

FORO *Silanes*

Atención a la salud en México



- **Economía y Salud en México:**
Dr. Julio Frenk
- **Perspectivas**
- **Financiamiento**
- **Estudios de Caso**

Silanes

año 6, número 14, 2002
Clave 96894

Economía y salud



*Fundación Mexicana para la Salud
Institución privada al servicio de la comunidad*

Foro Silanes

Presidente Ejecutivo

Lic. Antonio López de Silanes P.

Vicepresidente de Investigación

Lic. Juan López de Silanes

Director Médico

Dr. Miguel Peniche Flores

Director Editorial

Lic. Ma. Eugenia López de Silanes

Consejo Editorial

Dr. Alejandro Cravioto

Dr. Jaime Martuscelli Quintana

Dr. Fermín Valenzuela

Colaboradores Editoriales

para este número

Dr. Julio Frenk Mora

Dr. Alan Maynard

Dr. Héctor Arreola

Dr. Gustavo Nigenda

Mtro. Carlos Cruz Rivero

Dr. Erick Peñaloza Sosa

Dr. Eduardo González Pier

Dra. Mariana Barraza Lloréns

Mariana López Ortega

Silanes

Foro Silanes es una publicación cuatrimestral de Laboratorios Silanes, S.A. de C.V., y es distribuida gratuitamente entre la comunidad médica. Conforme a la Ley General de Derechos de Autor, queda prohibida la reproducción total o parcial de su contenido literario o gráfico sin previa autorización por escrito de Laboratorios Silanes, S.A. de C.V., Amtes 1304, Col. Del Valle; CP 03100, México, D.F. AÑO 6/ NÚM. 14. Certificado de Licitud de Título: 10240. Certificado de Licitud de Contenido: 7176. Número de reserva de título en derechos de autor: 000856/97. Editada por Ferlini, Rosen y Asociados, S.A. de C.V., Avenida Picacho-Ajusco núm. 130-802; Col. Jardines en la Montaña, Del Tlalpan, C.P. 14210, México, D.F. Teléfonos de com. 5630 5511, fax. 5630 9856. Impreso en Corporación Impresora, S.A. de C.V., Emiliano Zapata 201 Int. A, Tlalnequatlán, Edo. de Méx., CP 54090, Tel. 5298 8922. Editor responsable: Lic. Ma. Eugenia López de Silanes. Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial. Certificado de registro Núm. 2723. El contenido de los artículos presentados es responsabilidad exclusiva de sus autores. Diciembre de 2002.

Contenido

Editorial

..... 2



Introducción sobre la Economía de la Salud en México

Dr. Julio Frenk Mora

..... 3

La medicina basada en la evidencia y el dilema de la eficacia

Dr. Alan Maynard

..... 5

La economía de la salud como una herramienta para la toma de decisiones en el Sector salud

Dr. Héctor Arreola

Dr. Gustavo Nigenda

..... 9

Perspectivas de la Economía de la Salud:

Mtro. Carlos Cruz Rivero

..... 12

El financiamiento de la Salud en México

Dr. Erick Peñaloza Sosa

Dr. Eduardo González Pier

Dra. Mariana Barraza Lloréns

..... 16

Estudios de Caso en Economía de la Salud

Mariana López Ortega

..... 21

Introducción sobre la Economía de la Salud en México

Dr. Julio Frenk Mora

Secretario de Salud



La salud es uno de los objetivos del desarrollo, pero también una condición indispensable para alcanzar una auténtica igualdad de oportunidades. Al mejorar la salud se fortalece la capacidad de los individuos y la sociedad para procurarse y acrecentar sus medios de vida.

Ésta es la razón por la que es necesario dejar de ver a la salud solamente como un área técnica de la administración pública para empezar a asumirla también como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben perseguir.

La importancia de la salud en las estrategias de desarrollo y combate a la pobreza se reconoció de manera explícita en la *Cumbre del Milenio* que se celebró en septiembre de 2000. Esta idea volvió a hacerse presente en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas dedicada al VIH/SIDA, celebrada en junio de 2001. Fue la primera vez en la historia que una sesión de la Asamblea General se dedicó a un tema de salud, lo que refleja la creciente conciencia del estrecho vínculo que existe entre salud, desarrollo económico y seguridad global. Hace pocos meses, en Monterrey, en la exitosa Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo, el tema volvió a ser abordado por el Secretario General de las Naciones Unidas, por diversos jefes de estado, por varias organizaciones civiles y, prácticamente, por todos los representantes de los principales organismos financieros, monetarios y comerciales.

La nueva agenda para el desarrollo reconoce así que la salud en sí misma es un fin, pero también un insumo para mejorar el aprendizaje escolar, incrementar la productividad laboral y fortalecer el crecimiento económico.

En diciembre pasado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer el informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, que se conformó en enero de 2000 con el fin de evaluar

el papel de la salud en el desarrollo global. En este documento se ofrece una nueva estrategia de inversión en salud para el desarrollo que contempla básicamente dos iniciativas:

1. Incrementar el gasto en salud en los países en vías de desarrollo.
2. Atender los obstáculos no financieros que han impedido a los países pobres ofrecer servicios integrales de salud a sus poblaciones.

La Comisión recomienda específicamente incrementar el gasto en salud en 1% del PIB para el 2007 y en 2% para el 2105. Éste es un esfuerzo conjunto que nos

debemos también los mexicanos. Nuestro gasto en salud todavía es insuficiente y el incremento de 1% para el 2007 que sugiere la Comisión sobre Macroeconomía y Salud nos ubicaría precisamente en el promedio de gasto en salud latinoamericano, que es de 6.5% del PIB.

Estos recursos adicionales, utilizados de manera eficiente, nos permitirán acercarnos a un sueño recurrente:

- Asegurar a los mexicanos una cabal salud.
- Liberar a nuestros niños y a nuestras

niñas de los peligros que secularmente los han acechado.

- Garantizar que los usuarios de nuestros servicios reciban una atención pronta y un trabajo digno.
- Evitar que nuestros hogares incurran en gastos excesivos por atender sus necesidades de salud.

Éstas son algunas de las anheladas metas de desarrollo, pero también son las principales herramientas para alcanzarlo •

La OMS dio a conocer un informe donde se recomienda incrementar el gasto en salud en 1% del PIB para el 2007

La medicina basada en la evidencia y el dilema de la eficacia

Silanes

Dr. Alan Maynard

York Health Economics Consortium, University of York

La subdisciplina de la economía de la salud (EcSa) ha crecido de manera importante y en paralelo a su origen, que es la economía pura. La EcSa puede entenderse a partir del diagrama de Alan Williams (Williams, 1987), el cual señala que el campo de análisis de la economía de la salud va desde el estudio de sus determinantes y de cómo éstos afectan a la oferta y a la demanda de servicios de atención a la salud y cómo se reflejan en el equilibrio de mercado. También se encarga de definir qué es la salud y cómo se valora —estado de salud, autopercepción, calidad de vida, etcétera— y de cómo esta valoración determina la conducta de los individuos y la sociedad a nivel microeconómico, en la búsqueda de tratamientos eficientes y evaluando al sistema de salud como un todo. Los determinantes de la salud, a su vez, afectan la planeación y la presupuestación del sistema y, por tanto, su desempeño global. Es evidente que todas las esferas de actividad en dicha figura están ligadas e interactúan (figura 1).

A la fecha, la evaluación microeconómica al nivel de tratamiento es la actividad a la cual se han enfocado más los economistas de la salud. Ésta incluye la evaluación económica de las diferentes maneras de prestar la atención a la salud (por ejemplo, elección del modo, lugar y cantidad en todas las fases del proceso de atención a la salud, detección, diagnóstico, tratamiento y atención). Este desarrollo, como un área de actividad de la economía de la salud, es un producto del apoyo financiero de la industria productora de recursos (industria farmacéutica y de dispositivos médicos) y del creciente reconocimiento por parte de los médicos clínicos y de los líderes de opinión. Los criterios de costo-efectividad son un aspecto inevitable cuando el objetivo de la política es maximizar la salud de la población a partir del presupuesto público en salud. Sin embargo, es común observar que el público que consulta la literatura sobre este campo piensa que la evaluación económica es sinónimo de economía de la salud.

