

Conceptos básicos de economía de la salud para el médico general

María de los Ángeles Rodríguez-Ledesma,¹ Camilo Vidal-Rodríguez²

¹Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital General de Zona 3, Instituto Mexicano del Seguro Social
²Centro de Investigación para el Desarrollo (CIDAC)

Mazatlán, Sinaloa

Comunicación con: María de los Ángeles Rodríguez-Ledesma. Tel: (669) 983 6116. Correo electrónico: mamavidal@hotmail.com

RESUMEN

El desarrollo económico de un pueblo es factor principal en la determinación de su estado de salud. La economía de la salud es la disciplina que amalgama el enfoque de producción con las metas de bienestar social de la ciencia de la salud. Sus conceptos y términos han invadido el ámbito del desempeño médico; hoy forman parte habitual de su léxico y son tema de la literatura profesional. Sin embargo, algunas publicaciones sugieren que el lenguaje y los conceptos de la materia, aun los básicos, son desconocidos o confusos para los médicos. El objetivo de este trabajo es proporcionar al médico un breviarío sobre algunos de los conceptos básicos y análisis económicos más utilizados en economía de la salud.

SUMMARY

Economic development is one of the main contributors of the health status of the people. Health economics combines the economics perspective of production with the social objectives of health sciences. The concepts of this new discipline are common in the academic health field and in the professional literature, thus, health professionals adopt and use regularly these terms. However, previous research has shown that the average physician has poor knowledge and/or clarity about the meaning of health economics concepts. The objective of this article is to provide the basic concepts of health economics.

Introducción

El desarrollo económico de un pueblo es factor principal en la determinación de su estado de salud y éste a su vez es uno de los determinantes del desarrollo económico. La unión del enfoque de producción de la economía y las premisas de bienestar social de la salud ha dado lugar a la economía de la salud. Los conceptos de ésta se han asentado en el ámbito del desempeño médico; hoy forman parte de su léxico y son comunes en la literatura profesional. Sin embargo, algunas publicaciones sugieren que los médicos tienen un pobre conocimiento de la materia y su lenguaje y conceptos, aun los básicos, a menudo le son desconocidos.¹⁻¹⁴

Es objetivo de este trabajo es proporcionar al médico un breviarío sobre algunos conceptos básicos en economía de la salud.

Se ha intentado plantear cada concepto y término de manera clara y sencilla. En este afán se tomaron pequeñas licencias no significativas con algunos términos cuyas definiciones en la literatura especializada, no eran lo suficientemente claras para legos en la materia. La mayoría de los conceptos se ejemplificaron con la práctica médica diaria. Hasta donde fue posible, la mayor parte se ordenó en función de si son actores de la oferta o la demanda, o de ambas; y en un apartado final se plantean algunos de los análisis utilizados frecuentemente en la economía de la salud.

Desde luego, el trabajo es incompleto; sólo contiene los elementos básicos que creímos pudieran ser indispensables para hacer de esta compilación un instrumento de utilidad para quienes va dirigido y un estímulo para los que deseen profundizar en el tema.

Palabras clave

✓ economía de la salud

Key words

✓ health economics

Generalidades

Economía: es la ciencia que estudia cómo los hombres y la sociedad eligen las opciones para la utilización de sus recursos escasos, y para producir, distribuir o consumir, entre los diferentes individuos, bienes y servicios en corto, mediano y largo plazo; también analiza los costos y los efectos de dicho patrón de asignación.¹¹⁻¹³

Microeconomía: rama de la economía que se ocupa del estudio de la conducta de entidades individuales como consumidores, mercados, empresas, a los que se les llama también agentes económicos.¹² Ejemplo: ¿cómo, a qué y por qué asigna una familia su gasto?

Macroeconomía: es el estudio del comportamiento de los agentes económicos en conjunto; estudio y análisis del manejo de las cuentas, del producto y del ingreso de un país o una región en un lapso determinado de tiempo.^{3,11,12,15} Ejemplo: cómo asigna un país, en términos de porcentaje del producto interno bruto (PIB), recursos al sector salud.

Políticas públicas económicas: es la intervención del Estado en la vida económica para que, con los recursos públicos, se consigan determinados bienes y se generen los mayores beneficios posibles.^{1,11,12} Ejemplo: Programa Nacional de Vacunación.

Economía de la salud: es la rama de la economía que estudia cómo se utilizan los recursos para satisfacer las necesidades de salud, ya sea en el contexto de un individuo o en el de un grupo de población. Se basa en las premisas de la economía (medir, comparar y administrar costos e insumos para obtener productos o consecuencias deseados) aplicadas a la producción en el campo de la salud. Abarca la prevención, curación y el pronóstico, con sus metas que deben estar enfocadas al cumplimiento de un servicio eficiente, con equidad y calidad. La unión debe ser tan completa que abarque incluso conceptos éticos.

Igual que la economía, tiene dos enfoques, el de la *microeconomía* y el de la *macroeconomía*.^{2,3,5,6,11-13,16} Ejemplo: dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el último quinquenio, el cambio en las preferencias de las embarazadas y anuencia de los médicos por dichas preferencias, originó un aumento

de incidencia de cesáreas que incrementó sustancialmente los costos del Instituto. Ello ocasionó políticas administrativas para la revisión y vigilancia de la aplicación de las normas médicas para la opción cesárea.

