

Economía de la Salud

Autor: Freddy Alvis Cardona



Economía de la Salud / Freddy Alvis Cardona / Bogotá D.C., Fundación
Universitaria del Área Andina. 2017

978-958-8953-87-8

Catalogación en la fuente Fundación Universitaria del Área Andina (Bogotá).

© 2017. FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
© 2017, AUDITORIA EN SALUD / GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO
© 2017, FREDDY ALVIS CARDONA

Edición:

Fondo editorial Areandino
Fundación Universitaria del Área Andina
Calle 71 11-14, Bogotá D.C., Colombia
Tel.: (57-1) 7 42 19 64 ext. 1228
E-mail: publicaciones@areandina.edu.co
<http://www.areandina.edu.co>

Primera edición: octubre de 2017

Corrección de estilo, diagramación y edición: Dirección Nacional de Operaciones virtuales
Diseño y compilación electrónica: Dirección Nacional de Investigación

Hecho en Colombia
Made in Colombia

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra
y su tratamiento o transmisión por cualquier medio o método sin autorización escrita de la
Fundación Universitaria del Área Andina y sus autores.

Economía de la Salud

Autor: Freddy Alvis Cardona





UNIDAD 1 | Conceptualización economía, política y salud

Introducción	6
Metodología	7

UNIDAD 2 | Políticas económicas sector salud

Introducción	20
Metodología	21

UNIDAD 3 | Relaciones de factores económicos

Introducción	32
Metodología	33
Desarrollo temático	34

UNIDAD 4 | Finanzas de las empresas de salud

Introducción	44
Metodología	45
Desarrollo temático	46

Bibliografía	52
--------------	----



Conceptualización economía, política y salud



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Autor:
Freddy Alvis Cardona

Introducción

Oscar Vilosio, afirma que la economía es una disciplina del campo de las ciencias sociales cuyo principal objeto de estudio es la manera en que las personas distribuyen los limitados recursos de los que disponen para satisfacer sus necesidades cada vez mayores. De esta manera, la economía se vincula estrechamente con otras disciplinas que aportan a la comprensión de los complejos mecanismos implicados en la elección de alternativas, preferencias, prioridades y valores, y al establecimiento de reglas de juego e instituciones que tienden a ordenar de una forma u otra el entramado de decisiones que constituyen el ámbito de lo económico: el derecho y la política. Por otra parte, un problema central de la organización de servicios y sistemas de atención sanitaria es el mismo: cómo satisfacer crecientes necesidades y demandas con recursos escasos, en términos absolutos o relativos. No hay organización ni actividad sanitaria que escape a este dilema. Y no hay médico que no lo enfrente en su práctica diaria. (Oscar, 2009).

Bajo el título “Economía de la salud” se agrupan los análisis y propuestas derivados de la aplicación de las herramientas económicas a la particular problemática del complejo proceso salud-enfermedad. Aunque son relativamente más difundidos los estudios económicos orientados a la evaluación de tecnologías diagnósticas y terapéuticas, no es menor el aporte de la economía a la interpretación de las conductas de las personas como proveedores y consumidores de servicios y bienes sanitarios, a la problemática de las conductas no saludables y a la estructura y formas de funcionamiento que en consecuencia adoptan las organizaciones vinculadas a la salud.

De tal manera, el aporte de las herramientas económicas a la organización de la atención médica (centrada en la enfermedad y sus consecuencias) y de la atención de la salud (en su significado más amplio, que incluye la atención médica pero la excede largamente), debe vincularse a un contexto social principalmente definido por el juego de valores, instituciones y prácticas políticas vigentes. El profesional de la salud puede eventualmente elegir ignorar este contexto. Lo que seguramente no podrá hacer es evitar las consecuencias que el mismo impone, en su actividad cotidiana. (Oscar, 2009).

Metodología

De acuerdo con metodología de Educación a Distancia, los periodos se manejan por módulos de formación con la siguiente distribución de actividades:

Momento de aprendizaje autónomo:

Las actividades que se desarrollan son individuales. El estudiante debe desarrollar y entregar ejercicios, talleres de aplicación, lecturas, ensayos, mapas conceptuales.

Momento de aprendizaje colaborativo:

Las actividades se desarrollan en grupo (compañeros de estudio o trabajo). Los estudiantes deben elaborar y entregar relatorías correspondientes a cada una de las socializaciones realizadas.

Momento de aprendizaje tutorial:

Las actividades que se desarrollan se realizan teniendo en cuenta el apoyo y acompañamiento del tutor. (Pueden ser individuales o grupales). Los estudiantes deben elaborar un protocolo de cada tutoría que se realice.

En estos tres momentos, la comunicación se realiza a través de diferentes medios como (teléfono, celular, e-mail, chat, entre otros) con el acompañamiento del docente-tutor y desde el aula virtual.

Conceptualización economía, política y salud

En este documento se referenciarán algunos conceptos básicos que permitirán la contextualización en aspectos de economía, política y salud.

Definición de Economía

La Economía es la ciencia que estudia la forma en la que los individuos y la sociedad efectúan las elecciones y decisiones para que los recursos disponibles, que son siempre escasos, puedan contribuir de la mejor manera a satisfacer las necesidades individuales y colectivas de la sociedad.

Desde el punto de vista de los individuos, se estudia como economizan sus recursos, es decir, como emplean su renta de forma cuidadosa e inteligente en orden de alcanzar el máximo provecho posible.

Desde el punto de vista de la sociedad se trata de cómo los individuos alcanzan el nivel de bienestar más alto posible, a partir de los recursos que hay disponibles.

También se dice usualmente, que la Economía es la ciencia o quizás, el arte que estudia la forma en que los seres humanos resuelven el problema de cómo satisfacer sus necesidades materiales ilimitadas, frente a una disponibilidad escasa de recursos.

Las personas necesitan alimentarse, vestirse, recibir una educación, etc. Para ello disponen de unos recursos que son insuficientes a la hora de conseguir todos los bienes y servicios que desearían para satisfacer sus necesidades.

También la sociedad tiene unas necesidades colectivas, como son las carreteras, las escuelas, la defensa, la justicia, etc. y también ocurre

que las necesidades son mayores que los medios con que satisfacerlos. (Bennasar).

Definición de escasez

El elemento dominante de todo problema económico reducido a su máxima expresión es la escasez de recursos frente a las ilimitadas necesidades que deben ser atendidas. El problema surge entonces de la interrelación entre lo que se requiere y lo que está disponible. (Bittan, 2014).

Las necesidades del hombre en términos de bienes y servicios exceden la cantidad que de ellos la economía puede producir con los recursos que tiene a la mano, quedando siempre algunas de estas insatisfechas.

La escasez se conceptualiza como la insuficiencia de diversos recursos, salvo el aire que se considera un bien libre, tales como el agua potabilizada, los alimentos, las energías transformadas, la vivienda y el vestido, entre otros, que se consideran fundamentales para satisfacer la supervivencia; o de productos no básicos que suplen distintas necesidades en las sociedades humanas en distintos ámbitos. (Bittan, 2014).

Ningún colectivo posee todos los recursos suficientes para cubrir de manera adecuada las necesidades de su población, por lo que se precisa el intercambio y el comercio de bienes y servicios.

La escasez obliga a priorizar las necesidades dado que todos los agentes económicos estamos supeditados a diversas restricciones presupuestarias.

Este fenómeno representa un problema de orden mundial, en el sentido de que existe el deseo o necesidad de adquirir una cantidad de bienes y servicios mayor a lo que está disponible.

El concepto de escasez se refiere a una determinada relación entre los recursos económicos y las necesidades. Los recursos económicos como la fuerza de trabajo, la tierra, el capital y la tecnología tienden a ser escasos, por lo que la cantidad de bienes y servicios que pueden producirse son igualmente limitados.

La escasez es uno de los fenómenos fundamentales en la economía y, más aún, de ella nace el problema económico. Se la suele definir como aquella situación que surge cuando, dada una relación entre medios y fines, estos resultan ser cuantitativamente más que aquellos: de allí surge que esos medios son “escasos”.

La Economía como ciencia se ocupa de estudiar esa asignación eficiente de los recursos escasos entre los fines múltiples, dando origen así al “proceso de economización”.

Cabe destacar que existe la idea de una relación entre pobreza y escasez, pero la causa de la pobreza no es la escasez. La causa de la pobreza, bajo la perspectiva económica, es no conocer y por tanto no respetar la naturaleza de la escasez.

Ese fenómeno se plasma en un complejo proceso de mercado y encuentra en él su solución cuando se cruzan la oferta y la demanda; pero esto no implica su eliminación, sino solo su satisfacción. La escasez es una cuestión que impacta la sociedad y por tanto tiene fuertes consecuencias en la estabilidad socioeconómica. (Bittan, 2014).