El alcance de la economía de la salud es muy amplio pero su potencial, hasta este momento, ha sido poco explotado. Lo anterior puede verse reflejado en el número de publicaciones que se realizan por esfera de actividad. Un análisis de publicaciones en el *Journal of Health Economics* (JHE) y *Health Economics* (HE) (dos de las publicaciones más importantes en el campo) revelan tendencias interesantes. Del periodo entre 1982 y 1999, el JHE ha publicado un total de 462 artículos, de los cuales 122 (22.4%) se han enfocado a estudiar la oferta de servicios de atención a la salud y 36 (7.8%) a la evaluación económica a nivel de tratamiento. Por su parte, el HE, en el periodo de 1992 a 1999, publicó 274 artículos, de los cuales 72 (26.3%) fueron referentes a evaluación económica y 38 a la evaluación del sistema como un todo. En conjunto, estas dos revistas publicaron 736 artículos, de los cuales 20.7% se refiere a oferta de servicios de atención a la salud y 14.7% a evaluación económica. El porcentaje restante se distribuye en las demás esferas señaladas por Williams.

Lo que se vislumbra sobre el desarrollo de la economía de la salud en el presente siglo es que ésta probablemente difiera de lo realizado en sus primeros 25 a 30 años.

Mientras la evaluación económica sea una acción central



Figura 1. Economía de la salud: estructura de la disciplina

ep la subdisciplina, la actividad de investigación será probablemente más cuantitativa.

En el Reino Unido (RU), quienes proponen la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) ejercen una mayor influencia sobre la política gubernamental y en el amplio debate acerca de la atención a la salud. Esta creciente influencia se debe, en parte, al trabajo de la Colaboración Cochrane, el cual ha condensado métodos para la revisión sistemática de tratamientos, produciendo al mismo tiempo bases de información accesibles. El uso efectivo de tales recursos requiere un cambio urgente en la velocidad a la cual los administradores, clínicos y no clínicos, trasladan la nueva evidencia en la práctica clínica. Para ser exitosa, la Colaboración Cochrane ha buscado diversos mecanismos para facilitar la incorporación de la nueva evidencia en cambios en la conducta clínica y mejores servicios para los pacientes.

La MBE provee una útil síntesis de conocimientos acerca de la efectividad y una buena base para el modelaje económico en las decisiones informadas sobre la asignación de recursos.

Desafortunadamente, los líderes de dicha propuesta, tales como el profesor David Sackett, de la Universidad de Oxford, en el Reino Unido, han retrocedido a momentos en los que las decisiones sobre tratamientos eran dominados por la clínica y la ética de la efectividad del individuo-paciente, más que por la ética de la eficiencia de la salud poblacional. El problema radica en que si la MBE y la ética individual son las que dominan en la determinación del tratamiento elegido, los recursos podrían ser utilizados de manera ineficiente y no ética en términos poblacionales.

Sackett y colaboradores argumentan que "la medicina basada en la evidencia que practican los médicos puede identificar y aplicar las intervenciones más eficaces que maximicen la cantidad y calidad de vida de los pacientes en forma individual, lo cual puede aumentar, más que disminuir, los costos de la atención". La anterior afirmación ofrece un útil pero incompleto método para determinar qué pacientes deben ser tratados. El uso de la palabra "aplicar" implica una actitud autoritaria hacia los pacientes y poca capacidad de elección por parte de ellos. Si, por ejemplo, un paciente tiene un cáncer de cuello y cara, él preferirá morir antes que recibir "cirugía comando", la cual puede darle sólo

unos pocos años más con una pobre calidad de vida. Sackett y colaboradores han reconocido que el uso de la palabra "aplicar" es inapropiada y desafortunada, y podría limitar la elección de los pacientes sobre los tratamientos efectivos. Sin embargo, ellos no aceptan la ética social asociada con la búsqueda de la máxima ganancia, en términos de la salud de la población dado un presupuesto limitado, pues están enfocados a hacer todo lo posible por el paciente como individuo. En un mundo donde un paciente puede ser tratado por una de dos terapias, A y B, los defensores de la MBE establecen que la elección de la terapia deberá ser resuelta por la eficacia relativa de las intervenciones en competencia, lo cual se determina por las revisiones sistemáticas del conocimiento base actual. Por tanto, si la terapia A produce cinco años de vida ajustada por calidad, o años de vida saludable (AVISA), y la terapia B

produce diez AVISA, un médico que favorezca la metodología de la MBE elegirá la terapia B.

Los que toman las decisiones, al no considerar los costos, usarán los escasos recursos de la sociedad de manera ineficiente. Para ilustrar lo anterior se presenta el siguiente ejemplo: si la terapia A cuesta 1 500 pesos y la terapia B cuesta 7 000 pesos, entonces la terapia A produce una unidad de resultado (AVISA) por 300 pesos mientras que B la produce a 700 pesos. Así, la terapia B, en relación con A, produce cinco AVISA adicionales por 5 500 pesos; es decir, el costo marginal por AVISA es de 1 100 pesos. En términos de ganancia por la inversión realizada, la terapia A es el tratamiento

más costo-efectivo, ya que produce un AVISA por 300 pesos. Dado un presupuesto fijo de 70 000 pesos, la terapia A podrá producir 130 AVISA más que la terapia B. En contra de lo anterior, quienes apoyan un modelo de MBE argumentan que los escasos recursos son asignados sobre la base de los intereses de los pacientes individuales y la eficacia.

En contraste, los economistas o médicos de salud pública señalan que los recursos escasos para la atención a la salud son asignados de acuerdo con los intereses de la sociedad como un todo y sobre la base de la eficiencia. Sackett argumenta que la ética médica debe dirigirse sólo a las necesidades de los pacientes individuales y que los tratamientos eficaces de dichos pacientes son la esencia de la MBE.

La MBE proporciona una síntesis de conocimientos acerca de la efectividad y una base para la asignación de recursos

Se pueden percibir dos problemas con el direccionamiento de la eficacia en la MBE. Los médicos son formados en la tradición hipocrática de atender a los pacientes como individuos y asegurar su bienestar, independientemente de las restricciones de recursos.

Un ejemplo extremo de esta posición fue descrita por Loewy, quien equipara a los economistas con los nazis. Lo anterior implicaría que la libertad médica se muere bajo la búsqueda de la eficiencia. Otra manera de presentar este argumento es que si un médico adopta la terapia B del ejemplo anterior, estará usando los recursos de manera ineficiente y esta ineficiencia privará a otros pacientes de la atención con la cual podrían beneficiarse.

El segundo problema que se puede percibir asociado con la MBE es la resolución de conflictos entre los médicos, los cuales buscan el tratamiento eficaz de los pacientes como individuos, y los compradores (organizaciones administradoras de salud¹), mismos que están interesados en la eficiencia y la salud poblacional. En el Reino Unido, la base para la asignación de los recursos es la eficiencia (la máxima ganancia en salud por unidad de recurso empleado) ponderada por las metas de equidad. En un sistema con financiamiento público, los valores sociales deben ser balanceados con los valores clínicos para determinar cuáles pacientes deben ser tratados y cuáles no. Ni los médicos ni los economistas deben dominar las decisiones sobre la atención a la salud de los pacientes.

Tales elecciones deben ser informadas por la medicina basada en el costo-efectividad y determinadas por los juicios independientes de los profesionales.

Los clínicos tendrán que aceptar que la MBE es sólo una parte del proceso de toma de decisiones acerca de la asignación de los recursos. El juego de poder inherente en el sustento de la MBE crea obstáculos innecesarios entre los médicos y las organizaciones administradoras de salud que compran los servicios, lo cual frustra su deseo combinado de servir bien al paciente y a la sociedad •

¹En Estados Unidos y algunos países europeos, operan instituciones de salud conocidas como organizaciones administradoras de salud (OAS) que se dedican a comprar servicios de salud a los hospitales y prestadores de servicios de salud —como las HMO's, el Managed Care, las ISES en México, etcétera— generalmente con fines de lucro.



Referencias

- Maynard A. "Evidence-based medicine: an incomplete method for informing treatment choices". *The Lancet* 1997; 349: 126-8.
- Maynard A. "Rationing health care: an exploration". *Health Policy* 1999; 49: 5-11.
- Maynard A. "Health economics: an evolving paradigm". *Health Economics* 2000; 9: 183-190.
- Williams A. "Health Economics: the cheerful face of a dismal science." In *Health and Economics*, Williams A (ed.), Macmillan, London, 1987.