Oferta: todo lo relacionado con la producción y venta de un bien o servicio. Cantidad de mercancía que puede ser vendida a los diferentes precios del mercado por un productor.^{3,12,14} Ejemplo: las diferentes cantidades de penicilina sódica cristalina que los productores ponen a la venta a diferentes precios.

Producto: es el resultado de la producción.

Producción: conjunto de actividades y operaciones (proceso) que convierte algo en un bien de uso o utilizable. Recursos y procesos que dan como resultado un servicio de salud. En macroeconomía producción es igual a ingreso.^{3,4,11,17} Ejemplo: para la producción de una consulta médica (producto) se requieren recursos físicos, humanos y bienes de capital (estetoscopio, baumanómetro, etcétera); el proceso consiste en todas las acciones para llegar a un probable diagnóstico y otorgar una terapéutica.

Productividad: eficiencia en tiempo. Número de bienes realizados en un rango de tiempo. Se califica de acuerdo a un estándar.³ Ejemplo: número de consultas otorgadas por un médico en una jornada laboral de ocho horas.

Producto nacional: medida en unidades monetarias del total de bienes y servicios generados en un país en un periodo determinado.³

Sectores económicos: la producción de un país está integrada por todas las acciones económicas que en él se realizan. A esas acciones se les ha dividido, desde el punto de vista económico, en tres sectores: el agropecuario, el industrial y el de servicios, y desde el punto de vista social en: público, privado, externo y mixtos.

El sector de servicios está formado por actividades que proporcionan servicios que reportan ingresos a quien los presta y, por lo tanto, contribuyen a la formación del ingreso y del producto nacional.^{2,3,5,7,18}

El producto interno bruto (PIB): es un concepto de macroeconomía. Es la suma monetaria de los bienes y servicios que se producen dentro del territorio nacional.

El porcentaje del PIB de un país que la OMS recomienda debe dedicarse a la salud es el 8%.^{2,5,12} Ejemplo: el porcentaje del PIB

mexicano destinado a salud en el año 2002 fue de 5.5.¹⁶

Depresión: es, prácticamente, la total suspensión del proceso de producción de un país.²

Recurso o insumo: todo lo que se usa para producir un bien o un servicio. Los recursos son: humanos, naturales, bienes de capital y bienes raíces. Desde el punto de vista administrativo los recursos se refieren a gente, tiempo, facilidades, equipo y conocimientos. Los principales recursos para un proceso de servicios como es la salud son los humanos.^{3,6,11,12}

Capital: dinero, fondos monetarios, bienes físicos y humanos empleados para producir otros bienes.³

Capital humano: orientación, destrezas y conocimientos de una persona que pueden incrementarse invirtiendo en educación, capacitación o experiencia.¹⁶ Ejemplo: la capacitación continua de posgrado de los médicos incrementa las destrezas de los mismos.

Inversión: emplear los recursos en aplicaciones productivas. La salud representa uno de los determinantes de la productividad, por lo que se debe considerar como una inversión en capital humano.^{1,2,4} Ejemplo: la capacitación a los médicos dentro de un hospital es una inversión en capital humano; igualmente lo es el programa de prevención y promoción de “autocuidados” para la salud.

Financiar: galicismo por costear, aportar capital a una empresa.⁴ Ejemplo: el financiamiento del IMSS se conforma por las aportaciones del gobierno, los “patrones” y los trabajadores.

Valor: consideración o aprecio de una persona o cosa. Es un fenómeno que sólo adquiere significado dentro de una determinada sociedad organizada en cierta forma.^{3,4} Ejemplo: el valor de la práctica de la medicina alternativa en las comunidades huicholes.

Valor agregado: aportación que no es indispensable para concretar un producto pero le da ciertas características de calidad.¹¹ Ejemplo: la experiencia de quien, en una primera consulta, llega a un diagnóstico veraz, es un valor agregado de la consulta.

Precio: es la expresión monetaria del valor; no tiene ningún significado si no se compara con otro, y entonces se le llama precio relativo. En economía el precio relativo es prácticamente

el único que se utiliza, pues permite observar el comportamiento de un precio respecto a otros.^{3,7,15} En un bien intangible como la salud el calcular precios a veces es muy difícil, precisamente por la naturaleza de los valores que los determinan. Ejemplo: tasar el precio de un riñón o de un dedo pulgar.

Costo o coste: utilidad que se deja de recibir de las alternativas que no se escogieron cuando, entre varias opciones, se eligió la que se considera mejor.^{6,11,12,14} Ejemplo: el costo de la decisión de extraer un cálculo por litotricia es el no realizar dicha extracción por una cirugía a cielo abierto.

Costo intangible: es aquel que aunque está directamente relacionado con la producción no tiene expresión corpórea. Ejemplo: el costo psíquico por la ansiedad o por el dolor que produce una enfermedad, o el costo social por desintegración o disfunción familiar.

