A. Decentralization and accountability in the health sector from an international perspective: what are the choices? Public Administration and Development, 14: 281-292. 1994.
- 3.- Frenk J., Lozano R., González-Block M.A. et al. "Proyecto Economía y Salud" Informe Final. Seg. Edición. FUNSALUD, ISBN 968-6186-35-2 México, D.F., pp: 62-64. 1995.
- 4.- SSA, IMSS, ISSSTE, Sistema Nacional de Evaluación. Programa Nacional de Acción. Informe de Seguimiento y Evaluación: 1991-1992. México, Publicación de Seguimiento # 5. SSA. pp. 3-7. Julio de 1992.
- 5.- SSA, Paquete Básico de Intervenciones en Salud. Costos de Intervenciones. Informe Final. Publicación de la Subsecretaría de Servicios de Salud. SSA. pp: 22-48. México. Septiembre de 1994.
- 6.- Musgrove P, The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. International Journal of Health Services, 17(3) 411-441, 1990.
- 7.- Dunlop D, Zubkoff L. Inflación y comportamiento del consumidor. En análisis de costos, demanda y planificación de servicios de salud. OPS-OMS, ISBN 92 75 32040 3, Washington D.C. pp: 221-261, 1990.
- 8.- Arredondo A., Hernández P. y Cruz C., " Incorporación de la perspectiva económica en el análisis del sector salud: primera parte". Cuad. Med Soc. de Chile. Vol 33 # 2. pp: 121-130. 1992.
- 9.- Mills A. and Gilson L. "Health Economics for Developing Countries"; London School of Hygiene and Tropical Medicine . Publication Num. 17. University of London. Chap. 7, pp.59-62. London, 1988.
- 10.- Drummond M. and Stoddart G. Principles of Economic Evaluation of Health Programmes. Wld Hlth Statist Quart. No 38. pp 347-354. 1985.
- 11.- Donabedian A. "Aspectos de la administración de la atención médica". FCE, 1ra. Edición en español. México, 1987.

- 12.- Freidson E. "Types of lay referral systems" en: Social construction of illness-profession of medicine. Univ. of Chicago Press. Chicago. Chap. VII. pp. 292-95. 1988.
- 13.- Hulka B., Wheat J. "Patterns of utilization: patient perspective". Medical Care Rev., Vol. 23 No. 5. pp.438-460. 1985.
- 14.- Rosenstock JM. "Why the people use health services: part two". The Milbank Memorial Fund Quarterly. Vol 44 No. 3, pp. 385-393. 1966.
- 15.- Bases conceptuales y metodológicas de la ENSA II. México 1994. Grupo coordinador. Salud Pública de México. Vol 40 (1). 1998.
- 16.- Arredondo A. , Damian T. y De Icaza E., " Una aproximación al estudio de costos de servicios de salud en México". Sal Pub de Mex. Vol 37 No. 5. pp.1-9. México 1995.
- 17.- Jamison D, Mosley H., Measham A. and Bobadilla J. " Disease Control Priorities in developing Countries". Oxford Medical Publications. World Bank. New York, 1993.
- 18.- Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud: indicadores del desarrollo mundial. ISBN 0-8213.2361-X. pp: 126-128. Washington, D.C. 1993.
- 19.- Barnum H. and Kutzin J., Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost and Financing. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1993.
- 20.- Abel-Smith, A. Cost containment in 12 European countries. World Health Stat Q 37(4):351-363, 1984.
- 21.- Feldstein, P.J. Health care economics. Nueva York, John Wiley, 1979, pp. 1-10 y 32-36.
- 22.- Mesa-Lago, C. Financing health care in Latin America and the Caribbean, with a special study of Costa Rica. Washington, DC, Banco Mundial, 1983. PHN Nota técnica GEN8
- 23.- Abel-Smith, B. y Creese, A., eds. Recurrent Costs in the Health Sector-Problems and Policy Options in Three Countries. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1989
- 24.- Lewis, M. A. A Study of Hospital Fees in the Dominican Republic. Washington, DC, The Urban Institute 1987.