Escasez y asignación de recursos

Según Restrepo, los elementos dominantes de todo problema económico reducido a su máxima expresión es la escasez de recursos frente a las ilimitadas necesidades que deben ser atendidas.

El problema surge entonces de la interrelación entre las necesidades humanas y los recursos disponibles para satisfacerlas. Las necesidades del hombre por consumir bienes y servicios exceden la cantidad que de ellos, la economía puede producir con los recursos disponibles, quedando siempre algunas necesidades insatisfechas.

Los recursos económicos como la fuerza de trabajo, la tierra, el capital, son escasos o limitados en cualquier sociedad, por lo que la cantidad de bienes o servicios que pueden producirse son igualmente limitados.

De no haber escasez no tendría razón de ser el estudio de la Economía, puesto que si fuese posible que a cada individuo se le proporcionara lo que necesita entonces:

Las necesidades se volverían solo de coordinación y organización y mejora del trabajo para una mayor eficiencia.

Las luchas de clases, los conflictos sociales por causas económicas y las negociaciones comerciales internas y externas desaparecerían.

Los problemas existentes para la producción masiva así como las investigaciones científicas y tecnológicas no se ocuparían del aumento de la producción, tomarían otros rumbos.

Pero la realidad es muy distinta, puesto que la más severa de las leyes milenarias es la escasez, que en la etapa de la evolución económica, no significa “carencia de”, sino insatisfacción.

Los seres humanos deben decidir cómo emplear unos recursos limitados para alcanzar la máxima satisfacción posible de sus necesidades. A causa de que las necesidades no pueden satisfacerse por completo y a que los medios disponibles pueden utilizarse de diferentes ma-

neras para obtener diferentes fines, debe darse una elección entre fines y medios. La escasez implica que las personas tienen que hacer una elección: perder o renunciar a una cosa a favor de otra.

Entonces el problema de la economización para lograr un uso eficiente de los recursos, se convierte en la meta más importante de un sistema económico, que se formula como:

Emplear esos recursos escasos para producir bienes y servicios en la forma más eficiente posible que permita satisfacer integralmente los deseos diversificados y a veces conflictivos de todos los ciudadanos.

Dicha meta continúa desatendida por el grado de expansión y utilización de las capacidades productivas, así como por la forma de distribución de los recursos y productos, por lo que siempre será un desafío para la humanidad.

La lucha de las sociedades para superar los problemas de escasez y mejorar las condiciones de equilibrio en la distribución, ha sido una constante en la historia económica de las naciones. Todas las sociedades necesitan usar en forma eficiente sus limitados recursos y producir tantos bienes y servicios como les sea posible con los recursos disponibles, para que maximice la satisfacción total. Para obtener este resultado debe lograr el pleno empleo y la plena producción.

Por pleno empleo se entiende el uso de todos los recursos disponibles tanto de tierra como de capital y mano de obra, lo cual no significa el uso eficiente de los mismos. La eficiencia o plena producción significa producir en la forma menos costosa y que satisfaga el mayor número de necesidades de la población.

Mientras los deseos materiales del hombre parecen insaciables, los recursos para atenderlos

permanecen escasos, entonces:

Lograr su plena utilización, el empleo racional y la correcta combinación y administración de los recursos para lograr mejores resultados se convierte en otro de los grandes problemas de la economía.

A manera de conclusión:

Frente a las leyes de la escasez de recursos y la limitación de las necesidades se presentan grandes problemas en la actualidad:

Dilema entre el consumo y la inversión.

Dilema entre gastos de seguridad nacional o bienestar social.

Relación adecuada beneficio/costo.

Producción más equilibrada para atender los diferentes grupos de población.

La economía es sinónimo de racionalidad y esta se expresa en términos de eficiencia que consiste en la maximización de beneficios con minimización de costos, lo cual exige sea visto en un contexto general y no particular (Ej. Contaminar por aumentar ganancias).

Frente a los diferentes dilemas aparecen las políticas económicas como maneras de resolver los problemas para la priorización de uno u otro, y aparecen los diferentes regímenes de precios y mercados para regular la oferta y la demanda así como las leyes para controlar los desmanes de la eficiencia mal utilizada. (Restrepo).

¿Qué es salud?

Pardo define como “salud” el significado, original y genuino, de “superar una dificultad”, obtenemos una definición en toda regla: salud es

el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo, es decir, que nos permite superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso. Porque, efectivamente, vivir no es simplemente “estar”, como está una piedra. Vivir implica una actividad interna del ser vivo que consigue mantener una cierta independencia y diferenciación de su ámbito exterior: el mantenimiento de la homeostasis, característico de los vivientes, es un proceso activo que se realiza contra dificultades que opone el medio. Sólo un organismo sano está en condiciones de superar dichas dificultades; el organismo enfermo encuentra en el ambiente problemas de difícil superación, que le pueden llevar al fracaso en el mantenimiento de la propia individualidad, es decir, a la muerte, tras la cual, el organismo se confunde progresivamente con el ambiente: se igualan sus temperaturas, se descomponen sus proteínas, se disuelven y homogeneizan sus diversos compartimentos orgánicos y el contenido de estos con el medio externo, etc. (Pardo, 1997).

Recursos materiales

Un recurso es un medio de cualquier clase que permite conseguir aquello que se pretende. Un material, por otra parte, es algo perteneciente o relativo a la materia (resulta opuesto, por lo tanto, a lo espiritual).

Los recursos materiales, en definitiva, son los medios físicos y concretos que ayudan a conseguir algún objetivo. El concepto es habitual en el ámbito de las empresas y de los gobiernos.

Por ejemplo: “Tenemos grandes profesionales en este hospital, pero nos faltan recursos materiales”, “La compañía ha realizado una gran inversión para renovar los recursos materiales”, “Cuando los recursos materiales son escasos, hay que agudizar el ingenio y redoblar los esfuerzos”.

En la actividad cotidiana de una empresa, se pueden distinguir entre distintos tipos de recursos, tales como las materias primas, las instalaciones, las maquinarias y el terreno. Gracias a estos bienes tangibles, es posible manufacturar los productos o desarrollar la infraestructura necesaria para prestar sus servicios, dependiendo de su actividad.

Existen otros tipos de recursos de gran importancia para operar una empresa; ellos son los técnicos (como las patentes o los sistemas), los financieros (dinero en efectivo, créditos) y los humanos (las personas que trabajan en la organización).

El éxito de cualquier organización depende de la correcta gestión de todos los tipos de recursos mencionados. Es importante señalar que para el correcto funcionamiento y desarrollo de una empresa, es necesario que exista un equilibrio entre las proporciones de sus recursos, dado que el exceso puede ser tan contraproducente como la escasez.

Por lo general, la mejor forma de potenciar los recursos materiales es a través de inversiones que permitan renovarlos y actualizarlos. En el caso de los recursos humanos, en cambio, su gestión es más compleja e implica múltiples variables. (Materiales, 2008).

Economía de la salud

La Economía de la salud es una especialidad de reciente aparición dentro de los estudios económicos. Se dedica a la investigación, estudio, métodos de medición, racionalización y sistemas de análisis de las actividades relacionadas con la financiación, producción, distribución y consumo de los bienes y servicios que satisfacen necesidades sanitarias y de salud bajo los principios normativos de la eficiencia y la equidad. (Salud & Cisterna, 2009).

Es una disciplina dentro de la Administración Sanitaria que estudia la oferta y la demanda de los servicios sanitarios, así como las consecuencias económicas de la política inversora sanitaria en los diversos modelos de provisión de servicios sanitarios.

La salud es un bien económico en la medida en que participa de la condición general de la escasez. Puede verse como un bien de producción y como un bien de consumo. La economía neocapitalista la ha visto, y sigue viéndola, como un bien de consumo caracterizado por tener un umbral de saturación casi infinito. (Salud & Cisterna, 2009).

Por ello, y desde el punto de vista del consumo, la salud es un bien escaso por definición. La salud es un bien económico escaso no sólo a nivel teórico, sino también de hecho. Por diversas razones, el gasto sanitario ha estado creciendo durante los últimos años a un ritmo más rápido que el PIB. Por tanto, es imprescindible racionalizar económicamente la asignación de los recursos sanitarios mediante la aplicación de los métodos de análisis económicos a los problemas de salud.

La Economía de la salud se ocupa en gran parte de la conexión entre Medicina y Economía. La Economía de la salud es una rama de la Economía del bienestar, de la Economía pública.

