

Hacia una definición de la Economía de la Salud**

Introducción. I. Definición administrativa. II. Propositiones económicas. III. Población y recursos. IV. El debate Winslow-Myrdal. V. Definición de la economía de la salud. Resumen. Referencias.

Introducción

Dos desarrollos recientes de carácter científico en la medicina han enfocado la atención hacia la economía de la salud.

Primero, nuevos productos terapéuticos han proporcionado tratamientos para muchas enfermedades infecciosas que, hace menos de 20 años, eran importantes causas de mortalidad en Estados Unidos y otras naciones industrializadas. Estos cambios en las técnicas médicas, que han aumentado la capacidad de los profesionales para intervenir efectivamente las enfermedades, han alterado los patrones en la organización de los servicios de salud y es así como los problemas asociados con los costos de la atención médica han ido intensificándose y han estimulado los esquemas de prepago para sufragarlos.

** Traducción del inglés por Juan Miguel Gallego y Jairo Humberto Restrepo. Facultad de Ciencias Económicas, Centro de Investigaciones Económicas -CIE-, Universidad de Antioquia. (Publicado originalmente en Public Health Reports, Vol 73, No. 9, Septiembre de 1958). Se publica con autorización.

Estos cambios también han dado origen a muchos interrogantes acerca de la naturaleza del "mercado" de servicios de salud; de la relación de la capacidad de planta con el uso de servicios y de las variaciones en la demanda atribuibles al esquema de prepago. Especial importancia merecen las cuestiones que se refieren a los cambios en la demanda por pago a terceros, para tipos limitados de atención médica, y los efectos de métodos alternativos de pago y compensación sobre el precio de los servicios de salud. Estos problemas son una muestra de lo mucho que se ha originado a partir de las alteraciones en los patrones de la organización de los servicios de salud y en los métodos de pago de los mismos, todo lo cual comprende un conjunto de temas económicos.

Un segundo conjunto de preguntas surge de otro desarrollo en la ciencia médica: la posibilidad de aumentar la esperanza de vida. La esperanza de vida al nacer en muchas de las naciones de Asia y Africa - naciones que albergan cerca de dos terceras partes de la población mundial- estuvo, aún recientemente, cercana a los 30 años, lo que puede ser contrastado con los cerca de 70 años de esperanza de vida lograda en Estados Unidos. El aumento potencial en la esperanza de vida, en el caso de las naciones menos desarrolladas y densamente pobladas, nos concentra en el problema de balance entre población y recursos, entre fuerza de trabajo y producto. Los avances en la medicina y en la salud pública pueden ser aplicados rápidamente y con gastos mínimos para reducir las tasas de mortalidad y morbilidad en estas naciones. La fumigación con DDT, la inmunización con BCG y el tratamiento con penicilina han producido resultados dramáticos en la reducción de muertes por malaria, tuberculosis y sífilis.

Una tasa de mortalidad más baja ha intensificado la búsqueda de respuestas a cuestiones económicas específicas, de modo que los logros en la salud no sean disipados por las presiones del aumento en la población o la baja oferta de alimentos, con la consecuente intensificación de la pobreza. Algunas de estas preguntas están relacionadas con los medios por los cuales el rendimiento neto de la inversión en la salud de la gente puede ser medido, los montos relativos de inversión en capital

para reposición y el crecimiento de capital requerido, y los efectos sobre la productividad de los cambios en el estado de salud. Al mismo tiempo, el cambio en el valor monetario del hombre sobre su capacidad productiva causa impacto sobre el crecimiento económico.

Estos dos problemas requieren, entre otras cosas, un análisis del uso óptimo de recursos para mantener y mejorar la salud y la calidad de vida de las personas. Ambos problemas han sido presionados por la necesidad de formular políticas públicas de salud en países menos desarrollados y políticas privadas para el mercado médico, por lo menos en los Estados Unidos.

I. Definición administrativa

¿Qué es entonces la economía de la salud? Generalmente, el término "economía de la salud" ha sido empleado por los administradores de la salud para referirse a cualquier investigación que trate el dinero y su relación con la salud. Las dos revistas médicas con economía en sus títulos tal vez dan un indicio de lo que los profesionales de la salud consideran que debe ser el campo de estudio de la economía de la salud. Una de ellas, *Medical Economics*, es esencialmente una revista de administración para los médicos, con artículos que tratan regularmente de los métodos y las finanzas del oficio de los médicos. Artículos especiales en 1957, por ejemplo, tratan del ingreso de los médicos, las horas de práctica, especialidades, determinación de honorarios, desarrollos del seguro de salud voluntario y cómo estos soportan la práctica y las finanzas de los médicos, el costo de la práctica médica incluyendo los seguros por errores, los problemas de impuestos como la definición de los gastos y los problemas de planificación estatal.