La economía de la salud como una herramienta para la toma de decisiones en el Sector Salud

Dr. Héctor Arreola
Dr. Gustavo Nigenda

Centro de Análisis Social y Económico en la Salud (CASEsalud)

La salud está experimentando vínculos cada vez más grandes con la economía tanto en el campo académico, como en la confirmación del sector económico. Desde el punto de vista académico, la economía de la salud figura como un ámbito relativamente innovador y con un importante potencial de desarrollo. Es uno de los campos más dinámicos de la investigación en economía debido al potencial que dicha área del conocimiento ofrece para desempeñar un papel relevante como una herramienta que orienta en la forma de decisiones de política.

Por otro lado, tanto el impacto de la salud en la economía, como el del desarrollo económico en la salud, se están profundizando. Los enlaces entre la economía y la operación del sistema de salud, por un lado, y las necesidades generadas por los proyectos de reforma del Sector Salud, por el otro, sugieren el amplio papel que puede desempeñar la economía de la salud. El campo de la economía de la salud cuenta actualmente con las herramientas metodológicas y cuantitativas necesarias para analizar, diseñar políticas y apoyar la toma de decisiones en áreas relevantes, como la demanda de salud de la población y la transición epidemiológica, que conlleva a un aumento en la complejidad de la distribución de las necesidades de salud. Cabe preguntarse por qué se ha ido consolidando un ámbito específico como el de la economía de la salud y por qué éste ha venido ganando relevancia académica y como área de interés de la política pública. Gran parte de la respuesta radica en la creciente importancia de la retroalimentación entre la economía y la salud. Como destaca Fuchs en una publicación del *American Economic Review* de 1995, la economía de la salud ha tenido un crecimiento espectacular en los últimos treinta años y, por ende, constituye uno de los campos más dinámicos de la economía. Fuchs señala que los motores

La economía de la salud ha tenido un crecimiento espectacular y constituye uno de los campos más dinámicos de la economía

de ese crecimiento han sido por lo menos tres: innovaciones intelectuales, mayor disponibilidad y facilidad en el manejo de bases de datos, así como el aumento del gasto en salud anteriormente mencionado: En la edición de 1997 del *Journal of Econometrics* dedicado a la economía de la salud, se reitera la significación que conlleva contar con más y mejores bases de datos. De acuerdo con el trabajo de Fuchs, uno de los periodos más decisivos para la ubicación de la salud como campo de la economía fue la década de los sesenta, durante la cual se dieron las innovaciones intelectuales que catalizaron posteriores avances. Un artículo pionero de Kenneth Arrow aparece en la revista *Economic Review*, en 1963 señala entre otros factores importantes que rigen el comportamiento del mercado de la salud: la aversión al riesgo, el riesgo moral, la información asimétrica y las externalidades filantrópicas. Con esta contribución, la incertidumbre empieza a perfilarse como una pieza clave para explicar el comportamiento tanto de la demanda como de la oferta. Al mismo tiempo, un

grupo de economistas, más notoriamente Gary Becker, contribuyeron en las fases pioneras de la teoría del capital humano. Entre las ideas centrales destaca el reconocimiento de la salud como un bien de inversión para el individuo y para el desarrollo económico de un país. Unos años después Grossman (1972) generó un modelo de demanda para la salud que extiende la teoría del capital humano a la salud. Como se describe más adelante, una de las áreas más innovadoras para la economía de la salud se expresa en dos nuevas generaciones de investigadores que intentan medir el impacto de la salud en la productividad laboral del individuo y en el crecimiento económico. Fuchs (1996) sugiere que la contribución más significativa de la economía a las ciencias de la salud

ha sido introducir los conceptos de escasez, sustitución, heterogeneidad y marginalidad. El reconocimiento de dichos principios ha cambiado profundamente la forma en que los salubristas conciben y analizan su sector. Ahora la conciencia sobre las limitaciones de los recursos disponibles está mucho más difundida. Por otro lado, el punto de vista "monotécnico" está cediendo en favor de un reconocimiento de la multiplicidad de los procesos de producción y la importancia de evaluar el costo-beneficio y la costo-efectividad de las intervenciones en salud. La economía de la salud incluye aplicaciones de la teoría micro y macroeconómica, de la econometría y, a la vez, se beneficia de la economía laboral, la organización industrial, las finanzas y la economía pública, así como de otras disciplinas, especialmente de las ciencias de la salud. Así, esta rama de la ciencia económica constituye un amplio campo que podría hacer contribuciones de diversos tipos. Bajo la influencia de la teoría económica, se ha visualizado el carácter del mercado de la salud como "perfectamente imperfecto" por sus múltiples desviaciones de un mercado de competencia perfecta. Para empezar, la pérdida de la salud no suele ser un evento voluntario. Tampoco es predecible para un individuo en particular (aunque sí lo es, sobre bases probabilísticas, para grupos de personas). Más aún, los servicios de salud no producen satisfacción por sí mismos, ni pueden ser considerados como una "recompensa" al mérito social, como podrían serlo algunos bienes de consumo. La imperfección principal del mercado se refiere a las asimetrías de información entre los productores y los consumidores, que son los pacientes. A título de ejemplo, muchas necesidades de salud ocurren con tan poca frecuencia o generan un riesgo tan bajo a la salud que hacen poco factible obtener información para guiar las decisiones de compra. Otra desviación importante de un entorno de competencia perfecta se refiere al hecho de que los beneficios de la atención a la salud no son estrictamente individuales, sino que abarcan a la familia, a la comunidad y al resto de la sociedad, pues pueden existir "externalidades positivas". Por ejemplo, la prevención y el tratamiento de las enfermedades transmisibles benefician no sólo a la persona que recibe el servicio, sino a toda la población.

La economía de la salud puede definirse como la rama de la ciencia económica que se encarga del estudio de la asignación de recursos escasos y de uso alternativo a la satisfacción de necesidades múltiples en salud

A las imperfecciones del mercado de los servicios de salud se suman dos imperfecciones críticas del mercado de los seguros médicos: la *selección adversa* y el llamado *riesgo moral*. La selección adversa consiste en que las personas que planean utilizar servicios de salud tienen mayores probabilidades de adquirir un seguro médico, con lo cual dejan a las empresas aseguradoras expuestas a los costos de atención futura. El riesgo moral significa que tanto los prestadores como los usuarios suelen modificar su conducta por el hecho mismo de que estos últimos estén asegurados. A la incertidumbre y las

imperfecciones de los mercados debe añadirse el hecho de que, por su propia naturaleza, las necesidades de salud son potencialmente infinitas. La explosión tecnológica hace posible ofrecer servicios que pueden no responder a una necesidad o una demanda, como ocurre cuando se prolonga la vida de un paciente en estado de coma.

Siendo tan "imperfecto", el mercado de la salud constituye un desafío para los economistas en cuanto a la aplicación y extensión de la teoría neoclásica. Por otro lado, las desviaciones de un mercado de competencia perfecta constituyen una racionalidad para contemplar la necesidad de intervenciones por parte de la política pública, a las cuales los economistas podrían contribuir con su conocimiento. Los desafíos académicos, junto con el potencial para el desarrollo de las recomendaciones de política, han atraído a muchos economistas teóricos y

econometristas. Asistimos también a la participación de expertos de los campos relacionados con la salud, como son la economía laboral, la organización industrial, las finanzas y la economía pública. Esto ha generado una apertura y mayor extensión a través de la fertilización cruzada de la economía de la salud con otros campos de la economía.

Entre la economía y la salud se forma una relación dual. Por un lado está la importancia de la salud de la población en el crecimiento económico y desarrollo, y por otro, el desarrollo económico como determinante del estado de salud de la población y la prestación de servicios. Podemos señalar que el sistema de salud reviste una creciente trascendencia en las economías de muchos países. El financiamiento y la prestación de servicios se han convertido en un sector dinámico de las economías modernas. En efecto, este sector representa una de las

principales fuentes de empleo, es un generador de demanda por insumos de todo tipo y, a su vez, un motor para la innovación tecnológica, constituyendo lo que se denomina el "complejo médico-industrial".

