

Conferencia Interamericana 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.

**Fundamentos
de la Economía
de la Salud**
Curso a Distancia



material
de estudio

Fundamentos de la economía de la salud

Curso a Distancia

Material de estudio



Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social

Órgano de Docencia, Capacitación e Investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social

Ciudad de México, agosto de 1999.

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. 1999. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad

ISBN: 968-6748-18-0

Diseño de la portada: Oscar Victorica Cea

Índice

	Página
¿En qué consiste y cómo debo usar mi material de estudio?	5
¿Cómo está conformado el Curso?	7
Módulo 1. Planteamientos de la reforma sectorial	9
Tema 1. Contexto y reforma del sector salud.	11
Lectura 1. Tendencias del sector salud y la seguridad social, por Javier López, Claudia Juárez y Leticia Treviño.	13
Lectura 2. Reflexiones sobre la reforma del sector salud, por Sergio Del Prete.	23
Ejercicios y actividades de evaluación.	38
Módulo 2. Introducción a la economía de la salud	39
Tema 1. Conceptos, métodos y aportes de la economía de la salud.	41
Lectura 1. Teorías, conceptos y métodos en salud pública y economía de la salud, un marco integral para las reformas del sector, por Armando Arredondo.	43
Tema 2. Pensamiento económico en el estudio de la salud.	61
Lectura 2. Niveles de aplicación de la economía de la salud: revisión y análisis, por Armando Arredondo.	63
Tema 3. Mercado de servicios médicos.	77
Lectura 3. El mercado de servicios médicos. Algunas consideraciones sobre la demanda y la oferta, por Armando Arredondo.	79
Ejercicios y actividades de evaluación.	87
Caso de estudio. Implementación y monitoreo de la reforma sanitaria en Colombia: el sistema general de seguridad social en salud, por Armando Arredondo y Nelson Avilés.	89

	Página
Módulo 3. Los costos de los servicios de salud	107
Tema 1. Ejes la gestión médica y económica de los servicios de salud.	109
Lectura 1. Elementos conceptuales para los costos de los servicios de salud, por Gilma Arroyave y Edgar Jarillo.	111
Lectura-práctica 2	125
Lectura-práctica 3	127
Lectura-práctica 4	129
Lectura-práctica 5	131
Actividades y ejercicios de evaluación.	134
Formato para envío de actividades de evaluación.	135

¿En qué consiste y cómo debo usar mi material de estudio?

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

Guía didáctica

La Guía Didáctica tiene el propósito de ofrecer a usted una orientación general sobre los procedimientos para realizar el Curso y recomendaciones importantes 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 Curso: En esta parte se señalan la justificación, propósito, objetivos y perfil de egreso, lo que le permitirá delimitar las finalidades del Curso y tener un punto de referencia para que usted evalúe si está cubriendo las expectativas de aprendizaje. También incluye un esquema del curso en el que se indican el orden de los módulos y lecturas, de forma que usted pueda llevar un seguimiento de éstas y distinguir la relación interna de cada una de las partes del Curso. Para ello también se señalan los conceptos 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 profesor-tutor. En el apartado *¿Qué se espera de mí como estudiante de un curso a distancia?* se señalan algunas recomendaciones para un mejor aprovechamiento del Curso.

Una lista de los ejercicios que debe resolver y enviar al CIESS para acreditar el Curso 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.* En el material de estudio, al final de cada unidad, también se indican estas actividades. Además de los ejercicios de cada módulo, es necesaria la realización de un proyecto final para acreditar el Curso. Este proyecto lo realizará específicamente como parte del tercer módulo. Las características que debe cubrir dicho proyecto se describen en este apartado. También se indica el procedimiento y las características de la acreditación que el CIESS otorgará por su aprobación de este Curso.

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

Glosario: Ofrece una lista de términos importantes para el estudio de la economía de la salud.

Material de estudio

Este material está dividido de acuerdo con los tres módulos que conforman el Curso. *En él se señalan las lecturas seleccionadas en función de los objetivos de aprendizaje* y ordenadas 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 o a su profesor-tutor oportunamente, de acuerdo con las fechas señaladas.

¿Cómo está conformado el Curso?

El programa del Curso a distancia *Fundamentos de la economía de la salud* corresponde a un curso presencial de 40 horas. Pretende integrar el análisis económico a los problemas de los sistemas de salud. Está orientado en dos vertientes, por un lado, a la revisión de los conceptos y categorías básicas de la economía de la salud y, por el otro, a la aplicación y estudio de estos conceptos para la solución de los problemas de la salud y la seguridad social.

Consta fundamentalmente de tres módulos:

Módulo 1. Planteamientos de la reforma sectorial. En esta primera parte del Curso el participante profundizará en el estudio de temas de relevancia para el sector como el impacto del proceso de reforma en financiadores y prestadores de servicios. Se examinará la función de la economía de la salud en el contexto de cambio de los sistemas de salud en América Latina.

Módulo 2. Introducción a la economía de la salud. En la parte intermedia se estudiarán los conceptos y categorías del análisis económico y su aplicación en la organización y determinantes de la salud. Se abordarán los principales campos de aplicación de esta materia. Se analizará el mercado de la salud y las especificaciones de la demanda en relación con la oferta de servicios de salud.

Módulo 3. Los costos de los servicios de salud. Por último, se analizará la importancia y la utilidad del análisis de costos para la toma de decisiones en los programas de salud. Se incluye el desarrollo y presentación de ejercicios basados en la experiencia y área de desempeño del participante.

Módulo 1. Planteamientos de la reforma sectorial

Introducción

En esta época de transformaciones profundas, el sector salud y las instituciones de seguridad social han sido impactadas, en ocasiones en forma radical, por los ajustes en la política económica, de empleo y demográficos. El diagnóstico es similar aunque se trate de países diferentes: insuficiencia en el financiamiento, asignación inadecuada de recursos, modelos de asistencia médica caros y poco eficaces, falta de sensibilidad hacia el usuario, deficiencia en la calidad de los servicios y difícil accesibilidad para algunos grupos de la población.

Numerosos países latinoamericanos están llevando a cabo reformas del sector salud por considerarlas necesarias para afrontar los retos que acompañan el inicio del nuevo milenio. Estas reformas se basan primordialmente en la introducción de mercados internos y competencia gestionada a fin de estimular tanto a los proveedores como a los usuarios para lograr una distribución y uso eficiente de recursos que repercutan favorablemente en la calidad, equidad y cobertura de los servicios de atención a la salud.

Hasta ahora, la reforma de manera general basa su avance hacia una mayor competencia en la prestación de servicios, incluida la redefinición de funciones de proveedores públicos y privados; sugieren el cambio en el flujo de recursos, la descentralización de los servicios y la mejora en materia de rendición de cuentas, responsabilidad y desempeño del personal sanitario.

La importancia de la reforma es innegable. Por ello es muy recomendable su análisis, discusión y valoración de experiencias.



Objetivo

- Analizar contenidos de la reforma a la luz de experiencias actuales.

Conceptos clave

Equidad
Macrogestión
Mesogestión
Mezcla público-privado

Microgestión
Reforma competitiva
Reforma económica
Reforma sanitaria

Lecturas

López Javier, Juárez Claudia, Treviño Leticia, (1999) *Tendencias del sector salud y la seguridad social*, México: CIESS.

Del Prete Sergio, (1999) *Reflexiones sobre la reforma del sector salud*, México: CIESS.

Tema 1. Contexto y reforma del sector salud

 **Objetivo.** Analizar contenidos de la reforma a la luz de las experiencias actuales.

Lectura 1

López Vázquez, Javier; Juárez Ruiz, Claudia y Treviño Saucedo, Leticia. *Tendencias del sector salud y la seguridad social.*

Resumen

América Latina enfrenta cambios profundos en las políticas económicas y sociales, tales como la globalización, la tecnificación de la producción, la privatización, la descentralización, la redefinición del papel del Estado y de la sociedad civil, procesos que han incidido profundamente en las bases conceptuales, financieras y estructurales de la seguridad social, colocándola en una encrucijada donde no sólo debe superar los viejos rezagos, sino también analizar ajustes para cumplir con éxito su misión en el futuro.

Por ello, es 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, los que en forma conjunta, con el apoyo de la organización internacional, deben delimitar las áreas específicas de acción para conseguir un sistema de salud y seguridad social armónico y coherente que beneficie particularmente al trabajador y su familia.

Lectura 1

*Tendencias del sector salud y la seguridad social **

Actualmente, sólo 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.

No es posible ignorar, por otra parte, el elevado endeudamiento externo de la región y la crisis que afecta a la mayoría de los países, obligándolos a reducir los aportes estatales y de los empleadores en un ambiente real de contracción de los salarios, desempleo, crecimiento del sector informal y aceleración inflacionaria. Hoy en día, el sector salud 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.

Tomando en cuenta las anteriores características, la presente aportación a este Curso, tiene como objeto resumir los principales aspectos de las tendencias del sector salud en América Latina, ciertamente diferentes al entorno de hace apenas unas décadas. El nuevo rol que las sociedades modernas le asignan al Estado y a la economía de mercado, produciendo cambios no sólo económicos y sociales sino también, culturales. Vislumbrando transformaciones de una economía nacional hacia una de carácter mundial, global y abierta, en la cual el mercado financiero constituye uno de los sectores de mayor relevancia; así como de un Estado benefactor a uno que asume un rol subsidiario para quienes no pueden cubrir por sí mismos sus necesidades.

I. Condiciones actuales

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.

* López Vázquez, Javier; Juárez Ruiz, Claudia, Coordinadora académica de la División de Salud en el Trabajo del CIESS; y Treviño Saucedo, Leticia, Titular de la División de Actuaría y Planeación Financiera del CIESS.

Sin embargo, a partir de la década de los setenta, comienza a emerger un escenario de crisis en donde los países latinoamericanos enfrentan dificultades cada vez mayores para solventar los compromisos heredados por el Estado benefactor; compromisos que en el campo de la salud y 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.

La maduración de las sociedades, ha originado que las capas minoritarias de jóvenes asuman el peso cada vez mayor del número de jubilados, los cuales además de gozar sus respectivas pensiones tienden a demandar con mayor frecuencia los servicios de salud, que entre otros factores es causa del incremento en los costos. En tal marco, se debe considerar también que el aumento de las prestaciones ha sido más rápido que el incremento de los ingresos impositivos y de cotizaciones de la seguridad social y que en la actualidad, para varios países los gastos derivados de ésta, representan hasta la tercera parte de su producto interno bruto.¹

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 sobredemanda de servicios de salud por parte de la sociedad.²

De tal suerte, el sector salud 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.

¹ La Seguridad Social en la Perspectiva del Año 2000. OIT. Ginebra, 1984. p.3.

² 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.

Ante esta realidad, lo importante es reflexionar sobre las soluciones posibles, y el esfuerzo en encontrarlas debe ser proporcional a la magnitud del problema. 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 el deber de ir fortaleciendo una economía sana, incrementando efectivamente su productividad y dando a los organismos de salud autosuficiencia financiera y desarrollo adecuado.

Son dos los problemas principales y por ello mismo, el reto inmediato a 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, establece 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.³

Las instituciones de salud en 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 se argumenta 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».⁴

Uno de los ejemplos de esas crecientes expectativas se hallan en el servicio médico. El usuario considera no sólo 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.

³ La Seguridad Social en la Perspectiva del Año 2000. OIT. Ginebra, 1984. p.3.

⁴ F. Blanchard, Francis. *Social Security at the Crossroads*. International Labour Review, Vol. 119, núm. 2

Cada generación de líderes tiene su particular cúmulo de problemas y responsabilidades. La generación actual de directores y administradores de la salud y la seguridad social americana enfrenta tanto la orientación hacia la privatización como la presión de cumplir las crecientes expectativas que la población tiene de una mejor y más amplia protección. Por supuesto que es fácil terminar la discusión afirmando que todas las políticas de salud 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 salud 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 salud, ¿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 parece 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 salud, 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 a que los responsables de la salud, saben bien que a principios del próximo siglo el número de trabajadores activos, en comparación con los beneficiarios, puede alcanzar la proporción de uno a uno. El retiro de la generación joven 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 esta década y los primeros años del próximo siglo representan un escaparate de la oportunidad para que los planificadores evalúen y decidan sobre los objetivos, las capacidades administrativas y las posibilidades financieras de sus planes.

II. Procesos de reforma en América Latina

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 salud 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 salud mediante sistemas solidarios y de reparto, se constituye en la razón de ser de las reformas. Los cambios demográficos y epidemiológicos sumados al 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 años son varios países los que, con diferentes variantes, han emprendido en América algún tipo de reforma a la salud, 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 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.

En el caso de las Reformas en Salud se debe hacer notar 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. De acuerdo con 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, repercute en la filosofía de la reforma, su planteamiento e implementación.⁵

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 se tienen varios años de reforma sin reforma, originando reformas subsectoriales en el sector salud.⁶

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.

Con la reforma del sector salud se pretende alcanzar mayor equidad, eficiencia y eficacia en la formulación e implementación de políticas de salud tales como: regulación, financiamiento, gestión y provisión de la atención sanitaria ⁷, así como mejorar la disponibilidad y calidad de los servicios, la calidad de vida y el proceso de desarrollo nacional, inspirado en los principios de la universalidad, equidad y solidaridad. ⁸

Sin embargo, se debe tomar en cuenta que la transición para situaciones más equitativas depende de mayor disponibilidad financiera y del uso más eficiente de los recursos existentes, de una política de

⁵ Alvarado Aguirre R. Reformas del Sector Salud en Costa Rica, Centroamérica y República Dominicana, <http://www.insp.mx/ichsri/narra/a8.html>

⁶ Arroyo, Yepes, Valdivia y Peñarrieta. *Modelos de Reforma de la Seguridad en Salud en América Latina: comparando Perú y Colombia*.

⁷ Sánchez-Viesca A. Et-al. Las Reformas del Sector Salud en Centroamérica, <http://www.insp.mx/ichsri/narra/s1.html>

⁸ Aguinaga, Recuento. Reformas al Sistema de Salud de Perú, <http://www.insp.mx/ichsri/narra/a2.html>

redistribución de recursos adecuada y de la organización de la red de servicios para garantizar la universalidad en el acceso.⁹

III. Problemas y dificultades en el proceso de reforma

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.¹⁰

IV. Características de las reformas en Latinoamérica

En el replanteamiento del papel del Estado en la participación de los sistemas de salud, existe la tendencia a la descentralización y la privatización de los sistemas de salud. La descentralización se ve favorecida por el proceso de democratización efectuado en los países latinoamericanos. Las reformas a la seguridad social fueron integradas con políticas de reforma económica liberal como consecuencia de la deuda externa creciente y a la crisis económica.

Las políticas o estrategias donde implícita o explícitamente se promueve la privatización son:

- Estimulación de la competencia entre proveedores debido a la libre elección de los beneficiarios.
- Reducción o restricción que limite el libre contrato de los servicios de salud o su regulación.
- Manejo autónomo de los hospitales.
- Introducción de seguros privados en algunos sectores del gobierno sin cargo directo a los empleados.

⁹ Almeida, C. *Las Reformas Sanitarias en América Latina: En busca de la Equidad*,
<http://www.insp.mx/ichsri/narra/a3.html>

¹⁰ Alvarado Aguirre, R. *Las Reformas del Sector Salud en Costa Rica, Centroamérica y República Dominicana*
<http://www.insp.mx/a8.html>

- Estimulación de afiliación a los seguros privados a través de la deducción de impuestos.
- Deterioro de los servicios públicos y de salud, lo que provocó la salida de una gran cantidad de proveedores y beneficiarios.

Sin embargo, estas medidas no pueden ser implementadas de manera fácil puesto que involucran intereses de instituciones o particulares.¹¹

La gran estructura de centralización gubernamental con bajos niveles de productividad y eficiencia del sector público en general, y de la educación y salud en particular, han favorecido el dinamismo del sector privado que pretende proveer mejores niveles de servicio, calidad, productividad y eficiencia. La segmentación o variabilidad de los usuarios de los servicios de salud, con un mosaico epidemiológico y un poder adquisitivo diferente han beneficiado la irracionalidad y la inequidad en el acceso y uso de los servicios, dependiente de la condición socioeconómica de la población.

VI. Comentarios finales

Se puede resumir que los retos por 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, el impacto de la crisis financieras internacionales en las economías latinoamericanas y la disponibilidad de fondos en el largo plazo para el pago de las obligaciones contraídas con los trabajadores.

Para los propósitos de análisis de nuestro Curso, debemos señalar que el impacto de la reforma a la salud en la economía depende de varios aspectos fundamentales:

- a) Cobertura de la seguridad social. A mayor número de cotizantes al sistema, mayor será la acumulación de fondos.
- b) 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.
- c) 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.
- d) Crecimiento de la productividad. Si 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.