Aplicar las formas económicas de pensamiento al sistema sanitario no supone mercantilizarlo. El verdadero fin de la Economía de la salud es tratar de obtener el máximo de salud para la población con los recursos existentes, que siempre serán limitados. (Salud & Cisterna, 2009).

La asistencia sanitaria puede tratarse desde el punto de vista económico; existe una oferta, una demanda y un mercado. Sin embargo

el carácter especial del concepto salud, puede implicar que lo que es normal o aceptable, cuando se trata de bienes o servicios, no lo sea en su caso.

Entre los profesionales sanitarios existe un interés creciente por todos los aspectos relacionados con la eficiente utilización de los escasos recursos de la sanidad pública. La aplicación de la teoría económica al campo de la sanidad permite entender los conceptos, comprender los planteamientos y compartir las estrategias más eficientes para resolver problemas de gestión, tan diversos como los relacionados con la evaluación de la tecnología sanitaria, la elaboración y control del presupuesto, el registro e información de la actividad financiera, los costes de los productos sanitarios y de los pacientes atendidos, el análisis de las inversiones. En definitiva, el análisis económico permite conocer los procesos de toma de decisiones en la asignación y gestión de los recursos destinados a mejorar la salud. (Salud & Cisterna, 2009).

La contribución más importante del enfoque económico ha sido el cálculo de recursos necesarios para conseguir los cambios deseados en el sentido de salud, así como comparar estos costes con los que se derivarían de utilizar otros métodos alternativos. Pero no hay que olvidar nunca que el enfoque económico en la atención sanitaria es sólo una ayuda a la toma de decisiones y nunca un sustituto de ella, siendo la equidad otra consideración muy importante. (Salud & Cisterna, 2009).

¿Cómo se estudian los fenómenos económicos?

La Economía cuenta con cuatro fenómenos económicos que son muy importantes y debemos conocer ya que nos afectan a todos; estos fenómenos son:

La crisis, la devaluación, la inflación y el des-

empleo; todos enfocados con la economía.

Podría decirse que estos cuatro fenómenos económicos vienen tomados de la mano ya que por ejemplo si sucede una crisis económica llega la devaluación, la cual provocaría una inflación y por lo tanto llegaría el desempleo.

Crisis

Nosotros pensamos que el principal de estos factores es la crisis económica que por cierto se da en los países capitalistas; provocando la devaluación de la moneda mexicana frente a la de otras, cuando el precio de todos los productos básicos y servicios aumenta ocurre inflación; y finalmente cuando en empresas desciende la demanda por sus servicios y productos, se presenta un problema tanto para los empresarios como para los trabajadores. Puesto que al tener una inflación ya no es necesario seguir produciendo más de lo normal, por lo tanto se genera menos empleo.

Desempleo

El desempleo se puede citar como el segmento de la población económicamente inactiva que está determinada por el conjunto de personas que no han trabajado, personas pensionadas o jubiladas, estudiantes, personas en oficios del hogar, discapacitados para trabajar y otros tipos de inactivos.

Tipos de desempleo

Desempleo friccional

Se puede definir como el movimiento de los individuos, ya sea, por búsqueda de trabajo o por hallar mejores oportunidades laborales. Dentro de este desempleo es importante destacar la libre elección que tiene el empleado, ya sea, para renunciar de su puesto. (Blog Entorno Macroeconómico, 2012).

Desempleo estructural

En este grupo se encuentran las personas desempleadas por falta de preparación académica y de destrezas, ya sea, por falta de capacitación en el manejo de herramienta de trabajo.

Desempleo por insuficiencia de la demanda agregada

Cuando el ritmo de crecimiento de la demanda agregada es mayor que lo normal, la demanda por trabajo es superior a lo corriente.

Desempleo disfrazado

Grupo de personas que trabajan en jornadas más cortas que las normales.

Consecuencias del desempleo sobre la economía ocasiona a la sociedad tanto un costo económico como social. El costo económico corresponde a todo lo que se deja de producir y que será imposible de recuperar, esto no solo incluye los bienes que se pierden por no producirlos sino también una cierta degradación del capital humano, que resulta de la pérdida de destrezas y habilidades.

En conclusión dentro del desempleo podemos decir que hoy en día crece en un mayor porcentaje debido a las crisis económicas que afectan a los sectores productivos y de servicios al igual que el gran índice de personas de la tercera edad, discapacitados y sobre todos los estudiantes que se preparan académicamente para ser personas más competitivas, misma competencia que ha influido como factor principal de desempleo, lo que hoy podemos llamar “competencia profesional”.

Algunas alternativas de solución son: crear más puestos de trabajo creando nuevos productos.

Incentivar las actividades de servicio y estable-

cer nuevas modalidades de organización del trabajo, que satisfagan tanto las necesidades de la empresa como las aspiraciones de los trabajadores para que estos se interesen más en trabajar y no exista tantos desempleados.

Disminución de la semana de trabajo, para que el tiempo excedente sea ocupado por otros trabajadores y así los índices de desempleos se reduzca. (Blog Entorno Macroeconómico, 2012).

Inflación

La inflación es el incremento generalizado de los precios de bienes y servicios con relación a una moneda durante un periodo de tiempo determinado.

Los efectos de la inflación en una economía son diversos y pueden ser tanto positivos como negativos. Los efectos negativos de la inflación incluyen la disminución del valor real de la moneda a través del tiempo, el desaliento del ahorro y de la inversión debido a la incertidumbre sobre el valor futuro del dinero, y la escasez de bienes.

Entre las corrientes económicas más aceptadas existe generalmente consenso en que las tasas de inflación muy elevadas y la hiperinflación son causadas por un crecimiento excesivo de la oferta de dinero.

La inflación según la magnitud del aumento suele clasificarse en distintas categorías:

Inflación moderada: se refiere al incremento de forma lenta de los precios. Cuando los precios son relativamente estables, las personas se fían de este, colocando su dinero en cuentas de banco.

Inflación galopante: sucede cuando los pre-

cios incrementan las tasas de dos o tres dígitos de 30, 120 ó 240% en un plazo promedio de un año. Cuando se llega a establecer la inflación galopante surgen grandes cambios económicos.

Hiperinflación: es una inflación anormal en exceso que puede alcanzar hasta el 1000% anual. Este tipo de inflación anuncia que un país está viviendo una severa crisis económica pues, como el dinero pierde su valor, el poder adquisitivo disminuye y la población busca gastar el dinero.

Otros conceptos económicos relacionados con la inflación son:

Deflación: caída en el nivel general de precios (índice de inflación negativo).

Desinflación: descenso en la tasa de inflación.

Hiperinflación: espiral acelerada fuera de control de la inflación.

Estanflación: combinación de inflación, crecimiento económico lento y alto desempleo.

Reflación: intento de elevar el nivel general de precios para contrarrestar las presiones deflacionarias.

En conclusión se puede decir que la inflación es un factor que influye en la crisis económica de un país, puesto que a grandes cifras de inflación corresponde una mayor crisis en el país, también es importante decir que la inflación surge del aumento de los precios de bienes y servicios y que esta se puede medir de acuerdo al porcentaje que obtenga anualmente, **como los es la moderada, la galopante y la hiperinflación** que son estándares que sirven en la medición de la inflación.

Se plantean algunas alternativas de solución como: que la cantidad de dinero y de créditos

crezca a una tasa estable en función de las necesidades de crecimiento de la economía real y financiera.

Que los productos que se importan sean menor que la cantidad que se producen dentro del país para que los precios sean menores.

Los gobiernos tienen que financiar sus enormes déficit presupuestarios o bien pidiendo prestado o bien emitiendo dinero. (Blog Entorno Macroeconómico, 2012).

Devaluación

La devaluación es la disminución del valor nominal de una moneda corriente frente a otras monedas extranjeras.

La devaluación de una moneda es indeseable pero no siempre entendemos cómo funciona, cómo se genera y cuáles son las repercusiones sociales directas que tiene.

Factores que intervienen en la devaluación de una moneda:

- 1) Aumento en la cantidad de dinero que circula sin incremento en la riqueza del país.
- 2) Por una baja en la demanda de la moneda local.
- 3) O bien por un aumento en la demanda de la moneda extranjera.

Las devaluaciones ocurren cuando en los mercados internacionales existe:

- Déficit en la balanza comercial. Esto sucede principalmente cuando se importa más de lo que se exporta.
- Desconfianza en la economía local o en la estabilidad misma del país. Esta puede ser causada por problemas internos

de carácter político o social, guerras, actos de terrorismo, entre otros.