La salud ocupa un porcentaje cada vez más elevado del PIB, tanto del gasto público como del privado. Dado que se proyecta un aumento de la demanda por servicios de salud en muchos países, se prevé que la industria de la salud crecerá a un ritmo mayor que el de la economía en general.

Ante esto, la sociedad y el gobierno deben garantizar que este cuantioso volumen de recursos públicos genere los mayores beneficios sociales posibles, precisamente porque se trata de una inversión más que de un gasto, por lo que se requiere asegurar su máximo rendimiento. Sin embargo, el gasto en salud, en parte por las múltiples imperfecciones del mercado, se presta al desperdicio —el cual podría ser medido en términos del costo de oportunidad de recursos—, y además, puede alterar la trayectoria deseada del desarrollo económico. El sistema carga con una serie de inversiones ineficientes.

Por ejemplo, Frenk y colaboradores (1995), documentaron que para 1990, en México, 19% de los médicos se encontraban subocupados y, al mismo tiempo, existían numerosas poblaciones, sobre todo en el medio rural, que

carecían de atención médica. Como se argumentó anteriormente, la salud no sólo es uno de los fines del crecimiento económico, sino también una de las condiciones, ya que representa uno de los determinantes de la productividad al constituir un componente esencial del capital humano. Permite que las personas alcancen un nivel adecuado de calidad de vida y contribuye al crecimiento económico del país.

El desarrollo económico es el producto del esfuerzo colectivo de individuos cuyo estado de salud determina la magnitud y eficiencia de dicho esfuerzo. Los niveles de salud y el grado de desarrollo económico de una sociedad se retroalimentan positivamente. La salud depende de la cantidad y distribución de la riqueza, a través del acceso a los satisfactores básicos que definen la calidad de vida. Además, la salud es una inversión en el crecimiento económico de un país, así como en el nivel de vida y las capacidades de los individuos.

Sin embargo, no siempre se ha reconocido la importancia de la salud en el desarrollo económico, ni la influencia

mutua entre estos dos campos. Así como ha habido un cambio en los conceptos sobre la salud, también se han transformado las nociones sobre su relación con el desarrollo económico. No es sino a partir de los años sesenta cuando empezó a operar un cambio en la concepción sobre el desarrollo; además de los insumos materiales, se le concedió importancia al capital humano, de tal manera que los programas de salud comenzaron a verse ya no como un gasto, sino como una inversión para mejorar la calidad de dicho capital.

El cambio se hizo más profundo cuando el bienestar humano dejó de concebirse como un medio para el desarrollo y se convirtió, de hecho, en su finalidad.

Progresivamente se han ido sentando las bases para una

concepción más avanzada sobre la relación entre la política social y el desarrollo económico, la cual es más consistente con nuestros conocimientos sobre la multicausalidad de la salud. En efecto, sabemos hoy que las condiciones de la salud de la población dependen de la multiplicidad de factores, incluyendo el estado del medio ambiente, la educación, la alimentación, la vivienda y los estilos de vida. Varios países atraviesan por transiciones epidemiológicas y demográficas que se ven reflejadas en rápidos cambios y contrastes en las necesidades de la población. Por un lado, existen rezagos que corregir y, por el otro, nuevos problemas por resolver (Frenk y

colaboradores, 1989).

Las dinámicas epidemiológicas y demográficas tienen efectos muy complejos en la demanda de servicios de salud. Los procesos de reforma del Sector Salud ofrecen un destacado papel a la instrumentación de la economía de la salud y de la política económica.

La necesidad de generar estudios no es nueva. Lo que ha cambiado es la capacidad de los profesionales de la economía de la salud para responder a dicha demanda. Ante este panorama, la Fundación Mexicana para la Salud, a través del Centro de Análisis Social y Económico (CASEsalud), se ha dado a la tarea de fomentar la investigación y la formación de investigadores en el campo de la economía de la salud, viendo en ésta una potencial herramienta generadora de los instrumentos de política y un marco para orientar la toma de decisiones de las políticas en salud, orientándose a la eficiencia. Todo esto bajo el marco de un uso adecuado de los escasos recursos disponibles •

**CASEsalud se ha
dado a la
tarea de
formar
investigadores
en el campo de
la economía
de la salud**

Perspectivas de la Economía de la Salud

Silanes

Mtro. Carlos Cruz Rivero

Coordinador del Programa de Economía de la Salud
Universidad Iberoamericana

La economía es la ciencia que estudia cómo la gente y la sociedad eligen la utilización de sus escasos recursos, con o sin dinero, para producir, distribuir o consumir bienes y servicios en el corto, mediano y largo plazo, analizando los costos y los efectos de dicho patrón de asignación

La economía de la salud es la aplicación de técnicas y métodos específicos para abordar el problema de los determinantes de la salud y el análisis de los procesos de atención de la misma para lograr la eficiencia, equidad y calidad de los procesos. La perspectiva de la economía de la salud tiene sus fundamentos desde la misma definición de economía, ya que:

- a) El médico es un profesional que está formado bajo la lógica de la elección, con la conciencia de que de sus elecciones depende a veces la vida misma de las personas, pero también la salud económica de la institución u organismo en el cual trabaja.
- b) Los recursos para responder a las demandas de salud son limitados y no alcanzarían para dar respuesta indiscriminadamente a todas las necesidades, por lo cual deben ser objeto de análisis económico para sustentar las prioridades de qué atender primero y qué postergar.
- c) La inversión en salud no solo implica las erogaciones monetarias, sino también el tiempo y el esfuerzo que las personas dedican para mejorar su calidad de vida.
- d) La atención a la salud tiene una dimensión individual y otra poblacional que requieren del análisis económico específico.
- e) La producción de servicios de salud, su distribución y consumo tienen implicaciones éticas que la diferencian de la producción de otro tipo de bienes o servicios. Dicho de forma simple, no es lo mismo producir atención médica que producir zapatos, por lo que requiere del

La salud es el principal fundamento del capital humano, conformado por hombres y mujeres de una nación

desarrollo de los instrumentos de medición y metodologías específicas y del marco teórico conceptual que sustenten dichos procedimientos.

- f) La eficiencia tiene sus retos y es difícil de alcanzar, pero no garantiza la equidad.
- g) La salud es el principal fundamento del capital humano, conformado por todos los hombres y mujeres de una nación, constituyendo la principal riqueza de los países, por lo que su valoración requiere de un tratamiento especial.

La perspectiva que tiene la economía de la salud en México y sus áreas prioritarias se centrarán en la resolución de los siguientes procesos:

I. Combatir el rezago en los niveles de salud de amplios grupos poblacionales. En México, grandes grupos poblacionales, en especial la población rural dispersa, presentan un rezago epidemiológico caracterizado por un exceso de enfermedad, discapacidad y muerte causadas por problemas de tipo infeccioso, así como por padecimientos crónicos y lesiones.

Para solucionar el problema de rezago en las condiciones de salud, hay que llevar el desarrollo a las comunidades y grupos a los que no les ha llegado. Es necesario, por tanto, asegurar, en primera instancia, el saneamiento básico, la dotación de agua potable, el drenaje, el empleo y la educación; asimismo, es fundamental asegurar la atención primaria para promover la salud y prevenir, diagnosticar de forma oportuna, tratar y rehabilitar los padecimientos más comunes.

En la presente administración han surgido dos estrategias muy prometedoras para combatir el rezago: el Programa Arranque Parejo en la Vida y el Seguro

Popular, las cuales, desde su misma concepción incluyeron fundamentos de la economía de la salud. El desarrollo de estas estrategias dependerá de la correcta aplicación del análisis económico para asignar recursos y evaluar resultados.

El Programa de Arranque Parejo en la Vida pretende construir una plataforma en la atención a la salud para que exista igualdad de oportunidades entre ricos y pobres, al garantizar la atención prenatal, el parto por profesionales y en condiciones de higiene y el monitoreo sistemático del cuidado de la salud en los primeros años de vida.

El Programa no sólo pretende la disminución de la tasa de mortalidad infantil, sino el mejoramiento en la calidad de vida y el desarrollo óptimo del Capital Humano Infantil, que constituye la mayor promesa de México. El Seguro Popular constituye, sin duda, la estrategia y el Programa más prometedor de atención a la salud que se ha presentado en las últimas décadas, ya que pretende asegurar el acceso a la salud de los grupos poblacionales marginados y garantizar la valoración del Capital Humano con acciones sistemáticas en promoción, prevención y diagnóstico oportuno, curación y rehabilitación.