¹¹ Einbenschutz, Fleury, et-al. *Current Health Sector Reforms in Argentina, Brasil and Mexico*
<http://www.insp.mx/ichsri/narra/e1.html>

e) 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 de 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

ASA CRISTINA LAURELL. *Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo. México, FCE, 1992.*

ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. *Problemas Actuales de la Financiación y la Gestión de la Seguridad Social en las Américas.* Novena Conferencia Regional Americana de la AISS. Ottawa 1997. (Documentación de la Seguridad Social Americana. AISS México 1998.

ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. I Informe. XXIV Asamblea General. *Nuevos Desafíos-Nuevas Respuestas. Evolución y Tendencias en la Seguridad Social en el Mundo, 1990-1992.* AISS: Acapulco 1992.

ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. *Cuantitative Analysis and the Planning of Social Protection.* Geneve: AISS, 1996.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO. *Progreso Económico y Seguridad Social en América Latina.* Informe 1993.

CIEDESS, Impacto de la Reforma Previsional en el Mercado de Capitales, Chile, 1995.

CISS y CEDESS «Reflexiones sobre las Reformas en Seguridad Social», Publicación colectiva, México, 1997.

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

FUNDACIÓN FRIEDRICH EBERT DE COLOMBIA. *La política Social en Colombia, los casos de Salud y de Pensiones.* Santa Fe de Bogotá, D.C. Colombia, 1993.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, FONDO DE CULTURA ECONÓMICA, INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO. *La Seguridad Social y el Estado Moderno*. Narro Robles, José Moctezuma Barragán, José. Primera Edición 1992.

LABRA, MARÍA ELIANA Y MEDICI, ANDRÉ CÉSAR. Seminario Revisión de los Sistemas de Seguridad Social en América Latina. Participación del Sector Privado y Rol del Estado. Reunión Santiago de Chile, 1993. *El Sistema de Servicios de Salud en Brasil*. Santiago de Chile: SRSSAL, 1993.

LÓPEZ, AMANCIO C. *El Impacto de la Crisis Económica en los Regímenes de la Seguridad Social*. En: Estudios de la Seguridad Social. Argentina. No. 52-53, 1985. pp. 64-70.

LÓPEZ JAVIER. *Nuevas Tendencias de la Seguridad Social en América* México. U.N.A.M. 1995.

MESA LAGO, CARMELO. *Estudio Comparativo del Desarrollo de la Seguridad Social, en Latinoamérica*. En: Revista Internacional de Seguridad Social No. 2/86.

— *La Crisis de la Seguridad Social y la Atención a la Salud. Experiencias y Lecciones Latinoamericanas*, México, F.C.E., 1986.

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.

NETTER, FRANCIS. *La Seguridad Social y sus Principios*. (Librairie Sirye, París, 1959).

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Introducción a la Seguridad Social*. Ginebra, OIT, 1984.

OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO. CONFERENCIA INTERNACIONAL. *Situación Económica y Seguridad Social en la Américas*. Reunión México 1992. Documento Base.

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. *La Salud en las Américas*. Publicación Científica No. 569. Edición 1998. Washington, D.C. OPS/OMS, 1998.

O.I.T. *La Seguridad Social en la Perspectiva del Año 2000*. 1984.

RUIZ DURÁN C. *Sistemas de Seguridad Social en el Siglo XXI*, Fundación Luis Donaldo Colosio, México, 1997.

SEPÚLVEDA, CÉSAR. *La Cooperación Internacional en Materia de Seguridad Social en las Américas*. México. UNAM, 1980

Lectura 2

Del Prete, Sergio, (1999) *Reflexiones sobre la reforma del sector salud*, México: CIESS.

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.

Lectura 2

*Reflexiones sobre la reforma del sector salud **

Iniciaremos este aporte al Curso 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

* Del Prete, Sergio.

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.

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.

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.

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.

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 Curso 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.

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

Perdidas 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.

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.

DIMENSIÓN POLÍTICA

El derecho a la Salud

El derecho a la atención médica

La igualdad de oportunidades

Las relaciones entre Estado, mercado y sociedad

DIMENSIÓN TÉCNICA

Satisfacción de la necesidad

Acceso oportuno a los servicios de salud

Satisfacción de la demanda

Calidad y resultados

DIMENSIÓN TEMPORAL

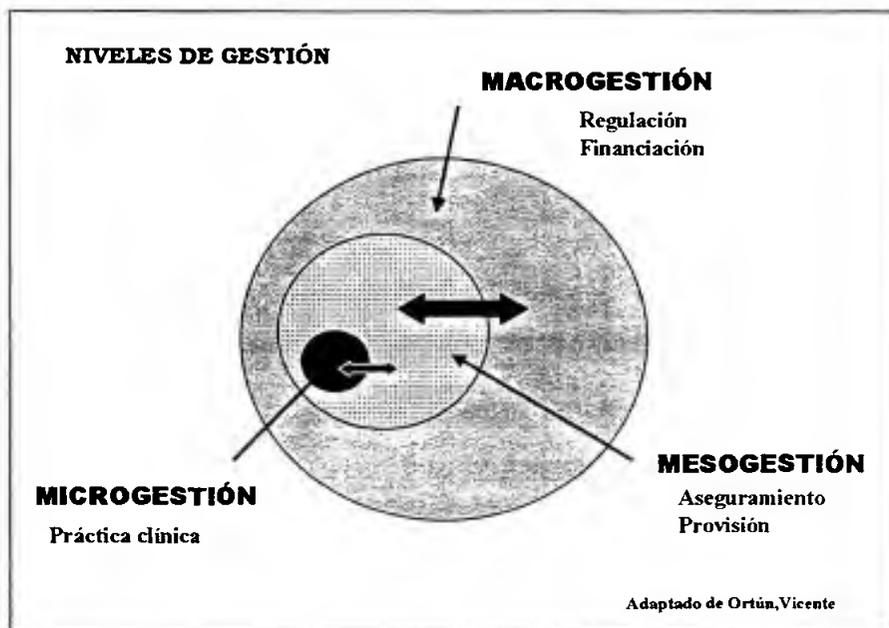
Gradualidad

Sustentabilidad

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 afecten 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.

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 prava 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.

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 afin 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?

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 Tittmus 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.

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, si no 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"

Bibliografía

ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL. *Cuantitative Analysis and the Planning of Social Protection*. Geneve: AISSS, 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.

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



Ejercicios y actividades de evaluación

PRIMERA ACTIVIDAD

Considerando los problemas y dimensiones de la reforma, así como las dificultades e impactos de los procesos de su implementación, exponga en dos páginas cómo se han manifestado los siguientes aspectos:

- a) Situación antes de la reforma.
- b) Objetivos que pretende alcanzar.
- c) Mecanismos de implementación y administración.
- d) Grado de logro y/o fracaso en dichos objetivos.
- e) Influencia de organismos internacionales.
- f) Otros aspectos que considere relevantes.

En el desarrollo de los apartados anteriores puede referirse a la manera en que éstos repercuten en su país, institución o área de responsabilidad.

Módulo 2. Introducción a la economía de la salud

Introducción

La economía de la salud se ha constituido en una especialidad de la economía que 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. El objetivo de tal acercamiento es asegurar la valoración económica de los determinantes de la salud para mejorar los resultados de los programas en esta materia.

Los temas tratados por la economía de la salud constituyen aspectos prioritarios para la modernización del sector debido a que las condiciones actuales de escasez exigen una valoración constante de aspectos relacionados con eficiencia, calidad y equidad en la utilización de los recursos. Es importante reconocer que es necesario 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.

Por lo anterior debemos partir de discutir aspectos teóricos–metodológicos en un nivel introductorio para contribuir a la formación sólida de recursos humanos que puedan aportar su experiencia y conocimientos en el campo de la investigación, docencia y operación de los servicios de salud, asegurando mejoras en su calidad y eficiencia.



Objetivos

- Introducir al participante en el estudio de conceptos, métodos y aportes de la economía de la salud aplicados en el contexto de las reformas del sector.
- Discutir los niveles de aplicación del pensamiento económico en el estudio de la salud. Avances y estado actual.
- Identificar elementos conceptuales del mercado de servicios médicos: demanda y oferta. Rol del consumidor y del proveedor.

Conceptos clave

Campos de aplicación
Demanda
Economía
Financiamiento
Mercado

Oferta
Producción de servicios
Reforma
Salud

Lecturas

Arredondo López, Armando (1999). *Teorías, conceptos y métodos en salud pública y economía de la salud: un marco integral para el análisis de las reformas del sector.* México: CIESS.

- *Niveles de aplicación de la economía de la salud: revisión y análisis.* México: CIESS.
- *El Mercado de servicios médicos. Algunas consideraciones sobre la demanda y la oferta.* México: CIESS.
- y Avilés Guzmán, Nelson, *Implementación y monitoreo de la reforma sanitaria en Colombia: el sistema general de seguridad social en salud. Caso de estudio.* México: CIESS.

Tema 1. Conceptos, métodos y aportes de la economía de la salud



Objetivo. Introducir al participante en el estudio de conceptos y métodos de la economía de la salud aplicados en el contexto de las reformas del sector.

Lectura 1

Arredondo López, Armando (1999). *Teorías, conceptos y métodos en salud pública y economía de la salud: un marco integral para el análisis de las reformas del sector*. México: CIESS.

Resumen

Este artículo presenta un marco de análisis propuesto para el estudio de los cambios epidemiológicos y los requerimientos financieros de las demandas de atención médica que dichos cambios generarán hacia los sistemas de salud. El marco de análisis fue 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 el análisis económico de los sistemas de salud con el análisis epidemiológico de las condiciones de salud. Esta perspectiva permite desarrollar nuevos métodos para la generación de conocimiento relevante en salud pública, particularmente para el proceso de diseño, implementación y evaluación de las reformas de salud.

Lectura 1

*Teorías, conceptos y métodos en salud pública y economía de la salud: un marco integral para el análisis de las reformas del sector. **

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 al costo de proporcionar servicio a la demanda de casos ambulatorios y hospitalarios de enfermedades infecciosas. Por ello: a mayor avance de la transición epidemiológica mayores consecuencias financieras en la producción de servicios de atención médica para demandas futuras. Asimismo, 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, por lo 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⁾.

Los cambios epidemiológicos y la necesidad de producir servicios para satisfacer la demanda que dichos cambios generan, plantean el reto de cómo integrar disciplinas de estudio para la solución de la problemática actual en salud. 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 más, y el elevado costo de las distintas alternativas de acción en este período 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 a 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⁾.

* Arredondo López, Armando

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 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 ⁽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 concierne a la respuesta social es abordado por investigadores del área de sistemas de salud, mientras que lo relativo a las condiciones de salud, es abordado 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 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 marco 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 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 70's 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 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 mas deatalle, de manera que se puedan identificar a 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:

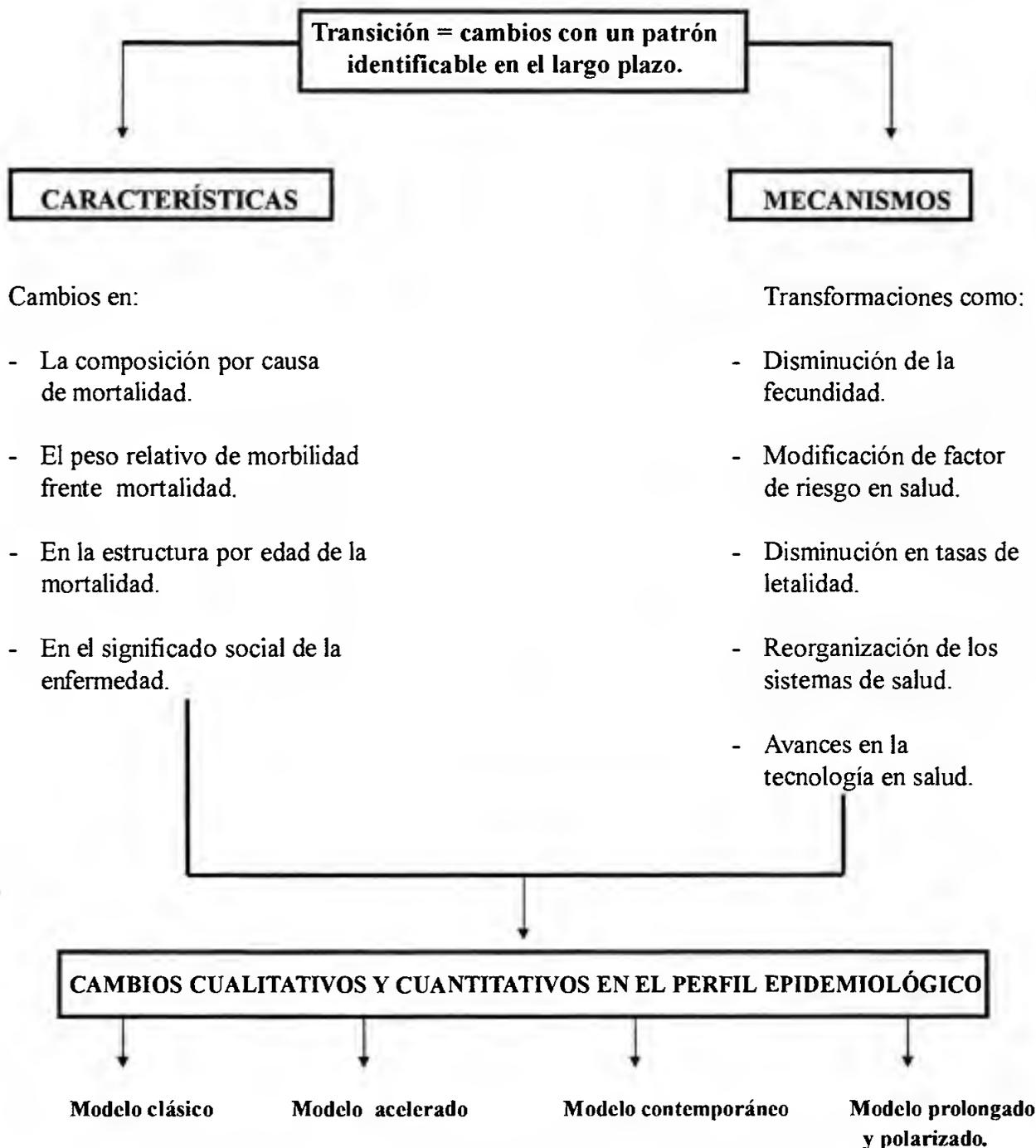
Cambios en la composición por causa de la mortalidad; de un patrón de mortalidad dominado por enfermedades infecciosas comunes, la desnutrición y los problemas derivados de la reproducción, la mortalidad por causa pasa a ser dominada por enfermedades crónico-degenerativas, lesiones, padecimientos mentales 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 frente a la mortalidad;** 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 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⁾.

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 distinguen 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 periodo 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:

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 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 10 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. Describe 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 implementar 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: 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 sobre asistencia sanitaria.