La segunda publicación, *Public Health Economics*, publicado por el Grupo de Economía de la salud de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, compendia artículos y temas nuevos. Los materiales compilados son clasificados de la siguiente manera: la legislación, programas de gobierno en operación (federal y estatal), planes de

prepago, personal de salud, hospitales y otras instalaciones de salud, recibo de atención y desarrollos en otros países. En las primeras ediciones de esta revista, en 1944, se publicaron nuevos temas sobre los programas de salud del gobierno, visiones de los profesionales de la salud sobre la organización y el financiamiento de los servicios, la educación médica, la organización y los servicios de hospitales, las necesidades y servicios de salud oral, los planes de seguro voluntario, y la educación de la salud pública. En la introducción de la primera edición, el Dr. Sinai señaló: "(...) esta publicación es un tributo tangible para (...) contribuciones hacia el desarrollo de una combinación nueva y vital de las ciencias médicas y sociales. La combinación es la economía de la salud pública".

Entonces, la "economía de la salud" ha sido concebida ampliamente tomando el rango de las ciencias sociales, incluyendo a la administración pública, y, en forma restringida, para referirse a los métodos de negocios de organización y de pago.

II. Proposiciones económicas

Y, ¿qué dicen los economistas sobre la economía de la salud? Hasta hace muy poco, los economistas han dado pocas ideas sobre la organización del mercado de los servicios de salud o sobre las ganancias netas de la inversión en la salud de la gente. Esta falta de atención por el mercado médico puede estar señalando las características especiales de la medicina que la marcan como una excepción a las proposiciones económicas que explican generalmente los mecanismos del mercado.

Existen unas características muy importantes del mercado médico que lo diferencian del mercado de la economía clásica. Primero, la búsqueda del beneficio no es una explicación adecuada de la actividad en el "mercado" médico. La atención en los hospitales a través de los siglos ha sido primordialmente pública o bajo el auspicio de instituciones sin ánimo de lucro. Aun cuando los servicios médicos en Estados Unidos están organizados sobre bases tan individualistas como cualquier profe-

sión o empresa, los médicos han aceptado su papel social en la comunidad y frecuentemente han atendido la enfermedad y promovido la salud sin remuneración por su tiempo y sus conocimientos. Además, la motivación del profesional para ocuparse de una atención interesante desde el punto de vista médico, comúnmente lleva al practicante a evaluar su tiempo dedicado al ocio, ingreso, y trabajo en forma diferente a como opera en la industria.

Segundo, en la medicina el precio no es el único mecanismo por el cual la demanda y la oferta de los servicios médicos y de salud alcanzan el equilibrio. Como una responsabilidad social, las asociaciones privadas, firmas sin ánimo de lucro y médicos privados han provisto servicios necesarios para aquellos que no pueden pagar. Y las tarifas por los servicios han sido calculadas con base en burdas evaluaciones sobre la capacidad de pago. Sin embargo, en economía, generalmente el sistema de precios es el instrumento para la asignación de bienes entre consumidores y sus demandas. El gobierno tradicionalmente ha sido el instrumento para corregir el mecanismo del mercado donde éste falla notoriamente para satisfacer las necesidades de los individuos. En la esfera de la atención médica, sin embargo, las necesidades individuales han sido históricamente satisfechas, al menos en parte, por organizaciones sin ánimo de lucro y por médicos guiados por el juramento de Hipócrates.

Además, un precio competitivo ha estado generalmente ausente del mercado médico al menos hasta hace poco. En parte, esto es atribuible a la ausencia de una mercancía homogénea. El conocimiento y la capacidad varían con las aptitudes individuales del personal de la salud y las necesidades de los pacientes también difieren.

Tercero, los servicios médicos son servicios personales; el dinero no puede ocultar la transacción. La fría impersonalidad del dinero, parte de todas las transacciones de negocios, está bastante ausente del intercambio médico, entre quienes prestan los servicios y quienes los reciben. Porque parte de lo que uno compra en servicios médicos es una relación personal.

