

“LA INCORPORACION DEL ANALISIS ECONOMICO AL SECTOR SALUD EN PAISES LATINOAMERICANOS”. PRIMERA PARTE: PRINCIPALES APORTES Y ASPECTOS A CONSIDERAR.

Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 2, 1992/ 121-130

*Armando Arredondo*¹
*Patricia Hernández*²
*Carlos Cruz*³

SUMMARY

The ongoing increase of health care expenditures, the upsurge of more and varied health needs, the scarcity of resources for health care coverage and the need to set priorities within a gamut of possible alternatives of action, lead to the undeferrable necessity to include economic analysis in the quest for solutions to health problems plaguing Latin America. In this context, we highlight these problems to urge health care workers, namely leaders and decision makers, to speed up the inclusion of economic analysis into the health sector. This paper, the first of two parts, includes the main contributions and aspects to consider of economic analysis to be taken into account for its inclusion into the health sector. The second part outlines the nine main areas of practical application of economic analysis to health care problems.

Key Words: Economic Analysis, Latinoamerican Countries.

INTRODUCCION

Durante los años recientes, en los países de América Latina, se ha realizado un importante esfuerzo por satisfacer las necesidades de salud de la población; sin embargo, a la fecha, según datos oficiales, existe un porcentaje considerable de la población carente de servicios de salud, afectando fundamentalmente a los núcleos de población ubicados fuera de las áreas urbanas y con los tramos de ingresos inferiores (1).

A ningún gobierno de la región, escapa el hecho de que el extraordinario incremento de los costos de servicios de salud y por consecuencia que la necesidad de aumento del gasto en el sector en los últimos años han suscitado múltiples inquietudes entre los planificadores y ejecutores de las políticas públicas.

La demanda de atención a la salud no disminuye, cada vez se diversifica, y el elevado costo de las distintas alternativas de acción en este período impone a los presupuestos nacionales una pesada carga que los gobiernos están tratando de controlar (2).

De acuerdo con este planteamiento, es necesario resaltar la importancia de incorporar el análisis económico dentro del sector salud. Para tal efecto una de las áreas temáticas analizadas desde la última Asamblea Mundial de la Salud, era precisamente dar avance en el entendimiento de las interrelaciones entre economía y salud (3). Aspecto que se planteó como prioritario durante la primera Conferencia Ibero-Panamericana de Salud Pública realizada entre julio y agosto de 1988, concretamente en la ponencia sobre “El liderazgo en Salud Pública en América”, que propuso un esquema de programa-

1 Jefe del Depto. de Inv. en Financiamiento y Tecnología para la Salud. CISP-Instituto Nacional de Salud Pública. México.

2 Jefe del Depto. de Economía. Escuela de Salud Pública de México-Instituto Nacional de Salud Pública. México

3 Director de Investigación en Sistemas de Salud. CISP-Instituto Nacional de Salud Pública. México.

ción de la cooperación interinstitucional para promover el liderazgo sectorial.

Visto bajo esta perspectiva, los temas económicos cobran creciente importancia en la organización de los sistemas de salud, en la medida que aumenta la participación del sector en el Producto Interno Bruto (PIB). El equipo de salud debe estar alerta a los cambios que se producen y a las fuerzas económicas sobre su mercado y condiciones de trabajo (4).

En este escrito se plantean a manera de propuesta algunas de las aportaciones realizadas por la perspectiva económica para el análisis del sector salud así como los principales aspectos, que a criterio de los autores, deberán tomarse en cuenta al momento de incorporar tales aportes en el estudio del sector.

PRINCIPALES APORTES DE LA PERSPECTIVA ECONOMICA

La perspectiva económica para el análisis del sector salud, representada por la economía de la salud, surge de estudios empíricos y teóricos que han propiciado el desarrollo del cuerpo de conocimientos de esta especialidad (5). Los resultados obtenidos a la fecha pueden ser aprovechados e incorporados para elevar la calidad, equidad, accesibilidad y eficiencia, como parte de los principales problemas que enfrenta el sector.

El beneficio del estudio e intervención por la economía de la salud se refleja en una mayor satisfacción de las necesidades y condiciones de salud, así como en el mejor funcionamiento de los servicios y en generar la más adecuada interacción de los servicios con la población usuaria. Dentro de la economía, los aportes de la economía de la salud son amplios y representa un ámbito para la experimentación y exploración de metodologías y modelos. Esto es particularmente evidente desde los aspectos concretos de los mercados imperfectos, hasta aspectos de mayor amplitud como es la valoración de políticas económicas integrales a través del bienestar.

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 servicios médicos.

Más allá de las características que los conceptos

tomen en detalle, podemos delimitar los aportes de la perspectiva económica para el análisis del sector salud a "grosso modo" y para fines prácticos en dos grandes rubros:

Aportes de carácter cognocitivo y analítico:

- Determinantes de la salud.
- La salud como consumo.
- La salud como inversión.
- La salud y el capital humano.
- Mercado de Servicios (oferta y demanda).