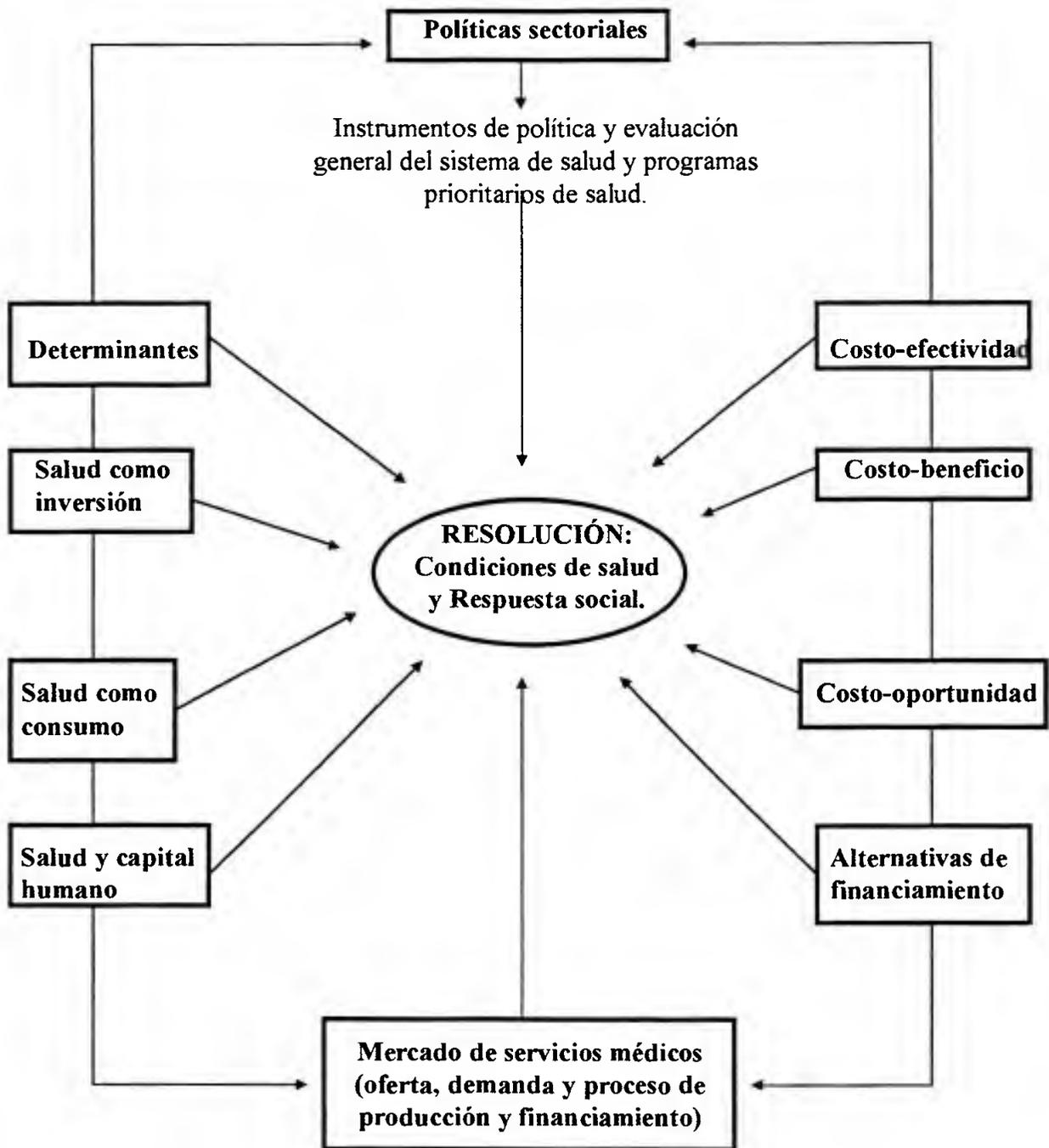
En la figura 2, se plantea de manera simplificada y bajo diferentes niveles de análisis, algunos de los aportes de la perspectiva económica, que interesa resaltar en esta propuesta, para el estudio del sector salud. Por una parte se plantea la identificación de los determinantes, la salud como inversión, 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, 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 artículo no se entrará al detalle de cada aporte, sólo se presentan a 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 constituye 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

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.).



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 éstos reflejan el costo real de oportunidad. De esta manera, los bienes y servicios pueden producirse de forma técnicamente eficiente; 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⁾

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 tres son 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 sólo en el cómo se puede alcanzar al menor costo o cuál 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 qué actividades se consumirán los recursos, o dicho de otra manera, 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. Para ello, la perspectiva económica plantea dos principales categorías de fuentes de financiamiento: a) fuentes públicas y quasi-públicas de financiamiento que incluyen recursos provenientes de impuestos públicos-federales, financiamiento por déficit, impuestos de mercado, seguridad social y loterías; b) fuentes de financiamiento privado, que incluyen 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

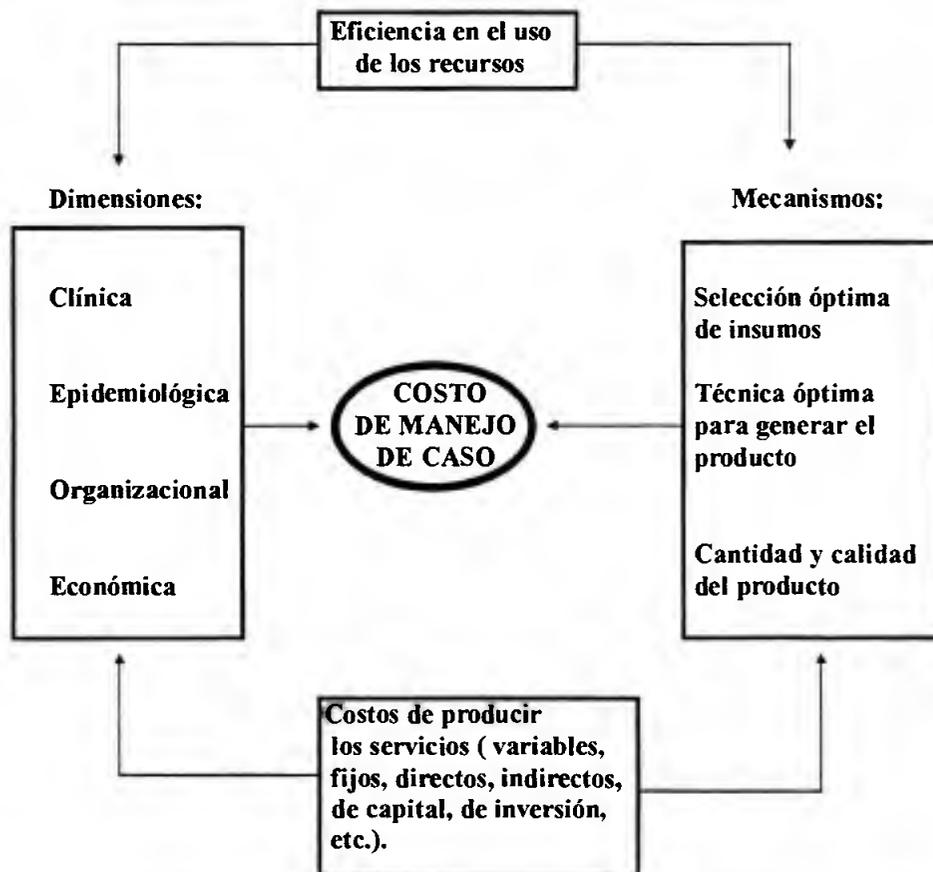
Aunque el criterio de eficiencia económica y la definición de costos son dos elementos que han sido mencionados en párrafos anteriores, en este tercer nivel de aproximación conceptual se delimitan a mayor detalle, con el objeto de explicitar algunos aspectos que no han sido considerados.

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 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).

FIGURA 3. LOS CRITERIOS DE EFICIENCIA Y COSTOS EN LA PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.



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 el concepto 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 sólo 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 a la evaluación médica en dichos procesos, más que como un sustituto de ella ⁽³¹⁻³²⁾.

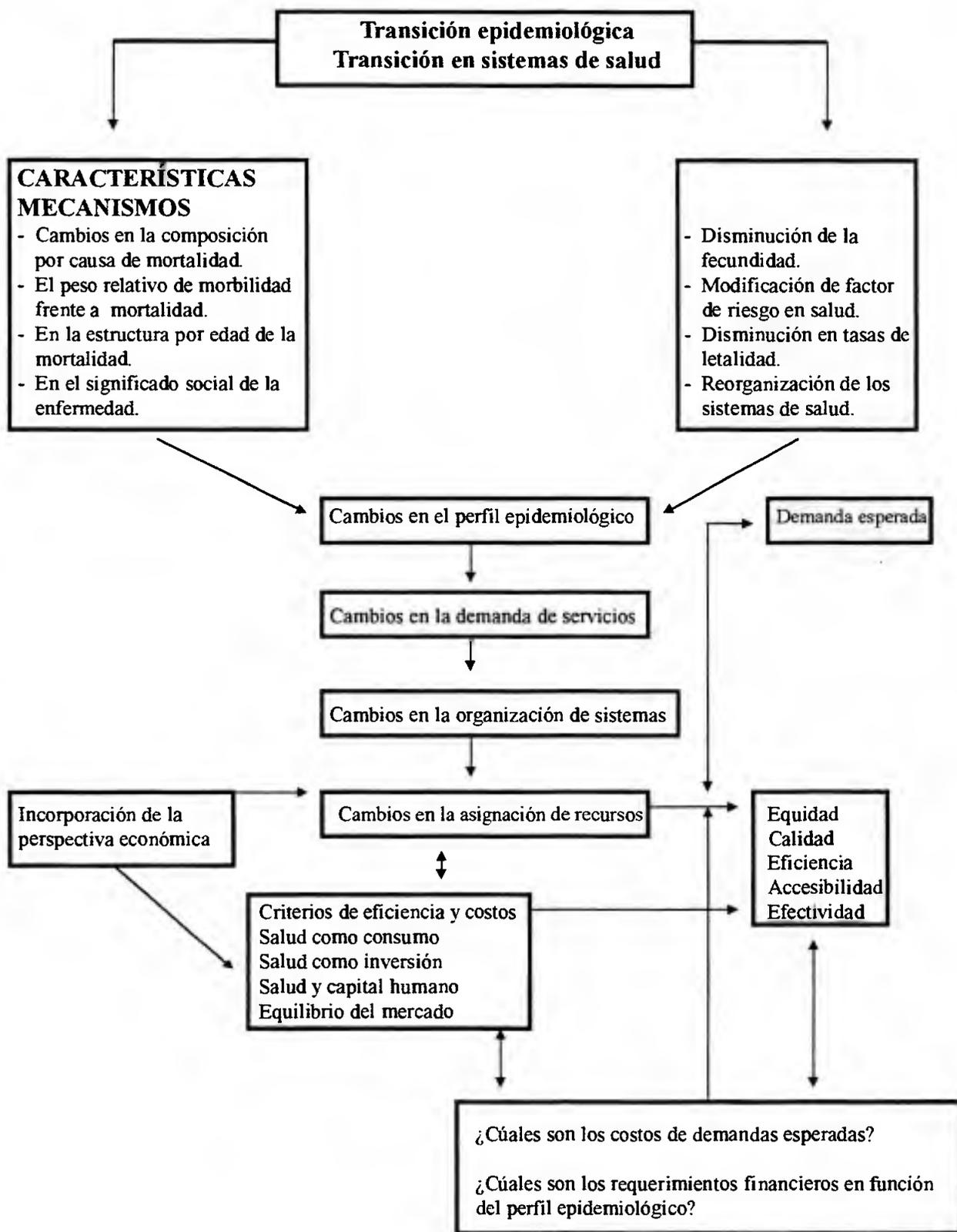
Integración de los diferentes elementos

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 sólo 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 frente a 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 esta manera 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, generan a su vez 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 consecuencia, para el financiamiento de programas específicos de salud.

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).



Ante esos procesos de ajuste, originados a partir del cambio epidemiológico, se integran los diferentes aportes de carácter cognoscitivo-analítico y evaluativo-metodológico de la economía de la salud. Las políticas sectoriales en la producción y financiamiento de los servicios deberán ajustarse de acuerdo con 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. De ahí que los costos de producción de servicios específicos de salud y la evaluación de las consecuencias 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 que enfrenta 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, así como la manera en que el cambio epidemiológico genera transformaciones en la demanda de servicios, 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, aún cuando aumentara el gasto en salud.

En relación con la aplicación del marco conceptual propuesto, es necesario resaltar que no fue objeto de este ensayo 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, implementación 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. En consecuencia, el análisis y construcción del conocimiento en salud pública podría darse desde una perspectiva transdisciplinaria e integral.

El marco propuesto, puede ser utilizado como un marco de análisis para la investigación evaluativa o bien como un marco para la formulación, implementación 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. Bajo esta perspectiva, 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.

Referencias bibliográficas

1. Arredondo A. «Costs and financial consequences of México's epidemiologic profile change: information for policy makers», *Journal of Health Policy*. Vol 42: 1, October-1997; 39-48.
2. WHO. «Economic Research into Health Service Growth»; Report on a WHO Workshop. EURO Reports and Studies 52. Copenhagen, Oficina Regional de la OMS para Europa, 1981; 39-43.
3. Ramesh G., et al. 1997; "Health expenditures in Latin America and the Caribbean", *Social Science and Medicine*, 44(2); 157-169.
4. Drumond, M. et al. «Health economics: an introduction for clinicians» ; *Ann Int Med* 107 (1), 1987; 88-92.
5. SSA, Dirección de Normas de Atención Hospitalaria. 1997; Manual de Normas y de Contenido Múltiple. México, 97-106.
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. 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 # 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 training 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

Tema 2. Pensamiento económico en el estudio de la salud

 **Objetivo.** Discutir los niveles de aplicación del pensamiento económico en el estudio de la salud. Avances y estado actual.

Lectura 2

Arredondo López, Armando (1999). *Niveles de aplicación de la economía de la salud: revisión y análisis.* México: CIESS.

Resumen

Con el objeto de identificar los avances en los distintos niveles de aplicación del análisis económico para el sector salud, en este artículo se plantean 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 ensayo 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 1992-1998: 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 están implementando en algunos países.

Lectura 2

*Niveles de aplicación de la economía de la salud: revisión y análisis **

Introducción

La economía de la salud, es 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⁾.

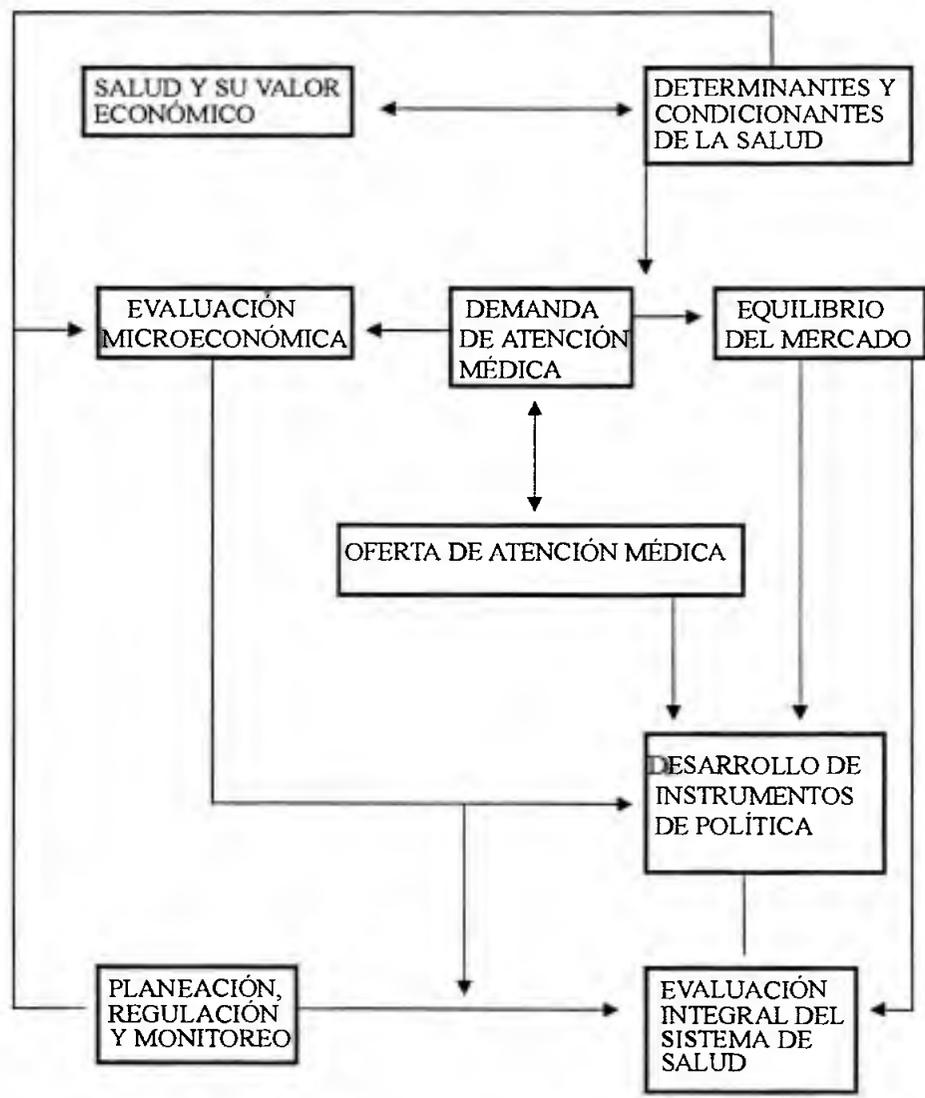
En este sentido la economía de la salud, representa una opción de estudio sistemático y continuo de las necesidades y condiciones de salud y de la respuesta social organizada, para adecuar el uso de recursos a la constante redefinición de las necesidades de salud con una visión económica diferente a 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 científico-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⁾.

El ámbito de aplicación de la economía de la salud y por consecuencia 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). Por 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 qué se entiende por cada campo de aplicación y cómo se operacionaliza en la práctica de los sistemas de salud, elementos que permitirán el avance de la disciplina y su utilidad en la salud pública.

* Arredondo López, Armando

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 aquéllos que son objeto de las políticas sociales, cuya operación va a repercutir en la población ⁽⁶⁾. 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.

FIGURA 1: CAMPOS DE APLICACIÓN DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD.
(Modificado de Arredondo y Cols.- 1993).



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 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 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 específicos, a través de programas informativos del llamado mercadeo social, que ya se ha desarrollado para ciertos productos, pero cuyo uso puede ser expandido aún⁽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, 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⁾.