Cuarto, los consumidores no escogen entre servicios de salud y otros bienes y servicios por medio de una simple ponderación racional de elecciones, ya que (tomando como guía los gastos en salud) el consumidor prefiere evitar o remover las circunstancias que limitan su capacidad, usando recursos para mantener y mejorar su salud. En cada grupo de ingreso hay una fuerte concentración del gasto para atención médica en las familias que sufren enfermedades, lo cual sugiere que los desembolsos del consumidor son tomados para curar o proveer servicios al enfermo. Este patrón de preferencias del consumidor puede ser ilustrado de otras formas. Por ejemplo, en un año solamente una tercera parte de la población compra servicios dentales.¹ Cerca de una quinta parte de los servicios médicos son servicios de medicina preventiva; el resto de servicios son para atención curativa y diagnóstico de la enfermedad.² Además, la información sobre gastos y sobre la relación gasto-ingreso sugiere que los patrones de consumo de las familias se distorsionan cuando son golpeadas por la enfermedad.

La organización eficiente de los recursos económicos para la salud, guiados por las preferencias del consumidor, depende del conocimiento que éste tenga y de su grado de educación. A pesar de los esfuerzos persistentes para educar a los consumidores, ellos revelan una ausencia considerable de conocimiento sobre la cantidad y calidad de servicios de salud requeridos. La naturaleza del servicio médico y su carácter intangible refuerzan la falta de conocimiento para realizar las compras e impiden una elección racional que debe guiar la asignación de recursos.

Además de lo anterior, en la compra de muchos servicios médicos por parte del individuo existe una utilidad social. La compra de servicios de salud para la prevención de enfermedades contagiosas e infecciosas, como la viruela, la poliomielitis y la tos ferina, producen una utilidad, o un beneficio, para la comunidad como un todo. Aún los servicios curativos, como los empleados para el tratamiento de la tuberculosis o la sífilis, ayudan a prevenir la propagación de las enfermedades; entonces, la compra de servicios por parte de un individuo para su propia cura

beneficia a su prójimo. Estos importantes “beneficios extras al comprador”, o “economías externas” en la prevención de la enfermedad, son ejemplos en los cuales la demanda individual y el precio del mercado subestiman el beneficio marginal y total producido. Los servicios preventivos de salud serían subvalorados y subproducidos, a menos que agencias administrativas (de gobierno o privadas sin ánimo de lucro) entren al mercado.

III. Población y recursos

Mientras los economistas han dedicado poca atención al mercado médico, se han ocupado bastante del crecimiento de la población en relación con los recursos físicos limitados. El *ensayo sobre los principios de población* de Malthus, publicado por primera vez en 1798, apuntó una serie de postulados económicos que dieron una visión sobre la relación del hombre contra la naturaleza y justifican la designación que se le ha dado a la economía de ciencia triste. El más importante de estos postulados para la economía de la salud fue la ley de hierro de los salarios.

Alfred Marshall, quien escribió los *Principios de economía* en la década de 1880 y representa una transición de la economía clásica a la moderna, escribió: “ (...) los primeros economistas razonaron como si el carácter y la eficiencia del hombre pudiera ser considerada una cantidad fija (...) (La Economía) está prestando cada año una mayor atención a la flexibilidad de la naturaleza humana y a la forma en la cual el carácter del hombre afecta y es afectado por los métodos prevaletentes de producción, la distribución y el consumo de la riqueza”.^{3a}

Marshall, al tratar a los agentes de producción en el libro 4 de sus *Principios*, considera no solamente el crecimiento de la población sino también su salud y fortaleza. Un capítulo de este libro comienza diciendo: “Estamos próximos a considerar las condiciones de las cuales dependen la salud y la fortaleza física, mental y moral. Ellas son las bases de la eficiencia en la industria, de la cual depende la producción de riqueza material; recíprocamente, la mayor importancia de la riqueza material

está en que, cuando es usada sabiamente produce un aumento de la salud y la fortaleza física, mental y moral de la raza humana".^{3b}

Aún cuando unos pocos economistas han reconocido el concepto de "capital personal", de riesgos personales para los trabajadores en la industria como "costos sociales", y de salud (física y mental) como un componente de la eficiencia de los trabajadores, en conjunto estos conceptos han sido calificativos, más que partes integrales de sus proposiciones económicas.

Acá hay tres facetas de análisis interrelacionadas. La primera, la presión de la población sobre los recursos, que ha sido tema de discusión para áreas subdesarrolladas del mundo.⁴ La teoría malthusiana ha ganado nueva importancia en este contexto.