- Salida de capital extranjero. Esta es una consecuencia directa de la desconfianza: los inversionistas extranjeros prefieren llevar su dinero a países con economías más estables y ver más conveniente prestar su dinero a gobiernos con tasas de interés más elevadas.

¿Cómo hacer frente a una devaluación?

Cuide sus bienes. Al momento de una devaluación es muy importante cuidar de los bienes con que contamos y preferir tener nuestro dinero en propiedades materiales que en moneda circulante.

Modere sus gastos. Planee con anticipación las cosas que quiere comprar y estudie con cuidado si sus percepciones económicas actuales se lo permiten.

Trate de elegir productos nacionales. Cuando tenga la opción de hacerlo, prefiera comprar productos locales puesto que el precio de estos guardará una mayor proporción con el dinero que usted percibe de los productos extranjeros.

Ahorre. Es conveniente reservar una parte de nuestro dinero para posibles emergencias o imprevistos. Si existiera una devaluación, el ahorro anticipado le permitirá vivir esos momentos de crisis con mayor desahogo.

Las alternativas de solución que se plantean para este fenómeno son:

- Dar a conocer a los inversionistas que no lleven su dinero a países extranjeros puesto que así propician más la circulación de la moneda extranjera.
- Disminuir la demanda de la moneda extranjera.
- Disminuir la cantidad de dinero que circula

sin incremento en la riqueza del país.

- Que no exista baja demanda en la moneda local haciendo que esta sea la más demandada a través de la realización de inversiones locales.
- El control del comercio exterior, y modificar el aparato productivo. Es decir, que el Estado decida racionalmente qué bienes deben ser importados y cuáles no, cuáles podemos exportar, a qué precio debe hacerse.
- Mientras que a largo plazo se debe cambiar la estructura productiva existente, es decir que en lugar de producir para obtener mayores ganancias se produzca para satisfacer las necesidades de la población, intentando en lo posible utilizar recursos nacionales. (Blog Entorno Macroeconómico, 2012).

Modelos de funcionamiento de la economía

Los tres modelos más conocidos para orientar la actividad económica son:

Sistema de libre empresa. Capitalismo puro.

Es un sistema económico basado en la propiedad privada de los medios de producción y en la gestión empresarial libre y autónoma del control estatal, donde la asignación de los recursos productivos se realizan en forma descentralizada obedeciendo a las decisiones de miles de agentes económicos que actúan guiados por su propio interés.

Planificación central. Comunismo.

La visión totalmente opuesta a la anterior es la que prevalece en Cuba y en otros países comunistas, donde predomina la tendencia hacia la planificación centralizada de la economía como contraposición extrema del capitalismo puro, que se caracteriza por la propiedad del gobierno sobre la mayoría de los medios de

producción y la toma de decisiones económicas en forma centralizada. Las empresas son de propiedad del gobierno y es este el que mediante una junta central de planificación determina el qué, el cómo y cuánto producir.

Economías mixtas.

En una situación intermedia entre la economía planificada y la economía de libre mercado. La actividad económica recae en su mayor parte sobre el sector privado, pero el sector público regula esta actividad, interviniendo para proteger a los trabajadores y redistribuir la renta entre los de mayores y los de menores ingresos. (Restrepo).

Grandes áreas de la Economía

- Microeconomía: rama de la Economía que se ocupa de la conducta de unidades económicas individuales consumidores, empresas, trabajadores e inversores así como de los mercados que comprenden estas unidades.
- Macroeconomía: rama de la Economía que se ocupa de las variables económicas agregadas, como el nivel y la tasa de crecimiento de la producción nacional, los tipos de interés, el desempleo y la inflación. (Educación, 2010).

Microeconomía

La microeconomía explica cómo y por qué estas unidades toman decisiones económicas. Por ejemplo, explica cómo deciden sus compras los consumidores y cómo influyen en sus decisiones las variaciones de los precios y de las rentas. También explica cómo deciden las empresas el número de trabajadores que contratan y cómo deciden los trabajadores dónde y cuánto trabajar.

Otra cuestión importante que interesa a la microeconomía es el modo en que se interrelacionan las unidades económicas y forman unidades mayores, es decir, mercados e industrias. La microeconomía nos ayuda a comprender, por ejemplo, por qué la industria automovilística estadounidense se desarrolló de la forma en que lo hizo y cómo se interrelacionan los productores y los consumidores en el mercado de automóviles. Explica cómo se determinan los precios de los automóviles, cuánto invierten las compañías automovilísticas en nuevas fábricas y cuántos automóviles se producen anualmente. Estudiando la conducta y la interrelación de las empresas y los consumidores, la microeconomía revela cómo funcionan y evolucionan las industrias y los mercados, por qué se diferencian unos de otros y cómo les afecta la política de los gobiernos y la situación económica general. (Educación, 2010).

Microeconomía de la salud

La microeconomía estudia el comportamiento económico de los productores y consumidores individuales. Asimismo, estudia el comportamiento económico de grupos de productores y consumidores, los que se denominan “mercados”, por ejemplo, el “mercado de servicios de salud”.

Los productores: médicos, enfermeras, psicólogos, odontólogos y otro personal de salud. Clínicas ambulatorias, clínicas rurales. Laboratorios, bancos de sangre. Centros de diagnóstico por imágenes. Hospitales con servicios de internamiento (ya sean de segundo, tercero o cuarto nivel).

Los consumidores: todas las personas que demandan servicios de salud, vale decir, casi toda la población de un país. Generalmente, se les llama “pacientes”. En los últimos años se utilizan más los términos “cliente” o “usuario”.

Costos y precios: a nivel del productor individual, la economía de la salud, con ayuda de la contabilidad, nos ayuda a conocer los costos de la producción. Con base a ello y a las condiciones del mercado, el productor puede determinar sus precios o tarifas.

Principales mercados: en el sector salud hay varios mercados importantes, sujetos a características propias. Algunos de ellos son: mercado de servicios de salud. Mercado de seguros. Mercado de productos farmacéuticos y otros insumos. Mercado de equipos y tecnología.

El sector salud produce una amplia gama de bienes y servicios, desde agua limpia hasta cirugía estética y trasplante de órganos. Esta producción puede clasificarse en: bienes públicos, bienes meritorios, bienes privados.

Donde los bienes públicos y meritorios deben ser financiados por el gobierno. Los bienes privados pueden ser financiados por el sector privado con mayor eficiencia. Sin embargo, incluso este mercado tiene grandes imperfecciones y requiere intervención estatal.

Macroeconomía

La macroeconomía se ocupa de las cantidades económicas agregadas, como el nivel y la tasa de crecimiento de la producción nacional, los tipos de interés, el desempleo y la inflación.

Pero la frontera entre la macroeconomía y la microeconomía se ha difuminado en los últimos años, debido a que la macroeconomía también implica el análisis de los mercados, por ejemplo, los mercados agregados de bienes y servicios, de trabajo y de bonos de las sociedades anónimas. Para comprender cómo funcionan estos mercados agregados, hemos de comprender primero la conducta de las empresas, los consumidores, los trabajadores

y los inversores que los integran. Los macroeconomistas han comenzado a mostrar, pues, un creciente interés por los fundamentos microeconómicos de los fenómenos económicos agregados, por lo que una gran parte de la macroeconomía es, en realidad, una extensión del análisis microeconómico. (Educación, 2010).

Macroeconomía de la salud

Siendo la macroeconomía quien estudia los fenómenos económicos en función de todo el sistema. En el caso del sector salud, le interesa conocer los flujos financieros en todo el sistema de salud. De aquí se obtienen conclusiones de política, tales como la importancia del sector en la economía y quiénes reciben los beneficios de las acciones públicas.

Salud y desarrollo económico: el estudio de la macroeconomía de la salud permite hacer relación entre la situación de salud, su financiamiento y el potencial de desarrollo económico de un país. La mala salud y una carga financiera excesiva para la población, constituye un lastre que obstaculiza el desarrollo económico.

Salud y equidad: mediante la macroeconomía de la salud podemos saber si se distribuye equitativamente entre toda la población o si hay grupos menos favorecidos. A través del financiamiento público, el Estado tiene el potencial de mejorar la equidad y reducir la pobreza. De esta forma, contribuye al desarrollo de la sociedad.

Cuentas Nacionales de Salud: las CNS constituyen un sistema de datos financieros que permiten estimar el gasto nacional en salud, de manera completa, coherente, consistente y comparable internacionalmente; dado estudio del financiamiento del sistema, necesita información de todos los flujos financieros.