Aportes de carácter metodológico y evaluativo:

- Análisis de costo-efectividad.
- Análisis de costo-beneficio.
- Análisis de alternativas de financiamiento.

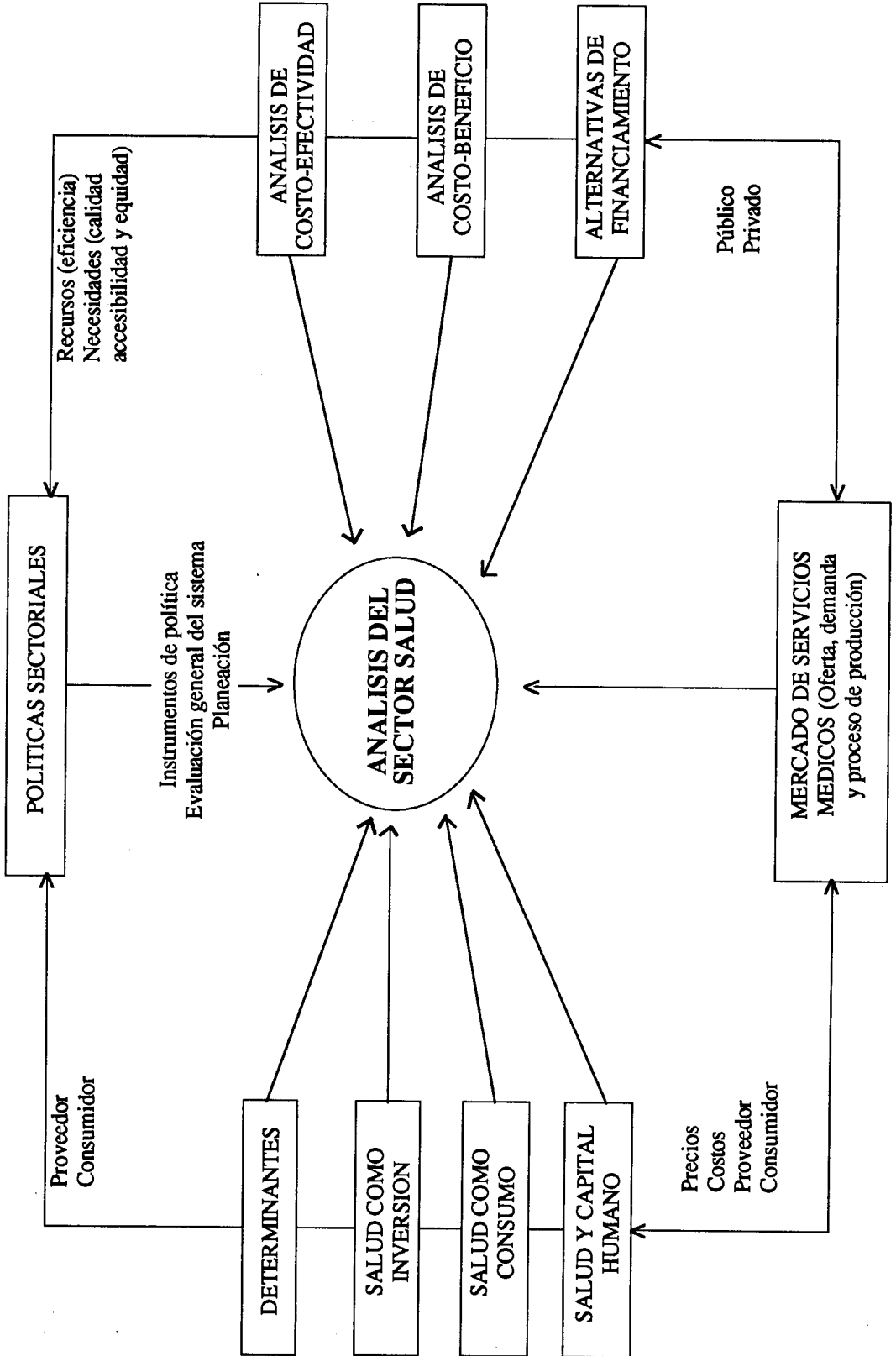
Es importante señalar que tales aportes constituyen el punto de partida de los campos de aplicación de la perspectiva económica. En la figura 1, se plantea de manera simplificada y bajo diferentes niveles de análisis, la tipología de aportes antes descrita. Por una parte se plantea la identificación de los determinantes, la salud como inversión, como consumo y su relación con la teoría del capital humano, como elementos que aportan las bases fundamentales para integrar el análisis del sector. Por otra parte, para abordar las políticas sectoriales y el mercado de servicios médicos, el análisis de costo-efectividad, análisis de costo-beneficio y las alternativas de financiamiento, conforman elementos metodológicos-evaluativos, que pueden aplicarse tanto a nivel del sector, o de programas y servicios específicos de la política sectorial, como en la valoración de la eficiencia del proceso de producción de los servicios. A continuación, a criterio de los autores, se comentan brevemente los aportes de la visión económica al sector salud.