La segunda faceta se refiere al valor del capital del hombre. Dublin y Lotka, demógrafos y estadísticos más que economistas, han contribuido al trabajo principal sobre la metodología de evaluación del capital representado por el hombre.⁵ Para este propósito, ellos definen el valor de capital del hombre como el valor presente, descontado de los ingresos futuros del salario, reducido por los costos de nacimiento, educación y mantenimiento durante la vida laboral. En su estudio ellos recopilan las ideas que sobre el tema fueron presentadas en los trabajos de Sir William Petty, Adam Smith, William Farr, Frederick Engel, Alfred Marshall, Irving Fisher, y otros. Estudios posteriores de especial importancia para este análisis particular son los realizados por Wolfbein y Wool para el Departamento de Trabajo de Estados Unidos, sobre la medición del tiempo de trabajo.^{6,7}

La tercera faceta tiene que ver con la aplicación de las relación costo-beneficio a los programas de salud. El trabajo en esta área se remonta al siglo XVI con el estudio de Jean Bodin, posteriormente, al ensayo de Richard Cantillon sobre la naturaleza del comercio en general publicado en 1755 y a Quetelet, un estadístico social quien escribió en 1835: "En sus primeros años, el hombre vive a expensas de la sociedad; él adquiere una

deuda que debe pagar luego y, si muere antes de que lo pueda hacer, su vida ha sido una carga más que un beneficio para sus conciudadanos (...).⁸ Los estudios económicos sobre costo-beneficio de los programas de salud han sido desarrollados principalmente por administradores de la salud y otros profesionales de la salud más que por economistas. Hermann M. Biggs mostró el interés de los administradores de la salud en su eslogan acuñado hace más de tres décadas y media por el Departamento de Salud de New York: "La salud pública puede comprarse; con limitaciones naturales una comunidad puede determinar su propia tasa de mortalidad".

IV. El debate Winslow-Myrdal

El análisis costo-beneficio ha ganado nueva significación a partir de la Segunda Guerra Mundial, especialmente en los estudios y actividades de organizaciones internacionales. Las principales contribuciones de este análisis fueron hechas por C.E.A. Winslow en su volumen de 1951 sobre *El costo de la enfermedad y el precio de la salud*, gracias al debate entre Winslow y Gunnar Myrdal antes de la Quinta Asamblea Mundial de la Salud de la Organización Mundial de la Salud en 1952, y por el volumen subsecuente de Myrdal sobre *Teoría económica y regiones subdesarrolladas* publicado en 1957.

Las diferencias entre la visión de Winslow y la de Myrdal son principalmente diferencias de énfasis. Winslow argumentó que la inversión en salud ofrece grandes dividendos en el capital humano. Para él, en las áreas menos desarrolladas del mundo donde no hay excedente para invertir en la empresa rentable de la salud, el círculo vicioso de la pobreza y la enfermedad continúan su curso sin variación. "Los hombres y mujeres se enferman porque son pobres; son pobres porque se enferman, y son más enfermos porque son más pobres".^{9a} La idea de que los programas de salud exitosos aumentarán la miseria humana, señaló Winslow, está basada en un supuesto engañoso de que hay una ley básica que limita el desarrollo económico. Él llamó la atención para adelantar

mejoras en la producción agrícola en las áreas menos desarrolladas del mundo, para el desarrollo de los recursos minerales y otras medidas sociales y económicas que mejoren el bienestar de la población; estas medidas deberían ser apoyadas en algunos países por esfuerzos para limitar las excesivas tasas de crecimiento de la población. Hizo énfasis en que los programas de salud pública no pueden ser planeados en el vacío, sino solamente como parte vital de un programa más amplio de mejoramiento social.^{9b,10} Urgió a los líderes de la salud para “mantener récords cuidadosos del costo de sus programas de salud y de los resultados actuales obtenidos, y estimar las ganancias económicas correspondientes a la disminución alcanzada en la mortalidad y la morbilidad”.¹¹

Myrdal, partiendo de la tesis de Winslow sobre el círculo vicioso, elabora una teoría de causación circular. En forma breve, la teoría de Myrdal dice que en un punto del tiempo hay una acomodación en la sociedad entre fuerzas opuestas. Si una de las dos fuerzas opuestas cambia, escribe Myrdal, un cambio debe ocurrir en la otra fuerza, “y comienza un proceso acumulativo de interacción mutua en la cual el cambio en un factor será soportado continuamente por la reacción del otro factor y así sucesivamente en una forma circular (...) El punto no es simplemente que muchas fuerzas estén trabajando en la misma dirección. Ellas, en efecto, no lo están haciendo así. En general hay períodos en los cuales estas fuerzas opuestas se compensan una a otra de manera que el sistema permanece en reposo hasta que un impulso o sacudida ocurre en algún punto. Cuando el sistema como un todo comienza a moverse después de la perturbación, los cambios en las fuerzas trabajan en la misma dirección, lo cual es algo diferente. Y esto es así porque las variables están tan entrelazadas en una causación circular que un cambio en cualquiera de ellas induce a las otras a un cambio en forma tal que estos cambios secundarios sostienen el primer cambio, con efectos terciarios similares sobre la primera variable afectada, y así sucesivamente”.¹² Myrdal anota que si esta teoría de causación acumulativa es válida, un movimiento ascendente del sistema completo podría ser causado por presiones aplicadas en uno o varios puntos del sistema. Sin embargo, en concordancia con Winslow, argumenta que la política