Las CNS nos dicen: ¿Quién paga por las necesidades de salud de una comunidad y quién recibe esos pagos?, ¿cómo se distribuyen los fondos entre distintos tipos de servicios?, ¿cuáles son las prioridades de salud y cuál es el financiamiento que reciben las intervenciones diseñadas para atenderlas?, ¿cuánto gasta mi país en salud y cómo compara este nivel de gasto con sus resultados sanitarios?, ¿qué nos dicen las CNS?, ¿cuánto gastan las familias pobres de su bolsillo para atender su salud?, ¿cuánto gasta el gobierno?, ¿es elevada la carga financiera del gasto en salud para las familias pobres?, ¿puede el gobierno reducir la pobreza mediante una racionalización del gasto en salud?

En conclusión: la economía de la salud nos ayuda a comprender el sistema de salud y el papel que juegan las instituciones del sector. A través de ella aprendemos a seleccionar las prioridades y asignar mejor los recursos para beneficiar a la población y mejorar su estado de salud y su nivel de vida.



Políticas económicas sector salud



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Autor:
Freddy Alvis Cardona

Introducción

Los análisis de políticas públicas de salud (APPS) obedecen a diferentes propósitos; entre ellos, contribuir a resolver aquellos problemas que originaron la política. Tal propósito enfrenta dos grandes obstáculos: a) la polisemia y heterogeneidad de los modelos aplicados al análisis de políticas públicas, condiciones que dificultan la selección de los métodos de análisis y la valoración de sus alcances; y b) los enfoques metodológicos tradicionales que limitan la capacidad de los análisis para contribuir a resolver los problemas detectados.

Se pretende rescatar uno de los usos fundamentales de la epidemiología a partir de su utilización como elemento clave en las proyecciones y las estrategias del sistema de salud. Se comentan brevemente los enfoques del análisis de situación de salud, su aplicación en los servicios y se enfatizan sus limitaciones o barreras para facilitar su utilidad.

Metodología

De acuerdo con metodología de educación a distancia, los periodos se manejan por módulos de formación con la siguiente distribución de actividades:

a. Momento de aprendizaje autónomo:

Las actividades que se desarrollan son individuales. El estudiante debe desarrollar y entregar ejercicios, talleres de aplicación, lecturas, ensayos, mapas conceptuales.

b. Momento de aprendizaje colaborativo:

Las actividades se desarrollan en grupo (compañeros de estudio o trabajo). Los estudiantes deben elaborar y entregar relatorías correspondientes a cada una de las socializaciones realizadas.

c. Momento de aprendizaje tutorial:

Las actividades que se desarrollan se realizan teniendo en cuenta el apoyo y acompañamiento del tutor. (Pueden ser individuales o grupales). Los estudiantes deben elaborar un protocolo de cada tutoría que se realice.

En estos tres momentos, la comunicación se realiza a través de diferentes medios como (teléfono, celular, e-mail, chat, entre otros) con el acompañamiento del docente-tutor y desde el aula virtual.

Políticas económicas sector salud

Las políticas públicas pueden entenderse como dispositivos para el control social generados en el contexto de la modernidad, que reflejan las interacciones de un sistema de actores y se expresan en sus reglas y modos de actuación, definiendo la forma de proceder frente a un asunto considerado de interés público; en el caso de la salud pública su asunto son los problemas que afectan la salud. El análisis de políticas públicas APPS puede considerarse como una disciplina científica y como una ciencia social aplicada. Particularmente, se ha definido como un proceso multidisciplinar y multimetodológico de gestión del conocimiento dirigido a explicar tanto las interacciones de influencia entre actores, instituciones, intereses e ideas como la naturaleza y el resultado de las decisiones y acciones que emergen de tales interacciones. (Salas-Zapata W, 2012).

Los enfoques en el análisis de políticas públicas

Los análisis de políticas públicas albergan una amplia variedad de enfoques que, desde la perspectiva epistemológica, podrían clasificarse en tres categorías: positivistas, socio-históricos y pospositivistas. Los enfoques positivistas consideran a las políticas públicas como procesos racionales que incorporan datos y evidencia “objetiva” para predecir cursos de acción y tomar mejores decisiones. Ejemplo de estos son los análisis de toma de decisiones, de costo-beneficio y de costo-efectividad.

Los enfoques socio-históricos asumen las políticas públicas como procesos resultantes de las interacciones entre grupos de interés; analizan los juicios de valor, los grupos de interés y los contextos socio-históricos de las acciones y decisiones políticas para entender cómo y por qué ciertos asuntos públicos se incluyen en la agenda de gobierno mientras otros se excluyen; y cómo y por qué se eligen unos u otros cursos de acción.

Los enfoques pospositivistas critican los enfoques positivistas y socio-históricos porque la distancia que toman los investigadores frente a los objetos de estudio les impide comprender la realidad en su complejidad y comprometerse con la solución de los problemas que las políticas públicas pretenden resolver. Entre ellos predomina el enfoque crítico. Este sugiere que tanto las políticas públicas, como el investigador y el problema que la política pretende resolver forman parte del mismo orden social. En consecuencia, para entender una política pública es necesario comprender el orden social que la enmarca. (Salas-Zapata W, 2012).

Cuadro 1. Enfoques en el análisis de políticas públicas y algunos autores de referencia

Enfoque	Paradigma	Autor
Positivista	Normativo-prescriptivo, sinóptico, empírico, analítico. “Conocimiento en la política”. “Análisis de la política”. Hiperracional. Tecnocrático, positivista lógico. Conductista.	Pérez. Lasswell. Parsons Cruz y Petrizzo. Torgerson. Garsón.
Socio-histórico	Positivo, antisinóptico, incrementalista, pluralista “Conocimiento de la política” “Análisis de la política”. “Hiperpolitizado”. Contextualizador. Neopluralista, humanista.	Pérez. Lasswell. Parsons. Cruz y Petrizzo. Torgerson Garsón.
Pospositivista/crítico	Pospositivista/crítico. Constructivismo. Teoría de sistemas.	Torgerson, Cruz y Petrizzo. Roth, Fafard. Eslava.

Tabla 1: Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos.

Aspectos críticos en el análisis de políticas públicas de salud

Las actuaciones de las administraciones públicas sanitarias están orientadas en general, y en España en particular (artículo 6 de la Ley General de Sanidad 14/1986), a la promoción de la salud, a promover el interés individual, familiar y social por ella mediante la adecuada educación sanitaria de la población, a garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades (y no sólo a la curación de las mismas), a garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud y a promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente. Sin embargo, en el “mercado” sanitario pueden producirse diversos fallos que desaconsejarían una provisión privada completa de servicios de salud (Cantarero, 2003). Entre otros, podríamos citar a los siguientes:

a) Salud como bien público y externalidades: en el consumo de asistencia sanitaria es posible que se generen externalidades (con beneficio más allá de la persona que recibe el servicio y mejoras en la productividad global) como: la erradicación de ciertas enfermedades (externalidades tangibles); que el consumo sanitario de los demás incrementase la propia utilidad aunque eso no tuviese consecuencias directas para la salud (externalidades filantrópicas o altruistas); que la posibilidad de acceso al servicio sanitario fuese beneficiosa, ya que si no las fuertes externalidades negativas afectarían a la tasa de crecimiento, en forma de individuos “productivos” contagiados por enfermedades y/o afectados (externalidades “opcionales”); que el comportamiento de una persona afectase a la salud de otra debido al consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales además

de estilos de vida perniciosos o bienes perjudiciales (externalidades negativas, que deben ser asumidas por el sistema sanitario tanto en tratamientos para corregir sus efectos nocivos sobre la salud como de políticas de prevención de su consumo). (Pascual Sáez, 2013).

b) Rendimientos crecientes (o costes decrecientes) a escala o “monopolios naturales”, su existencia en dicho “mercado” sanitario justificarían su intervención por el sector público. Así, en muchas áreas rurales la baja densidad de población podría convertir en óptimo no dar cabida a más de un proveedor, pese a que crease situaciones de monopolio debidas a factores tecnológicos (“monopolios naturales”) con el riesgo de que determinados agentes no pudiesen proveer los servicios eficientemente porque no alcanzarían el tamaño mínimo (debido a costes fijos elevados) para aprovechar las economías de escala. (Pascual Sáez, 2013).

c) Incertidumbre e información asimétrica (riesgo moral y selección adversa) Newhouse (1970) y Grossman (1972) indicaban que son dos problemas derivados de la Teoría relativa a la “relación de agencia”. En primer lugar, la propia incertidumbre es inherente a todo el sector sanitario desde la incidencia de la enfermedad hasta el conocimiento de la eficacia del tratamiento médico. En cuanto a la información asimétrica como decíamos puede conllevar problemas derivados del riesgo moral y de la selección adversa. Así, el riesgo moral se produce cuando el aseguramiento transforma una transacción bilateral (entre proveedor asistencial y paciente) en una trilateral (entre aseguradora, proveedor y paciente). Ello supone que el paciente se enfrenta a un precio “cero” al usar los servicios asistenciales consumiendo servicios sanitarios en la mayoría de los casos por encima de la cantidad deseada en caso de no estar. (Pascual Sáez, 2013).