Para contabilizar los costos intangibles se han ideado escalas que intentan disminuir al mínimo las apreciaciones subjetivas de cada sujeto. En medicina, una de las más conocidas es la de dolor.^{6,14}

Costo promedio o per diem: es el costo total entre las unidades producidas; incluye rubros de difícil cálculo y de resultados inciertos, como el descuento a futuro (ver adelante). Debido a ello, frecuentemente, el costo promedio se sobreestima. También se hace más específico mientras más rubros incluya su cálculo.^{6,19} Ejemplo: el costo promedio por día por paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es igual al costo total de la UCI entre el número de pacientes hospitalizados en ella en el tiempo estudiado.

Costo marginal: es una variante del costo total que resulta del aumento de una unidad en la producción. Ejemplo: en 1982, Neuhauser y Lewick, en su famoso artículo titulado “*What do we gain from the sixth stool gualac?*”, reportaron lo que un costo marginal puede pervertir a un costo promedio. Si se realizaban sólo cinco pruebas de detección para cáncer de Colon, el costo promedio por cada caso detectado era de 2500 dólares. Esta cifra se elevaba, debido al costo marginal, hasta 47 millones de dólares si se realizaba una sexta prueba cuando ya se habían hecho las cinco previas.^{6,7,11,14,19}

Costos de transacción: costos en que incurren los agentes económicos para crear un acuerdo contractual.²⁰ Ejemplo: costos de tiempo y trámites en que incurren las empresas para inscribir a sus trabajadores en el IMSS. La información asimétrica, la selección adversa y el riesgo moral (ver adelante) son algunos de los elementos que forman los costos de transacción.

Costo directo: está relacionado directamente con la producción o consumo de un servicio.

Los costos directos están formados por los costos fijos como son: la renta de un consultorio, los servicios de agua y luz, el sueldo de una secretaria, la compra de un estetoscopio o de un electrocardiógrafo, el monto de una operación quirúrgica, etc., y por los costos variables como son los tiempos de uso de un quirófano, los honorarios de algunos profesionales, el precio de algunos materiales quirúrgicos, el monto de una “incapacidad”.⁶

Costo indirecto: son los desembolsos o valores de los recursos que no tienen relación directa con el proceso de producción o el consumo de un bien o servicio pero influyen en el precio. Actualmente se incluyen los que resultan de la morbilidad o mortalidad, es decir, lo que un sujeto hubiera llegado a ganar si no hubiera perdido un miembro o una función o no hubiera muerto prematuramente.

Algunos de estos tipos de costos, para cuantificarse, deben ser convertidos a unidades cuantitativas como años de calidad de sobrevivida. Por las variables que implican, es obvio que los costos indirectos son difíciles de cuantificar.^{6,14} Ejemplos: el pago del transporte del médico al hospital o a un consultorio, el tiempo que un enfermo utiliza para acudir a una consulta.

Costo oportunidad: es el costo de la mejor alternativa desechada, el punto clave de la oportunidad es que una vez que se elige una opción las otras deben darse por perdidas, es decir, se ha perdido la oportunidad de usar el recurso en otra necesidad.^{1,3-8,11,15} Ejemplo: el costo oportunidad del Programa Nacional de Vacunación consiste en los pesos que no se pudieron dar al Programa de Control Natal.

Eficiencia: obtener los máximos beneficios con el mínimo de recursos. En macroeconomía es el óptimo modelo de distribución.^{3,5,7,11,12,16} Ejemplo: vacunar a 100 % de la población con el menor gasto posible.

Eficacia: obtener el resultado buscado, en sentido epidemiológico, corresponde a la obtención de un resultado bajo condiciones reales de operación. En la literatura americana, eficiencia y eficacia son usadas indistintamente; en la literatura latina, eficacia también se toma como efectividad.^{6,14,16} Ejemplo en microeconomía: dentro de su jornada laboral, un médico general da consulta a todos los pacientes asignados, pero a 95% les solicita exámenes de laboratorio o de gabinete y les cita a una nueva consulta para poder integrar un diagnóstico y prescribir un tratamiento. El médico es eficaz pero no eficiente.

Racionalizar: hacer uso adecuado de un producto; escoger la manera conveniente de lograr un objetivo fijado.^{3,5} El concepto se perverte cuando se ejerce una “medicina defensiva”.⁵ Ejemplo: no racionalizar es solicitar una tomografía computarizada de cráneo como primer recurso diagnóstico ante una cefalea.

Aborrar: reservar parte del gasto ordinario.⁴

Maximizar: escoger lo que más se ajusta a nuestras necesidades expresadas en gusto, calidad, variedad o probabilidad de éxito.³ Ejemplo: diseñar el programa de control natal que más satisfaga a las necesidades del país de acuerdo a la idiosincrasia social del mismo.

Incertidumbre: no tener un conocimiento seguro y claro de alguna cosa. Situación en la que puede ocurrir más de un suceso, pero no sabemos cuál.^{4,15} Ejemplo: la incertidumbre de una operación quirúrgica se conforma por los incidentes o accidentes que pueden ocurrir.

Demanda: todo aquello relacionado con la producción y compra de un bien o servicio.

Cantidad de mercancía que puede ser comprada a diferentes precios en el mercado.^{3,12,14} Ejemplo: las diferentes cantidades de penicilina sódica cristalina que los consumidores están dispuestos a comprar a distintos precios.

