

Glosario de Términos de Economía y Salud

Acuerdos de gestión: Instrumentos contractuales de carácter especial que regulan las relaciones con los prestadores para la contratación de servicios de salud para una determinada población dentro del marco de la gestión desconcentrada de servicios. En ellos se detallan las actividades motivo de contrato, la cobertura que deben cumplir las organizaciones de salud participantes y los mecanismos para su autoría, supervisión y evaluación.

Años de Vida Saludable (AVISA): Indicador compuesto que evalúa el número de años que una persona vive sin presentar ningún tipo de merma en su salud. Resulta de sumar los años vividos con discapacidad, que se restan de los años que podría vivir ese individuo en un tiempo y lugar determinados.



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

A

Áreas Médicas de Gestión Desconcentrada (AMGD): Estructura organizacional implementada por el IMSS con el fin de desconcentrar sus funciones administrativas, financieras y médicas en áreas geográficas con rangos de población entre 150 mil y 200 mil derechohabientes, con características demográficas y epidemiológicas similares. Su objetivo es integrar la capacidad de respuesta institucional a partir de áreas que funcionen como un "sistema integrado de salud" articulado, con base en un plan de salud local, a las acciones de las unidades de medicina familiar, salud en el trabajo, los servicios de prestaciones sociales y salud comunitaria y la atención especializada del hospital general de zona o regional.

C

Calidad de los servicios de salud: Se refiere al grado en que los servicios mejoran la salud de los individuos de manera congruente con las normas profesionales y responden adecuadamente a las expectativas y valores de los pacientes. Las dimensiones de la calidad son: a) la técnica y b) la interpersonal.

Capacitación: Mecanismo de pago y asignación presupuestal que utiliza como parámetro una cuota por persona dentro de un grupo determinado (personas inscritas o registradas). También se conoce como pago por persona, pago capacitado, pago per cápita o, literalmente, pago por cabeza.

Capital humano: Orientación, destrezas y conocimientos de una persona que pueden incrementarse invirtiendo en educación, capacitación o experiencia.

Costo-beneficio: Evaluación económica que estudia alternativas tecnológicas en salud (programas, intervenciones, tratamientos y tecnologías), en las cuales el beneficio puede ser único o múltiple (beneficio en salud, económico, en calidad de vida, etcétera) y es mediado en unidades monetarias en cada una de las alternativas, las cuales son comparadas contra sus costos. Se dice que una tecnología en salud es de costo-beneficio si con ésta se obtiene el máximo beneficio por peso gastado.

Costo-efectividad: Evaluación económica que estudia alternativas tecnológicas en salud en las

cuales la efectividad es única y es medida de manera similar y en unidades naturales en cada una de las alternativas, las mismas que son comparadas contra sus costos. Se dice que una tecnología en salud es costo-efectiva si con ésta se obtiene la máxima efectividad por peso gastado.

Cuota de recuperación: Forma de financiamiento de los servicios de salud para población abierta que consiste en el cobro directo y al momento de la prestación del servicio que se hace a los pacientes por la atención médica recibida en hospitales o centros de salud de las instituciones públicas.

D

Dimensión interpersonal de la calidad de los servicios: Atributo de los servicios de salud relacionados con lo que se ha dado en llamar "calidez" de la atención. Sus elementos son el respeto al paciente y la búsqueda de su satisfacción plena.

Disposición a pagar: Técnica empleada para estudiar la valoración de bienes para los que no existe un mercado. Se basa en las valoraciones que los individuos realizan de los beneficios de un determinado bien. Trata de estimar la cantidad (en unidades monetarias) que el consumidor está dispuesto a pagar sobre bienes que hipotéticamente mejoran su bienestar.

E

Efectividad/Eficacia: En el sentido epidemiológico, corresponde a la obtención de un resultado bajo condiciones reales de operación.

Eficiencia: Es la obtención del máximo resultado en la salud (eficacia, efectividad o beneficio) con la menor utilización de recursos.

Elasticidad de la demanda (oferta): Es la medida de sensibilidad al cambio en la demanda (oferta) ante un cambio en alguna variable que la determina (precio, precio de otros bienes, ingreso, tiempo, calidad, etcétera).

Elasticidad de la demanda (oferta) con respecto al ingreso: Es la medida de sensibilidad al cambio de la demanda (oferta) ante un cambio en el nivel de ingresos.

Elasticidad de la demanda (oferta) con respecto al precio: Es la medida de sensibilidad al cambio de la cantidad de demanda (oferta) ante un cambio en el precio.

Equidad: Justicia en la asignación de recursos o tratamiento entre individuos o grupos. En políticas de salud, equidad se refiere usualmente al acceso universal a una atención razonable y a una justa distribución de la carga financiera en el financiamiento a la salud entre grupos de diferentes ingresos.

Esperanza de Vida Saludable (EVISA): Indicador compuesto que mide el número de años en buena salud que una persona puede vivir, en promedio, en una sociedad determinada. Permite relacionar los datos de mortalidad con las causas de discapacidad.

Evaluación económica: Instrumento que emplea al análisis económico para medir la eficiencia de las tecnologías alternativas en salud. Consiste en identificar, cuantificar, valorar y comparar los costos y los beneficios de las alternativas tecnológicas que se están considerando. La evaluación económica puede hacerse mediante cuatro formas de análisis: minimización de costos, costo-efectividad, costo-utilidad y costo-beneficio.

F

Financiamiento de los servicios de salud: Proceso de movilización de recursos financieros desde sus funciones (hogares, empresas, gobierno o fuentes externas) hacia fondos que acumulan recursos y agregan riesgos (fondos de seguridad social, presupuestos públicos), para posteriormente distribuirlos en la producción de compra de servicios de salud.