A) Aportes de carácter cognocitivo-analítico.

Aún cuando la perspectiva económica cuenta con una gama muy amplia de teorías y conceptos que permiten conocer y analizar el sector salud, en lo relativo a los aportes de carácter cognocitivo-analítico, se puede decir que los cuatro aspectos considerados son los que han dado un mayor aporte para el conocimiento y análisis del sector.

1) DETERMINANTES DE LA SALUD. El análisis de los 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

Figura 1. Propuesta de un marco referencial para la incorporación de la perspectiva económica en el análisis del sector salud. Arredondo A., Hernández P. y Cruz C., 1991



a que la salud es el resultado de la interacción del hombre y su entorno. De tal forma, el análisis de los determinantes permite, entre otras cosas, incorporar tanto aspectos macroeconómicos como el estudio de las condiciones materiales y los estilos de vida que inciden sobre el proceso salud-enfermedad en los niveles grupal o individual.

II) LA SALUD COMO CONSUMO, COMO INVERSION Y LA TEORIA DEL CAPITAL HUMANO. Partiendo de la orientación descrita en el análisis de los determinantes, se considera al sector salud bajo un enfoque económico y a la salud como un bien económico, estudiando a esta última bajo tres dimensiones: la salud como consumo, la salud como inversión y la relación entre salud y la teoría del capital humano (6-8).

El análisis de la salud como consumo o como inversión considera tres aspectos importantes que deben resaltarse antes de su abordaje, a saber: el tiempo en que tardará un gasto en mostrar un efecto, el tipo o mecanismo de pago que efectúa el consumidor y la medida en que se expresan las preferencias del consumidor.

LA SALUD COMO CONSUMO. En términos generales, se puede decir que el uso que se hace de un bien o servicio para satisfacer las necesidades constituye su consumo, donde el mecanismo de pago es inmediato, teniendo efectos en el corto plazo y manifestando las preferencias del consumidor, sea a nivel individual o colectivo. En términos de consumo, la salud es demandada por la población de acuerdo con sus preferencias y posibilidades de compra. Ante un presupuesto limitado el gasto en salud compete 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.

Se debe tener presente que una sociedad para mantenerse sana debe tener ciertos hábitos y condiciones de vida cuyo estudio parte del análisis de las normas sociales de consumo específicas. La preservación de la salud depende del consumo de mercancías y de bienes y servicios duraderos y perecederos que no se limitan al ámbito de los servicios de salud, pero que de alguna manera actúan como determinantes de la salud.

LA SALUD COMO INVERSION. La salud como inversión surge cuando el propósito de querer estar se logra mediante mecanismos de pago y obtención de resultados no inmediatos. En este caso, general-

mente, 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.

El supuesto bajo el cual se basa este análisis es que los individuos heredan o nacen con una determinada reserva de salud que se desprecia con la edad y que puede, en algunos casos, ser incrementada a través de la inversión.

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 elevar su competitividad en el mercado laboral y mejorando su calidad de vida.

De este modo, 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 individuo 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.

Es bajo la óptica de los lineamientos descritos en párrafos anteriores que la salud como consumo, inversión y el concepto del capital humano son aportes que se deben tener presentes al hacer estudios de eficiencia, costos y equidad en el uso de los recursos asignados al sector.

III) EL MERCADO DE SERVICIOS MEDICOS. Otro aporte fundamental es el estudio del mercado de servicios médicos a través del análisis de la producción, distribución y consumo de mercancías mediante la incorporación de la teoría de la oferta y la demanda en el análisis de la problemática del sector.

En términos generales, cuando se habla de demanda de un artículo o bien económico, se dice que éste se relaciona con el precio del artículo en cuestión, 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 (9-11).

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, constituyen aportes fundamentales para el análisis del sector salud, toda vez que hacen que la demanda en 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.

Los conceptos anteriores esbozados deben ser tomados en consideración cuando se analiza el problema de accesibilidad, eficiencia y equidad, debido a que la distribución y producción de servicios médicos debe estar regulada por un agente colectivo o Estado, el cual sea el responsable del ajuste de la demanda y oferta en el nivel óptimo social.