Necesidad: es un sentimiento de falta, de insuficiencia; las necesidades se jerarquizan de acuerdo a la importancia que cada individuo le conceda a cada una y de acuerdo a ese rango busca satisfacerlas. Tanto en el enfoque individual como el social, la salud se ubica entre las necesidades de seguridad pero también tiene implicaciones con las “fisiológicas” y las de pertenencia, afecto y estimación.³

Bienes y servicios: son todos los que de una u otra manera satisfacen los deseos del hombre.

Un bien es un producto tangible, es decir, tiene expresión material corpórea; por el contrario, un servicio es un producto intangible que se refiere a todas aquellas actividades que ayudan indirectamente al proceso de transformación o distribución de los bienes producidos. En la literatura, algunos servicios son llamados bienes.^{3,11} Ejemplo: un reactivo biológico (vacuna) para la viruela es un bien. La campaña mundial para la erradicación de la viruela es un servicio.

Bien o servicio público: es aquél cuyos beneficios se difunden indivisiblemente a toda la comunidad, independientemente de que los individuos decidan o no comprarlos.

La salud es considerada un servicio público, a pesar de que hay servicios de salud que sólo son disfrutados por sólo un individuo, por ejemplo: una intervención quirúrgica como la reducción de una fractura (de un solo sujeto) será considerado bien público cuando se sumen los costos de todas las intervenciones quirúrgicas para reducciones de fracturas realizadas en un país, pues la suma de los costos de la terapéutica genera externalidades (ver más adelante), sobre todo si las fracturas fueron resultado de accidentes de trabajo.^{2,3,5,11,12}

Bien meritatorio: es un derecho básico para todos, es decir, cualquier persona tiene derecho a él sin importar su capacidad de pago; la salud es un bien meritatorio.^{1,2,5}

Bien sustituto: es un bien que reemplaza a otro; un sustituto perfecto, además de tener las mismas características del que va a reemplazar, tiene el mismo valor para el consumidor.^{3,5,11} Ejemplo: ácido acetilsalicílico y acetaminofén utilizados como analgésicos.

Bien intermedio: es aquel que se consume para alcanzar un fin. Los servicios de salud, es decir, la atención a la salud es un bien intermedio que se consume para alcanzar la salud definida como el bienestar biopsicosocial.² Ejemplos: los programas de prevención de enfermedades (vacunación, o de información de riesgos), la atención primaria a enfermos con politraumatismo, la consulta de un médico o una intervención quirúrgica.

Utilidad: poder que tiene un bien o un servicio de satisfacer un deseo o una necesidad. El deseo puede ser de algo que el individuo no tiene y aspira a tener o algo que ha perdido y aspira a recuperar. Utilidad en lenguaje econó-

mico es igual a satisfacción.^{3,5,7,11} Ejemplo: la rehabilitación de un órgano.

Utilidad total: es el beneficio total que una persona obtiene del consumo de bienes o servicios.¹⁵ Ejemplo: el beneficio de una consulta es haber sido revisado, conocer un diagnóstico y pronóstico, obtener un tratamiento.

Mercancía: bien o servicio que se produce con el fin de intercambiarlo. Una mercancía tiene dos valores principales: la utilidad y la capacidad de ser intercambiada.³ La salud no puede ser intercambiada.

Consumo o gasto: desembolsar. Uso de un producto para satisfacer necesidades. Utilización individual de bienes o servicios producidos.^{3,11}

El gasto público: concepto de macroeconomía. Son los recursos que eroga el gobierno para cubrir servicios públicos. Para fines prácticos, la referencia “servicios de salud” engloba sólo tres rubros: salud, seguros y bienestar social. Éstos se relacionan entre sí y con otros como los de educación y vivienda.

El gasto del servicio público de salud incluye los de administración general, regulación e investigación en los programas de salud, los gastos de hospitales, centros médicos dentales y clínicas, los de programas de control de crecimiento, inmunizaciones, e inoculaciones y los de servicios de donación de sangre y órganos.

Los gastos de seguros y bienestar social comprenden los pagos por enfermedad, vejez o incapacitación, las pensiones de retiro, el seguro de desempleo, los familiares de desgravamen, maternidad y subvenciones infantiles y los pagos de cuidados a minusválidos, a huérfanos, y por accidentes y otras incapacidades.

En la actualidad, el gasto en servicios de salud se reconoce como una inversión en capital humano porque la salud de la población es un determinante para el crecimiento económico y el desarrollo del país.^{2,5,7}

Riqueza: abundancia de bienes. Capacidad para satisfacer múltiples recursos y necesidades.^{4,11}

Subsidio: socorro, ayuda o auxilio extraordinario. Ayuda económica que se otorga, generalmente con carácter oficial, para satisfacer determinadas necesidades individuales o colectivas.⁴ Ejemplo: El IMSS percibe un subsidio del Estado.

Tercer pagador: es quien, fuera del proceso de la toma de decisiones entre el proveedor y

el consumidor paga, total o parcialmente, el servicio. Cuando el tercer pagador es el Estado, éste, en diferente grado, incide en el proceso de la toma de decisiones. Ejemplo: en el régimen de seguridad social mexicana un tercer pagador son “los patrones” que tienen, por ley, obligación de otorgar un seguro médico a sus empleados y otro tercer pagador es el estado que subsidia ese régimen de seguridad.^{1,2,5}

Oferta-demanda

Beneficio: bien o servicio que se hace o se recibe; ganancia es sinónimo de beneficio.^{4,5} Ejemplo: los servicios que por contar con un seguro de gastos médicos recibe un paciente que ha sufrido una fractura.