- 25.- Gilson, L. *Government Health Care Charges: Is Equity Being Abandoned?* Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1988. EPC Publication Number 15.
- 26.- Schwartz, W. B. *The inevitable failure of current cost-containment strategies.* JAMA 257(2):220-224, 1987.
- 27.- Priale R., González V., Manrique L., Arroyave G., Ramírez R., Hernández P., Arredondo A., Santocono R., García A. *Análisis del Financiamiento del Sector Salud.* MINSA-BID. 1ra. Ed. Abril de 1997. Perú. ISBN 797-98-6-2.
- 28.- Arredondo A. "Costs and financial consequences of Mexico's epidemiologic profile change: information for policy makers". *Journal of Health Policy.* Vol 42: 2, October-1997.
- 29.- Arredondo A., *Economic evaluation for the epidemiologic profile changes. Moving Health Systems into the New Century.* Germany. ISSN 0721-1694. pp. 378. November 1997.
- 30.- Arredondo A. et al, *Costos de intervenciones para pacientes con insuficiencia renal crónica.* Journal of Public Health/Saude Publica de Brasil. Brasil. Vol. 32:3:1998.
- 31.- Rascón A., Arredondo A., Tirado L. and López-Cervantes M. *Una aproximación al costo del tratamiento de enfermedades mentales en México.* en Revista Salud Mental. México. Vol. 32:2, Marzo de 1998.
- 32.- Leyva R., Kageyama S. and Arredondo A. *Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de servicios de salud en México.* Revista Salud Publica de México. Vol 40, No. 1. pp. 24-31. México 1998.
- 33.- Arredondo A., *Financial indicators for health care decentralization in developing countries: a framework for analysis.* Health and System Science. France. Vol 1 No. 2-3, 1998.
- 34.- Arredondo a., De Icaza E. and Rangel R., *Costo-efectividad para intervenciones con insuficiencia renal crónica terminal.* Journal of Public Health/Saude Publica de Brasil. Brasil. Vol 32 No 4, 1998.
- 35.- Arredondo A. *El criterio de eficiencia y los costos de producción en la atención médica.* Revista de la Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Mayor de San Marcos. Vol 3 No. 3, 1998. Perú.

- 36.- Contrandriopoulos A-P, Haddad S., Morales Ch., Arredondo A., Shardonofsky S., Reinhartz D., De Souza E y Brouselle A. - ¿Cómo abordar la enseñanza de la economía de la salud? La experiencia de la Universidad de Montreal. Publicación científica, Ediciones Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé. Université de Montréal. Abril de 1998.
- 37.- Arredondo A. Nájera P. Leyva R. Atención ambulatoria en México: el costo para los usuarios. Salud Pública de México, Vol 41 No. 1, 1999.
- 38.- Arredondo A., Qué es y qué está haciendo la economía de la salud. Revista de la Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Mayor de San Marcos. Vol 4 No. 13, 1999. Perú.
- 39.- Arredondo A. Indicadores de Eficiencia para la asignación de recursos financieros en salud. Revista Médica de Chile, Vol. 147, Agosto-Septiembre de 1999.

Bibliografía recomendada

1. Mills A. and Gilson L. "Health Economics for Developing Countries"; London School of Hygiene and Tropical Medicine . Publication Num. 17. University of London. Chap. 7, pp.59-62. London, 1988.
2. Arredondo A. Nájera P. Leyva R. Atención ambulatoria en México: el costo para los usuarios. Sal Pub de México, Vol 41 No. 1, 1999.
3. Abel-Smith, B. y Creese, A., eds. Recurrent Costs in the Health Sector- Problems and Policy Options in Three Countries. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1989.
4. Musgrove P. The economic crisis and its impact on health and healthcare in Latin America and the Caribbean International Journal of Health Services. 17(3) 411-441. 1990.



EJERCICIOS Y ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN

Segundo ejercicio de evaluación

Este ejercicio es individual y deberá enviarse al Dr. Armando Arredondo.