G

Gasto catastrófico: Gasto de bolsillo destinado a financiar la atención a la salud que supera al ingreso percibido por el hogar, descontando el destinado a cubrir alimentación y vivienda.

Gasto de bolsillo: Pago que hacen los hogares por los servicios de salud al momento de recibirlos. El gasto de bolsillo como pago directo tiene, como límite máximo, el ingreso percibido por los hogares, que puede incluir los ahorros o hasta los recursos producto de la venta del patrimonio.

Grupos relacionados por el diagnóstico: Instrumentos para clasificar a los pacientes de acuerdo con su diagnóstico. Los procedimientos hospitalarios que se incluyen en un mismo grupo utilizan insumos similares. Estos instrumentos permiten calcular los costos de atención e identificar

los productos hospitalarios involucrados y, por lo mismo, facilitan la comparación del desempeño entre unidades de salud.

I

Incentivos: Bonificación, monetaria o no monetaria, que se da al empleado como estímulo para la mejora o incremento de la productividad del trabajo. La disposición a pagar permite desarrollar estudios de demanda potencial basados en las necesidades de la población y su demanda de acuerdo con la simulaciones del mercado.



M

Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS): Marco bajo el cual se estructura el sistema de atención a la salud a fin de responder a los nuevos retos y demandas. Se trata de un modelo comunitario, integral, basado en compromisos de gestión, orientado al usuario y dirigido a articular la relación entre proveedores de servicios.

P

Padecimientos emergentes: Padecimientos cuya frecuencia se incrementa a grado tal que logran desplazar a los que antes ocupaban los primeros sitios en la lista de causas de mortalidad. Este desplazamiento puede ser como en el caso de las epidemias nuevas (SIDA) y las enfermedades en ascenso (diabetes *mellitus*), o indirecto, como sucede con algunos tumores malignos y ciertas enfermedades cardiovasculares.

Prepago en salud: Esquema de financiamiento de atención a la salud en el que la población anticipa, en una o varias exhibiciones, el pago por la futura utilización de los servicios de salud.

Prestación directa de servicios de salud: Acciones desarrolladas específicamente para atender la salud de la población, las cuales son producidas y proporcionadas directamente por un proveedor.

Protección financiera: Estrategia que busca garantizar la seguridad financiera de la población a través del pago anticipado por la atención a la salud, el establecimiento de un financiamiento justo y la prevención de gastos excesivos y potencialmente catastróficos debidos a la búsqueda y resolución de las necesidades de salud.

R

Rectoría: Función del sistema de salud que incluye el diseño de políticas; la coordinación intra e intersectorial; la planeación estratégica; el diseño y monitoreo de las reglas para todos los actores del sistema (regulación sanitaria y de atención a la salud); la generación y coordinación normativa de la información; la evaluación del desempeño, y la representación internacional.

Regulación de la atención a la salud: Diseño y monitoreo de reglas de funcionamiento de todos los actores involucrados en la atención a la salud. Incluye la regulación de los profesionales del ramo, las unidades de atención, los laboratorios y gabinetes y la tecnología.

Regulación sanitaria: Diseño y monitoreo de reglas para la vigilancia; control sanitario de los bienes y servicios de salud; publicidad; salud ambiental y

ocupacional, y actividades de la economía que tienen un impacto sobre la salud.

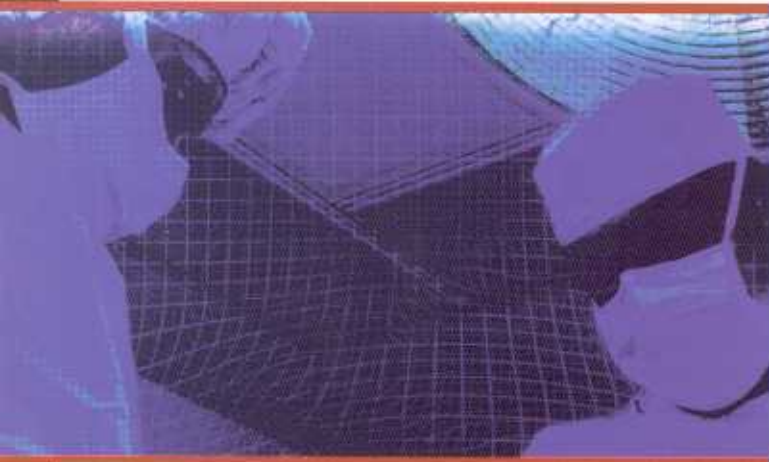
Rezago en salud: Conjunto de padecimientos evitables con intervenciones efectivas y de bajo costo, como la desnutrición, las infecciones comunes y los padecimientos relacionados con la reproducción.

Riesgo moral: Se produce cuando el asegurado, con su conducta o actitud, puede influir sobre la probabilidad de ocurrencia de un riesgo; es decir, cuando el asegurado presenta una acción escondida. El riesgo moral, por lo general, incrementa la probabilidad de ocurrencia del suceso asegurado.

S

Seguro de salud: Contrato a través del cual el asegurado, mediante el pago de una prima (cantidad monetaria), generalmente en forma anticipada (prepago), obtiene el derecho a recibir una prestación en salud por parte del asegurador en caso de que ocurra un suceso asegurado. El seguro de salud es un mecanismo económico de cobertura de riesgos. Su papel es agrupar riesgos similares de diversas personas en un "pool" a partir del cual se puedan cubrir los riesgos de un amplio conjunto de individuos.

Selección adversa: Ocurre cuando el asegurador no es capaz de conocer la distribución de riesgos de la población sobre la contingencia que debe cubrir; es decir, el asegurador presenta un conocimiento escondido sobre los riesgos contra los que pretende cubrir.



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

Silanes