racional no debería inducir un cambio en un solo factor, especialmente si es súbito o con gran fuerza.

Basándose en esta teoría, Myrdal argumenta que está lejos de ser fácil definir o medir el valor económico de los programas dirigidos a la promoción de la salud de la población.

Es muy posible que los costos y los beneficios sean diferentes en el corto plazo de lo que deberían ser en otros momentos, así como en diferentes contextos. En el largo plazo, los valores dependen de la interrelación de factores en cualquier sociedad.

Myrdal enfatizó que el éxito de los programas de salud dependerá enteramente de si están integrados adecuadamente en un programa de desarrollo económico general. Estando de acuerdo con Winslow en que los programas de salud deberían "ser una parte vital de un programa más amplio de reconstrucción social".

Myrdal también estuvo de acuerdo con Winslow en que un programa de salud podría incrementar el número de personas en edad productiva al igual que su productividad. Pero, enfatizó, "el valor económico de prevenir la muerte prematura (...) depende totalmente de si el desarrollo económico opera en una forma que asegure el trabajo productivo para el mayor número de personas que logramos mantener activas".¹³ Si se reducen las tasas de mortalidad en áreas en las cuales existe un desempleo importante, la pobreza se agravaría. Mientras Myrdal, al igual que Winslow, cuestionó la noción estática de un "óptimo de población", desde el punto de vista de la expansión de los recursos de producción, hizo un mayor énfasis que Winslow sobre la necesidad de la inversión en lugares de producción. La cantidad de capacidad planeada requerida para evitar el estancamiento económico y el aumento de la pobreza aumentaría mediante un programa de salud realmente exitoso.

Myrdal sugirió que los cálculos acerca del precio de la salud y el costo de la enfermedad deberían estar basados en algo distinto a un valor monetario de la gente.

El éxito del programa, por ejemplo, podría calcularse sobre el ahorro en vida y capacidades en lugar de dólares. Los costos de programas alternativos, o de su administración, también podrían ser comparados sin referencia al valor en dólares de la gente.

El debate Winslow-Myrdal ha servido para destacar tres necesidades: (a) mayor precisión en la definición de medición del costo de enfermedad, (b) una distribución más cuidadosa entre los impactos y los efectos primarios y secundarios de los programas de salud, y (c) una formulación más cuidadosa de los supuestos que están detrás de los modelos económicos alternativos (estáticos o dinámicos) usados en la estimación de los costos de enfermedad. Además, este intercambio ha servido para proveer una perspectiva más amplia desde la cual se pueda explorar el objeto de estudio de la economía de la salud.

V. Definición de la economía de la salud

Definida de manera tentativa, la economía de la salud es un campo de investigación cuyo objeto de estudio es el uso óptimo de los recursos para la atención de enfermedades y la promoción de la salud. Su tarea consiste en evaluar la eficiencia de la organización de los servicios de salud y sugerir formas de mejorar esta organización.

Obviamente, la promoción de la salud involucra más que los servicios ofrecidos por los profesionales de la salud. Incluye alimentos, vivienda, recreación y ropa, pero, aunque estos contribuyen de manera importante a la salud y el bienestar, deben ser excluidos del alcance de los estudios de economía de la salud. Si no son excluidos, el alcance de los estudios abarcaría todas las actividades económicas y los problemas especiales de la economía de la salud recibirían un tratamiento inadecuado. Mientras que el alcance de la economía de la salud puede ser delimitado de esta forma, se deben tener en cuenta los usos alternativos de recursos escasos, el impacto del desarrollo económico y el crecimiento económico sobre el estado de salud y la necesidad de servicios de salud.

Generalmente la asignación de recursos económicos es determinada en el mercado por las preferencias de los consumidores por diferentes tipos de bienes de consumo y por las preferencias de los trabajadores por diferentes tipos de trabajo, ocio e ingreso. Los economistas del bienestar han tomado estas preferencias, expresadas en el mercado, como la guía para el uso óptimo de recursos.^{14,15,16}

Pero hay ciertas razones para que estas preferencias no sean una guía completamente confiable en el uso óptimo de los recursos de salud, aún cuando la palabra óptimo sea usada en este sentido especial.