Como contraparte de la teoría de la demanda, debe considerarse el estudio de la oferta de servicios a producir y por consiguiente el análisis del proceso y funciones de producción a nivel sectorial. La producción de bienes y servicios es el proceso a partir del cual insumos tales como materias primas, trabajo humano, maquinaria, etc., son utilizados para la generación de productos o bienes y servicios que constituyen la riqueza económica de una sociedad (12-13); Visto de esta manera, se entiende por función de producción a la relación técnica socialmente determinada que existe entre los recursos o insumos para la generación de la mayor cantidad de productos (bienes o servicios) posible. La función de producción asume que el proceso de producción es técnicamente eficiente; es decir, no se da el desperdicio de insumos para la generación del producto.

En el análisis de la eficiencia se debe por tanto 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 (14-16), 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.

Por otra parte, al momento de llevar el análisis del proceso y funciones de producción de servicios al interior del sector salud, en términos de mercado, es importante considerar las siguientes características: la existencia de monopolios, la no uniformidad del producto, el hecho de que los servicios de salud producen bienes no transferibles y la visión de que los bienes en salud algunas veces son producto de procesos de trabajo intersectorial. Por lo tanto debe considerarse que la interacción de la oferta con la demanda, generará el nivel de análisis de mercado en el que se articulen los factores mencionados.

B) Aportes de carácter metodológico-evaluativo. Aún 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 de mayor desarrollo y aplicación para el estudio de problemas sanitarios: análisis de costo-efectividad, análisis de costo-beneficio y análisis de alternativas de financiamiento.

IV) ANALISIS COSTO-EFECTIVIDAD Y COSTO BENEFICIO. Uno de los aportes fundamentales de la perspectiva económica para el análisis del sector salud, está representado por dos herramientas metodológicas que constituyen el fundamento del concepto de costo oportunidad en el uso de los recursos al interior del sector, a saber: el análisis de costo-efectividad y el análisis de costo-beneficio. Los estudios de costo efectividad son una estrategia utilizada en el análisis de la eficiencia, y parten del supuesto de que el desarrollo del proyecto, plan, programa o actividad en cuestión deben someterse a una evaluación económica para ver si se realiza, se continúa, se detiene o se implementa la escala óptima de producción, centrándose primordialmente en el cómo se puede alcanzar al menor costo un resultado, o cuál es la mayor cantidad de productos a generar tratándose de una determinada inversión (17-19); Dicho de otra forma, este tipo de análisis busca identificar ya sea, el método menos costoso para alcanzar un objetivo, o el nivel máximo de producción alcanzable a un determinado costo.

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, el valorar el consumo de recursos a través del conocimiento del costo de oportunidad de las actividades que se dejarán de hacer debido a la escasez.

Precisamente, el análisis de costo-beneficio implica la comparación de distintas actividades en términos de costos y beneficios; es una herramienta metodológica que nos permite obtener información para determinar si una intervención o servicio nos llevará al nivel social óptimo o si se debe 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 (20-22). Por otra parte este tipo de análisis también hace posible, en un momento dado, determinar el costo de no desarrollar alguna intervención, permitiendo además valorar los instrumentos de política a implementar en el sector.

V) ALTERNATIVAS DE FINANCIAMIENTO.

En relación al 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 (23). Para ello, la perspectiva económica plantea dos principales categorías de fuentes de financiamiento: A) Fuentes públicas y quasi-públicas de financiamiento que incluye recursos provenientes de impuestos públicos-federales, financiamiento por déficit, impuestos de mercado, seguridad social y loterías; y B) Fuentes de financiamiento privado, que incluye contribuciones voluntarias, cuotas de recuperación, autofinanciamiento comunitario y sistemas de prepago a través de seguros de salud. Otra posible fuente de financiamiento podrían constituirlos los recursos provenientes a nivel extrasectorial, que invierten insumos en actividades específicas relacionadas con beneficios directos o indirectos en el estado de salud de la población (24).

Todos los aportes mencionados, tienen su aplicación operativa en diferentes ámbitos de acción que constituyen los campos fundamentales de estudio o investigación evaluativa, permitiendo desde un enfoque económico y de manera integral, visualizar el aporte aplicativo de la perspectiva económica en el entendimiento tanto de los determinantes, condicionantes, valor y concepción de la salud, así como en la organización de los servicios del sector (25). Cabe señalar que justamente el análisis aplicativo de los aportes mencionados, así como la

definición de los ámbitos de acción y las líneas de trabajo que permiten incorporar la perspectiva económica en el análisis del sector salud, son el hilo conductor de la segunda parte de este artículo.

Es necesario resaltar que bajo una visión integral, el objeto de trabajo de tales aportes estriba en la identificación y entendimiento de dos tipos de cuestionamientos centrales para el análisis económico del sector salud; por un lado, quién paga los servicios que se producen, cuánto paga, cómo se paga y para quién se paga; por otro lado, el qué, el cómo, cuándo y quién recibe los servicios que se otorgan en un momento dado. Así, el conocimiento que se genere es una contribución para construir un diagnóstico certero que permita identificar las debilidades y fortalezas de los servicios en términos de equidad, eficiencia, asignación de recursos, calidad y accesibilidad, entre otros de los problemas prioritarios en la organización actual de los sistemas de atención.