Una revisión de la literatura en estudios de economía de la salud: eficiencia, equidad y desigualdades

Una de las bases fundamentales de la Economía (y de la Economía de la salud) es la eficiencia entendida en términos globales como aquella situación en la que en una determinada asignación de recursos hace que el nivel de utilidad (o producción según se entienda) no pueda mejorar a no ser que el de otra empeore (es decir, conseguir lo máximo a partir de recursos escasos). En las siguientes páginas se repasan los principales estudios en economía de la salud en dicha línea. Dado que toda decisión implica también una renuncia, la sociedad se enfrenta así a una disyuntiva importante: ¿Mayor eficiencia puede conseguirse sin menoscabar la equidad? Y es que la equidad trata de distribuir la riqueza de forma “justa” (según lo que se entienda por tal en la función de bienestar social) entre los miembros de una sociedad. Obviamente, el propio reconocimiento de que dichos individuos se enfrentan a disyuntivas no nos indica por sí solo qué decisiones deberían tomar pero sí sirve para entender cuáles son las opciones que tienen. Por ello, la relación de intercambio o trade off entre más eficiencia sin perjudicar la equidad no resulta sencilla para los gobiernos a la hora de diseñar su política sanitaria. El objetivo de equidad en el caso de la salud se puede intentar conseguir tanto a través de la política de ingresos como de gastos públicos, o mediante una combinación de ambas. Alcanzar la equidad al financiar la sanidad exclusivamente por medio de ingresos públicos, con tipos elevados, puede aportar suficiencia al sistema pero a su vez generar altos costes de eficiencia al incrementarse el exceso de gravamen (o coste de los impuestos en la sociedad en términos de bienestar social). Por eso, aquellos gobiernos dispuestos a sacrificar eficiencia a favor de una mejor distribución de la renta (en términos de equidad) optarán por

sistemas impositivos más progresivos en cuanto a la financiación de la sanidad, mientras que aquellos que prefieran una mayor eficiencia o neutralidad lo harán por impuestos y tipos más reducidos, dando un mayor protagonismo al gasto público en sanidad. Es decir, la equidad en sí misma es un concepto de difícil valoración, pues puede referirse a un momento concreto del tiempo o a un periodo más flexible, con el inconveniente adicional que gastos como las inversiones en sanidad como hospitales, centros de salud o tecnología y equipamiento suelen proyectarse en horizontes plurianuales tan extensos que dificultan valorar todos sus efectos. (Pascual Sáez, 2013).

Eficiencia en Economía de la salud

Fue definida por Farrell (1957) y puede entenderse de dos maneras. En cuanto a la primera, alcanzar la eficiencia técnica supone alcanzar la cantidad máxima de producción a partir de una cantidad dada de inputs o también producir un nivel concreto de output utilizando la mínima cantidad de recursos posible. La segunda acepción de eficiencia se refiere a la eficiencia asignada que se cumple cuando la combinación de inputs logra minimizar los costes dados sus precios o bien cuando la producción permite maximizar los ingresos dados los precios de venta. Ambos tipos de eficiencia se engloban dentro del concepto de eficiencia global. En el caso concreto que nos ocupa referente a los sistemas sanitarios, la eficiencia global precisamente se conseguiría al alcanzar el mejor estado de salud posible de una población dada una cantidad de gasto público sanitario invertido. El resultado relevante se mide pues en indicadores de resultado final (output) que en este caso podrían ser muertes evitables, esperanza de vida, tasas de mortalidad infantil o Años de Vida Ajustados por Calidad (AVACs). (Pascual Sáez, 2013).

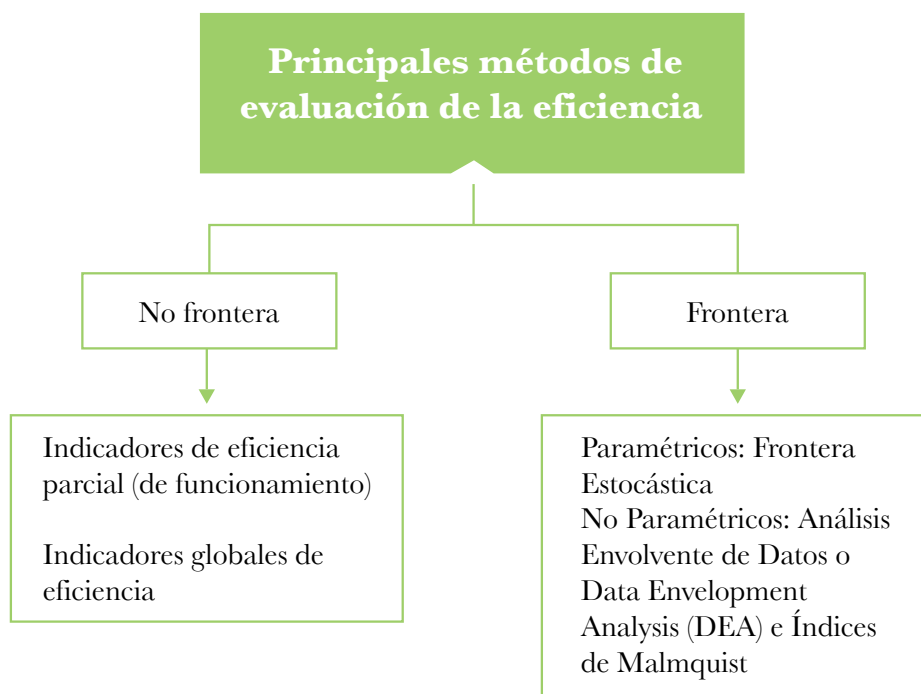


Tabla 2: La eficiencia y su evaluación en síntesis.

Equidad y desigualdades en Economía de la salud

La definición de equidad en salud es compleja y no está exenta de juicios de valor que como tales son cambiantes con el tiempo. De manera general, hace referencia a la ausencia de diferencias en salud evitables, injustas o modificables entre grupos de personas y está intrínsecamente unido a los conceptos de desigualdad, justicia distributiva y justicia social (véase World Health Organization, 2009). Así, el análisis de las desigualdades en salud y sus factores determinantes sigue siendo un objetivo prioritario de los modernos estados de bienestar. Es evidente el interés de cualquier país o sociedad por el estudio de la desigualdad y las implicaciones que ello supone. Trabajos como los de Gini (1921), Kolm (1968 y 1976), Atkinson (1970), Sen (1973 y 1992), Jakobsson (1976) y Kakwani (1977) han servido de referencia en numerosos estudios empíricos posteriores. Sin embargo la posible introducción de juicios de valor puede ocasionar problemas. Y adicionalmente, se plantean el problema de no comparabilidad de dos distribuciones de salud. Este inconveniente se resuelve, en muchas ocasiones, con la introducción de numerosas medidas de desigualdad que permiten establecer órdenes completos, frente a los órdenes parciales que proporcionan las curvas de Lorenzo las curvas de concentración. El análisis de las desigualdades en salud ha sido abordado desde diferentes perspectivas. Por una parte, podríamos destacar los métodos basados en curvas e índices de concentración de salud y curvas de Lorenzo como medidas de desigualdad relativa en salud relacionada con la renta (Wagstaff et al., 1989; Wagstaff y van Doorslaer, 2000).

En todos estos estudios citados anteriormente es habitual utilizar, entre otras, como medidas de salud, la autovaloración o estado de salud percibido, estadísticas de mortalidad, esperanza de vida al nacer y supervivencia, indicadores de

morbilidad basados en la incidencia y prevalencia de enfermedades de acuerdo a diagnósticos médicos, la presencia de al menos una enfermedad crónica y las limitaciones para realizar la actividad diaria. Además, la autovaloración que los individuos hacen de su propio estado de salud se considera que tiene un fuerte poder predicho de otros indicadores de carácter objetivo como la esperanza de vida, la mortalidad y la utilización de servicios sanitarios (Van Doorslaer y Gerdtham, 2003).

En todos estos estudios se confirma la existencia de una cierta asociación entre nivel de renta o nivel socio-económico y salud. Una vez constatada la existencia de desigualdades en salud, el objeto de interés se traslada a la búsqueda de las causas o factores que determinan las mismas (Mackenbach, 2005). Así, además de la renta, las características socio-demográficas (sexo, edad, lugar de residencia, situación laboral, etc.), los estilos de vida (consumo de tabaco y alcohol, ejercicio físico, alimentación, etc.) y los factores psicológicos (estrés, situación emocional, etc.) son considerados piezas clave en estos estudios (Wilkinson, 1997).