Industria: es un conjunto de empresas que vende un producto o productos estrechamente relacionados.⁴ Ejemplos: la industria de servicios de salud. La industria farmacéutica.

Presupuesto: es un plan de contabilidad en el cual se indican los ingresos por recibir y los gastos que se deberán cubrir. Los presupuestos pueden ser tan simples como los domésticos familiares o tan complejos como los anuales planteados por el poder ejecutivo al legislativo.³ Ejemplo: el presupuesto para el Programa Nacional de Vacunación.

Inflación: aumento general y continuo (sistemático) de los precios de todos o casi todos los productos.^{3,11,13,15} Ejemplo: incremento sistemático de los precios de los servicios de salud en los últimos cinco años.

Gravamen: es igual a impuesto.

Calidad: significa generar resultados satisfactorios para el consumidor y el productor. En 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 consumidores del servicio.^{5,16} Ejemplo: el programa nacional de vacunación contra la poliomielitis.

Equidad: es un concepto utópico, significa que todos deben recibir un bien por igual. En políticas de salud equidad es el 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.^{1-3,8,16} Ejemplo: el objetivo del Seguro Popular.

Intermediación: comprar un producto para después venderlo a un tercero. Es una de las actividades económicas que usa la información asimétrica (ver adelante) como fuente de beneficio.¹¹ Ejemplo: las farmacias, ellas compran el fármaco al laboratorio productor y lo venden al enfermo.

Externalidades: así se llama a los beneficios o costos que se extienden fuera del binomio proveedor-consumidor, es decir, que afectan a otros productores o consumidores y que el precio del mercado no toma en consideración. Las externalidades pueden ser positivas o negativas; las primeras ocasionan un beneficio y las segundas, un costo. Los beneficios de la atención a la salud se extienden a la familia, la comunidad y la sociedad.^{3,11,12,21}

Un ejemplo de externalidades negativas de un problema de salud sería el tabaquismo, porque afecta la salud del fumador activo y la del no activo con el que convive; por parte del activo incrementa el uso de los servicios de salud y los costos de los contribuyentes.

Información asimétrica o preeminencia: es la diferencia de conocimiento que existe entre los productores y los consumidores, es decir, que entre dos o más actores económicos alguien sabe más de algo.^{2,5,12,17,18,20}

El ejemplo clásico de información asimétrica son los seguros de gastos médicos en donde los productores (médicos), los intermediarios (compañías de seguros) y los consumidores (pacientes) tienen información asimétrica unos de otros.

Selección o relación adversa: es aquella en donde el comprador o el vendedor piensan que pueden obtener mayor beneficio que el pactado en un contrato.

Ejemplo: las personas que planean utilizar servicios de salud, o creen que requerirán de ellos, tienen mayores probabilidades de adquirir un seguro médico, y ocasionalmente mienten sobre su estilo de vida para obtener mayor prima; por otro lado, las compañías de seguros tratan de reclutar a aquellos que tienen menos riesgo de sufrir una enfermedad o encarecen la prima para quienes tienen estilos de vida o antecedentes de alto riesgo.^{2,16,20,21}

Riesgo moral: los prestadores y/o los consumidores modifican su conducta o actitud,

después de un acuerdo, para actuar en tal forma que los beneficie a costa de la otra parte. Dichas actuaciones no están exentas de dolo.^{2,16}

Ejemplo: por el solo hecho de comprar un seguro de salud, un sujeto cambia sus hábitos de alimentación, fuma y deja de hacer ejercicio. O un sujeto que ha comprado un seguro de gastos médicos exige se le hospitalice y realice una tomografía porque sufre cefalea.

Ingreso: son los salarios, los sueldos y todo lo que forma la compensación que se paga al trabajo. También son los intereses y dividendos pagados a los dueños del capital, y las compensaciones que reciben los dueños de la tierra.¹⁵

Elasticidad: es la medida de sensibilidad, de la demanda o la oferta, ante un cambio. Los cambios se dan en las variables que determinan la oferta o la demanda, como el precio de los bienes, el ingreso, el tiempo, la calidad, etcétera.

Competencia: contienda por el control de recursos. Oposición o rivalidad entre dos o más sujetos que aspiran a obtener una misma cosa. La competencia se refleja en el precio.^{4,15}

Ejemplo: la competencia existente en el precio de los “paquetes” de atención del parto, que ofrecen los diferentes hospitales privados.

Competitividad: grado de eficiencia con que se compete en el mercado.¹⁵

Ejemplo: la existente entre los diferentes laboratorios clínicos privados.

Mercado: serie de transacciones que llevan a cabo los productores (proveedores) y los consumidores que dan como resultado posibilidades de intercambio. Frecuentemente entre ellos se sitúan los intermediarios.

Los elementos que forman un mercado son: la mercancía, la oferta, la demanda y el precio de la mercancía.^{2,3,5,12,14,21}

Mercado perfecto: es aquel que tiene muchos compradores y vendedores, de manera que en las transacciones ninguno tiene impacto sobre el precio.