ASPECTOS A CONSIDERAR PARA OPERAR LA VISION ECONOMICA EN EL SECTOR SALUD

Los beneficios que pueden obtenerse desde la perspectiva económica en los servicios de salud, podrán alcanzarse siempre que se consideren varios aspectos. Entre ellos podemos mencionar los siguientes:

I) LAS NECESIDADES DE SALUD. Deben considerarse las necesidades desde la visión de la población, que se inicia con un conocimiento de las características demográficas y epidemiológicas.

Las condiciones de salud que privan en la mayoría de los países de América Latina, muestran un cambio en el perfil epidemiológico en los países en desarrollo. La teoría de la transición epidemiológica asume que las tendencias de la mortalidad corresponden a cambios en la incidencia de enfermedades, presentándose un perfil de morbimortalidad mixto. Dentro de este fenómeno cabe destacar en primer término, que el grupo de enfermedades infecciosas está en declive pero no ha desaparecido y han reemergido enfermedades como el dengue y la malaria y han aparecido nuevas enfermedades infecciosas como el SIDA; en 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" (26).

En este sentido, mientras que las enfermedades

cardiovasculares y los accidentes han pasado a ocupar un lugar importante en las causas de morbimortalidad; aún persisten la importancia de las enfermedades infecciosas en el perfil mixto dominante ya que siguen presentes en las principales causas de morbimortalidad.

Con respecto a los cambios demográficos, es importante tomar en cuenta que la transición de altos a bajos niveles de fertilidad, conduce a cambios importantes en la estructura por edad de la población (27). Tomando como ejemplo el caso mexicano, en relación a las tendencias de la mortalidad y utilizando como años de comparación 1980 vs. 2010, las muertes por neoplasias podrían pasar de 61 a 81 por mil y las enfermedades cardiovasculares de 169 a 204 por mil. El total de muertes por estas causas puede incrementarse en 74.000 a 136.000, mostrando un incremento del 84%. La mortalidad causada por diarreas e infecciones agudas del aparato respiratorio tenderán a disminuir de 169 por mil a 130 por mil, aunque en números absolutos se incrementarán de 78.000 a 86.000 (28). Todo ello seguirá una tendencia similar en los países de la región con lo cual se producirá un fenómeno de envejecimiento poblacional que deberá tomarse en cuenta para la organización de los servicios.

En términos económicos, el significado de los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico, significa un incremento en la demanda de atención de padecimientos costosos (tratamiento de enfermedades crónicas degenerativas y accidentes) que competirá con el presupuesto asignado para el tratamiento de enfermedades infecto-contagiosas aún sin resolver (29). Así, es importante tener presente que habrá una necesidad de revalorar las prioridades de salud y establecer las acciones estratégicas que permitan la utilización y organización óptima de los recursos, sobre todo si se quiere tener un impacto positivo en la prevención de muertes prematuras y evitables.

Para poner un ejemplo de la competencia en el uso de los recursos, se pueden citar los estudios de Rice, Hodgson y Kopstein los cuales analizaron que para los Estados Unidos los costos directos (costos derivados de la provisión de servicios) para el tratamiento de enfermedades del corazón serían de 1,25% del PIB norteamericano y los costos indirectos (productividad perdida debido a morbilidad y muerte prematura) serían de 2% del PIB (30). Con base en los porcentajes anteriores y tomando en consideración el incremento, mencionado en párrafos anteriores, de las enfermedades cardiovasculares, se podría decir que éstas por sí

solamente demandarían en el futuro, dadas las actuales condiciones de gasto, de más de la tercera parte del monto asignado para su resolución.

II) EVALUACION ECONOMICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD. La salud con frecuencia se considera como un bien que es invaluable, por lo que no es ético escatimar recursos para su consecución. Esta concepción no prioriza la necesidad de un uso eficiente de los recursos, si bien tampoco implica necesariamente el despido. La necesidad de eficiencia surge del hecho de que nunca habrá suficientes recursos para satisfacer completamente todas las necesidades humanas pues son crecientes y cambiantes (los economistas se refieren a ello con la noción de escasez). Dada esta escasez, el uso de recursos en una determinada actividad beneficiosa inevitablemente implica un sacrificio; es decir que la comunidad incurre en ciertos costos y pierde la oportunidad de utilizar estos recursos en otras actividades beneficiosas.

El concepto económico de costos surge de esta noción de usos alternativos de los recursos. El costo de oportunidad considera 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 se refiere a costo recurrente.