El Seguro Popular fue concebido bajo un enfoque moderno y propio de la economía de la salud, ya que, por vez primera, se definió un paquete de beneficios, especificándose que se otorgarían 105 intervenciones de probado costo-efectividad, lo que implicó la valoración económica de los procesos para conocer sus costos, así como el análisis de la efectividad para asegurar que dichas intervenciones fueran de probada eficacia. Esto garantiza la susceptibilidad económica de la propuesta y permite la definición de parámetros explícitos para aterrizar un esquema de rendición de cuentas. Con el Seguro Popular se podrá ir garantizando que todo Mexicano esté individualmente protegido y conozca a su gestor en salud, como el "Médico de cabecera", que se transformará en su "Médico de Familia", gestor y responsable de la elevación de sus niveles de salud y calidad de vida.

II. Garantizar que el Sistema Nacional de Salud otorgue más salud a la población y un esquema financiero sustentable. Para esquematizar el objetivo anterior, a continuación se presentarán datos sobre la situación que guarda México en relación con otros países, en función de la eficiencia, equidad y calidad de los servicios de salud. (Tabla 1.) Como primer aspecto, se observa que México ocupa el lugar número 55 en cuanto a eficacia del Sistema



de Salud, medido en "Esperanza de Vida Saludable" (EVISA). Esto quiere decir que el país tiene mucho por avanzar para mejorar las condiciones de salud de su población, ya que siendo la decimoprimer economía del mundo, no se puede permitir tener el número 55 en cuanto a niveles de salud.

En la estrategia de la presente administración, de la reforma del IMSS, ISSSTE y el Seguro Popular en la SSA, se espera como resultado la reducción de la incidencia, prevalencia y letalidad de los padecimientos y la mejora en la calidad de vida para todos los mexicanos. Como segundo aspecto, encontramos que México ocupa el lugar número 144 en cuanto a "Equidad en la Contribución Financiera". Esto quiere decir que el principal problema del Sistema Nacional de Salud es el relacionado con la equidad y el combate a la pobreza, en el que, a través de nuevos instrumentos, como el Seguro Popular, llevemos el acceso a la salud a las poblaciones que viven en condiciones de alta marginación y vulnerabilidad. El indicador de éxito será la disminución de los gastos catastróficos a los que se enfrenta la población pobre para solucionar sus demandas de salud a través del

País	No. EVISA	No. Equidad Contr. Fin.	No. Gasto Salud P/C Dlls. Int.	No. Desempeño Nivel de Salud	No. Desempeño Sistema
Reino Unido	14	8-11	26	24	18
Japón	1	8-11	13	9	10
Alemania	22	6-7	3	41	25
Suecia	4	12-15	7	21	23
Canadá	12	17-19	10	35	30
Estados Unidos	24	54-55	1	72	37
Argentina	39	89-95	34	71	75
México	55	144	55	63	61
Perú	105	184	78	119	129

Tabla 1. Indicadores seleccionados para medir el logro y desempeño de los Sistemas de Salud

otorgamiento de prestaciones subsidiadas, equitativas y de calidad. Como tercer aspecto, observamos que México ocupa el lugar número 55 en cuanto a gasto, ya que sólo destina 5.4% de su PIB a la salud. Se requiere incrementar al menos dos puntos porcentuales más para garantizar la plena cobertura de servicios.

De ahí que la reforma fiscal y la mayor canalización de dinero al Sector Salud será una de nuestras principales preocupaciones. Como cuarto y quinto aspectos, tenemos que México ocupa los lugares número 63 y 61 en cuanto a desempeño; por lo que la reforma de las instituciones de salud es uno de los problemas inaplazables.

A través de estos planteamientos queda de manifiesto que el análisis económico del Sector Salud llegó para quedarse, pues es muy valiosa la salud de los mexicanos, pero es muy cara como para no cuidar su sustentabilidad.

Finalmente, debe tenerse en cuenta que la economía de la salud la hace todo trabajador en este ramo, ya sea médico, enfermera, trabajadora social, contador o incluso economista, para tener así mejores servicios de salud •

México ocupa el lugar 55 en el mundo en cuanto a gasto en salud



El financiamiento de la Salud en México

Silanes

Erick Clemente Peñaloza Sosa*

Eduardo González Pier**

Mariana Barraza Lloréns***

*Subdirector de Estudios y Planeación de la Coordinación General de Planeación Estratégica, SSA

**Coordinador General de Planeación Estratégica, SSA

***Directora de Planeación Estratégica de Sistemas de Salud de la Coordinación General de Planeación Estratégica, SSA

Si bien la buena salud es considerada por las sociedades y las personas como un bien insustituible por su valor intrínseco, desde el punto de vista económico se acepta su importancia al reconocer que es uno de los principales factores para el desarrollo económico¹

A pesar de que las percepciones social y económica coinciden en la necesidad de invertir en salud, la disponibilidad limitada de recursos implica que la asignación de éstos para la salud con base en el valor que le atribuye la sociedad no necesariamente coincide con las posibilidades económicas tanto a nivel familiar, como en el agregado nacional. En el análisis del financiamiento de la salud, la premisa esencial de la escasez de recursos implica la necesidad de estudiar el nivel de inversión en salud, así como la asignación de estos recursos de manera eficiente y equitativa.

Esto se puede entender mejor si pensamos que cualquier país tiene cierto nivel de recursos, y sólo un porcentaje será destinado a la salud. Destinar menos recursos de los "necesarios" implica desatender las necesidades de la población y limitar la eficacia productiva y el potencial humano de su gente. Por otro lado, otorgar más recursos a salud podría generar un desfinanciamiento de otros sectores medulares para el desarrollo social y humano, como la educación, la cultura o la nutrición.

Independientemente del monto de recursos asignado, ya sea público o privado, el uso de los mismos debe ser eficiente y equitativo. Esto implica garantizar el mayor beneficio en salud en relación con su costo, y al mismo tiempo, se reflejaría la valoración por parte de la sociedad de lo que se considera como justo en términos distributivos. Es decir, un trato igual para iguales necesidades y un trato desigual para necesidades diferentes. Por todo lo anterior, y aunado a las presiones financieras que se derivan de las transiciones

demográfica, epidemiológica, tecnológica, económica y política que enfrentan los distintos sistemas de salud en el mundo, el análisis del financiamiento de los sistemas de salud, hoy más que nunca, representa un ejercicio de capital importancia para procurar el mejor y más justo desempeño de los servicios, dados los recursos destinados a la salud.

En el caso concreto de México, el análisis del financiamiento del Sistema de Salud apunta a grandes retos que se manifiestan en preocupantes desequilibrios en la fuente, la distribución y el uso de los recursos.

Éstos se derivan, en parte, de las transiciones antes mencionadas y de la misma estructura del sector, en la que coexisten de forma fragmentada diversas instituciones y prestadores de servicios de salud.

El caso mexicano en materia de financiamiento

Los desequilibrios financieros que se observan actualmente en el Sistema de Salud en México merman el aprovechamiento eficiente de los recursos destinados a la salud y tienen graves implicaciones en términos de equidad.

Estos desequilibrios se pueden clasificar en cinco categorías:

- I) Nivel de inversión.
- II) Origen de los fondos.
- III) Distribución entre poblaciones y áreas geográficas.
- IV) Corresponsabilidad entre órdenes de gobierno.
- V) Destino del gasto.

¹Organización Mundial de la Salud. *Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico.*

Reporte de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Ginebra: OMS 2001.

World Bank Group. *World Development Report 1993: Investing in Health.* USA, Washington: 2001.

I. Desequilibrio de nivel de inversión

El desequilibrio de nivel de inversión se refiere al monto de recursos destinados a la salud en su conjunto.

Para el año 2001, el Sistema Nacional de Salud en México recibió 5.7% del Producto Interno Bruto (PIB).