Primero, el consumidor prefiere evitar la enfermedad y la compra de servicios de salud. Como se señaló anteriormente, hay "beneficios extras al comprador" medibles en la compra individual de servicios médicos. Otras personas en la comunidad se benefician de esta compra. Las compras por algunos consumidores, por ejemplo, de la vacuna de influenza durante la epidemia reciente previno la dispersión de la enfermedad. El valor de los servicios médicos para cada consumidor no dependía de su consumo de estos servicios sino también de las decisiones de sus conciudadanos. Aquellos que no compraron la vacuna también se beneficiaron. Entonces, el valor social de los servicios médicos es mayor que el valor marginal privado. Las decisiones individuales de un consumidor son entonces inadecuadas como una guía eficiente para la asignación óptima de recursos para propósitos de salud, puesto que a partir de ellas se presentaría una subvaloración de los servicios de salud, lo cual resulta en una subproducción de estos servicios.

Segundo, algunos servicios de salud no se prestan para la fijación de precio en el mercado por cuanto las preferencias de la sociedad por ellos no pueden ser adecuadamente valoradas en el mercado. Las medidas de control de contaminación del aire y el agua, la fluorización del agua y el control del mosquito son ejemplos de estos servicios. Además, el sistema de precios para los servicios individuales no se aplica en todos los casos: (a) los médicamente necesitados no son excluidos de la atención cuando se enferman, y (b) la seguridad pública y la salud algunas veces requieren

- de provisión directa de servicios de salud y la separación del individuo de la vida en comunidad. Los servicios de hospitales públicos para enfermos mentales y pacientes con tuberculosis son ejemplos de los servicios por fuera del sistema de precios de mercado.

Tercero, la asignación de recursos de salud está determinada por una combinación de decisiones privadas y decisiones administrativas. Las “decisiones administrativas” incluyen aquellas decisiones tomadas por el gobierno, las agencias sin ánimo de lucro y las organizaciones de profesionales. Las decisiones sobre instalaciones para la atención de la salud (la construcción y el tamaño de un hospital, por ejemplo) también son tomadas por agencias voluntarias. La Asociación de Enfermeras visitadoras determina la disponibilidad de atención de enfermería de tiempo parcial en muchas comunidades. En algunos lugares el contenido y la calidad de los servicios de salud rurales son determinados por organizaciones regionales asociadas con escuelas de medicina. Los principios subyacentes a estas decisiones administrativas y la forma en la cual ellos influyen en la asignación de recursos de salud necesitan ser explorados.

Puede ser que los principios de las decisiones sobre presupuesto público sean aplicables a las decisiones administrativas de agencias voluntarias y públicas de salud. Mientras los economistas han dejado de lado las teorías del gasto público, a favor de las teorías de la imposición y la política, el análisis de la programación presupuestal del gobierno ha comenzado. La Comisión Mixta de Economía del Congreso de los Estados Unidos, en su estudio de 1957 de la política de gasto federal para el crecimiento económico y la estabilidad, ha estimulado el desarrollo de principios para la determinación del presupuesto público.^{17,18} La revisión de este trabajo es necesaria para determinar su contribución a nuestra comprensión de la asignación óptima de recursos económicos para salud.

Las preferencias del consumidor, como son expresadas en el mercado, son una guía para el uso óptimo, aunque una guía incompleta. Otro

asunto es el efecto de los programas de salud sobre los recursos de trabajo y la producción. Las ganancias en el producto como consecuencia de los servicios de salud pueden igualar o exceder (en un período de tiempo dado) los recursos usados en salud. El número y la calidad de los nuevos recursos de mano de obra deben ser comparados con la mano de obra empleada en la provisión de servicios de salud. Por ejemplo, sería posible comparar la cantidad de mano de obra usada en la provisión de servicios de salud en Estados Unidos con las ganancias por la participación de la fuerza de trabajo que resulta de tasas de mortalidad reducidas. Estas, en Estados Unidos, han resultado en un declive en las separaciones de la fuerza de trabajo de todos los grupos de población hasta los 65 años. A pesar del retraso marcado de la gente joven para ingresar al mercado de trabajo, y la salida más temprana de la población de mayor edad, el hombre de hoy trabaja muchos más años que su homólogo de hace 50 años.¹⁹

Los problemas de medición de costo-beneficio han sido mencionados en la discusión entre Winslow-Myrdal. Los conceptos y los métodos de medición requieren estudios más extensivos. Los aumentos reales en la producción, y no el potencial, bajo las mismas condiciones de empleo, deben ser medidos contra el costo de los servicios de salud para determinar su relación con el óptimo económico.