Evaluación microeconómica 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.

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, 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⁽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 aquéllos 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 planificación, 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, 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 operacionalice 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 por 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 esta 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 áreas 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 con las definiciones en este artículo, 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 periodo 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 7 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.

El resto de campos de aplicación también presentan una tendencia al incremento, 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 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 con 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 siete países), 1.5 % de países de ingreso medio bajo (en cinco países) y .5% de países de ingreso bajo (en cinco países). Al comparar estos resultados con el estudio realizado para el periodo 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.

Discusión 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

TABLA 1- Artículos de acuerdo al ámbito de aplicación de economía de la salud.

Ámbito de aplicación	MEDLINE								LILACS							
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	SUMA	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	SUMA
Determinantes de la salud	30	9	5	3	3	3	5	58	2	4	6	2	11	8	10	43
Demanda de servicios	77	96	71	107	112	129	134	726	1	2	2	7	14	16	4	46
Oferta de servicios	43	41	39	63	90	84	101	461	0	1	1	13	10	9	11	45
Evaluación económica																
-Costo-beneficio	4	1	142	169	150	172	181	819	1	2	2	4	6	0	4	19
-Costo-efectividad	35	56	40	76	210	129	197	743	0	0	4	11	22	19	13	69
-Costo-utilidad	2	721	2	101	98	140	152	1,216	6	0	0	3	0	1	0	10
-tecnología	175	55	52	54	50	67	43	496	0	0	0	2	4	1	2	9
-Calidad	196	284	185	204	190	163	197	1,419	0	0	1	2	0	2	0	5
Política económica																
Instrumentos de política	420	39	117	119	39	125	100	959	19	11	10	8	14	9	11	82
-Financiamiento	163	197	169	259	210	198	203	1,399	9	5	9	8	23	26	19	99
-Equidad	15	18	15	17	10	13	15	103	0	1	2	4	3	11	7	28
Planeación y organización	4	94	171	149	120	162	114	814	1	1	1	1	8	7	12	31
Total	1,164	1,611	1,008	1,321	1,282	1,385	1,442	9,213	39	27	38	65	115	109	93	486

Fuente: U.S. National Library of Medicine (MEDLINE). Diciembre 1992, 1993, 1994 y mayo-junio 1995,1996 1997,1998 .
 Centro Latinoamericano y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACCS) 1982-1992, 1993, 1994, 1995, 1996,1997,1998

la utilización de los recursos de varias formas. Si 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.

En este sentido, es necesario continuar desarrollando más cada campo de aplicación, de manera que la economía de la salud se constituya como un herramienta de análisis pertinente. Habrá que trabajar más sobre los diferentes campos de aplicación tomando en cuenta los resultados presentados en este ensayo. En relación con 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, ésta 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 con 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 capacitación 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 este 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.

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 gravámen impositivo sobre el consumo de sustancias nocivas como el tabaco y el alcohol.

Enfásis 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 los temas vinculados 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 conocen 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 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 que 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 Médico 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» Salud Pública de México, 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. Inflacion y comportamiento del consumidor. En Análisis de costos, demanda y planificacion 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 J.L. 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. *Soc Sci 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: Modernizacion 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.

Tema 3. Mercado de servicios médicos



Objetivo. Identificar elementos conceptuales del mercado de servicios médicos: demanda y oferta. Rol del consumidor y del proveedor.

Lectura 3

Arredondo López, Armando (1999). *El mercado de servicios médicos. Algunas consideraciones sobre la demanda y la oferta.*

Resumen

En este artículo se presentan algunos conceptos básicos que caracterizan el mercado de servicios de atención médica. 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 en 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.

Lectura 3

*El mercado de servicios médicos. Algunas consideraciones sobre la demanda y la oferta **

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 con 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.

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

* Arredondo López, Armando.

con algunos de sus determinantes y condicionantes. Algunos de los elementos fueron planteados en la lectura 2, se exponen nuevamente para relacionarlos con el mercado de los servicios médicos.

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.

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 específicos, a través de programas informativos del llamado mercadeo social, que ya se ha desarrollado para ciertos productos, pero cuyo uso puede ser expandido aún ⁽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, 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 .

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⁾. 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 aquéllos no monetarios.

4) Particularidades de la oferta y la demanda en salud. Siguiendo la propuesta de Cruz⁽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, porque a 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.

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, quien 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, constituye 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 artículo 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.

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, 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⁾.

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.

Factores demográficos. Uno de los determinantes importantes de la demanda es el relacionado con el número de consumidores potenciales, mismo que está determinado a grosso 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 es 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 consecuente 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 Curso, 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 terminos 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 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”, *Heinemann, 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.



Ejercicios y actividades de evaluación

Segunda actividad

De acuerdo con la información revisada en los artículos, realice las siguientes tareas:

- Elabore en media página su definición de economía de la salud, así como la importancia que tiene o puede llegar a tener en su organización, institución o centro de trabajo.
- Describa en máximo una página los principales conceptos, métodos y aportes de la economía de la salud aplicados en el actual contexto de la seguridad social y la salud.
- Defina en máximo una página las características de demanda, oferta, consumidor y proveedor del mercado de servicios médicos.
- Responda en no más de cuatro páginas ni menos de dos, las preguntas incluidas al final del caso de estudio expuesto a continuación.

Caso de estudio

Arredondo López, Armando y Avilés Guzmán, Nelson

Resumen

El presente documento presenta el marco normativo, legal y conceptual del planteamiento de la reforma de salud en Colombia. En un primer momento se describen los detalles en materia de financiamiento y administración de la reforma del sistema de salud colombiano; posteriormente se profundiza en la reorganización del sistema de salud en materia de producción de los servicios de salud, diferenciando las competencias que les corresponden a los diferentes entes territoriales: departamentos, municipios y distritos. Finalmente se plantean los planes de beneficios que pretende la reforma del sector y se concluye con la problematización del planteamiento integral de la reforma, mediante un estudio de caso que pretende identificar el estado actual de la implementación de reformas en salud a partir de resultados empíricos reales en un Departamento del país.

Caso de estudio

*Implementación y monitoreo de la reforma sanitaria en Colombia: el sistema general de seguridad social en salud**

Este documento fue elaborado en abril de 1999 para fines didácticos y particularmente para utilizar los aportes de la economía de la salud en la implementación de reformas del sector. Toda la información es parte de datos reales, sólo se han cambiado los nombres de hospitales para mantener el anonimato pero la información corresponde a la realidad de una región sanitaria en un Departamento de Colombia.

I ANTECEDENTES, MARCO LEGAL Y NORMATIVO

El esquema centralista de la Constitución de 1886, en relación con la prestación de los servicios de salud heredó dos situaciones que perduraron en el país durante un siglo: 1) la salud como un servicio de caridad que el Estado presta a los pobres, y 2) la prestación de servicios por parte de la nación, como una acción desarticulada de las entidades departamentales y municipales que no consulta las necesidades propias de las poblaciones de estos entes.

En los últimos cinco años el país ha abordado esta situación a través del establecimiento de un nuevo marco legal para el sector que establece que la salud es un servicio público a cargo del Estado, y éste se prestará de manera descentralizada, (Ley 10 de 1990, Constitución Política de 1991 y ley 60 de 1993).

Como respuesta a un sistema de salud ineficiente, insolidario, de escasa cobertura, la ley 100 de 1993 crea el Sistema de Seguridad Social Integral y en su libro correspondiente a salud organiza un Sistema Descentralizado de Seguridad Social en Salud, entregando a los entes territoriales nuevas responsabilidades en al organización y prestación de los servicios de salud.

Los cambios que generó en el Sistema de Salud esta ley y sus reglamentaciones establecen un escenario diferente a la práctica médica, el cual se describe de manera general a continuación.

Los elementos que actualmente integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud son los siguientes:

* **Arredondo López**, Armando y **Avilés Guzmán**, Nelson, profesor de tiempo completo de estudios de posgrado en la Universidad de Cartagena, Colombia.

1. Los regímenes de afiliación.
2. La financiación y administración de los regímenes.
3. La organización institucional.
4. La organización territorial.
5. Los planes de beneficios.

A continuación se desarrollan cada uno de estos elementos.

1. Los regímenes de afiliación

La Ley 100 de 1993 estableció que todos los habitantes del territorio nacional tendrán acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y que de acuerdo con su capacidad económica lo harán a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado.

Del régimen contributivo harán parte, como cotizantes, las personas que estén vinculadas a un trabajo a través de contratos, los servidores públicos, los pensionados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, (cuyos ingresos sean superiores a dos salarios mínimos); como beneficiarios, los miembros del grupo familiar del cotizante.

Son afiliados al régimen subsidiado los trabajadores independientes, cuyos ingresos mensuales sean inferiores a dos salarios mínimos, así como su grupo familiar, y todas las personas sin capacidad de pago, vulnerables por su situación de salud, de acuerdo con los grupos prioritarios que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), y que por lo tanto su afiliación se hace a través del pago total o parcial de la UPC financiada con recursos fiscales y de solidaridad. Los beneficiarios del régimen subsidiado se seleccionan de acuerdo con los siguientes criterios de focalización definidos por el CNSSS: la adopción del SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios de subsidios), como la herramienta principal para la focalización de los beneficiarios, apoyándose transitoriamente durante 1995 en otros elementos, tales como la población de los municipios de categoría cinco y seis de acuerdo con el régimen municipal vigente (ley 136/94=, los municipios con un índice de NBI (necesidades básicas insatisfechas) mayor de 60%, o con concentraciones mayores a 10,000 personas pobres o los estratos uno y dos de las ciudades o residentes en áreas rurales, y las madres comunitarias.

Son parte del grupo familiar, tanto para la cotizante como para el subsidiado, el cónyuge o compañero (a) permanente (unión superior a dos años); los hijos menores de 18 años o de cualquier edad si tiene incapacidad permanente y dependen económicamente del afiliado; los hijos entre 18 y 25 años, cuando sean estudiantes de tiempo completo y dependan económicamente del afiliado; a falta de cónyuge o compañero (a) permanente y de hijos, los padres del afiliado que dependen económicamente de él.

Una categoría transitoria que estableció la ley 100 para hacer parte del Sistema es la de vinculados, que son aquellas personas que por motivos de su incapacidad de pago, y mientras son afiliadas a régimen subsidiado, tendrán derecho a los servicios de salud que prestan las instituciones públicas y las privadas que tengan contratos con el Estado. Esta categoría se espera que haya desaparecido totalmente para el año 2000.

2. La financiación y administración de los regímenes

La financiación del régimen contributivo se hace con base en una cotización que rige para la cobertura familiar, cuyo monto fue definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) en el 11% del ingreso real o presuntivo, para 1995 y en el 12% para 1996; de acuerdo con la Ley 100/93 la cotización no será mayor del 12%. De esta cotización se descontará un punto porcentual para la financiación del régimen subsidiado. La cotización estará a cargo del empleador en sus dos terceras partes, y del empleado la tercera parte restante. En el caso de los pensionados, y de los trabajadores independientes con capacidad de pago, la cotización correrá en su totalidad por parte del afiliado. El régimen contributivo es administrado por las empresas promotoras de salud (EPS).

El régimen subsidiado se financia con recursos provenientes de diferentes rubros: un punto de la cotización de solidaridad del régimen contributivo, 5% de lo recaudado del subsidio de las cajas de compensación familiar; las transferencias de inversión social que se le hace a los municipios; recursos propios provenientes de Ecosalud que departamentos y municipios destinen al régimen subsidiado; recursos de situado fiscal y rentas cedidas a los departamentos; recursos como participaciones y transferencia por concepto del impuesto de renta sobre la producción petrolera de Cusiana y Cupiagua. Todos estos recursos van a la subcuenta de solidaridad del fondo de solidaridad y garantía. Las direcciones territoriales de salud contratarán la administración del régimen subsidiado con las EPS que funcionen en su territorio, contratando preferencialmente con aquellas EPS de carácter comunitario, tales como las empresas solidarias de salud. De manera transitoria, durante 1995 las direcciones territoriales de salud podrán administrar directamente los recursos del régimen subsidiado de salud entre tanto se organizan las EPS que deben administrarlo.

Los dos regímenes se articulan funcionalmente a través de una cuenta denominada fondo de solidaridad y garantía, al cual ingresan los recursos que integran las siguientes cuatro subcuentas: de compensación interna del régimen contributivo; de solidaridad del régimen subsidiado; de promoción de la salud y de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

La subcuenta de compensación es la encargada de mantener el equilibrio financiero para el funcionamiento del régimen contributivo, y está conformado por los recursos que constituyen la diferencia entre los ingresos por cotizaciones y los egresos por unidades de pago por capitación (UPC), que se le reconocen a las entidades promotoras de salud (EPS), por la prestación del plan obligatorio de salud (POS), más las licencias de maternidad. Las EPS que tengan ingresos superiores por cotización, que las UPC y las licencias de maternidad reconocidas, trasladarán estos excedentes a la subcuenta, con el fin de financiar a las entidades cuyos ingresos por cotización sean menores que las UPC.

La subcuenta de solidaridad, es la que cuenta con los recursos para cofinanciar con las entidades territoriales los subsidios a los afiliados al régimen subsidiado para garantizar la prestación del plan obligatorio de salud subsidiado (POSS). Los recursos de esa cuenta se mencionaron cuando se habló del régimen subsidiado.

La subcuenta de promoción de la salud se estableció con el fin de financiar actividades de educación, información y fomento de la salud y la prevención secundaria y terciaria de la enfermedad.

Finalmente, la subcuenta de riesgos catastróficos, se crea para atender los eventos relacionados con accidentes de tránsito, acciones terroristas o desastres naturales.

La unidad de pago por capitación, (UPC), es el valor per cápita que se le reconoce a la EPS, por organizar y garantizar la prestación de servicios de salud incluidos en el POS, a cada afiliado. El valor de la UPC es independiente del monto de la cotización de los afiliados, de tal manera que es igual para el que cotiza sobre un salario mínimo, o sobre diez, El CNSSS sin embargo, estableció algunos factores de diferenciación relacionados con la edad, el sexo y el lugar de residencia del afiliado, así la UPC correspondiente a niños, ancianos y mujeres de edad fértil es mayor que para los hombres, igualmente se reconoce un porcentaje adicional para las personas que habitan en los antiguos territorios nacionales. El valor actual de UPC es de \$121,000.

Otros recursos que perciben las EPS por la prestación de POS son las denominadas cuotas moderadoras y los copagos. La cuota moderadora es el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar un servicio cuya intensidad de uso depende en alguna medida de su voluntad; su finalidad es regular la utilización del servicio y estimular su buen uso. El copago es el aporte en dinero que hace el usuario al utilizar un servicio y cuya finalidad es contribuir a la financiación del SGSSS. Los copagos y las cuotas moderadoras no pueden constituirse en barreras de acceso a los servicios. Las EPS no pueden cobrar por estos dos conceptos sumados, en promedio más de \$ 8.000 por persona por año.

3. La organización institucional

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se sustenta en su parte operativa en dos tipos de instituciones: las empresas promotoras de salud, (EPS) y la instituciones prestadoras de servicios de salud, (IPS).

Las Empresas Promotoras de Salud (EPS), son las entidades responsables de promover la afiliación de registrar los afiliados, además de recaudador sus cotizaciones. Sus funciones principales son: organizar y garantizar la prestación, directa o indirecta, del plan obligatorio de salud (POS) a los afiliados; administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsible de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de las personas con altos riesgos o enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de las personas con altos riesgos o enfermedades costosas al sistema, y girar la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes UPC que les reconoce el sistema, más las licencias de maternidad pagadas por ellas subcuenta de compensación del fondo de solidaridad y garantía. Las EPS tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite su afiliación y cumpla con los requisitos de ley.

Las EPS pueden ser de naturaleza jurídica pública, privada o solidaria. Entre las primeras se cuenta el Instituto de Seguros Sociales y las que organicen las direcciones seccionales o locales de salud; entre las segundas, las empresas de medicina prepaga o las aseguradores que se organicen como tal; y entre las de carácter solidario las Empresas Solidarias de Salud.

Las EPS contratan con las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), la prestación de los servicios de salud a sus afiliados, dentro de principio de calidad, eficiencia y autonomía técnica y financiera

Se consideran IPS todos los hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás centros de servicios de salud y todos los profesionales que de manera individual o colectiva ofrezcan sus servicios a través de las EPS.

Los hospitales públicos se convertirán en empresas sociales del Estado, la cual constituye una categoría espacial de entidad pública que es descentralizada, con personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa creadas u organizadas por la ley, o por las asambleas o consejos. Su característica principal es la de poder contratar bajo las normas del derecho privado, lo cual les permite una mayor agilidad de contratación y eficiencia de gestión administrativa y financiera.