Para que un mercado sea perfecto debe cumplir con seis postulados o leyes:

1. Haber muchos productores pero que ninguno domine.
2. Haber muchos consumidores pero que ninguno domine.

3. No haber barreras de entrada o salida, es decir, cualquiera puede vender y cualquiera puede comprar.
4. Haber información simétrica, entre vendedores y compradores.
5. Los productos deben ser homogéneos, es decir, sustitutos perfectos
6. Debe haber una independencia absoluta entre la oferta y la demanda, es decir, la primera se limita a responder a la segunda, sin manipular al consumidor.

La salud es un mercado imperfecto por su calidad de bien meritario. Lo involuntario e impredecible de la pérdida de la misma, la imposibilidad de tener servicios de salud sustitutos que puedan intercambiarse, la generación de externalidades, la presencia de un tercer pagador y porque tales servicios están sujetos a selección adversa, riesgo moral e información asimétrica, éstos y otros son factores que tienen impacto en su precio.

El mercado de la salud se divide en submercados que se interrelacionan entre sí. Estos submercados son:

- *En el de servicios de salud* se demanda un servicio específico, por ejemplo, el diagnóstico de una enfermedad, o una operación quirúrgica. En éste, el consumidor es el enfermo y el proveedor el médico. En este intercambio se puede situar un intermediario, como cuando una empresa (hospital) ofrece un “paquete” de atención de parto con un precio fijo; en esta transacción los usuarios compran el servicio a la empresa que juega el papel de intermediario, pues ella compra el servicio a los médicos y lo vende a los usuarios.
- *En el de factores* el profesional de la salud adquiere equipo biomédico. Aquí el consumidor es el médico, el proveedor la industria que produce el equipo, y el intermediario la compañía distribuidora del mismo.
- *En el de seguros* los consumidores son los sujetos que buscan un seguro de gastos médicos y los proveedores las aseguradoras, aunque en el concepto ortodoxo de mercado realmente los proveedores son los profesionales de la salud y las aseguradoras tendrían la función de intermediarios, por

lo que esta transacción sólo sería una variedad sofisticada del que se ha revisado como primer submercado.^{1-3,5,12,17,21}

Libre mercado: es aquel en donde, teóricamente, el precio de la mercancía queda definido sólo por la oferta y la demanda del producto, sin ser sometido a ninguna regulación.

El descuento a futuro: es la técnica que analiza los costos en función del tiempo. Ejemplo: el costo generado por el seguimiento clínico y la incapacidad para laborar de un enfermo con una angina coronaria inestable, que lo confina al reposo en cama, al que no se le realiza un procedimiento diagnóstico o terapéutico oportuno, se incrementará constantemente hasta que se le resuelva su problema.^{7,8,14}

El pago de buena voluntad o disposición a pagar: es una técnica en la que se trata de estimar la cantidad (en unidades monetarias) que el consumidor está dispuesto a pagar sobre bienes que hipotéticamente mejoran su bienestar. En ella se da un valor monetario a bienes para los que, teóricamente, no existe un mercado (la vida, las funciones y los órganos humanos), de tal manera que la pérdida de cualquiera de ellos pueda ser remunerada; la evaluación se pervierte cuando son los afectados los que tasan la cantidad que estarían dispuestos a pagar o lo que hubiese podido llegar a ganar si tal pérdida no hubiese existido.^{8,16} Ejemplo: la millonaria compensación monetaria que solicitaba a la Comisión Federal de Electricidad el joven trabajador al que amputaron los brazos porque sufrió quemaduras de tercer grado cuando tocó un cable de alta tensión mal colocado y sin aviso de peligro.

Grupos relacionados por diagnóstico (GRD): permiten calcular los costos de atención e identificar los productos hospitalarios involucrados de acuerdo a los diagnósticos emitidos. Parte de la premisa de que los procedimientos hospitalarios que se incluyen en un mismo grupo utilizan insumos similares y por lo tanto es posible hacer la comparación de costos por atención entre unidades de salud de niveles administrativos y clínicos similares.¹⁶ Ejemplo: dentro del IMSS la asignación anual del presupuesto para las unidades hospitalarias de segundo nivel (hospitales generales de zona) se establece a través de su productividad (desempeño) que se mide en atención otorgada a los GRD.

Análisis económicos

La administración de los recursos asignados debe basarse en las consideraciones de los factores involucrados en los análisis económicos que son los instrumentos empleados para de manera sistemática identificar, medir, evaluar y comparar los costos y los resultados (consecuencias) de por lo menos dos alternativas relevantes. Son útiles para tomar decisiones sobre administración de instituciones, hospitales y organizaciones de salud; para establecer prioridades en las necesidades de servicios y las demandas de salud con la consecuente distribución de recursos, y para la planeación de programas y políticas de salud.

Los análisis se basan en estimaciones, pero aun los cálculos más completos y precisos generan incertidumbres que se incrementan cuando interviene un bien eminentemente humano como es la salud, de tal forma que a pesar de que un análisis se realice de manera metódica y estricta hay variables tan frágiles, tan subjetivas, y tan difíciles de cuantificar, que pueden quedar fuera de toda posible estimación o el mínimo cambio u omisión parcial de alguna de ellas puede echar abajo todas las predicciones.