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 integrar la evaluación médica en dichos procesos, más que ser su sustituto. Por esta razón en toda evaluación económica de los servicios de salud deberán tomarse en cuenta dos aspectos de suma importancia: involucrar la participación de médicos clínicos y sanitarios que garanticen que los procedimientos o programas que se están evaluando son eficaces y de calidad al momento de evaluación, y considerar ante todo los criterios de equidad y accesibilidad al momento de la toma de decisiones e implementación de cambios (31).

Otro aspecto clave se presenta en los criterios médico-terapéuticos con que se trata a los pacientes, que representan la práctica de las diferentes escuelas de atención. Según se ha podido observar, cada escuela puede presentar criterios particulares que se oponen a los de la otra. También pueden existir beneficios, en algunos casos esto implica sobremedicalización y uso tecnológico complejo y

caro, pero en otros es posible que la diferencia en resultados clínicos no resulte evidente.

El diseño organizacional de los servicios imponen requerimientos y particularidades que modifican de manera importante el funcionamiento, monto, calidad e incluso los resultados de la atención. Este factor debe considerarse cuando se realiza cualquier estudio o se desea operar una política en los servicios, pues determina el éxito o fracaso de ella. Por otra parte hay que considerar que no existe una estructura organizacional que se pueda tomar como la norma, la manera de organizar a los grupos de trabajo dependerá si se orientan por disciplina, por problema de estudio, o por la combinación de ambos tipos de diseño; lo que se recomienda tener presente es que se desarrolle una determinada cultura organizacional como mecanismo que permita lograr mayor eficiencia y por lo tanto un mejor desempeño en el uso de recursos.

Una mayor racionalización en el manejo de los recursos permitirá su utilización más eficiente; entendiéndose en un sentido económico por eficiencia, al hecho de que ningún paciente sea tratado o referido a un nivel de atención superior si es posible su diagnóstico y tratamiento adecuado en un nivel inferior (32). A pesar de los esfuerzos normativos instrumentados en la organización actual de los servicios de salud en los países, existe una falta de consenso inter e intrainstitucional en materia de técnica y procedimientos (funciones de producción), de manera que es difícil el establecer parámetros para medir la productividad, los costos y los procedimientos de interacción por niveles de atención; lo anterior se traduce en un sistema de salud en donde las normas no son suficientes para conducir y evaluar la eficiencia; este problema de falta de consenso para la creación, aplicación o modificación de la norma se debe abordar mediante la integración de equipos interdisciplinarios conformados por médicos especialistas, economistas, epidemiólogos y administradores que determinen técnicas, procedimientos e insumos utilizados en el manejo de caso por enfermedad específica.

III) ADECUACION DE LOS PRINCIPIOS Y METODOS AL CONTEXTO. Las crecientes demandas de atención se enmarcan en un contexto caracterizado por la presencia de un proceso de crisis económica, baja participación del gasto en salud con respecto al producto interno bruto, importantes barreras económicas para la satisfacción de necesidades, etc. Sin embargo, dentro de cada contexto, es de suma importancia considerar que además de las mejoras en las variables macroe-

conómicas es necesaria la revisión de los niveles de eficiencia terminal (33-35).

Inicialmente debe recordarse que no existen planteamientos económicos universales. El contexto social, económico y político es particular a cada grupo, institución y país de que se trate. Ello se manifiesta cuando se busca aplicar los resultados de otro país, sin haber realizado las adecuaciones necesarias de la teoría e interpretación de resultados a las condiciones locales.

Por otra parte, el contexto es dinámico. Esta salvedad debe siempre recordarse para evitar caer en generalización de aplicación de un criterio de manera acrítica. Por el contrario, cada aspecto a desarrollar debe considerar el medio en el que se está trabajando y sus variaciones posibles. En cuanto al tiempo, esta situación llega también a asegurar el que las estrategias de análisis que son de utilidad en un momento particular del tiempo en un contexto, pueden resultar inadecuadas en otro momento, para recordar el mismo ámbito de aplicación. Según nivel, es conveniente recordar también, que en el nivel de análisis macroeconómico no es equivalente a la suma de los resultados a nivel microeconómico. Este es un aspecto clave a considerar cuando se estudia cualquier sistema económico. Finalmente conviene también señalar que la propia metodología tiene posibilidades de evolución, por lo que pueden ser superadas al avanzar las técnicas e instrumentos, o al cambiar las concepciones con las que se analiza.

Existe otra área de dificultades para considerar al aplicar la economía en el campo de la salud, y es que regularmente representa una visión nueva, para la cual no existe información que sea recolectada ad hoc, sino que debe tomarse de la que ha sido captada por otros fines, lo que limita los alcances de la metodología a aplicar. Con frecuencia la información existente se ubica en diferentes momentos del tiempo o con distintos niveles de agrupación, lo que la hace no necesariamente comparable en su manejo en el tiempo y en distintas unidades de análisis.