Al comparar este porcentaje con el de otros países, se puede inferir que, en proporción a su nivel de desarrollo, México destina comparativamente poco a la salud (figura 1).

el gasto de bolsillo representa la forma de financiamiento de la salud más injusta e ineficiente, ya que se traduce en un gasto inesperado que presiona la situación económica de las familias. Por lo general, se realiza cuando la enfermedad ya está presente, lo que refleja que el sistema de salud privilegia el gasto en atención curativa y no preventiva. Adicionalmente, ante estas circunstancias, las familias no cuentan con el tiempo para obtener información suficiente sobre el mejor



Fuente: World Health Organization. The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance

Figura 1. Gasto en salud como porcentaje del PIB en diversos países

II. Desequilibrio de origen de los fondos

En cualquier país el financiamiento de la salud proviene de cuatro fuentes fundamentales:

- 1) Presupuesto federal vía impuestos generales.
- 2) Contribución a la seguridad social (impuesto a la nómina).
- 3) Gasto privado en prepago.
- 4) Gasto de bolsillo. Este último corresponde a los pagos realizados por las personas al momento de recibir la atención médica.

En México, del total de recursos que llegan al sistema por concepto de pago de prestación de los servicios de salud, 47% se origina del sector público vía impuestos generales (IVA, ISR o derechos) o impuestos a la nómina (contribuciones a la seguridad social) y 53% del sector privado. De estos últimos recursos, la gran mayoría (50%) corresponde a gasto de bolsillo, y en menor proporción (3%) al monto que paga el sector asegurador privado por los servicios de salud utilizados (Fuente: ENIGH, 2000). Cabe mencionar que, desafortunadamente,

El análisis del financiamiento de los sistemas de salud representa un ejercicio de capital importancia para procurar el mejor y más justo desempeño de los servicios

prestador de servicios, por lo que en algunos casos terminan por pagar más de lo planeado o por recibir servicios de menor calidad.

III. Desequilibrio de distribución del gasto

Otro problema que enfrenta México en el tema del financiamiento en salud es la mala distribución de los recursos públicos entre grupos de población y en términos geográficos. Los recursos públicos destinados a la salud se dirigen a dos grandes grupos: la población asegurada y la no asegurada (personas sin acceso a instituciones de seguridad social o seguros privados).

En lo correspondiente a los recursos públicos destinados a la población no asegurada, es importante destacar que una parte de éstos corresponde a servicios de salud pública, que por su naturaleza de no exclusión benefician a la población en su conjunto. Al comparar estos recursos con los que se asignan a la población asegurada, se observa que esta última recibe 1.8 veces más recursos. Mientras que el gasto para la población asegurada

asciende en promedio a 2 099 pesos por persona, los no asegurados reciben, en promedio, 1 161 pesos. Si se consideran únicamente los recursos públicos para la atención médica de la población no asegurada, es decir, excluyendo la fracción correspondiente a salud pública, se observa que los no asegurados reciben en promedio 870 pesos por persona, lo que resulta contrastante en comparación con la asegurada (2 099 pesos por persona). Lo anterior se traduce en 2.4 veces más recursos para la población asegurada. Gran parte de los recursos públicos que se destinan a la población no asegurada se distribuye a las entidades federativas a través del Fondo de Aportaciones para Servicios de Salud (FASSA). Éste es uno de los fondos que surge a partir del proceso de descentralización de los servicios de salud para población no asegurada que fue consumado en 1999. Cabe señalar que el monto asignado al FASSA lo determina la Cámara de Diputados como parte del Presupuesto de Egresos de la Federación. Al distribuir los recursos del FASSA por entidad federativa, encontramos que la diferencia entre la entidad con mayores recursos por persona (2 274 pesos) respecto a la entidad con menores recursos por persona (264 pesos) es de 9 veces, sin que esto represente forzosamente alguna relación con las necesidades de salud (figura 2).

IV. Desequilibrio de esfuerzo estatal

Adicionalmente a los recursos federales que se destinan vía FASSA y otros apoyos federales, los gobiernos locales de las entidades federativas asignan parte de sus propios recursos para financiar los servicios de salud de la

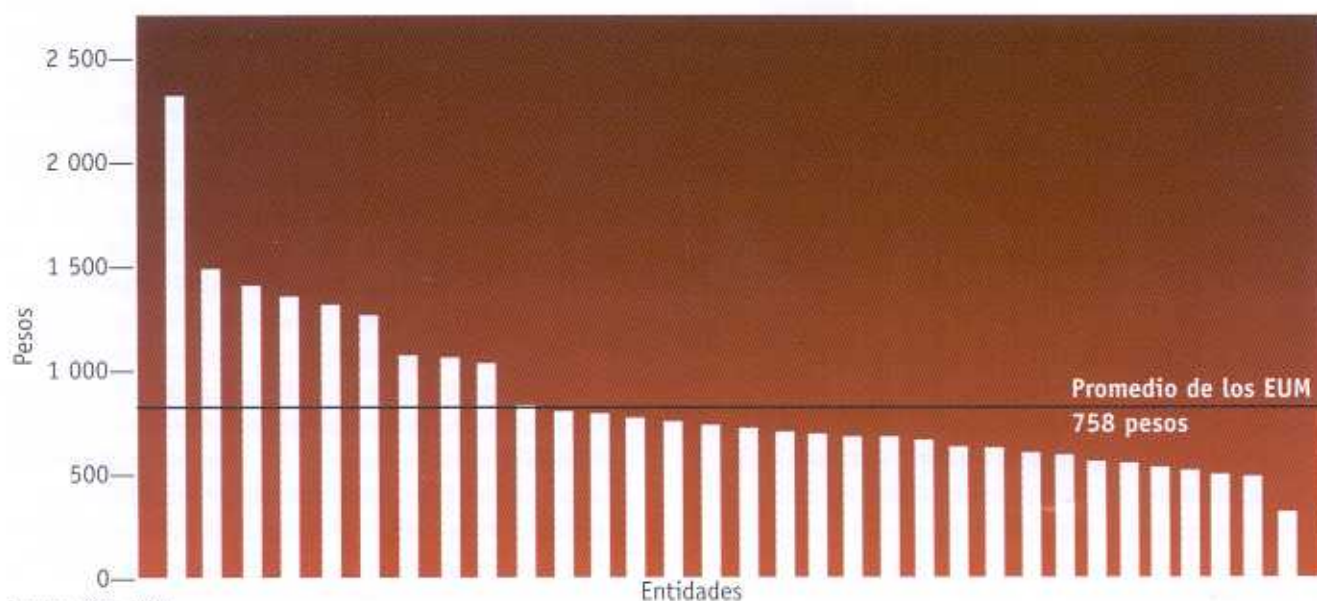
población no asegurada en sus jurisdicciones y los servicios de salud pública para la población en general. A pesar de lo anterior, la participación de los recursos estatales dentro del gasto total en salud es menor a la participación federal (figura 3).

Además, el gasto estatal que se destina al financiamiento de servicios de salud muestra una gran heterogeneidad entre las distintas entidades federativas. La entidad que aporta mayores recursos para el pago de los servicios de salud, asigna 900 pesos por persona, en contraste con la entidad que destina menores recursos con una aportación del orden de 6 pesos por persona.