Las EPS podrán adoptar modalidades de contratación y pago con las IPS, tales como capitación (una suma fija per capita, año por un plan de servicios), Pago Integral por Diagnósticos Asociados, PIDAS (que es un pago fijo por atender un grupo definido de patologías, independiente de su grado de complejidad, por ejemplo se paga lo mismo por la atención de una apendicitis aguda no complicada que por una complicada), o presupuestos globales fijos, todo lo cual busca promover las acciones de fomento de la salud y prevención de la enfermedad.

Igualmente, tanto las EPS como las IPS podrán contratar con grupos de práctica profesional o profesionales individuales por sistemas de capitación.

4. La organización territorial

El Sistema General de Seguridad social en Salud adoptó y ajustó las organización territorial contemplada por la ley 10 de 1990 y de la ley 60 de 1993 de tal manera que se crea como un sistema descentralizado conservando y agregando competencias a nivel territorial en la nación, los departamentos y los municipios, Así, la organización territorial del SGSSSS es la siguiente:

A nivel nacional se encuentran los organismos de dirección, vigilancia y control que son los ministerios de salud y trabajo, el Consejo Nacional de Seguridad en Salud y la Superintendencia Nacional de Salud; a nivel departamental, distrital y municipal se encuentran como organismos de administración y financiación, las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud respectivamente.

Al Ministerio de Salud corresponde la Dirección Nacional del Sistema de Seguridad Social en Salud que, en términos generales, tiene funciones de dirección, orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control sobre todo el sistema.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es un organismo de dirección del sistema, adscrito al Ministerio de Salud, de carácter permanente, que está encargado de establecer la concentración entre los diferentes integrantes del SGSSS. Entre sus funciones están las de definir el contenido del POS, el valor de la UPC, los medicamentos esenciales y genéricos que hacen parte del POS, ejercer las funciones del Consejo de Administración del Fondo de Solidaridad y Garantía, reglamentar los Consejos Territoriales de Seguridad Social, entre otras.

La Superintendencia Nacional de Salud, es la entidad encargada de ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control que le permitan al SGSSS alcanzar sus objetivos, en coordinación con las otras autoridades del sector.

La responsabilidad de la dirección, organización y prestación de servicios de salud de segundo y tercer nivel corresponde al departamento; lo pertinente para el primer nivel es competencia del municipio, y a los distritos les corresponde los tres niveles de atención.

Además, entre otras competencias, el departamento tiene la de ejercer funciones de coordinación, subsidiariedad (prestar los servicios de un nivel inferior cuando el municipio no puede hacerlo), y concurrencia relacionadas con las competencias municipales, promoviendo la armonización de los planes y actividades de los municipios entre ellos.

Las competencias de los entes territoriales, en términos generales para departamentos, municipios y distritos, establecidas en la Ley 10/90 y las leyes 60 y 100/93 son las siguientes:

1. Dirigir el Sistema Territorial de Seguridad Social en Salud; realizar las acciones de fomento de la salud, prevención de la enfermedad, asegurar y financiar la prestación de los servicios de tratamiento y rehabilitación del respectivo nivel de atención de la salud de la comunidad, directamente a través de sus dependencias o entidades descentralizadas, o a través de contratos con entidades públicas, comunitarias o privadas.
2. Financiar la dotación, construcción, ampliación, remodelación y el mantenimiento integral de las instituciones de prestación de servicios a cargo del ente territorial; las inversiones dotación básica, la construcción y mantenimiento integral de los centros de bienestar del anciano, le corresponden a los municipios, para lo cual deberán concurrir los departamentos.
3. Otorgar subsidios a la demanda de servicios de salud a la población de menores recursos de conformidad con los criterios de focalización establecidos en la reglamentación.
4. Promover y fomentar la participación de las entidades privadas, comunitarias y sin ánimo de lucro en la prestación de servicios de salud para lo cual podrán celebrar con ellas los contratos a que haya lugar.

Para asumir estas competencias las entidades territoriales deben desarrollar una serie de actividades y procesos, que les permitan certificarse para manejar autónomamente los recursos de situado fiscal.

5. Los planes de beneficios

El SGSSS debe desarrollarse de manera progresiva, tanto desde el punto de vista del número de beneficiarios, como de los planes de beneficios que recibirán. Se espera que para el año 2001, todos los habitantes del territorio nacional, tanto del régimen contributivo como del subsidiado estén recibiendo un mismo plan de servicios, denominado Plan Obligatorio de Salud, (POS).

El plan obligatorio de salud, POS, incluye acciones de protección de la salud (promoción de la salud y prevención de la enfermedad) y de recuperación de la enfermedad (tratamiento y rehabilitación), provisión de medicamentos esenciales, y para los cotizantes el pago de incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad. Las EPS deben garantizar la prestación de este plan a sus afiliados.

La ley establece que a los beneficiarios del régimen subsidiado se les prestará los servicios de salud que se puedan comprar con el 50% de una UPC, lo que se ha denominado Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS), que es una categoría transitoria y como de dijo antes, se debe ir incrementando progresivamente hasta alcanzar el contenido del POS contributivo al finalizar el año 2000. El Plan Subsidiado ofrecerá, a través del Programa de Atención Materno Infantil (PAMI), cobertura integral a la maternidad y al niño durante el primer año de vida, para aquellas personas de más escasos recursos.

Además del POS, el sistema establece el Plan de Atención Básica (PAB), el cual corre por cuenta de recursos del Estado, y comprende acciones de salud pública como educación e información, algunas acciones de prevención primaria y diagnóstico precoz sobre las personas (inmunizaciones) o sobre las comunidades.

En relación con Atención en Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP), el SGSSS garantiza la atención en salud a través de las Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales. El servicio solicitado por un problema derivado de estos riesgos será atendido por la EPS a la cual esté afiliado el trabajador, la cual extenderá la cuenta a la Entidad Administradora. Las incapacidades, indemnizaciones y otros reconocimientos económicos correrán por cuenta de éstas entidades administradoras.

La atención en Accidentes de Tránsito y Eventos Catastróficos, se realizará con cargo a la subcuenta de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito del Fondo de Seguridad y Garantía. El SGSSSS garantiza a las IPS el pago por la atención en salud a las personas, derivada de catástrofes naturales, actos terroristas con bombas o explosivos. Las atenciones derivadas por accidentes de tránsito se pagarán de acuerdo con las normas que rigen el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, SOAT.

Los llamados Planes de Atención Complementaria en Salud (PACS), no hacen parte de los planes de beneficios del SGSSSS, sino planes que mediante modalidades de prepago contratados voluntariamente por el usuario le garantizan una atención en condiciones diferentes de hotelería o tecnología que no cubre el POS.

II. IMPLEMENTACIÓN DE LA REFORMA EN SALUD

Tomando en cuenta los antecedentes descritos, a partir de 1996 se implementaron varias propuestas de reforma de la seguridad social en salud como la transformación de los hospitales públicos en empresas sociales del Estado, donde los dos objetos de cambio replantearon los mecanismos de producción y financiamiento de los servicios. Después de tres años se han presentado varios problemas de desequilibrio entre la oferta (sobre todo en los recursos humanos para producir servicios demandados) y la demanda que han repercutido en la producción como en el financiamiento de los servicios. A continuación se expone la situación actual del Hospital San Salvador.

Respecto a la fecha de vinculación de la planta personal 102 empleados tienen más de 20 años de servicios (37.1%), 166 empleados tienen más de 15 años de servicios (60.4%) y 208 empleados (75.6%) tienen más de diez años vinculados a la planta.

Se puede afirmar entonces, que estamos frente a una organización en la que su recurso humano tiene muchas debilidades ligadas a su antigüedad y a la inexistencia de políticas de renovación y mejoramiento de la planta de personal.

Esto ha generado una cultura inercial frente a la adopción de las nuevas reglas de juego que plantea la reforma a la seguridad social en salud y la transformación de los hospitales públicos en empresas sociales del Estado.

En esta organización como en la mayoría de los hospitales del núcleo, la estructuración de la planta de personal no ha obedecido a criterios técnicos que respondan a la necesidad de definir una oferta de servicios adecuada a las exigencias de la demanda. Esto ha generado la situación actual en la que el perfil de desempeño de la planta se centra en el personal auxiliar (69.2%) el cual se concentra en labores de apoyo logístico (operarios de servicios generales) que expande el gasto y generan un alto costo fijo para la prestación de servicios.

Solo el 11.9% de todos los empleados son médicos, lo que plantea una restricción para ofertar más servicios y explica la baja productividad de la organización. Esta situación plantea la necesidad de diseñar una nueva estructura organizacional que integra una planta de personal más adecuada al perfil de servicios que debe ofertar la nueva organización, el cual debe estar centrado en la demanda del área de influencia del hospital.

III. SITUACIÓN FINANCIERA (ver anexos)

En pesos constantes, durante el periodo analizado el hospital ha mantenido relativamente estables sus reconocimientos e ingresos efectivamente recibidos. Se puede decir que mientras los reconocimientos han crecido ligeramente, los ingresos efectivos han decrecido en términos reales pasando de 7.403 millones de pesos en 1996 a 6.939 millones en 1998. Esto revela una tendencia estructural hacia el debilitamiento de los ingresos.

En igual sentido, los compromisos durante el periodo de la referencia, muestran una tendencia de crecimiento, manteniéndose estable el volumen de los pagos realizados. Esto implica que la empresa cada vez es más ilíquida para asumir sus compromisos.

Como puede observarse en el anexo, los ingresos efectivos han sido en promedio entre 10% y 19% inferiores a los reconocimientos.

“El hospital a la fecha presenta una profunda crisis financiera que se caracteriza principalmente por :

1. Cuentas por pagar al 31 de diciembre por valor de \$5.509 millones de pesos de los cual \$1.371 millones corresponden a obligaciones salariales, 532 millones a obligaciones parafiscales, \$1.078

millones a proveedores y \$2.527 millones a servicios públicos. Las cuentas por cobrar sólo ascienden, para la misma fecha, a 553 millones de pesos (10% del pasivo), de las cuales 348 millones los adeuda el ISS.

2. Para el año 1999, el hospital, de acuerdo con su estructura de costos, programa gastos por valor \$13.357 millones, de los cuales el 70% corresponden a servicios y a las proyecciones de distribución del situado fiscal y las rentas cedidas. La Junta Directiva aprobó un presupuesto \$7.237 millones de pesos lo que implica un desfinanciamiento equivalente a \$6.119 millones, es decir, el 45% del total de gastos programados.
3. Pasados dos meses de 1999, el hospital presenta, aparte de problemas de financiamiento del presupuesto de gastos, una situación de iliquidez, lo que ha generado que a la fecha se adeuden cinco meses de salarios, incluyendo los meses de enero y febrero, además del no pago a proveedores, servicios públicos y parafiscales.”

NOTA: ES IMPORTANTE REVISAR TODOS LOS ANEXOS A DETALLE ANTES DE RESPONDER LAS PREGUNTAS.

IV. PREGUNTAS POR RESOLVER

Tomando en cuenta que ustedes son parte del equipo asesor, expertos en economía de la salud y sistemas de salud para implementar y monitorear el proyecto de reforma, el Ministro de Salud les solicita responder a los siguientes cuestionamientos:

- 1) ¿Cuáles son los principales problemas que enfrenta el hospital en materia de producción de servicios?
- 2) ¿Cuáles son los principales problemas que enfrenta el hospital en materia de financiamiento de servicios?
- 3) ¿Por qué existe una crisis financiera en el hospital? ¿Cómo lo podría fundamentar?
- 4) ¿Qué medidas de eficiencia se podrían implementar?
- 5) ¿Qué niveles de aplicación de la economía de la salud podría utilizar para el análisis (elija tres)? Justifique que problemas abordaría con los tres niveles que elija.
- 6) Mencione tres elementos de análisis del problema que reflejen los efectos del desequilibrio del mercado en el caso expuesto.
- 7) ¿Cómo podría incorporar más análisis epidemiológico con la valoración económica del caso expuesto?
- 8) ¿Qué estrategias, en materia de financiamiento y producción de servicios, por orden de prioridad, podría implementar para continuar con el proyecto de reforma?

NOTA IMPORTANTE: La respuesta de estas preguntas corresponde a la evaluación individual del módulo 2 de este Curso. Las respuestas deberán incluirse en un documento no mayor de cuatro páginas ni menor de dos en procesador de WORD, 1.5 de espacio y letra tamaño 12. El archivo deberá ser enviado vía correo electrónico a la siguiente dirección: aarredon@insp3.insp.mx o al fax (0173) 11-11-56 dirigido al Dr. Armando Arredondo. También puede hacerlo llegar al CIESS a la dirección y número señalados en la Guía Didáctica.

REFERENCIAS

1. Escobar Gaviria R. El sistema de seguridad social en salud. Programa de actualización médica permanente, No. 5, Julio de 1995. pp: 20-24.
2. La Reforma a la Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud, Tomos I,II,III; Santafé de Bogotá, 1994.
3. Organización de Los Sistemas Territoriales de Seguridad Social en Salud en Colombia. Ministerio de Salud; Santafé de Bogotá, 1995.
4. Arredondo Armando, Costos y eficiencia en la producción en servicios de salud: un marco para la reforma del sector. Enviado para publicación a la Revista médica de Chile, mayo de 1999.

**ANEXO No. 1
GASTOS POR SERVICIOS
PERIODOS 1996-1999**

GASTOS	1996		1997		1998		PRESUPUESTO 1999	
	COMPROM.	PAGOS	COMPROM.	PAGOS	COMPROM.	PAGOS	COMPROM.	
SERVICIOS PERSONALES	2,606,489	2,412,914	4,128,090	3,084,964	5,522,849	4,381,926	9,236,025	
SUMINISTROS	502,898	243,155	1,274,389	397,820	1,148,083	915,413	1,434,142	
GASTOS GENERALES	717,437	430,343	923,584	435,930	643,081	190,938	1,714,149	
TRANSFERENCIAS	1,047,729	990,294	1,458,043	49,554	937,951	221,440	931,412	
OTROS	10,816	10,816	15,290	562,682	107,041	211,599	41,130	
TOTAL	4,885,369	4,087,522	7,799,396	5,330,950	8,359,005	5,921,316	3,356,858	
TOTAL A PESOS DEL 1-ENERO/99	8,160,403.00	6,827,698.00	10,711,110.19	7,321,130.11	9,754,958.84	6,910,175.77	13,356,858.00	

ANEXO No. 2
COMPOSICIÓN PORCENTUAL DE GASTOS (COMPROMISOS) 1996-1998

COMPOSICIÓN PORCENTUAL DEL GASTO (COMPROMISOS)

	1996	1997	1998
	%	%	%
SERVICIOS PERSONALES	53.4	52.9	66.1
SUMINISTROS	10.3	16.3	13.7
GASTOS GENERALES	14.7	11.8	7.7
TRANSFERENCIAS	21.4	18.7	11.2
OTROS	1.2	0.2	1.3
TOTAL	100	100	100

FACTURACIÓN		1998	%
CONTRIBUTIVO		1.390.926	32.4
SUBSIDIADO		204.856	4.8
VINCULADO		2698.677	62.8
OTROS			0
TOTAL		429.459	100

PASIVOS	1998
SERVICIOS PERSONALES	1.371.234
SERVICIOS PÚBLICOS	2.527.490
TRANSFERENCIAS	532.334
PROVEEDORES	1.078.141
GRAN TOTAL	5.509.199

VARIACIÓN 96-98 DE INGRESOS Y GASTOS EN PESOS CONSTANTES DEL 1° ENERO/99

	1996	1997	1998	1999
RECONOCIMIENTOS	8.101.036	8.924.427	8.570.146	7.237.459
COMPROMISOS	8.160.403	10.711.110	9.754.959	13.356.858
INGRESO EFECTIVO	7.403.599	7.329.223	6.939.087	
PAGOS	6.827.698	7.321.130	6.910.176	

ANEXO No. 3
Indicadores de salud seleccionados para el periodo 1996-1998

HOSPITAL SAN SALVADOR

DATOS	1996	1997	1998
CAMAS	112	123	108
No. FUNCIONARIOS	352	318	306
VINCULADOS A PLANTA	277	277	277
VINCULADOS POR CONTRATO ADQUIRIDO	75	41	29
EGRESOS	7,928	8,595	5,566
CONSULTA EXTERNA	20,899	18,590	8,918
CONSULTA DE URGENCIAS	19,930	17,521	12,707
CIRUGIAS ELECTIVAS	2,810	2,110	1,065
INDICADORES	1996	1997	1998
EPD-MES	3,723.50	3,255.60	2,100.10
% OCUPACIONAL	72.00	63.40	39.50
PROMEDIO DÍAS ESTANCIA	3.70	3.70	3.40
GIRO CAMA	5.80	5.70	4.20
FUNCIONARIO POR CAMA	3.10	2.60	2.80
FUNCIONARIO POR CAMA OCUPADA	4.40	4.10	7.20
GASTO POR EGRESO	616.00	907.00	1,502.00
GASTO POR CAMA OCUPADA	60,582.00	100,015.00	195,998.00
GASTO POR EPD	1,312.00	2,395.70	3,980.00
EPD POR FUNCIONARIO	10.60	10.20	6.90
GASTO/CAMA UCUP. PESOS 1o. ENERO/99	101,195.47	137,353.62	228,729.57
Inflactor	21.63	17.68	16.70