Otra vertiente de dificultades dentro de este rubro radica en la todavía insuficiente masa crítica de investigadores y tomadores de decisiones que apliquen los resultados de la visión económica en la salud, por lo que existe el compromiso de los trabajadores en el campo, de especificar los límites, ventajas y particularidades que contiene.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La incorporación de la perspectiva económica en el análisis de la problemática sanitaria de los países de América Latina es un hecho impostergable. Los

resultados de toda evaluación económica permitirán la creación de sistemas de información que apoyarán la toma de decisiones de los directivos. Un ejemplo muy concreto de estos sistemas de información lo puede constituir el desarrollo de sistemas de monitoreo de costos por enfermedad específica. Los centros de costos integrados a los sistemas de información del hospital, a posteriori, serían la base fundamental para el análisis de costo-eficacia, costo-efectividad y costo-beneficio de las distintas alternativas de intervención para las patologías que se pretenda analizar.

Los aportes mencionados constituyen el punto de partida para que se pueda articular tanto a nivel micro como a nivel macro de análisis, donde la perspectiva económica plantea que el rol de la evaluación económica en la formulación de políticas al interior del sector salud a través de un proceso sistemático de evaluación de proyectos basado en objetivos explícitos de eficiencia, equidad y calidad del servicio a brindar y en limitaciones de recursos.

En este sentido, tanto los aportes de carácter cognoscitivo-analítico como los de carácter metodológico-evaluativo planteados en este artículo general tres grandes vertientes de estudio al interior de los servicios médicos: a) la social o de bienestar, b) la empresarial, de racionalidad en el uso de recursos y c) la de mercado, o el enfoque macroeconómico del sector.

Desde la vertiente social, los servicios constituyen un derecho ciudadano, dirigido hacia la totalidad de la población. La salud que pueden brindar va a considerarse resultado del desarrollo económico y factor de bienestar, esto es, los servicios son materia de equidad y calidad universales. Sin embargo, la vertiente empresarial retoma la dificultad de satisfacer las necesidades de salud universalmente, debido a factores tan difíciles de controlar, como las imperfecciones en el mercado de servicios de salud y la limitación de recursos disponibles en comparación con las alternativas que la tecnología y sus avances han construido. Estos aspectos hacen necesaria la continua búsqueda de la eficiencia en el uso de los recursos.

Algunos ejemplos de cómo la economía de la salud se involucra en el estudio de los servicios son: el peso económico del sector, su impacto en otros sectores de la economía, cómo grandes montos de recursos (humanos, materiales, financieros y tecnológicos) son utilizados por la sociedad para alcanzar la salud, visualizada como un medio o como un bien. Busca asegurar que esos recursos se utilicen para satisfacer al máximo las necesidades cambiantes de promoción, prevención, curación, control y rehabi-

litación; se interesa en que la asignación de recursos a este campo tenga dicho objetivo, aun cuando quede sujeto a las limitaciones de lo social, y a las posibilidades técnicas y políticas. Por lo tanto, se involucra en todas las decisiones o cambios que afectan la cantidad de recursos aplicados para incrementar el nivel de salud y aquellos asignados al sector y la norma como utilizarlos.

Por otra parte, la evaluación del desempeño de los servicios de salud, desde una perspectiva económica, tendrá su contribución mayor en la planificación, formulación, implementación y evaluación de los programas, proyectos y políticas de servicios de salud que se ejecuten para el mediano y largo plazo. Este análisis también dará la pauta para la búsqueda de alternativas de financiamiento. En su enfoque hacia la respuesta social organizada, el sector salud será objeto de estudio particular pero considerado también como un componente más dentro de un sistema económico amplio debido a que los servicios de salud y la salud misma presentan múltiples interacciones con la economía como conjunto.

Otro resultado muy importante de la incorporación de la perspectiva económica será el logro de la sensibilización del personal médico en la generación de una cultura de eficiencia y el abordaje del problema de manera interdisciplinaria. Todo en conjunto contribuirá en gran medida a la incorporación necesaria y urgente de la perspectiva económica en el análisis y solución de la problemática sanitaria en los países de la región.

En lo relativo a los aspectos a considerar para operar la visión económica en el análisis del sector salud, es algo que debe resaltarse y tener especial cuidado, ya que los aspectos discutidos tienen un alto potencial de convertirse en dificultades de gran magnitud al momento de llevar la perspectiva económica para el estudio del sector salud.

Finalmente, es necesario señalar que considerando que en la segunda parte de este artículo se abordan en detalle los nueve principales campos de aplicación de la perspectiva económica en el análisis del sector salud, por el momento no se amplía la sección de discusión y conclusiones; dicha sección se verá de manera más integral y con mayor profundidad en la segunda parte.