Un aspecto adicional del problema puede mencionarse. El óptimo económico muestra alguna relación de la cantidad de recursos de salud requeridos para proveer atención para todas las enfermedades de la población. El óptimo puede estar por debajo o por encima de la cantidad de servicios sugeridos por los estándares profesionales. Los estándares de requerimientos de recursos de salud son familiares para los médicos. La planificación profesional para los servicios de salud y la fijación de estándares son característicos del campo de la salud. Los estándares de la educación profesional, los requerimientos para ingresar a las profesiones de la salud, los estándares de hospitales, y en algunos otros ejemplos los estándares de calidad son determinados por grupos de profesionales. Además, el gobierno, mediante medidas obligatorias, ha

determinado estándares de salud pública. Por ejemplo, la vacunación es requerida como una condición para la admisión a la escuela, y se definen estándares para la distribución de leche, la manipulación de alimentos y la oferta de agua.

La Encuesta Nacional de Salud está diseñada para proveer datos sobre enfermedades de la población. En la discusión sobre los usos potenciales de la información de tal encuesta, la Comisión Nacional de Estados Unidos sobre Estadísticas de Vida y de Salud indicó que la información cuantitativa proveería bases para evaluar instalaciones de salud, personal y programas al igual que determinar cómo los recursos disponibles deberían ser divididos entre programas.²⁰ En un estudio anterior, Lee y Jones relacionaron enfermedades de la población con el volumen necesario de servicios de salud y los requerimientos de mano de obra.²¹

El objeto de estudio de la economía de la salud incluye factores que determinan reglas de precios para los servicios de salud, formas en las cuales los materiales, los bienes, el recurso humano y la infraestructura son reunidos en el momento y lugar correctos y en las proporciones apropiadas para proveer servicios de salud, y formas en las cuales los diferentes bienes y servicios de salud son coordinados. Los mecanismos por los cuales los bienes y servicios son coordinados o "negociados" en el mercado por las compras de los consumidores de bienes y servicios de salud, códigos profesionales de desempeño y las decisiones de planeación y presupuesto de agencias gubernamentales y voluntarias.

La economía de la salud también incluye en su objeto de estudio los efectos de los servicios de salud sobre el tamaño, el carácter y la eficiencia de la fuerza de trabajo y la población. Ella pretende ganar un entendimiento sobre la interacción entre niveles de vida, producción y bienestar físico y mental. Los factores de salud que ocasionan ausencia laboral, el retiro del trabajo, la rotación laboral, la calidad y el desempeño del trabajador y la satisfacción del trabajador hacen parte del alcance y el interés de la economía de la salud. Los tópicos generales que

necesitan ser considerados en un tratamiento comprehensivo de la economía de la salud incluyen la interacción de servicios de salud y el producto nacional bruto, el crecimiento de la población, el desarrollo económico y la productividad de la fuerza de trabajo; los problemas de salud asociados con el desarrollo industrial; la oferta de servicios de salud; la utilización de servicios y la fijación de su precio; y el financiamiento de los programas de agencias públicas y sin ánimo de lucro.

El alcance de la investigación incluida en la definición tentativa de la economía de la salud de ningún modo es nuevo. Está sugerido en el trabajo que se está adelantando en el departamento de economía médica de la Asociación Médica Americana y el departamento de investigación económica y estadística de la Asociación Odontológica Americana. Estas organizaciones han explorado la interacción, el uso y el precio de los servicios de salud, la mano de obra del sector, las instalaciones y la demanda del consumidor. Los estudios de Eli Ginzberg, Herbert Klarman y otros, han aumentado nuestra comprensión de la economía del sistema hospitalario.²² El trabajo de Ginzberg también ha incluido un examen de los especiales problemas económicos de la salud del recurso humano y los métodos empleados en su atención.^{23,24} Y un número creciente de tesis doctorales en economía se refieren a estos y otros problemas similares.

Resumen

El administrador de la salud usualmente ha equiparado la "economía de la salud" con "cuestiones de dinero en el campo de la salud". Sin embargo, el dinero no es el problema central de la economía de la salud. La economía de la salud está interesada en el uso óptimo de recursos económicos escasos para la atención de enfermedades y la promoción de la salud, teniendo en cuenta los usos alternativos de estos recursos.