ANEXO No. 4:
PRESUPUESTO DE INGRESOS Y COMPOSICIÓN PORCENTUAL DEL INGRESO RECONOCIDO

PRESUPUESTO INGRESOS	1996		1997		1998		PRESUPUESTO 1999	
	RECONOC.	RECIBIDOS	RECONOC.	RECIBIDOS	RECONOC.	RECIBIDOS	RECONOC.	RECIBIDO
SITUADO FISCAL	2,199,679	1,958,087	2,568,521	2,572,727	3,198,684	3,198,681	2502632	
RENTAS CEDIDAS	821,192	847,615	1,793,007	1,431,707	840,462	667,572	867875	
RENTAS PROPIAS	1,828,957	1,626,593	2,136,878	1,332,409	2,527,806	1,303,048	3103000	
OTROS					776,789	776,789	763952	
TOTAL	4,849,828	4,432,295	6,498,406	5,336,843	7,343,741	5,946,090	7237459	
TOTAL A PESOS DEL 1o.ENERO/99	8,101,036	7,403,599	8,924,427	7,329,223	8,570,145	6,939,087	7237459	

COMPOSICIÓN PORCENTUAL DEL INGRESO RECONOCIDO

PRESUPUESTO INGRESOS	1996	1997	1998
SITUADO FISCAL	45.40%	39.50%	43.60%
RENTAS CEDIDAS	16.90%	27.60%	11.40%
RENTAS PROPIAS	37.70%	32.90%	34.40%
OTROS	0.00%	0.00%	10.60%
TOTAL	100.00%	100.00%	100.00%

CARTERA	Dic-98
CONTRIBUTIVO	379,484
SUBSIDIADO	128,784
SOAT	22,152
OTROS	23,503
TOTAL	553,923

ANEXO No. 5

2. LA PLANTA DE PERSONAL

En la actualidad el hospital tiene una planta de personal de 277 empleados que se desagrega así:

PERSONAL ASISTENCIAL	174	CARGOS	62.5
----------------------	-----	--------	------

PERSONAL ADMINISTRATIVO	103	CARGOS	37.5
-------------------------	-----	--------	------

2.1 PERFIL DE LA PLANTA PERSONAL

NIVEL DE DESEMPEÑO	No.	%
PROFESIONAL	64	33.7
TECNÓLOGO	5	2.6
TÉCNICO	16	8.4
AUXILIAR	192	69.1
TOTAL	277	100

2.2. PERFIL DEL PERSONAL ASISTENCIAL

PROFESIONALES	No.	% DE ASIST.	% DEL TOTAL
BACTERIÓLOGOS	6	3.5	2.2
ENFERMERAS LICENCIADAS	14	8.1	5.1
MÉDICOS ESPECIALISTAS	28	16.3	10.2
MÉDICOS GENERALES	4	2.3	1.5
NUTRICIONISTAS	1	0.6	0.4
FISIOTERAPISTAS	3	1.7	1.1

TECNÓLOGOS	No.	% DE ASIST.	% DEL TOTAL
HISTOTECNÓLOGOS	1		0.4
INSTRUMENT. QUIRÚRGICO	2		0.7

AUXILIARES	No.	% DE ASIST.	% DEL TOTAL
AUX. DE SALUD FAM. Y COM	2		0.7
AUXILIAR DE ENFERMERÍA	105		38.2
AUX. DE LABORATORIO	3		1.1
AUX. DE RX.	3		1.1

ANEXO No. 6

2.3 FERFIL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO

NIVEL DE DESEMPEÑO	No.	%
PROFESIONALES	8	7.8
TECNÓLOGO	2	1.9
TÉCNICO	16	15.5
AUXILIAR	77	74.8
TOTAL	103	100

Respecto a la fecha de vinculación a la planta personal 102 empleados tienen más de 20 años de servicios (37.1%), 166 empleados tienen más de quince años de servicios (60.4%) y 208 empleados (75.6%) tienen más de diez años vinculados a la planta.

Módulo 3. Los costos de los servicios de salud

Introducción

A pesar de las diferencias existentes entre los sistemas de salud y seguridad social en nuestro continente, y entre las instituciones al interior de los países, existen retos comunes para ser alcanzados como es el uso eficiente de recursos y la contención de costos.

La evaluación económica de los programas y tecnologías de la salud es una herramienta que nos permite analizar los costos y los resultados o consecuencias de diferentes alternativas en los tratamientos o servicios de salud.

Por ello, 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.

De ahí que esta tendencia debe ir acompañada por un adecuado grado de comprensión y dominio de las técnicas de evaluación por los profesionales implicados.



Objetivo

Identificar los conceptos básicos de los costos y su utilidad en los servicios de salud.

Conceptos clave

Costos directos

Costos fijos

Costos indirectos

Costos variables

Estimación de costos y efectos

Objetos del gasto

Presupuesto operativo

Lecturas

Arroyave Loaiza, Gilma y Jarillo S, Edgar (1999). *Elementos conceptuales para los costos de los servicios de salud*. México: CIESS.

- *Objetos del gasto del presupuesto operativo*. Lectura-práctica. México: CIESS.
- *Costos fijos y variables con base en partidas presupuestales*. Lectura-práctica. México: CIESS.
- *Objetos del gasto en grandes grupos de presupuesto*. Lectura-práctica. México: CIESS.
- *Costos directos e indirectos*. Lectura-práctica. México: CIESS.

Tema 1. Ejes la gestión médica y económica de los servicios de salud



Objetivo. Identificar los conceptos básicos de los costos y su utilidad en los servicios de salud.

Lectura 1

Arroyave Loaiza, Gilma y Jarillo S, Edgar (1999). *Elementos conceptuales para los costos de los servicios de salud*. México: CIESS.

Resumen

Los costos constituyen un eje central en la gestión médica y económica de los servicios de salud. Los costos operativos están relacionados con las sumas monetarias que se destinan para pagar los elementos que se utilizan en la producción de los servicios de salud como personal, medicamentos, material médico y paramédico, instrumental, otro material consumible, comunicaciones eléctricas, agua, energía, combustibles, la depreciación del edificio y las instalaciones tecnológicas entre otros.

Algunos de estos elementos de los costos operativos se agrupan en una parte fija y otros pertenecen la parte variable. Esta distribución fija y variable de los costos constituye una base sólida que aporta elementos para tomar decisiones en la dirección de los servicios de salud.

Por otro lado, los costos operativos también se desagregan en directos e indirectos. Para precisar los costos directos e indirectos es necesario conocer con exactitud los departamentos que conforman el hospital y su participación específica en la atención de los pacientes.

El conocimiento de los elementos básicos de los costos es muy útil para los profesionales que tienen bajo su responsabilidad la dirección de hospitales, programas y servicios de salud. Por tal razón se propone esta materia con el fin de ofrecer un enfoque comprensivo de los conceptos básicos y aplicaciones prácticas.

Lectura 1

*Los costos de los servicios de salud **

Introducción

El presente documento está integrado por cinco partes para que el participante logre los objetivos de aprendizaje propuestos para este módulo del Curso.

Una lectura central con los conceptos básicos, los cuales deben ser profundizados por los alumnos, constituye la primera parte. En la segunda se incluye a manera de ejemplo una lectura práctica sobre presupuesto operativo con el fin de familiarizar a los interesados en las partidas de este instrumento. En la tercera se entrega una lectura práctica para que los participantes clasifiquen las partidas del presupuesto en fijas y variables y analicen los datos obtenidos. En la lectura práctica de la cuarta parte, los participantes analizan los objetos del gasto y los agrupan como se indica en las instrucciones correspondientes y en la última parte se plantea, a través de la lectura práctica final, un ejercicio para obtener los costos directos e indirectos de un servicio hospitalario. Para tal efecto el participante puede utilizar su experiencia para distribuir las sumas monetarias o si lo prefiere puede utilizar los valores relativos del cuadro que se anexa.

ELEMENTOS CONCEPTUALES PARA LOS COSTOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Primera parte

Para iniciar el análisis de estos elementos conceptuales, es importante tener presente que en la actualidad al hospital se le considera como una empresa que presta servicios de atención médica. Podríamos considerar que aparentemente un hospital ofrece servicios semejantes a un hotel. Pero en el fondo existen diferencias relevantes puesto que los servicios de "hotelería", que también son importantes en los hospitales, constituyen desde el punto de vista de la calidad científico-técnica, la parte menos esencial en los servicios médicos.

* Arroyave Loaiza, Gilma y Jarillo S, Edgar, profesor-investigador titular de la Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco (México).

Los hospitales, a diferencia de los hoteles, son una empresa que produce servicios altamente complejos que requieren recursos humanos altamente calificados, tecnología sofisticada, consumibles tales como medicamentos y material de curación que requieren conocimientos elevados para su manejo.

El proceso de producción de servicios de atención médica que se realiza en los hospitales tiene características muy particulares y en consecuencia su proceso de costos es muy diferente al de otras empresas de servicios, razón por la que se hace necesario considerar todas sus propiedades.

En este momento, es importante destacar que el costeo de las todas las capacidades que constituyen las instalaciones del hospital es un referente insustituible y el primer punto de partida para poder estimar los costos unitarios de todos y cada uno de los servicios que produce. Este planteamiento tiene implicaciones, puesto que una metodología de costos que produzca resultados en términos de costos unitarios, por ejemplo de una consulta externa, un día-paciente o una intervención quirúrgica, sin disponer de un costeo integral de la institución, adolecerá de deficiencias que limitarán la calidad de los costos unitarios obtenidos.

El objetivo de este documento es presentar, con adaptación para los hospitales, algunas definiciones básicas de los términos que se utilizan con frecuencia en el proceso de costeo como: función de producción hospitalaria, gasto, costo, costo de inversión, costo directo, costo indirecto, costo fijo, costo variable, costo total, costo unitario. Igualmente son empleadas las expresiones siguientes: componentes del costo de producción, instrumentos y recursos nucleares de producción, departamentos finales, intermedios, de apoyos, generales y administrativos.

Este documento permite ubicar los contenidos de la materia de costos de modo que los interesados intervengan en el debate con mayor precisión y los utilicen en sus trabajos operativos con mejores resultados.

1. Función de producción hospitalaria

Los resultados de la producción de los hospitales se pone de manifiesto en una gran cantidad de servicios entre los que se observa gran diversidad. Algunos de estos resultados son, por ejemplo, egresos hospitalarios, consulta externa, intervenciones quirúrgicas, transfusiones sanguíneas, estudios de diagnóstico y tratamiento, paquetes esterilizados, ropa lavada, raciones alimenticias servidas, kilómetros recorridos en transportación de pacientes, mantenimientos correctivos y preventivos de instalaciones hospitalarias, etc.

Para estructurar y organizar un proceso de producción tan complejo es necesario en primer lugar agrupar todos los servicios del hospital en departamentos de acuerdo con la función que cumplan en relación con los usuarios de la institución. Esto es, la función de producción de un hospital se estructura con base en la naturaleza de sus departamentos.

De acuerdo con lo anterior, se agrupan en los departamentos finales todos aquellos servicios que otorguen directamente a la comunidad servicios completos e integrales, como por ejemplo, atención hospitalaria para pacientes internados. Este servicio es directo porque estos pacientes reciben directamente

del equipo de salud su atención directa —sin intermediarios—. El servicio de hospitalización es integral porque además de las atenciones directas, el mismo servicio entrega a sus pacientes otros complementos indirectos como estudios diagnósticos, dietas, alimentos, ropa, etc. Como se observa el hospital realiza su función social por medio de los departamentos finales, y en gran parte para incrementar la calidad de estos se apoya en otros departamentos como los intermedios.

Los departamentos intermedios hacen parte de la función de producción de un hospital en donde cumplen la función de completar la calidad de los servicios finales. En los departamentos intermedios se agrupan aquellos servicios que se caracterizan por sus componentes científicos y tecnológicos con los que apoyan el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes que se atienden en los servicios finales del hospital. Pertenecen a los intermedios, cirugía, anestesiología, laboratorio clínico, anatomía patológica, transfusiones, dietología, entre muchos otros.

Igualmente hacen parte de la función de producción del hospital, los departamentos de apoyo. A diferencia de los intermedios, en los servicios de apoyo no participa de manera tan importante la ciencia y la tecnología. En tal sentido son más sencillos y apoyan a función de producción con servicios que hacen más confortable la permanencia de los pacientes en el hospital. Son parte de los departamentos de apoyo la central de equipo y esterilización, farmacia, lavandería, ropería, traslado de pacientes, alimentación, limpieza de edificio, mantenimiento de los servicios finales e intermedios, etc.

Toda función de producción es completada por departamentos generales entre los que se incluye: comunicaciones, conservación de los espacios generales del hospital, elevadores, central de servicios, central de máquinas como calderas, servicio para cadáveres, transportes de carga y generales, etc. Estos departamentos generales cumplen el objetivo de garantizar el funcionamiento de los edificios y demás instalaciones físicas del hospital con el fin de que estén en condiciones de recibir pacientes en todos los servicios.

Igualmente, los departamentos administrativos hacen parte de toda función de producción. La administración tiene la responsabilidad de integrar todas las componentes de la función de producción del hospital y dirigir y orientar el rumbo del mismo.

En los hospitales que se forman recursos humanos como médicos, enfermeras, y otro personal de servicios de salud, se deben de incluir los departamentos de enseñanza e investigación dentro de la función de producción del hospital.

Estructurar la función de producción del hospital con base en los seis ejes de acuerdo a los departamentos: finales, intermedios, de apoyo, generales, administrativos, y docencia e investigación, tiene sentido puesto que permite asignar los recursos con la racionalidad que indica que son los finales los más esenciales en la prestación de servicios de atención médica, y en segundo lugar se sitúan los intermedios, y con este punto de partida se fija el tipo y la cuantía de recursos que se destinarán para los demás departamentos.

Esta forma de organización de la función de producción hospitalaria constituye un referente indispensable para obtener los costos directos e indirectos de producción, elemento irremplazable en la

gestión y evaluación de los hospitales. Esto es así, porque en todo proceso de evaluación de la gestión de hospitales se requiere conocer cuanto de su costo total correspondió a costos directos y cuanto a indirectos.

Los costos totales son iguales a la suma de los costos directos más los indirectos, igualdad que se expresa matemáticamente con la siguiente expresión:

$$CT = CD + CI$$

En donde:

- CT = costo total
- CD = costo directo
- CI = costo indirecto

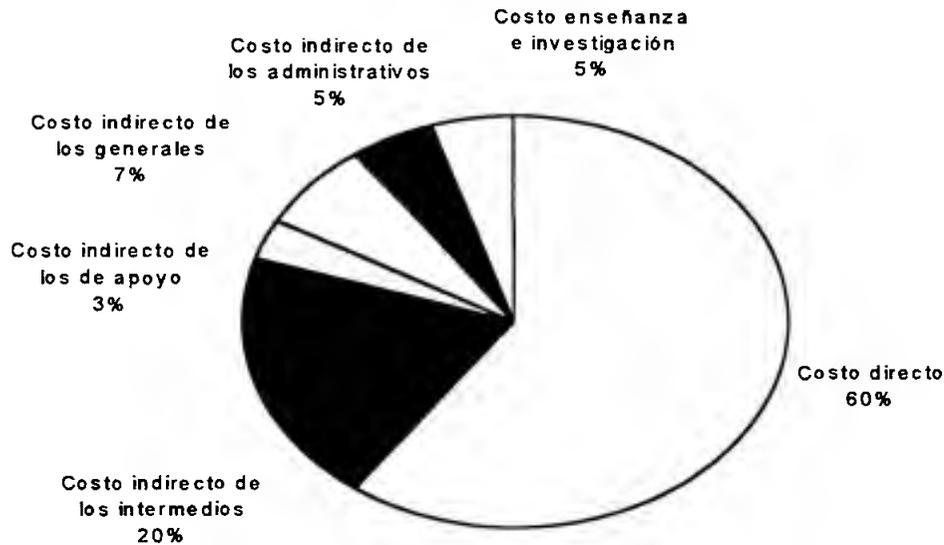
Los costos totales de un hospital también se puede expresar mediante la función que se presenta a continuación:

$$y = a + bx$$

En donde:

- y = costo total
- a = costo directo
- b = proporción entre el costo directo y el indirecto
- x = número de pacientes atendidos

La expresión gráfica de una situación de distribución de costos directos e indirectos para los departamentos finales debe indicar la proporción del costo directo como parte del costo total, y la medida en la que participan los demás costos indirectos que tienen origen en los departamentos intermedios, de apoyo, generales, administrativos, enseñanza e investigación. La idea al respecto se expresa en la gráfica que se incluye a continuación:



La función de producción, igualmente se expresa de tal forma que se dé cuenta de sus componentes fijos y variables disponibles en la capacidad instalada del hospital. Este indicador es insustituible en el proceso de gestión porque le indica al gerente los campos de acción a los que puede acceder desde el punto de vista de la gestión financiero-técnica. Esto es, si la función de producción de un hospital revela, por ejemplo, que el 80% de sus costos son fijos y el 20% son variables y en otro el 40% son fijos y el 60% variables, es lógico que en el segundo hospital el directivo tendrá más capacidad de aplicar recursos en función de sus objetivos propuestos.