Lineamientos para el ejercicio

Tome como guía metodológica la matriz de costos que se presenta en el anexo 1, del tema 4. El ejercicio consiste en determinar los costos directos en la producción de servicios de atención médica. Recuerde usted que la enfermedad seleccionada es la hipertensión arterial (HTA).

Como se planteó en el tema cuatro de este módulo, la identificación de los insumos y funciones de producción de manejo de caso de una enfermedad es el primer paso a seguir y esto requiere de la integración de un equipo. Se trata de un ejercicio individual y cada participante podrá consultar con otros colegas para **identificar el manejo del caso de HTA seleccionado por costear**. La otra opción es **inferir de manera aproximada el manejo de caso**. Con esta tarea realizada, se tendrá la información de cuántas consultas de primera vez, subsecuentes o interconsultas requiere el manejo de caso; cuántos estudios de laboratorio, cuántos días cama, cuántos días de tratamiento, cuántos días de terapia intensiva, etc.

Para su manejo, puede abordarse como caso anual, por ser una enfermedad crónica. Es importante resaltar que por las características de este Diplomado y por el tiempo requerido no será posible desarrollar de manera detallada todos los pasos metodológicos planteados en esta sección, **por lo que es importante tomar como guía la matriz de costos para enfermedad pulmonar obstructiva crónica**, donde solo se incluyen cuatro columnas, en lugar de las seis que se discutieron anteriormente en el tema cuatro y que aparecen para la matriz de costos de consulta externa. En concreto, la matriz de costos que da respuesta al ejercicio deberá incluir las siguientes columnas:

- 1) Elementos de costo (insumos o funciones de producción).
- 2) Costo unitario.
- 3) Cantidad requerida por manejo de caso anual o episodio.
- 4) Costo total.

Si no es posible calcular a detalle los costos, se puede hacer una aproximación, pero sí es necesario que se identifiquen los insumos y funciones de producción tal como aparecen en la matriz.



DIPLOMADO A DISTANCIA: GERENCIA Y ECONOMÍA DE SERVICIOS DE SALUD

**HOJA DE IDENTIFICACIÓN PARA ENVÍO
DE ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN**

DE:

| | | | |
|-------------|--|---------------------|--|
| NOMBRE | | FECHA | |
| INSTITUCIÓN | | | |
| PAÍS | | LOCALIDAD | |
| Fax: | | Correo electrónico: | |

PARA: FAX: 5668 0094 / 55950644 FAX DEL PROFESOR TUTOR:

| |
|--|
| COORDINADORES: Lic. Antonio Pérez Gómez / Dra. Claudia Juárez Ruiz |
| TUTOR: |

Puede fotocopiar esta forma y emplearla para enviar cada una de las actividades de evaluación.

| A C T I V I D A D E S | FECHA DE ENVÍO | No. DE HOJAS QUE ANEXA |
|-----------------------------------|-----------------------|-------------------------------|
| Primer ejercicio. | | |
| Primer avance del trabajo final. | | |
| Segundo ejercicio. | | |
| Segundo avance del trabajo final. | | |
| Tercer ejercicio. | | |
| Trabajo final. | | |

Directorio

SANTIAGO LEVY ALGAZI
Presidente de la CISS y de la Junta Directiva del CIESS

Secretaría General de la CISS
COORDINADORA: MARÍA DEL CARMEN ALVAREZ GARCÍA

LUIS JOSÉ MARTÍNEZ VILLALBA
Director del CIESS

GUILLERMO FAJARDO ORTIZ
Coordinador Académico General del CIESS

ANTONIO PÉREZ GÓMEZ
Jefe de la División de Administración del CIESS

CLAUDIA JUÁREZ RUIZ
Coordinadora del Área de Economía de la Salud del CIESS

MARTÍN GÓMEZ SILVA
Coordinador de la Unidad de Tecnología Educativa del CIESS

JUAN JOSÉ ZERMEÑO CÓRDOVA
Jefe del Área de Comunicación del CIESS