V. Desequilibrio de destino de los recursos

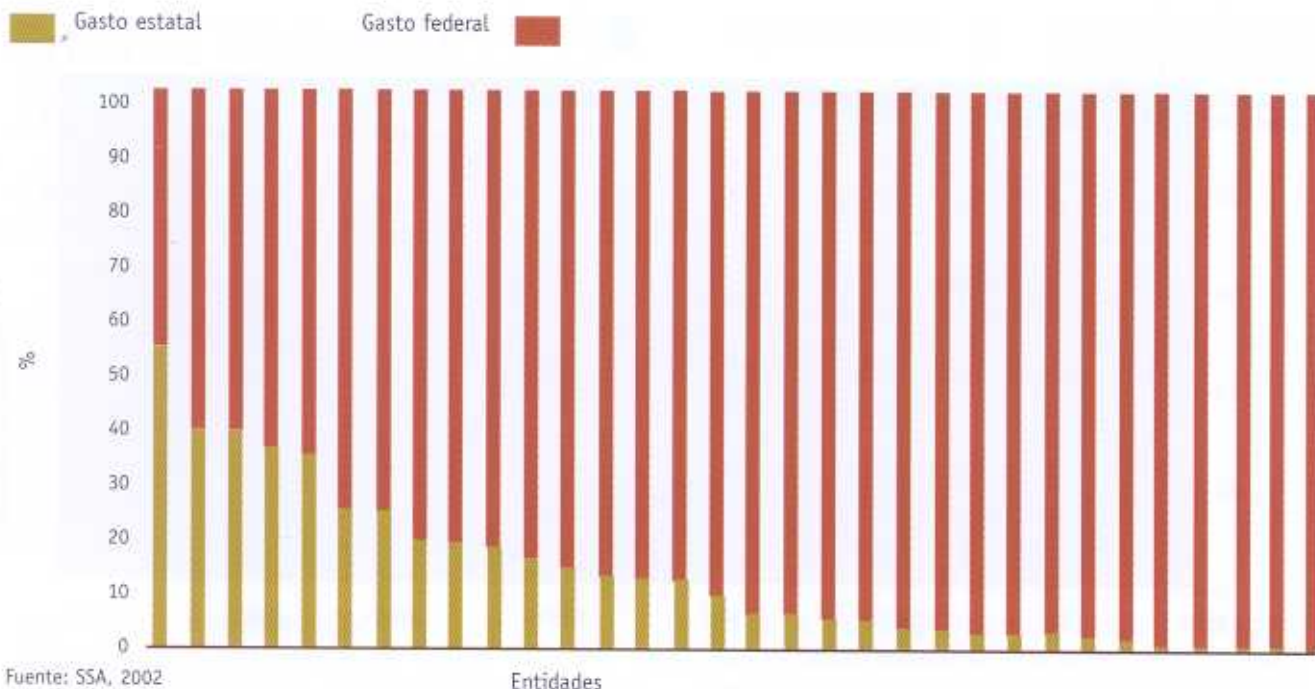
Finalmente, un último desequilibrio en el financiamiento del sector es el compromiso cada vez mayor con el pago de la nómina (servicios personales) en detrimento de la inversión física y el equipamiento en salud (figura 4). Cabe señalar que el pago de los servicios personales es parte de acuerdos laborales pactados en el pasado, por lo que se puede esperar que las reducciones en este rubro no sean significativas en el corto plazo.

La reducción del gasto en inversión que se ha observado en los últimos años limita las posibilidades de estar a la vanguardia en los cambios tecnológicos en materia de salud, los cuales actualmente rebasan la infraestructura y el equipamiento de las unidades médicas.



Fuente: SSA, 2001

Figura 2. Transferencias federales per cápita vía el Fondo de Aportaciones para Servicios de Salud (FASSA), México, 2001.



Fuente: SSA, 2002

Entidades

Figura 3. Porcentaje de gasto federal y estatal en salud para población no asegurada, 2002

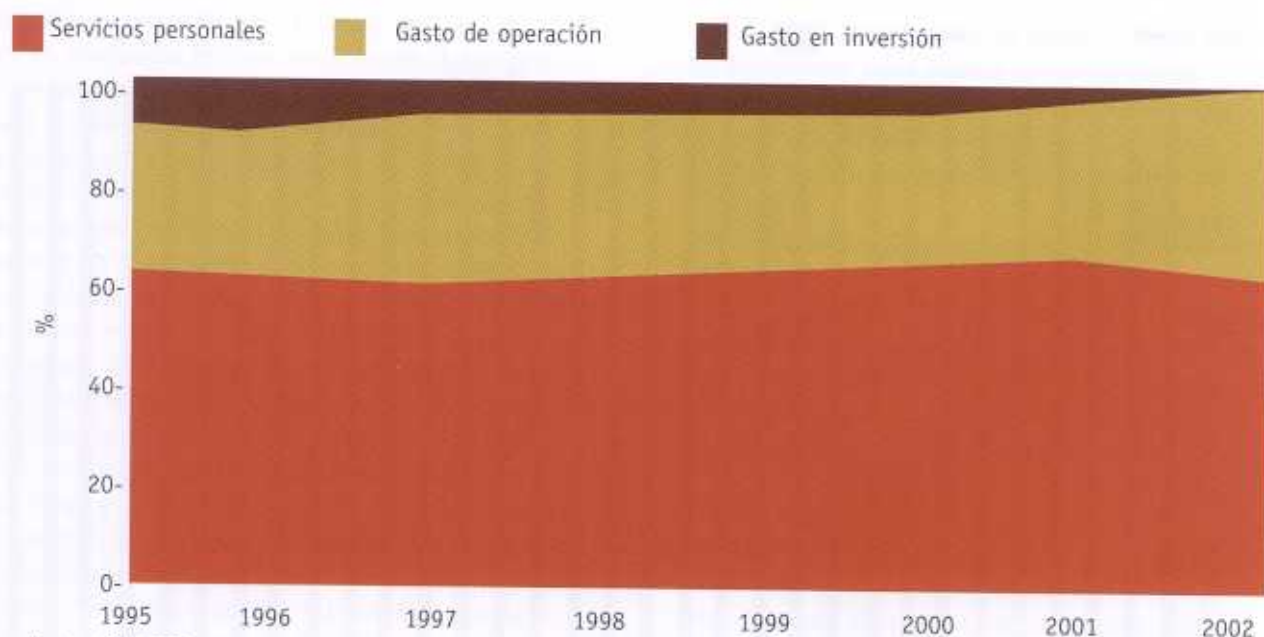
Perspectivas de financiamiento

El análisis del financiamiento de la salud debe considerar, además del destino de los recursos, la fuente de los mismos, tomando en cuenta las diferentes alternativas que existen, tal como se mencionó en el desequilibrio de origen de los fondos y, a partir de ahí, seleccionar la mejor alternativa en función de los siguientes criterios: equidad, eficiencia, transparencia, capacidad de elección, macroeficiencia, aceptabilidad política y sustentabilidad. El criterio de equidad permite expandir la cobertura de aseguramiento en salud con mayor acceso a los servicios para quienes tienen mayores necesidades, independientemente de su capacidad de pago. Por otra parte, invertir en salud debe traducirse en ganancias de salud, por lo que se debe incluir una evaluación de los beneficios en relación con los costos asociados. La obtención y manejo de recursos para la salud se facilita con alternativas de financiamiento que promuevan la transparencia y el otorgamiento explícito de derechos. Lo anterior, en un escenario donde los individuos tengan capacidad de elegir entre pagar la atención médica al momento de la consulta o, en su

caso, incorporarse a un esquema de pago anticipado o prepago. Esta capacidad de elección es determinante en el financiamiento del sistema. Por otra parte, la macroeficiencia de una alternativa de financiamiento promueve un gasto óptimo de los recursos asignados al Sector Salud en relación con otros sectores, lo que permite al país tener un mejor control y, en consecuencia, una mejor planeación del presupuesto nacional, además de promover una mayor inversión en salud. La aceptabilidad política se presenta cuando el uso de los recursos se destina a las personas más necesitadas sin perjuicio de terceros.

La escasa inversión limita las posibilidades de estar a la vanguardia tecnológica en materia de salud

La desventaja para algunas alternativas de financiamiento se encuentra en las dificultades que se enfrentan ante cambios y reformas a las leyes, por tratarse de recursos públicos. La sustentabilidad del financiamiento procura la continuidad del sistema sin alternancias que perjudiquen la estructura y organización del servicio. En resumen, a pesar de que la buena salud es valorada favorablemente por las sociedades



Fuente: SSA, 2002.

Figura 4. Distribución de los recursos públicos por tipo de gasto

y la ciencia económica, la inversión en salud en México no sólo no ha sido suficiente para cubrir las necesidades en este rubro, sino que el escaso recurso se ha utilizado y se sigue utilizando de manera inequitativa. Por ello, es relevante la reforma del financiamiento de la salud que históricamente ha presentado

distintos desequilibrios en cuanto al origen y distribución de recursos.

Ante esto, los mecanismos que se orienten a la solución de los desequilibrios deben suponer criterios de corte económico y social que pongan atención a las necesidades de la sociedad, sin dejar atrás la solidaridad entre grupos sociales y económicos •

La inversión en salud en México no sólo no ha sido suficiente para cubrir las necesidades, sino que el escaso recurso ha sido utilizado de manera inequitativa

Referencias bibliográficas

- Secretaría de Salud. *México Salud 2001: Información para la rendición de cuentas*. México 2002.
- Secretaría de Salud. *Síntesis Ejecutiva: Gasto Público en Salud 1999-2000*. México 2002.
- Secretaría de Salud. *Síntesis Ejecutiva. Poblaciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en México —Definición y Construcción—*. México 2002.