En síntesis, la función de producción se expresa también mediante la expresión: costos totales son iguales a la suma de los costos fijos más los variables, igualdad que se presenta a continuación:

$$CT = CF + CV$$

En donde:

- CT = costo total
- CF = costo fijo
- CV = costo variable

Esta misma igualdad también se puede expresar mediante la función que se presenta a continuación:

$$y = a + bx$$

En donde:

- y = costo total
- a = costo fijo
- b = proporción entre el costo fijo y el variable
- x = número de pacientes atendidos

De la función de producción es muy trascendente conocer además de los costos fijos y variables, los directos y los indirectos, los elementos o conceptos por los que se gasta en los hospitales. Al respecto se mencionan algunos de los más frecuentes: recursos humanos, medicamentos, material de curación y otro material médico, otros materiales consumibles, papel, impresos y materiales audiovisuales, mobiliarios y enseres menores, arrendamientos, asesorías, gastos generales, gastos administrativos, gastos financieros, etc.

Esta función de producción de los hospitales requiere de la comprensión de algunos conceptos y términos, los cuales se presentan a continuación.

2. Gasto

Por gasto se entiende todo desembolso financiero que se realice por la adquisición de bienes o servicios. Los hospitales realizan estos gastos para poder cumplir con la prestación de sus servicios. Los hospitales consumen estos bienes y/o servicios, ¹ en forma total o parcial durante el tiempo de su ejercicio contable, el cual generalmente dura un año. Un ejemplo de gasto en los hospitales puede ser el desembolso financiero realizado para adquirir medicamentos, éstos, como es obvio se almacenan para garantizarle a los pacientes el surtido de sus recetas; de acuerdo con su tipo los medicamentos pueden permanecer en almacenes por tiempos superiores a un año. Otro ejemplo de gasto son los realizados para adquirir alimentos altamente perecederos, los cuales igualmente se almacenan, pero tienen que ser consumidos en periodos inferiores a un mes. Ambos, medicamentos y alimentos, son objeto de gasto, y su consumo se realiza parcial o totalmente en uno o varios periodos contables.

3. Costo de operación

Se entiende por costo de operación al total de recursos financieros *consumidos* ² en el proceso de producción de egresos hospitalarios, consultas, cirugías, estudios de laboratorio clínico, paquetes esterilizados, recetas surtidas, ropa lavada, raciones alimenticias servidas, metros de edificio aseados, servicios secretariales, entre la gran cantidad de servicios y bienes que se producen en los hospitales. Estos costos de operación excluyen las transferencias y los gastos de capital.

¹ Los bienes y servicios que fueron adquiridos mediante la realización de gastos.

² Estos recursos financieros se consumen o gastan por la adquisición de servicios y/o bienes indispensables para la atención médica como: recursos humanos, medicamentos, otros materiales consumibles y la depreciación de edificios y de los equipos utilizados.

4. Costo de inversión

Por costo de inversión se entiende los desembolsos financieros para adquirir bienes como terrenos, edificios, equipamiento tecnológico y maquinaria. Éstos se conocen con el nombre de inversiones fijas. También existen otras inversiones como estudios para el diseño de proyecto de inversión, otros estudios, publicidad, etc. Éstas se conocen con el nombre son inversiones intangibles. Se incluye esta definición a manera de información complementaria, puesto que, como se dijo anteriormente, los costos de inversión no son parte de los contenidos del presente trabajo.

5. Costo directo de operación

El costo directo, como su nombre lo indica, es la suma total de recursos financieros que cada uno de los servicios y/o departamentos del hospital consume directamente en su proceso de producción. Estos recursos financieros que suman el costo directo de cada servicio corresponden a sus erogaciones por recursos humanos, medicamentos, material de curación, otros materiales consumibles, otros gastos, papel, impresos y medios audiovisuales, mobiliarios y enseres menores, arrendamientos, asesorías y consultorías, gastos generales, gastos administrativos, y gastos financieros.

Todos y cada uno de los departamentos del hospital tiene necesariamente costo directo propio. Hospitalización tiene su costo directo, consulta externa el suyo, igualmente tienen su respectivo costo directo cirugía, laboratorio clínico, farmacia, alimentación, transporte, oficinas administrativas, etc. En síntesis, costo directo de operación es la suma recursos consumidos por un departamento, servicio, programa o área del hospital para la realización de sus actividades.

6. Costo indirecto de operación

Con el fin de aproximarnos hacia una comprensión de lo que entendemos por costo indirecto en un hospital, es necesario tener presente que un hospital se establece para prestar todos o algunos de los siguientes servicios: promoción de la salud, vacunación activa y pasiva, protección específica como aplicación tópica de flúor, prevención específica, detección de enfermedades como diabetes, cáncer cérvico-uterino y mamario, hipertensión arterial, afecciones urinarias, hipotiroidismo, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, venéreas, paludismo, etc., educación para la salud, medicina preventiva, medicina familiar (incluye diagnóstico precoz, tratamiento y diagnóstico oportunos y servicios de tratamiento, rehabilitación y curación los cuales abarcan atención dental, consulta de urgencias, consulta de especialidad, hospitalización, medicina del trabajo, y medicina física y rehabilitación). La investigación y la enseñanza es también servicio de los hospitales.

Es preciso tener en cuenta igualmente que un hospital no se crea para prestar servicios como análisis de laboratorio clínico, estudios por imágenes, radiodiagnóstico, sesiones de fisioterapia; tampoco se crea para esterilizar paquetes, surtir recetas, administrar dietas, etc.

Por tanto, la función de los hospitales es entregar a la población servicios completos como lo son hospitalización y consulta externa. Para realizar las actividades de hospitalización y de consulta son necesarios apoyos de otros servicios como laboratorio clínico, central de esterilización, farmacia,

alimentación, ropería, mantenimiento, calderas, y administración, entre otros. Por esta razón, el costo integral del servicio de hospitalización y de consulta externa y de los otros servicios finales que tenga el hospital se componen de su respectivo costo directo y de sus indirectos.

El *costo integral* de un egreso hospitalario, de un día-paciente, de una consulta médica se obtiene *de sumar a su propio costo directo* la parte que le corresponde ³ de los costos de los otros servicios del hospital que lo complementan. Estos costos que provienen de los servicios de intermedios ⁴, de apoyo ⁵, generales ⁶, y administrativos, constituyen los costos *indirectos* para hospitalización y consulta en este caso.

En consecuencia los costos indirectos de un hospital tienen su origen en los departamentos que apoyan servicios como hospitalización, consulta externa, urgencias, prevención específica de enfermedades, educación para la salud, promoción de la salud, e investigación y docencia.

7. Costo fijo

Los costos que no tienen variación o que presentan cambios mínimos durante los meses de duración del proceso de producción de un hospital, número de meses que generalmente se evalúan de año en año, se denominan costos fijos. Para identificar los costos fijos de un hospital generalmente se considera como tiempo un año. Algunos ejemplos de costos fijos son: rentas pactadas por anticipado, seguros, sueldos y salarios pactados por anticipado, algunos tipos de depreciación, etc.

Estos costos fijos tienen la característica de permanecer *constantes* durante el *tiempo* del proceso de producción, independientemente del volumen de producción que se obtenga; por ejemplo, el sueldo total del personal de un servicio de consulta externa con capacidad de diez consultorios con jornada de ocho horas al día, será el mismo si atienden al año 52,000 ó 62,400, ó 35,360 consultas.

8. Costo semifijo

Los costos semifijos son los que por su *naturaleza* son fijos, pero debido a circunstancias específicas pueden presentar cambios importantes durante el año. Por ejemplo, algún incremento en los sueldos y salarios por alguna situación especial, un incremento de los arrendamientos por situaciones excepcionales, una variación en los pagos convenidos de los seguros. El costo del teléfono tiene una parte fija denominada "carga fijo" que debe pagarse aunque no se use el teléfono, y una parte variable que corresponde al servicio medido de llamadas, los consumos de electricidad y el agua se comportan en forma semejante al teléfono. Como se observa en este ejemplo, estos tres rubros de costos por su naturaleza se espera que

³ El nivel de costos que le corresponde depende del número de unidades de producción que el servicio final consuma de los servicios intermedios y de apoyo.

⁴ Los servicios intermedios de un hospital son: bloque quirúrgico, anestesiología, banco de sangre, transfusiones, laboratorio clínico, imágenes, etc.

⁵ Los servicios de apoyo de un hospital son: central de esterilización de equipos, farmacia, lavandería, traslado de pacientes, ropería, alimentación, mantenimiento, limpieza del edificio.

⁶ Los servicios generales son: comunicaciones, central de máquinas, vigilancia, necropsias, etc.

permanezcan fijos durante un año puesto que se pueden convenir con anticipación, sin embargo, en los mismos se pueden presentar cambios por situaciones muy especiales. En los costos semifijos se conserva una base fija y un agregado variable.

9. Costo variable

Los costos variables se denominan así porque varían de acuerdo con la cantidad de servicios y bienes que se produzcan en el hospital. El consumo de medicamentos, por ejemplo, pertenece a los costos variables porque sus montos dependen de la cantidad de medicamentos que consuman los pacientes. En igual forma son variables los costos del material de curación y otro material médico, la papelería, los alimentos, y otros consumibles.

10. Costo semivariable

La naturaleza de los costos variables es como su nombre lo indica su variación directa de acuerdo con el volumen de la producción del hospital. Sin embargo, puede suceder por ejemplo, que los volúmenes de producción se estabilicen en algunos meses del año, y por esta razón el consumo de medicamentos se estabilice en esos meses en niveles semejantes. Esto es, el consumo de medicamentos es por naturaleza variable, pero en varios meses del año se puede observar un nivel de consumos fijo, razón por la que se puede llegar a considerar de tendencia semivariable.

11. Costo total de operación

El costo total de un hospital es la valoración monetaria de todos los recursos que la institución sufraga para la realización de todas sus actividades mediante las cuales presta sus servicios a la comunidad. Este costo total se divide en costos directos e indirectos, el cual también se desagrega en costos fijos y costos variables.

12. Costo unitario

El costo unitario es uno de los principales productos del proceso de costos. Los costos unitarios de los hospitales expresan el costo de producción de cada una de las actividades ⁷ realizadas y el de sus respectivos instrumentos de producción ⁸. Los costos unitarios las actividades y de los instrumentos de producción contienen la valoración monetaria de todos los recursos utilizados en el proceso de producción. El costo unitario también se desagrega en costo directo e indirecto, y en costo fijo y variable. Por ejemplo de costo integral de un egreso hospitalario, puede desagregarse en costo directo e indirecto, y en costo fijo y costo variable. Igualmente costo unitario integral del día-cama se puede especificar en directo e indirecto, y en fijo y variable.

⁷ Incluye egresos, consulta, cirugía, análisis de laboratorio, ración alimenticia servida, etc.

⁸ Incluye día-cama, día-paciente, hora-médico, hora-laboratorista, hora-personal administrativo, etc.

13. Componentes del costo directo de producción

Los grandes componentes del costo directo de producción del proceso de atención médica en los hospitales son: (1) personal, (2) medicamentos, (3) material de curación, (4) otros materiales consumibles, (5) otros gastos, (6) papel impresos y medios audiovisuales, (7) mobiliarios y enseres menores, (8) arrendamientos, (9) asesorías consultorías, (10) gastos generales, (11) gastos administrativos, (12) gastos financieros, (13) depreciación de los edificios y del equipamiento tecnológico.

14. Instrumentos y recursos nucleares de producción

Los instrumentos de producción de un hospital se definen como el conjunto de recursos humanos, tecnológicos e insumos específicos que participan cualitativa y cuantitativamente con criterios de eficacia y eficiencia en la producción específica de los servicios hospitalarios. A estos instrumentos es posible atribuirles un costo específico. En esta combinación de recursos existe necesariamente uno que es esencial, básico e indispensable y que aglutina a todos los demás recursos que participan en la producción de un servicio delimitado. Este recurso tiene la propiedad de darle un nombre particular al *recurso nuclear* de producción de que se trate. Así, por ejemplo, para producir una consulta externa es necesario: el personal médico, de enfermería, paramédico, técnico, auxiliar, de servicios generales y administrativos, además de un edificio y de instrumentos tecnológicos⁹, igualmente son necesarios medicamentos, material de curación, otros consumibles, papel, impresos y útiles de oficina, mobiliario y enseres, gastos generales y administrativos. En estos recursos o instrumentos utilizados para la producción de la consulta externa, el trabajo del médico es el recurso que tiene la capacidad de aglutinar con eficacia y eficiencia a los demás recursos que participan en la realización de la consulta externa.

Es importante destacar que si un hospital dispone de todos los recursos o instrumentos de producción mencionados para producir una consulta externa con excepción del médico, la consulta médica no se puede realizar. En cambio, si el hospital sólo dispone del médico, la consulta se puede atender.

Por esta razón, los instrumentos de producción del servicio de consulta externa se homogenizan, dimensionan, y costean en función del recurso nuclear de producción denominado *hora-médico*. Todos los departamentos del hospital tienen sus recursos nucleares, por ejemplo, el día-cama, hora-anestesiólogo, hora-laboratorista, hora-vacunador, hora-trabajadora social, hora-personal administrativo.

15. Actividades de un hospital

Para cumplir con su función y misión los hospitales realizan una cantidad de actividades casi infinita y diferentes entre sí. Para conocerlas se hace necesario en primer lugar agruparlas de acuerdo con su homogeneidad, por ejemplo: actividades de atención médica para pacientes internados, para paciente externos, atenciones médico-preventivas, actividades realizadas por el personal de enfermería como controles, visitas domiciliarias; actividades médico-quirúrgicas, las de laboratorio clínico, de banco de sangre, farmacia, esterilización de equipos, alimentación, mantenimiento, maquinaria, administrativas.

⁹ Uso que se valora vía depreciación.

Obtener el costo de las actividades del hospital es uno de los objetivos importantes del proceso de costos, por tal razón, esta metodología las agrupa de acuerdo con su naturaleza y homogeneidad. Este procedimiento es básico para hacer posible su cuantificación y medición en forma ordenada de tal modo que se articule la actividad médico-técnica con los procesos administrativos y financieros con el fin de obtener su costos unitarios coherentes y confiables.

En consecuencia, las *actividades de un hospital* expresan su producción. Estas actividades se agrupan por homogeneidad y se expresan en unidades de medida que faciliten su cuantificación y el cálculo de su costo respectivo. La metodología que se propone en este trabajo agrupa estas actividades en: finales, intermedias, de apoyo, generales, y administrativas.

16. Actividades finales

Los hospitales se han establecido para ofrecer diferentes tratamientos médicos a la población. Así, ante padecimientos complejos, los pacientes serán internados y ocuparán una cama hospitalaria censable durante los días que el médico tratante lo estime conveniente. Cuando un paciente que ha permanecido hospitalizado y sale del hospital, se registra una actividad denominada *egreso* hospitalario.

Un paciente que recibe tratamiento ambulatorio en consulta externa, generará por cada atención que reciba en este servicio una actividad denominada *consulta*.

Algunos hospitales realizan actividades de promoción a la salud, vacunación, prevención específica de enfermedades, salud reproductiva, educación a la población, saneamiento del ambiente, y de enseñanza e investigación.

Como se observa, cuando se prestan servicios como hospitalización, consulta, promoción, vacunación, prevención, salud reproductiva, educación, saneamiento, y enseñanza e investigación se está entregando a la población atenciones completas e integrales de manera directa. En estos servicios integrales y completos de los que la sociedad recibe de manera directa la atención hospitalaria, son en los que se realizan las llamadas *actividades finales*.

17. Actividades intermedias

La realización de los trabajos médicos relacionados con la precisión de los diagnósticos y la culminación de los tratamientos de los pacientes requiere de apoyo científico y tecnológico de servicios como: laboratorio clínico, imágenes, electrodiagnóstico, radioterapia, cirugía, anestesiología, banco de sangre, anatomía patológica, terapia física y rehabilitación, entre otros.