Los mejores análisis económicos son aquellos que miden los costos y los resultados como los de costo-utilidad, y costo-beneficio. Aunque su elaboración es complicada y cara, son prácticamente indispensables cuando se trata de decidir programas sociales.

Los estudios parciales son más frecuentes porque son menos caros que los completos, y aunque no siempre son obvios, son sencillos de realizar. En ellos se evalúan los costos o los resultados; ejemplo de éstos son los de costo-identificación, costo-minimización y costo-efectividad.

Los análisis económicos llamados de sensibilidad son los que, teóricamente, reflejan con la mayor exactitud la realidad porque minimizan en todo lo posible la incertidumbre. Para lograrlos, se utilizan las técnicas e instrumentos habituales, más algunos de carácter especial como: el descuento a futuro, el pago de buena voluntad o disposición a pagar y los grupos relacionados por diagnóstico.^{6,8,9}

En economía de la salud, los análisis más comunes son: costo-identificación, costo-mini-

mización, costo-efectividad, costo-utilidad y costo-beneficio.

Las personas hacen consciente o inconscientemente, prácticamente sobre cualquier cosa, un análisis de costo-identificación y uno de costo-minimización; los médicos, ante cada paciente, añaden, aunque lo realicen de manera empírica e incompleta, uno de costo-efectividad.^{1,2,6-8,14,16}

Análisis de costo-identificación: responde a la pregunta: ¿cuánto cuesta una estrategia de diagnóstico o de tratamiento?^{6-8,14} Ejemplo: ¿cuánto cuesta una intervención quirúrgica desde la primera vez que el enfermo consulta hasta la última consulta de control en el posoperatorio?

Análisis de costo-minimización: es el análisis que considera los menores costos que generan diferentes alternativas, cuyos resultados deben ser idénticos. Este análisis incluye en su evaluación el de costo-identificación y aunque no son lo mismo a menudo son tomados como equivalentes.¹⁴ Ejemplo: entre la opción de una colecistectomía por endoscopia para la que se requiere de tecnología y personal adiestrado que maneje el endoscopio (costos) y una a cielo abierto, esta última parece ser más barata puede tener mayores costos, por los riesgos quirúrgico-anestésicos y días de hospitalización, entre otros, en que con ella se incurre.

Análisis de costo-utilidad: es el análisis de los resultados (utilidad) o ganancia en calidad o cantidad de vida que genera la elección de diferentes alternativas de diagnóstico o de tratamiento. En él se incorpora el concepto de valor de resultados medidos en función de años de sobrevida, dolor o los grados de disfunción de un órgano.^{6-8,14} Ejemplo: la elección entre realizar (costo alto) o no (costo bajo) una cirugía a un enfermo con cáncer de páncreas, si la utilidad medida como años de sobrevida (resultados) y calidad de la misma es semejante con ambos procedimientos se elegirá la estrategia de menor costo, pero si con la intervención quirúrgica se obtuviera mayor tiempo de sobrevida, ésta sería la correcta elección.

Análisis de costo-efectividad: en él se analizan los costos y su relación con la obtención de los resultados buscados (efectividad) de un diagnóstico o un tratamiento. Para realizarlo se utilizan combinaciones de resultados de análisis de costo-utilidad como serían: calidad de vida, años de vida, dolor, incapacidad, etc. Los resultados

deberán graduarse en una escala ordinal a la que se da un valor numérico; posteriormente, los valores numéricos se cruzarán entre ellos para convertirlos (ajustarlos) a una escala común que permita compararlos entre sí. Ejemplo: la selección entre dos fármacos, a o b, que reducen el colesterol, se determinó en función de la comparación entre los costos-efectividad de cada uno. El fármaco a tuvo un costo de 59 000 dólares, y el b de 17 800 dólares por año de sobrevida. Obviamente se escogió el b.

Las unidades estándar de costo-efectividad más conocidas y frecuentemente utilizadas son las unidades de años de calidad de vida ajustada o unidades QALY (*Quality-adjusted life years*), otras son las DALY (*Disability adjusted life years*), las HYLE y las HYLE modificadas por riesgo.

Las unidades de costo-efectividad utilizadas frecuentemente en los trabajos latinoamericanos son AVISA (años de vida saludable en función de calidad), que evalúa el número de años que una persona vive sin presentar ningún tipo de merma en su salud, y EVISA (esperanza de vida saludable), que mide el número de años en buena salud que una persona puede vivir en promedio en una sociedad determinada.^{2,6,8,14,16,22,23}

El análisis de costo-beneficio: mide el valor de los costos y los resultados planteándolos en unidades monetarias estándar (beneficio) que pueden ser comparadas con otros resultados en las mismas unidades. En la perspectiva de la economía social éste es el mejor estudio para decidir entre opciones de programas a implementarse como políticas públicas.