Silanes

Estudios de Caso en Economía de la Salud

Mariana López Ortega

Investigadora de CASEsalud

Si bien una importante prioridad del gasto público es mejorar la eficiencia y equidad en materia de salud, la escasez de recursos obliga a tomar decisiones y escoger hacia dónde asignar estos escasos recursos y, por tanto, es necesario establecer prioridades. A continuación se presentan tres estudios de caso que muestran la importancia de los costos y los recursos en el proceso de toma de decisiones en el Sector Salud tanto en materia de decisiones macro en políticas públicas de salud, como en materia de decisiones clínicas específicas.

Caso 1. La implementación de paquetes integrales de salud

Una herramienta significativa en la tarea de priorizar es la definición de paquetes de servicios de salud que reflejen estas prioridades. El diseño de paquetes tiene amplios beneficios, ya que, al reunir diversas intervenciones, es posible obtener ventajas del uso conjunto de insumos y, en consecuencia, reducir los costos para obtener estos servicios. Algunos beneficios específicos de agrupar servicios en un paquete son: optimizar el vínculo entre prevención y tratamiento en la atención a la salud, obtener múltiples resultados de los insumos, la coordinación y el mejor uso de los recursos, y un direccionamiento de la demanda de los servicios, entre otros. Hoy en día, un gran número de países cuenta con paquetes de servicios para la atención básica de salud. A continuación presentamos tres ejemplos:

1. Bolivia. El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez. En 1996, el gobierno de Bolivia estableció este seguro como una herramienta para combatir la mortalidad materna e infantil de una manera eficiente y equitativa. El paquete se financia con fondos municipales focalizados para este seguro en una base de capitación¹. Durante la primera fase, el gobierno decidió incluir sólo un número limitado de intervenciones en el paquete. En el Seguro de Maternidad se aplicó lo siguiente: cuidado prenatal tanto para embarazos normales como para aquellos considerados de alto riesgo; cuidado para partos normales, complicados y cesáreas; atención posparto; cuidado obstétrico de emergencia (hemorragia del tercer

trimestre, preeclamsia, partos prematuros, etcétera). Para el Seguro Infantil se incluyeron: padecimientos diarreicos agudos, infecciones respiratorias agudas y cuidado neonatal.

Seis meses después, seguido de una evaluación interna de las finanzas del programa y las tasas de utilización, se determinó un subplus financiero, por lo que el gobierno decidió extender el alcance de este seguro añadiendo otro conjunto de intervenciones en salud.

2. México. Las instituciones de salud en México han definido paquetes en distintos programas. El primero fue extender la cobertura y proveer acceso universal a los servicios esenciales de salud (PAC). El segundo fue para servicios clínicos costo-efectivos adicionales que pudieran ser accesibles para la población trabajadora y sus familias, a través de un programa obligatorio de aseguramiento (IMSS). El tercer paquete incluyó todos los servicios clínicos provistos en el momento a través del programa de seguridad social, pero que no podían financiarse por medio del programa obligatorio. De manera progresiva, los paquetes más "amplios" fueron dirigidos a grupos más y más pequeños al incrementarse sus costos; sin embargo, todos los paquetes buscaron obtener el mayor beneficio por la inversión realizada para las poblaciones específicas para las que fueron dirigidos.

3. Colombia. En Colombia se diseñó un Plan Obligatorio de Salud (POS) que fuera accesible para todos aquellos inscritos en el programa de contribuciones obligatorio

¹La capitación es un método de financiamiento mediante el cual los proveedores de atención de salud reciben un pago predeterminado por cada paciente que se registra con ellos.

(autofinanciado) de seguro de salud. Los pobres, los desempleados y subempleados no participan en este programa, sino que lo hacen en el programa subsidiado, el cual se financia de fondos públicos y con subsidios cruzados del programa de contribuciones obligatorio. Debido a restricciones en los recursos en los primeros años del programa, los del subsidiado no eran elegibles para recibir el POS, pero recibirían una variación: el POS-S (subsidiado), en el cual se estimaba un costo de la mitad del paquete completo y que, de acuerdo con la ley, debería irse ampliando progresivamente hasta considerar todas las intervenciones del POS.

Caso 2. Costo-efectividad de aplicar vacunas vs. neumococo en la gente mayor: un estudio de cinco países europeos²

Las infecciones por neumococo en Europa occidental son comunes, representando un número importante de las hospitalizaciones y muertes cada año, especialmente entre la población mayor de 75 años de edad. Algunos estudios retrospectivos en Estados Unidos han demostrado que las vacunas "neumococo polisacáridos" son efectivas, entre 50 y 80%, en la prevención de hospitalizaciones por enfermedades causadas por neumococo invasivo en personas mayores. Asimismo, se ha determinado que la vacunación previene la neumonía en adultos jóvenes saludables. Aun cuando esta vacuna se introdujo hace unos 20 años, no se ha utilizado ampliamente. En Estados Unidos, país en el que más se ha promovido, sólo alrededor de 45% de los adultos mayores han sido vacunados alguna vez. Hasta años recientes pocas personas en los países europeos han recibido esta vacuna. La evidencia de que la vacuna de neumococo es clínicamente efectiva cada vez es más aceptada en Europa occidental. Esto se refleja, por ejemplo, en cambios recientes en las políticas de vacunación en Gran Bretaña, Suecia, Bélgica, Noruega, Dinamarca, Finlandia y Alemania, países en los que se han observado también incrementos en el uso de vacunas. Esto puede cambiar con evidencia adicional que apoye estas decisiones. Algunos estudios en países de Europa occidental han demostrado que la vacunación a personas mayores sería costo-efectiva para la prevención de neumonía por neumococo. Una mayor información en este sentido podría proveer evidencias para políticas

públicas en vacunación. Un estudio realizado por Arment y colaboradores (2000) en cinco países europeos examinó la costo-efectividad de la vacunación para neumococo en la prevención de enfermedades graves de neumonía, ya que existe evidencia convincente sobre su efectividad clínica.

Para poder comparar los resultados con otros estudios también se examinó la costo-efectividad de la vacunación para prevenir la neumonía por neumococo. Los resultados del análisis de la costo-efectividad variaron entre los cinco países del estudio. Al considerarse la vacunación por sí misma, las relaciones costo-efectividad para los casos se presentó en un rango entre los 11 000 y 33 000 Ecu por año de vida ajustado por calidad. Tomando en cuenta que quienes toman las decisiones generalmente consideran intervenciones con relaciones de costo-efectividad menores a 20 000 Euros aproximadamente (en diciembre de 1999), por año de vida ajustado por calidad como valor aceptable en términos de costo-efectividad, mientras que los valores entre 20 000 y 100 000 por año de vida ajustado por calidad se observan como moderadamente costo-efectivos. Los resultados de este estudio basado en datos específicos por país indican que la vacunación para prevenir la neumonía por neumococo, por sí misma, puede considerarse como una intervención aceptable a moderadamente costo-efectiva en los cinco países. Por otra parte, en cuanto al ahorro de costos, los resultados indican que la vacunación para prevenir la neumonía por neumococo en personas mayores (65 años o más) es altamente costo-efectiva. Debido a la similitud en los resultados entre los cinco países, la vacunación de neumococo se considera como aceptablemente costo-efectiva para su aplicación en otras naciones de Europa occidental. Finalmente, los autores consideran que, basándose en resultados, las autoridades de salud pública deberían considerar políticas que impulsen la aplicación de esta vacuna para personas de 65 años o más.

Caso 3. Alternativas de pago a los proveedores para América Latina³

Un tema que ha sido trabajado dentro del campo de la economía de la salud es el pago a proveedores de servicios de salud. Este interés tiene diversos orígenes; entre otros, podemos mencionar la escasez

²Arment A, Baltussen R, Duru G, Rigaud-Bully C, De Graeve D, Örtqvist A, Jönsson B, Verhaegen J, Gaillat J, Christie P, Salazar Cifre A, Vivas D, Loiseau C, Fedson DS. Cost-Effectiveness of Pneumococcal Vaccination for Older People: A Study in 5 Western European Countries. *Clinical Infectious Diseases* 2000; 31.

³Telyukov A, Novak K, Bross C. Alternativas de pago a proveedores para América Latina: conceptos y estrategias de las partes interesadas. Iniciativa Regional de la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, 2001.