RESUMEN

El progresivo crecimiento de los costos de servicios de salud, el surgimiento de crecientes y variadas necesidades de salud de los diferentes conjuntos poblacionales, la escasez de los recursos existentes

para su cobertura y la necesidad de establecer una serie de prioridades dentro de distintas alternativas de acción, han puesto de manifiesto la trascendencia de incorporar, como una necesidad impostergable, la contribución del análisis económico a la búsqueda y solución de la problemática sanitaria que prima en los países de América Latina. Dentro de este contexto, el presente artículo pretende señalar dicha necesidad a través de la definición de aportaciones

y aplicaciones de la perspectiva económica para el estudio del sector salud. Para ello el artículo se plantea en dos partes, la primera parte menciona de manera sintética los principales aportes de la perspectiva económica que deberán tomarse en cuenta para el análisis del sector salud y algunos aspectos a considerar para operativizar la visión económica en los servicios. La segunda parte plantea los ámbitos principales de aplicación de dichos aportes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OPS-OMS, "Condiciones de salud en las Américas 1985-1990"; Publicación científica N° 524, Volumen I, Washington D.C.
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 pp.
3. Ferreira, Jose Roberto, "El Liderazgo en Salud Pública en América"; Rev. Educación Médica y Salud, vol. 23, N° 1, 1989, Washington D.C.
4. Drumond, M. et al. "Health economics: an introduction for clinicians"; Ann. Int. Med. 107 (1): 88-92, 1987.
5. Musgrove Philip, "Economía de la Salud: presentación del número especial"; Bol Of Sanit Panam, Número Especial sobre Economía de la Salud; OPS-OMS, Washington D.D., 1987.
6. Muskin S.J., "Health as an investment", Journal of Political Economy. 705 (2) pp. 133-42. 1962.
7. Cullis I.G., West P.A., "The economics of health: an introduction", Martin Robertson, 1979 cap. 1 y 2.
8. Lee K., Mills A., "The economics of health in developing countries"; Oxford University Press, 1983, cap. 1 y 2.
9. Muskin S.J., "Health as an investment", Journal of Political Economy. 70 5 (2) pp. 129-157. 1962.
10. Culyer A.J., "Economics", Balckwell, 1985, cap. 3 y 4.
11. Cullis I.G., op. cit. (cap. 5).
12. Mayrand A., "Economics aspects of adition policy", Health Promotion, 1 (1), pp. 61-71.
13. Culyer A.J., op. cit. (cap. 9).
14. Abel-Smith, "Value for money in health services", Heineman, 1976.
15. Culyer A.J., op. cit. (cap. 9).
16. Berki S., "Hospital Economics", cap. 5.
17. Lee K., "Economics of Health Planning" mim.
18. Le Grand and Robinson R., "The economics of social problems", Macmillan, 1976, cap. 1 y 2.
19. Drumond M.F., "Principles of economics Appraisal in health care" Oxford University Press, 1980.
20. Lee K. and Mills A., op. cit. (cap. 8 y 9).
21. 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.
22. Marin A., "Your money or your life", Three Banks Review, june, 1983.
23. Frenk J., "El financiamiento como instrumento de política pública", Economía de la Salud: Perspectivas para América Latina. OPS; Pub; Cient. 517. Washington, D.C., 1989.
24. Mills A. and Gilson L., "Analysing sources of finance 1: Analytical criteria and overview". Restructuring the health sector in developing countries: economic perspectives. Health policy unit. London School of Hygiene and Tropical Medicine. London, 1991.
25. Arredondo A., et al, "La formación de recursos humanos en economía de la salud", Educ. Med. Salud, Vol. 25, 3, Washington, D.C., 1991.
26. Frenk J., et al, "Health transition in middle-income countries: new challenges for health care". Health Policy and Planning; 4 (1), 29-39; Oxford University Press, 1989.
27. OPS-OMS, "Condiciones de Salud en las Américas 1985-1990" pp. 67-71; op. cit.
28. 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.
29. 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, N° 1, January-1991. pp. 15-22.
30. Rice, D. P.T.A. Hodgson, and A.N. Kopstein. "The economic cost of illness: A replication and update"; Health Care Finance Review, 1985, vol. 7, 61-80.
31. Drumond M.F., "Principles of economics Appraisal in health care" Oxford University Press, cap. 5, pp. 59-80. 1980.
32. Anne Mills, "The Financing and economics of hospitals in developing countries: key issues and research questions" World Bank-Population and human resources department, PHN technical notes, mim.
33. Musgrove Philip, "Crisis Económica y Salud: La experiencia de cinco países Latinoamericanos en los años ochenta"; doc. mim. OPS-OMS, Washington D.C., 1989.
34. Mills A., "The economics of hospitals in developing countries. Part I: expenditure patterns". Health Policy and Planning, 1990, 5, 107-117.
35. Drumond M.F., Op. cit. Cap. 4, pp. 47-58.