Cuando las unidades no se pueden medir monetariamente, se recurre al análisis de costo-efectividad.^{1,2,14,24}

Análisis de sensibilidad: son técnicas que identifican suposiciones metodológicas críticas, o áreas de incertidumbre. En los análisis de sensibilidad, suponiendo eventualidades, se modifican las variables originales o se colocan en escenarios diferentes a los que primero se midieron^{6,8} y tomando éstos como base se calculan los posibles costos. Ejemplo: Washington (AP). Según el informe “Impacto económico y financiero de una gripe pandémica y el papel del Fondo Monetario Internacional (FMI)”: el efecto económico de una pandemia de la gripe aviar en América Latina y otras regiones de eco-

nomía en desarrollo será severo pero breve. La severidad dependerá del nivel de ataque y tasas de fatalidades, su duración y comportamiento y grado de preparación de hogares y empresas, y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud. David Hoelscher, director de la división de asuntos sistémicos del FMI, dijo que entrar en una cuantificación (del impacto económico) es ciertamente muy difícil; sin embargo, El Banco Mundial, institución filial del FMI, calculó que sobre la base de los daños ocasionados por el síndrome respiratorio agudo (SARS) en 2002, en donde las inversiones extranjeras directas se redujeron, los proyectos tuvieron demoras en su implementación, y hubo un incremento en los riesgos de inversión. Una pandemia de gripe aviaria ocasionaría hasta 800 mil millones de dólares en pérdidas en un año en todo el mundo. (Periódico "El Noroeste", 14 de marzo de 2006).

Referencias

1. Musgrove PH. Unas reflexiones personales sobre 16 años de aplicaciones y enseñanza en economía de salud y su aplicación al mundo real, Seminario sobre aplicaciones de economía de la salud: agenda de aplicaciones y lineamientos para las políticas públicas, Distrito Federal, México, 1998.
2. Knaul F, Guíjarro M. El campo de la economía de la salud: avances recientes y desafíos para el futuro, III Seminario Nacional y I Seminario Sobre Aplicaciones de Economía de la Salud, Santa Fe de Bogotá, Colombia, 1997.
3. López F, Martínez A. Economía al alcance de todos. Distrito Federal, México: HARLA; 1991.
4. Real Academia Española. Diccionario de la Real Academia Española. Decimonovena edición. Madrid, España: Espasa-Calpe; 1970.
5. Castaño-Yepes R. Medicina, ética y reformas a la salud. Bogotá, Colombia: Fundación Creer; 2001.
6. Orozco J, Sales V. Cómo leer revistas médicas. Para entender una evaluación económica. *Rev Inv Clin* 1992;44(3):417-425.
7. Drummond M, Stoddart G, Labelle R, Cushman R. Health economics: An introduction for clinicians. *Ann Intern Med* 1987;107 (1):88-92.
8. Eisenberg J. Clinical economics. A guide to the economic analysis of clinical practices. *JAMA* 1989;262(20):2879-2886.
9. Frenk-Mora J. Introducción sobre la economía de la salud en México. Foro Silanes; Economía y Salud. Fundación Mexicana para la Salud 2002; 6(14):3.
10. Maynard A. La medicina basada en la evidencia y el dilema de la eficacia. Foro Silanes; Economía y Salud. Fundación Mexicana para la Salud 2002; 6(14):5-7.
11. Méndez S. Fundamentos de economía. Tercera edición. Distrito Federal, México: Interamericana McGraw-Hil; 1996.
12. Samuelson P, Nordhaus W. Economía. Decimoquinta edición. Madrid, España: Interamericana McGraw-Hil; 1996. p. 3-148.
13. Cruz-Rivero C. Perspectivas de la economía de la salud. Foro Silanes; Economía y Salud. Fundación Mexicana para la Salud 2002;6(14):12-14.
14. Thornton J. Health economics: a beginners guide. *British J Hosp Med* 1997;58(11):547-550.
15. Parkin M. Microeconomía. Segunda edición. Wilmington, USA: Addison-Wesley Iberoamericana; 1995.
16. Glosario de términos de economía y salud. Foro Silanes; Economía y Salud. Fundación Mexicana para la Salud 2002; 6(14).
17. Arreola H, Nigenda G. La economía de la salud como una herramienta para la toma de decisiones en el Sector Salud. En: Frenk J, editor. Necesidades, servicios. Distrito Federal, México: Fundación Mexicana para la Salud. Observatorio de la Salud; 1997. p. 9-11.
18. Bobadilla JL. Investigación sobre la determinación de prioridades en materia de salud: el caso de los países de ingresos medianos y bajos. En: Frenk J, editor. Necesidades, servicios. Distrito Federal, México: Fundación Mexicana para la Salud. Observatorio de la Salud; 1997. p. 256-267.
19. Parkin M. Macroeconomía. Segunda edición. Wilmington, USA: Addison-Wesley Iberoamericana; 1995.
20. Williamson OE. Mercados y jerarquías, su análisis y sus implicaciones antitrust. Distrito Federal, México: Fondo de Cultura Económica; 1991. p. 37-59.
21. Pindyck RS, Rubinfeld DL. Microeconomía. Distrito Federal, México: Limusa, Noriega Editores; 1999.
22. Ried W. QALYS *versus* HYES: What's right and what's wrong. A review of the controversy. *J Health Economics* 1998;17:607-625.
23. Calidad y eficiencia en las organizaciones de atención a la salud. Economía y Salud. Distrito Federal, México: Fundación Mexicana para la Salud; 1994. p. 18.
24. Stiglitz JE. La economía del sector público. Segunda edición. Barcelona, España: Antoni Bosch; 1988. 