Todos estos factores podrían explicar asimismo las desigualdades en morbilidad y las diferencias en utilización sanitaria (Costa y Gil, 2008). Incluso han surgido estudios cuyo objetivo es analizar la transmisión intergeneracional de salud (Rivera et al., 2008; Pascual y Cantarero, 2009). Por otra parte, y más recientemente, se han desarrollado numerosos estudios cuyo objetivo es la evaluación de los distintos programas y en especial con aquellos que persiguen reducir las situaciones de equidad y desigualdad en términos de salud. Así, el desarrollo de técnicas cuasi-experimentales. (Pascual Sáez, 2013).

El contexto de las reformas del sector de la salud

Un “modelo de desarrollo” puede ser enten-

dido como aquella red compleja de relaciones, de carácter global y de largo plazo, que se establece entre una estrategia de crecimiento económico determinada, un esquema de desarrollo social y un régimen de convivencia política. Los modelos de desarrollo, una vez consolidados, tienden a perpetuarse. Cabe recordar, a manera de ejemplo, que en América Latina el modelo de desarrollo de “sustitución de importaciones” duró más de medio siglo. En las postrimerías de los años sesenta las economías latinoamericanas sufrían de insuficiencias cada vez mayores en sus posibilidades de crecimiento. Dichas economías no crecían o, al menos, no lo hacían a la tasa mínima necesaria para satisfacer las demandas de bienestar crecientes de sus poblaciones.

El gasto social se expandía y las posibilidades de financiarlo se restringían. Era imposible, por tanto, seguir financiando una política social que ya se mostraba deficitaria desde hacía algún tiempo. Cabe resaltar, sin embargo, que la crisis del modelo no se explica por el estrangulamiento del desarrollo social, sino por la crisis propia de la economía: poco crecimiento, alto déficit fiscal, gran endeudamiento, crisis de la balanza de pagos, alta inflación, etc. El factor que catapultó la crisis en América Latina fue la crisis petrolera de 1973 a 1976, puesto que la consiguiente falta de crecimiento de la economía afectó adversamente, por falta de financiamiento, a las políticas de desarrollo social. Se requería, por tanto, un nuevo modelo de desarrollo, y una nueva estrategia de crecimiento económico comenzó a abrirse paso en nuestro continente. Su punta de lanza fue la política de ajuste estructural. (Vergara, 2000).

Los años ochenta: la transición del antiguo al nuevo modelo

En los años ochenta, el problema de América Latina era muy sencillo: se tornaba necesario

ajustar gastos con ingresos y, como las economías no crecían, la única manera de hacer el ajuste era mediante la reducción drástica del gasto. Era así de simple y claro.

El ajuste estructural marcó y definió la transición del modelo de sustitución de importaciones al modelo de la globalización. Los períodos que marcan la transición de las sociedades de un modelo de desarrollo a otro suelen ser particularmente críticos para la población. En este caso, la transición estuvo marcada por una reestructuración de la producción y por un ajuste estructural de la economía. Tuvo, y aún tiene, efectos directos y claros de orden social. Por una parte quebraron las empresas que ya no podían competir con los productos extranjeros, con el consiguiente y muy notable aumento del desempleo; por otra, el ajuste estructural significó una brusca caída del gasto social y de los salarios y remuneraciones. El resultado de ambos procesos fue un aumento muy marcado de la pobreza en América Latina, tanto en su extensión (porcentaje de familias pobres) como en su intensidad (grado de pobreza). (Vergara, 2000).

Sin embargo, si se sitúa el inicio de estos procesos poco más o menos en la década de los ochenta, se puede observar que entre 1980 y 1990 el nivel de pobreza en el continente subió de 35 a 41% del total de los hogares. Además, en términos absolutos, las personas pobres aumentaron de casi 136 millones en 1980 a algo más de 200 millones en 1990. Cabe agregar que este aumento de la pobreza fue básicamente un fenómeno urbano. De los casi 65 millones de nuevos pobres, 60 millones (92%) eran de origen urbano. Ello se explica en gran medida por los efectos que tuvieron en el corto plazo las políticas de ajuste estructural y la reestructuración de los procesos de producción (3). Aumentos tan pronunciados de la pobreza suelen tardar muchos años en encontrar su punto

de inflexión. Después de ese primer período de grandes dificultades y de un alto costo social, los países toman una senda de crecimiento económico relativamente acelerado y sostenido. Sin duda alguna, el aumento de la pobreza y del desempleo y la brusca caída del gasto social y de las remuneraciones son productos de las reformas económicas. Quienes idearon y llevaron adelante la reforma económica en América Latina promovieron también, con distintos resultados en cada país, la adopción de un conjunto de programas simultáneos orientados a mitigar la pobreza. (Vergara, 2000).

La política social de la transición

La grave crisis de la pobreza correspondió a lo que podría llamarse la primera fase del nuevo modelo de desarrollo (o fase de transición propiamente dicha). Las políticas sociales asociadas con ella que en momentos distintos se han denominado de “reforma social” o de “primera generación” tenían por núcleo estratégico el combate contra la pobreza. Estas políticas sociales partían de un concepto de la pobreza que estaba desvinculado de toda connotación histórica, todo proceso social y toda conexión con las políticas económicas. Se entendía la pobreza como la suma de una lista de carencias cuantificables y mensurables que, al aplicárseles determinado índice, daban cuenta del grado de pobreza que sufría una persona o familia, tales políticas solían tener dos elementos clave:

Los subsidios directos y personalizados. Estos subsidios reflejaban una política de “focalización del gasto” que se oponía a las políticas “universalistas” de los años cincuenta y sesenta. Como el gasto social debía reducirse bruscamente, lo importante era conseguir un rendimiento máximo en eficiencia y eficacia.

Eficiencia y eficacia. Por eficiencia se entendía gastar los pocos recursos disponibles en

quienes efectivamente los necesitaban; por eficacia, ejercer un efecto sobre aquellos indicadores que definían el fenómeno de la pobreza (mortalidad infantil, desnutrición, matrícula escolar, empleo, calidad de la vivienda, etc.). (Vergara, 2000).

La sociedad posterior al ajuste

Pasados los años más difíciles de la transición de un modelo a otro, cambiaron las reglas de la economía y de la sociedad y se instaló un nuevo modelo de desarrollo: el de la globalización. En lo económico se impusieron la competitividad internacional, la eficiencia productiva y la transparencia del mercado de capitales; en lo social, la flexibilidad laboral y la privatización de los activos. Simultáneamente, el nuevo modelo se vio acompañado de una depresión económica de ciertas áreas geográficas o sectores productivos que no estaban en condiciones de competir en el ámbito internacional; de un sistema educativo deficiente; de una sensación de incertidumbre frente al futuro de los sistemas de pensiones administrados por empresas privadas; y de una falta de equidad en los servicios de salud. Se hizo necesario, entonces, transitar a políticas sociales de segunda generación y ello dio origen a un nuevo interrogante: cómo reorganizar el conjunto de la sociedad en función de esta nueva estrategia de crecimiento económico. Y si en la primera fase del nuevo modelo el concepto estratégico de la política social era la mitigación de la pobreza, en la segunda no era otro que el logro de la equidad. (Vergara, 2000).

Aspectos críticos en el análisis de políticas públicas de salud

Los cambios económicos, políticos y sociales de finales del siglo xx transformaron la concepción y gestión de las políticas públicas. En esencia, estas siguieron considerándose como decisiones y acciones emanadas de relaciones

de poder, pero ahora se reconoce que obedecen a relaciones interorganizacionales y transfronterizas las cuales imponen a las políticas públicas un carácter dinámico, impredecible y de difícil control; estas condiciones evidencian ciertas limitaciones de los APPS relacionadas con: 1) El enfoque y el método, 2) La consideración de actores y contextos, 3) La utilización de teorías y 4) La relación entre investigadores y actores. (Vergara, 2000).

El enfoque y el método empleados en los análisis de políticas públicas

Aunque no se ha hecho una revisión sistemática del tema, la bibliografía publicada sugiere un predominio de los enfoques positivistas en los análisis de políticas públicas destacándose los análisis de proceso (stage model), de costo-beneficio y de costo-efectividad (19). Los enfoques cualitativos son menos utilizados. (Gilson L).