Los problemas básicos en economía de la salud son dos: la organización del mercado médico y el rendimiento neto de la inversión en la salud de las personas.

Las preferencias del consumidor no son una guía adecuada para la asignación óptima de recursos para la salud. Hay varias razones para que esto sea así. Por una parte, un consumidor prefiere evitar la enfermedad que requiere el uso de recursos en su atención. Por otra parte, sus conciudadanos se benefician de los servicios médicos que él compra, por ejemplo “inyecciones contra la gripa” durante una epidemia reciente. Las decisiones individuales subvaloran los servicios de salud y crean subproducción de estos servicios, a menos que se cuente con la acción de agencias privadas y gubernamentales.

Referencias

- ¹ U.S. National Health Survey: *Health statistics. Preliminary report on volume for dental care*. United States, July-September 1957. Public Health Service Pub. No. 584-B2. Washington D.C., Government Printing Office, 1958; p-7.
- ² U.S. National Health Survey: *Health statistics. Preliminary report on volume for physician visits*, United States, July-September 1957. Public Health Service Pub. No. 584-B1. Washington D.C., Government Printing Office, 1958; p-13.
- ³ Marshall, A. *Principles of economics*, Ed. 8, London, Macmillan and Co., 1938; (a) p. 764, (b) p. 193.
- ⁴ Leibenstein, H. *Economic backwardness and economic development*, New York, John Wiley and Sons, Inc., 1957; ch. 10.
- ⁵ Dublin, L. I., and Lotka, A. J. *The money value of a man*. Rev. ed. New York, Ronald Press Co., 1946.
- ⁶ U. S. Department of Labor, Bureau of labor Statistics: *Tables of working life for women*. Bull 1204. Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1957.
- ⁷ U. S. Department of Labor, Bureau of labor Statistics: *Tables of working life; length of working life for men*. Bull. 1001. Washington D.C., U.S. Government Printing Office, 1950.
- ⁸ Quetelet, quoted in René Sand: *The advance to social medicine*. London, Staples Press, 1952; p. 584.
- ⁹ Winslow, C.E.A.: *The cost of sickness and the price of health*, Monogr. Series No. 7. Geneva, World Health Organization, 1951; (a) p. 9; (b) p. 80.
- ¹⁰ *Health is wealth* (An abridged version of reference 9). Geneva, World Health Organization (1952?).

- ¹¹ Winslow, C.E.A. *The economic values of preventive medicine*, Chron. World Health Org. 6: 196, August 1952.
- ¹² Myrdal, G.: *Economic theory and underdeveloped regions*, London, Gerard Duckworth and Co., 1957; p. 16, 17.
- ¹³ Myrdal, G.: *Economic aspects of health*, Chron, World Health Org. 6: 211, August 1952.
- ¹⁴ Baumol, W.J. *Welfare economics and the theory of the State*, Cambridge, Harvard University Press, 1952.
- ¹⁵ Mactie, A.L. *Economic efficiency and social welfare*. New York, Oxford University Press, 1943.
- ¹⁶ Scitovsky, T. *Welfare and competition*, Chicago, Richard D., Irwin, Inc., 1951.
- ¹⁷ U. S. Congress, Joint Economic Committee: *Hearings ... Federal expenditure policy for economic growth and stability*, 85th Cong., 1st sess. Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1958.
- ¹⁸ U. S. Congress, Joint Economic Committee: *Federal expenditure policy for economic growth and stability*, Joint committee print. 85th Cong., 1st sess. Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1957.
- ¹⁹ Wolfbein, S.L. The length of working life. Paper presented at Fourth International Gerontological Congress, Merano, Italy, July 1957. Washington, D.C., U.S. Bureau of Labor Statistics, 1957.
- ²⁰ U.S. National Committee on Vital and Health Statistics: *Proposal for collection of data on illness and impairments in the United States; a report of the subcommittee on national morbidity survey*. PHS Pub. No. 333. Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1953.
- ²¹ Lee, R.I., and Jones, L.W. *The fundamental of good medical care*, Chicago, University of Chicago Press, 1933.
- ²² National Planning Association: "Good health is good business; a summary of a technical study", *Planning Pamphlets*, No. 62. Washington, D.C., 1948.
- ²³ Ginzberg, E. "What every economist should know about health and medicine", *American Economic Review*, No. 44; p. 104-119, March 1954.
- ²⁴ Ginzberg, E. "Health, medicine, and economic welfare", *Journal Mount Sinai Hospital*, No. 19; p. 734-743, March-April 1953.