Estos apoyos *científicos y tecnológicos* que completan la calidad de la atención médica hospitalaria, se llaman *actividades intermedias* en este proceso de costos.

18. Actividades de apoyo

Los hospitales requieren para el desarrollo de sus actividades finales e intermedias de apoyos específicos

como: equipos y paquetes esterilizados, recetas surtidas, ropa lavado y confeccionada, traslado de pacientes, alimentos, y edificios limpios y en buen estado de conservación. Estas actividades, que se realizan para que la atención médica hospitalaria se otorgue con mayor adecuación, se denominan *actividades de apoyo*.

19. Actividades generales

Las *actividades generales* son las que aseguran el funcionamiento de las instalaciones físicas de los hospitales. Estas actividades incluyen entre otras: comunicaciones eléctricas, intendencia, vigilancia, transportes generales, calderas, central de servicios, sala de necropsias.

20. Actividades administrativas

El hospital como toda institución requiere realizar para su funcionamiento actividades administrativas. Estas actividades corresponden principalmente a las desarrolladas por la dirección general, personal, compras, almacenes, contabilidad, caja, recepción.

21. Departamentos finales

Hospitalización, consulta externa y urgencias son los servicios finales clásicos en los hospitales y éstos son los que realizan sus actividades finales. Los hospitales más completos tienen otros servicios finales como: promoción de la salud, vacunación, protección específica, prevención específica, detección de enfermedades, educación para la salud, medicina preventiva, medicina familiar (incluye diagnóstico precoz, tratamiento y diagnóstico oportunos, y otros servicios de tratamiento rehabilitación y curación como atención dental, medicina del trabajo, medicina física y rehabilitación), investigación, enseñanza y trabajo social cuando realiza estudios socioeconómicos completos sobre el paciente atendido en el hospital.

22. Departamentos intermedios

Los servicios intermedios son los que realizan las actividades científicas y tecnológicas que completan las acciones de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Son servicios intermedios: el bloque quirúrgico, anestesiología, terapia intensiva, banco de sangre, transfusiones, laboratorio clínico, imágenes y rayos "X", anatomía patológica, citología exfoliativa, electrodiagnóstico, fisiología cardiopulmonar, hemodiálisis, radioterapia, hemodinamia, medicina nuclear, dietología, terapia física, prótesis y órtesis, las terapias del lenguaje, ocupacional, recreativa, psicológica, educación ocupacional, audiología, trabajo social cuando realiza actividades tipo entrevistas para apoyar la atención médica.

23. Departamentos de apoyo

Los servicios de apoyo realizan principalmente las actividades relacionadas con la "hotelería" del hospital. Son servicios de apoyo los siguientes: central de equipos y esterilización, farmacia, ropería, lavandería, transporte de pacientes, alimentación, mantenimiento, intendencia y limpieza de las instalaciones.

24. Departamentos generales

Los servicios generales son los que realizan las actividades relacionadas con el funcionamiento de las instalaciones del hospital. Los servicios generales más importantes son: comunicaciones eléctricas, central de servicios, calderas, transportes, sala de necropsias, vigilancia, etc.

25. Servicios administrativos

La dirección y la administración del hospital constituyen su unidad de gobierno, de éstas dependen las áreas que realizan las actividades administrativas, las cuales se relacionan principalmente con los recursos humanos, materiales y financieros que emplean los hospitales. En este sentido las oficinas de personal, de compras, contabilidad y caja, almacenes, recepción pertenecen a los servicios administrativos del hospital.

26. Presupuesto

El presupuesto público es una de las principales herramientas que utilizan los gobiernos para proporcionar servicios básicos a su población. Al mismo tiempo el presupuesto sirve como instrumento para planear, programar, controlar y evaluar el gasto público.

En su interior el presupuesto está clasificado por objeto de gasto. El clasificador por objeto de gasto ordena e identifica en forma genérica, homogénea y coherente todos los recursos que se compran como personal, materiales, tecnología y recursos financieros. Este clasificador facilita la operación del presupuesto y precisa la composición de los gastos necesarios para el cumplimiento de las acciones programadas.

El Clasificador por Objeto de Gasto permite el registro detallado de las cuentas presupuestales por medio de sus elementos principales como son: el código, nombre y descripción de los capítulos, conceptos y partidas de gasto que identifican los bienes y servicios requeridos. Ejemplo:

CAPÍTULO CONCEPTO	DESCRIPCIÓN
1000	SERVICIOS PERSONALES
1100	Remuneraciones al personal permanente
1700	Prestaciones sociales
2000	MATERIALES Y SUMINISTROS
2300	Medicamentos
2500	Alimentos
3000	SERVICIOS GENERALES
3100	Servicios básicos

Bibliografía

El clasificador por objeto del gasto que utiliza la institución en la que usted trabaja.

Barnum, Howard and Joseph Kutzin.(1993) *Public Hospitals in Developing Countries*. Baltimore, Maryland, EE.UU. The Johns Hopkins University Press.

Del Río González, Cristóbal. (1994) *El presupuesto: Tradicional, áreas y niveles de responsabilidad, programas y actividades, base cero, ejercicios prácticos*. México ECASA.

- (1993) *Costos para administradores y dirigentes*. México, ECASA.

Peralta, Miguel Ángel y Ana María Alonso. (1988) *Costos fijos y costos variables: Una separación fundamental*. México, Instituto Mexicano de Ejecutivos de Finanzas, A.C.

Thullen, Peter. (1992) *Métodos estadísticos y análisis de costos en la seguridad social*. México, CIESS-IMSS.

Lectura - práctica 2

Objetos del gasto del presupuesto operativo

Segunda parte

El objetivo de este ejercicio es familiarizar a los participantes con los objetos del gasto que componen un presupuesto operativo. Para tal efecto se puede observar el cuadro N° 1 que se adjunta.

Cada país y cada institución de acuerdo con su normatividad específica utiliza números propios para las partidas presupuestales, denominación para los objetos del gasto y la cantidad de dinero que estime conveniente para cada una de sus partidas.

Los números de partidas presupuestales, la denominación del objeto de gasto y las sumas de dinero que se presentan en el cuadro N° 1 no son reales, se presentan con el único fin de ilustrar el ejemplo.

Para lograr el objetivo de este ejercicio, el participante analiza los contenidos de este cuadro y realiza comparaciones en paralelo con la información que tenga disponible.

Cuadro No. 1
OBJETOS DEL GASTO DEL PRESUPUESTO OPERATIVO

No. de partida	OBJETOS DEL GASTO	S
0085	DILIGENCIAS JUDICIALES	18,686
0086	DERECHOS MUNICIPALES (PREDIO, BASURAS, AGUA, ETC)	1,167,646
0087	AVALUO DE BIENES Y LOCALIZACIÓN DE TERRENOS	3,623
0088	GASTOS DE IMPORTACIÓN POR ARTÍCULOS DE CONSUMO	43,280
0089	GASTOS DE AUTOSEGURO POR SINIESTROS	7,817
0090	HONORARIOS DE SERVS., AVALÚOS BIENES Y LOCALIZACIÓN DE TERRENOS	16,034
0091	SERVICIOS DE FOTOCOPIADO	227,143
0092	ASESORÍA, IMPLANTACIÓN Y CONSULTORÍA EN INFORMÁTICA	1,388,171
0093	DERECHOS DE USOS DE LICENCIAS	1,196,686
0094	MANTENIMIENTO Y ACTUALIZACIÓN DE LICENCIAS Y PROGRAMAS	21,726
0095	MATERIALES PARA CONSERVACIÓN DE EQUIPO DE TRANSPORTE	631,817
0096	MATERIALES PARA CONSERVACIÓN DE EQUIPO DE COMPUTACIÓN	385,851
0097	DEPRECIACIÓN DE BIENES INMUEBLES	477,794
0098	ACTUALIZACIÓN DE LA DEPRECIACIÓN DE INMUEBLES	7,509,051
0099	DEPRECIACIÓN DE MOBILIARIO	64,423
0100	DEPRECIACIÓN DE MOBILIARIO MÉDICO	98,629
0101	DEPRECIACIÓN DE MOBILIARIO DE OPERACIÓN	62,743
0102	DEPRECIACIÓN DE EQUIPO ADMINISTRATIVO	560,366
0103	DEPRECIACIÓN DE EQUIPO DE CÓMPUTO	427,680
0104	DEPRECIACIÓN DE EQUIPO DE OPERACIÓN	56,366
0105	DEPRECIACIÓN DE EQUIPO MÉDICO E INSTRUMENTAL	2,655,029
0106	DEPRECIACIÓN DE AMBULANCIAS	133,451
0107	DEPRECIACIÓN DE EQUIPO DE TRANSPORTE	106,469
0108	ACTUALIZACIÓN DE LA DEPRECIACIÓN EQUIPO DE OPERACIÓN	4,468,629
0109	ACTUALIZACIÓN DE LA DEPRECIACIÓN EQUIPO DE OFICINA	1,619,349
0110	ACTUALIZACIÓN DE LA DEPRECIACIÓN EQUIPO DE TRANSPORTE	603,109
0111	ACTUALIZACIÓN DE LA DEPRECIACIÓN OTROS ACTIVOS FIJOS	8,560
0112	INTERESES POR FINANCIAMIENTO	3,314
	TOTAL	275,147,159

Lectura-práctica 3

Costos fijos y variables con base en partidas presupuestales

Tercera parte

El participante realiza este ejercicio con el objetivo de clasificar las partidas presupuestales en fijas y variables. Para resolver el ejemplo utiliza el cuadro No. 2 que se adjunta y la información pertinente se toma del cuadro No. 1 de la lectura-práctica 2.

Los conceptos de costos fijos y variables se presentan en la primera parte de este material didáctico en los “Elementos conceptuales para los costos de los servicios de salud”. Si el costo es semifijo escriba la suma monetaria respectiva en la columna que corresponde a los fijos. Si el costo es semivariable registre su monto en la columna de costos variables.

Lectura-práctica 4

Objetos del gasto en grandes grupos del presupuesto operativo

Cuarta parte

Como se observa, existe gran número de partidas presupuestales. El proceso de costos las simplifica formando grandes grupos de acuerdo con su homogeneidad. Estos grupos los define el equipo técnico responsable de los costos hospitalarios.

A manera de ejemplo se presenta en el cuadro No.3 una agrupación con el fin de que los participantes desarrollen una práctica, la cual consiste en obtener con base en el cuadro No. 1, la suma monetaria que corresponde a cada uno de los catorce elementos del costo que se indican. Igualmente, deben obtener los valores porcentuales, hacer gráficos y analizar los resultados.

Cuadro No. 3
OBJETOS DEL GASTO HOSPITALARIO EN GRANDES GRUPOS

No.	Elementos constitutivos del costo	\$	%
1	Personal		
2	Medicamentos		
3	Aparatos e instrumental médico		
4	Gastos generales		
5	Material de curación		
6	Gastos administrativos		
7	Material médico y paramédico		
8	Otros consumibles		
9	Papel impreso y otros similares		
10	Otros gastos		
11	Mobiliarios y enseres menores		
12	Otros conceptos		
13	Asesorías y consultorías		
14	Gastos financieros		
	TOTAL		

Lectura - práctica 5

Costos directos e indirectos

Quinta parte

El conocimiento de los costos directos e indirectos en los hospitales es un tema central en su gestión médico-económica. Como se describe en los “Elementos conceptuales para los costos de los servicios de salud” de este material didáctico, los costos directos e indirectos están estrechamente relacionados con la estructura departamental del hospital.

Para desarrollar el ejercicio de costos directos e indirectos, el participante aplica sus conocimientos y experiencias para distribuir la información que se proporciona en este material, para presentar los resultados obtenidos utiliza el formato del cuadro No. 4.

El participante estima en primer lugar el costo directo del departamento de hospitalización, y a continuación determina los costos indirectos del departamento de hospitalización, esto es, los que le corresponden por los aportes que recibe de los departamentos intermedios, de apoyo, generales y de administración a hospitalización.

Si el participante no tiene información puede utilizar los valores relativos que se sugieren en el cuadro No. 4^a. Estos porcentajes son arbitrarios y se indican con el único fin de facilitar el desarrollo del ejercicio.

Cuadro No. 4a.
COSTO DIRECTO E INDIRECTO DEL DEPARTAMENTO DE HOSPITALIZACIÓN
PORCENTAJES SUGERIDOS SÓLO CON FINES DIDÁCTICOS

	COMPONENTES DEL COSTO		COSTO DIRECTO		COSTO INDIRECTO								TOTAL	
	F	V	\$	%	INTERMEDIO	%	DE APOYO	%	GENERAL	%	ADMINISTRATIVO	%	\$	%
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o
1° Personal	X			0.5080401		0.5872898		0.5355290		0.8439400		0.7789600		0.5820088
2° Medicamentos		X		0.2067865		0.0461730		0.0000000		0.0000000		0.0000000		0.1153458
3° Material de curación		X		0.0687045		0.0535030		0.0000000		0.0000000		0.0000000		0.0588872
4° Otros consumibles		X		0.0131753		0.0000000		0.1951480		0.0000000		0.0187850		0.0324610
5° Material médico y paramédico		X		0.0021172		0.1138760		0.0080080		0.0000000		0.0000000		0.0318324
6° Otros gastos		X		0.0000000		0.0000000		0.1120920		0.0000000		0.0070520		0.0147113
7° Papel impresos y otros similares		X		0.0058493		0.0092050		0.0000000		0.0000000		0.0242520		0.0071616
8° Aparatos e instrumental médicos	X			0.0123839		0.0254070		0.0000000		0.0000000		0.0000000		0.0132271
9° Gastos generales	X			0.1479292		0.1478700		0.1494200		0.1494200		0.1483510		0.1480305
10° Gastos administrativos	X			0.0064417		0.0064380		0.0065050		0.0065060		0.0063730		0.0064458
11° Otros conceptos	X			0.0099749		0.0100470		0.0000000		0.0000000		0.0000000		0.0077466
12° Asesorías y consultorías		X		0.0000000		0.0000000		0.0000000		0.0000000		0.0205370		0.0014603
13° Mobiliarios y enseres menores	X			0.0005090		0.0003820		0.0012990		0.0001270		0.0016830		0.0006467
14° Gastos financieros	X			0.0000067		0.0000070		0.0000070		0.0000070		0.0000070		0.0000068
TOTAL EN VALOR ABSOLUTO				1		1		1		1		1		1
TOTAL EN VALOR PORCENTUAL			0.4955302		0.2790758		0.1267693		0.0275207		0.0711040		1	



Ejercicios y actividades de evaluación

TERCERA ACTIVIDAD

De acuerdo con la información revisada en el artículo, realice las siguientes tareas:

- Con apoyo de textos adicionales elabore en tres páginas su definición e importancia de los siguientes conceptos: costo directo, costo indirecto, departamento final, departamento intermedio, departamento de apoyo, departamento general y departamento administrativo.
- Desarrolle los ejercicios de las lecturas prácticas siguiendo las instrucciones incluidas para cada una. Utilice los formatos anexos.
- Integre un documento de acuerdo al contenido sugerido a continuación. Este documento lo deberá exponer en la sesión presencial de evaluación y acreditación ante los profesores-tutores y las autoridades académicas del CIESS.

Contenido del Trabajo

- Portada: Título del documento, fecha, autor (es), institución de procedencia.
- Índice.
- Introducción.
- Definición de conceptos elaborada en tres páginas.
- Presentación de resultados de los ejercicios en los formatos correspondientes.
- Gráficas de análisis de la información y resultados.
- Conclusiones y sugerencias.

CURSO A DISTANCIA FUNDAMENTOS DE LA ECONOMÍA DE LA 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. Javier López Vázquez / Lic. Martín Gómez Silva

PROFESOR-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	Número de hojas que anexa
Primera actividad.		
Segunda actividad.		
Tercera actividad.		

Directorio

GENARO BORREGO ESTRADA
Presidente de la CISS y de la Junta Directiva del CIESS

MARÍA ELVIRA CONTRERAS SAUCEDO
Secretaria General de la CISS

LUIS JOSÉ MARTÍNEZ VILLALBA
Director del CIESS

GUILLERMO FAJARDO ORTIZ
Coordinador Académico del CIESS

JAVIER LÓPEZ VÁZQUEZ
Coordinador del Área de Economía de la Salud y del Curso

FERNANDO ARGÜELLES TEJEDA
Jefe de la Unidad de Tecnología Educativa del CIESS

MARTÍN GÓMEZ SILVA
Coordinador del Curso

JUAN JOSÉ ZERMEÑO CÓRDOVA
Jefe del Área de Comunicación del CIESS

Diseño de portada: Oscar Victorica Cea

Diseño de interiores y formación: Noemí de la Cerda Rodríguez