De 27 747 artículos indexados en Medline al 14 de julio de 2011 bajo el descriptor health policy analysis, 42,6% se refería a los costos y solo 3,4% a política. Los APPS de corte positivista suelen centrarse en elementos medibles y verificables, y excluyen categorías esenciales que no son observables empíricamente, como los juicios de valor, los intereses y los contextos; en tal sentido, su capacidad para contribuir a la solución de los problemas de salud podría ser muy limitada. (Hertin J, 2009).

Consideración de actores y contextos

Pocos APPS detallan las experiencias de los actores durante la implementación de las políticas públicas y las influencias que ejercen sobre ellos las estructuras burocráticas o los contextos social, político y cultural (5, 10, 21). Esta omisión impide a los APPS dar cuenta de las consecuencias no previstas de las políticas

públicas, de los dispositivos de control y de las relaciones de poder; adicionalmente, limita la utilidad de sus resultados porque no revela los contextos particulares de aplicabilidad del conocimiento. Los análisis socio-históricos y pospositivistas críticos permiten hacer estos abordajes, pero desconocen el carácter económico y ecológico del entorno, cuya influencia ha sido identificada en casos como las políticas de control del paludismo. (Pattanayak, 2006 y Carmona, 2003).

Utilización de teorías y rigor metodológico

Los APPS han sido criticados por omitir la intencionalidad del análisis y los fundamentos teóricos que sustentan los hallazgos (5, 10, 24). En el caso de los análisis de reformas sanitarias, los investigadores han señalado problemas para identificar las preguntas de investigación y los criterios de selección de los métodos, para comunicar los resultados y para aprovechar las bases de datos (19). Estas debilidades metodológicas hacen más difícil valorar el alcance de sus resultados, limitan su transferibilidad a contextos reales y sugieren que prescindir de fundamentos conceptuales firmes reduce la capacidad de los APPS para contribuir a la solución del problema de salud. (Bronfman, M., 2000).

Relación entre investigadores y decisión

Las publicaciones sugieren que la investigación realizada en materia de políticas públicas de salud desempeña un papel secundario en el desarrollo de las mismas porque: 1) Con frecuencia las decisiones se toman con base en criterios diferentes al conocimiento derivado de las investigaciones; 2) Los intereses de los investigadores no siempre coinciden con los intereses de los tomadores de decisiones, quienes prestan poca atención a los hallazgos; 3) Los investigadores y hacedores de políticas “rara

vez obran de manera racional con arreglo a fines, pues lo hacen desde su historia emocional, sus aspiraciones personales, sus lealtades de grupo, las rutinas aprendidas de su entorno y su posición en el grupo”; 4) Los hacedores de políticas tienen dificultades para comprender las investigaciones y confían poco en ellas; 5) Los investigadores subestiman a los tomadores de decisiones y los procesos políticos; y 6) Los contextos socio-económicos, culturales y ambientales y epidemiológicos son muy heterogéneos y limitan las extrapolaciones. El éxito de esta interacción se ha relacionado, en cambio, con la comunicación entre investigadores y hacedores de políticas, tanto durante el diseño e interpretación de los estudios como durante formulación e implementación de las políticas (Gómez, 2006, Bronfman, 2000).

3
UNIDAD

Relaciones de factores económicos



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Autor:
Freddy Alvis Cardona

Introducción

El crecimiento económico es una de las principales variables de interés para los economistas, por lo que establecer sus determinantes ha sido una tarea que ha conllevado a diversos desarrollos teóricos y empíricos. La teoría del crecimiento económico encuentra sus fundamentos en los modelos de Solow y Swan, donde se muestra que el ahorro mediante la acumulación de capital físico es fundamental para el desempeño económico de un país.

El hombre que vive en una sociedad que se encuentra a un cierto nivel de desarrollo histórico tiene necesidades de diverso orden, tales como la nutrición, el vestido, la vivienda, la educación de los niños, los ocios y muchas más. Una parte de estas necesidades tiene carácter de necesidades biológicas, cuya satisfacción es indispensable para vivir; las otras son consecuencia de la vida en común de los hombres dentro de la sociedad, el producto de un conjunto de condiciones que designamos con la expresión “cultura de una sociedad dada”. Pero incluso las necesidades biológicas del hombre revisten un carácter y una forma que son función de la cultura de la sociedad en la que vive.

Metodología

De acuerdo con metodología de educación a distancia, los periodos se manejan por módulos de formación con la siguiente distribución de actividades:

Momento de aprendizaje autónomo

Las actividades que se desarrollan son individuales. El estudiante debe desarrollar y entregar ejercicios, talleres de aplicación, lecturas, ensayos, mapas conceptuales.

Momento de aprendizaje colaborativo

Las actividades se desarrollan en grupo (compañeros de estudio o trabajo). Los estudiantes deben elaborar y entregar relatorías correspondientes a cada una de las socializaciones realizadas.

Momento de aprendizaje tutorial

Las actividades que se desarrollan se realizan teniendo en cuenta el apoyo y acompañamiento del tutor (pueden ser individuales o grupales). Los estudiantes deben elaborar un protocolo de cada tutoría que se realice.

En estos tres momentos, la comunicación se realiza a través de diferentes medios como teléfono, celular, e-mail, chat, entre otros, con el acompañamiento del docente-tutor y desde el aula virtual.

Desarrollo temático

Relaciones de factores económicos

La salud un sentido económico

Una serie de realidades permite sostener que la atención de la salud se comporta de manera parecida a como sucede con los bienes privados. Los avances tecnológicos incorporados en la atención médica, están acompañados de una gran especialización de los profesionales de la medicina y en consecuencia, se presenta una fragmentación del acto médico al contar con profesionales y equipos que solamente pueden ocuparse de una parte de la atención integral. Estos son algunos de los factores que dan cuenta del carácter mercantil de la salud, aunque la realidad también enseña algunas dificultades que pueden ser abordadas con ayuda de la teoría económica, en especial las desigualdades en el acceso a los servicios y en la situación de la salud, los desafíos impuestos por los cambios demográficos y epidemiológicos y las imperfecciones de los sistemas de salud.

La atención de la salud constituye pues, un sector productivo representado por la suma

de recursos que la sociedad invierte en la promoción, el mejoramiento y la recuperación de la salud. En este caso, que es necesario diferenciar del conjunto de factores que determinan el estado de salud de la población, el concepto se materializa en indicadores como el porcentaje del producto interno bruto dedicado al sector, el número de médicos disponibles y las consultas médicas realizadas en un periodo; en tal sentido se justifica un análisis basado en los conceptos y las herramientas propias de la economía, considerando dos componentes esenciales: la prestación de servicios y los seguros de salud.

Ahora bien, el desarrollo económico mundial es concebido como un proceso de mejoramiento cuanti-cualitativo, guiado por una visión de transformación, planificado y vivido por conjuntos de personas íntimamente vinculadas e interactuantes que conforman sociedades, instituciones u organizaciones, en la búsqueda de su realización personal y grupal, libertad, bienestar, participación y trascendencia (Restrepo-Zea W., 2011).

Modalidades de producción y financiamiento de bienes y servicios

Producción (¿quién produce o presta servicios?)

	Público	Privado
Financiamiento (quién paga) Público	<ul style="list-style-type: none"> • Atención en hospital público. • Educación en escuela pública. • Ejército y policía. 	<ul style="list-style-type: none"> • El estado paga la atención de un paciente en hospital privado. • Educación subsidiada en un colegio privado. • El estado contrata la vigilancia de carreteras.
Financiamiento Privado	<ul style="list-style-type: none"> • Justicia. • Servicios de agua, luz o teléfono de empresas públicas. • Transporte masivo (metro) prestado por empresa pública. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos y vestido seguro. • Servicios de salud en un hospital privado.

Definición de demanda de servicios

Desde la teoría económica, la demanda señala las cantidades de un bien o servicio que un consumidor estaría dispuesto a adquirir a un determinado precio. Por lo tanto, esta implica una relación inversa entre cantidades y precios: a mayor precio, menor será la cantidad demandada. Entonces, la demanda por cualquier bien o servicios surge del ingreso que los consumidores tienen disponible para gastar, de los precios que deben pagar y de sus deseos, expresados en una función de utilidad (Musgrove, 1983). En este sentido, la demanda de atención médica tiene diferentes factores que la determinan: sociodemográficos, sociopsicológicos, epidemiológicos y relativos al personal de salud (Donabedian, 1973).

La demanda de servicios de salud es consecuencia de un proceso de transformación, desde las necesidades y deseos del consumidor hasta las cantidades específicas de servicios que se consumen. En su configuración, intervienen no solo el paciente, sino el proveedor de ser-

vicios, por lo tanto, esta se configura en dos etapas:

- Una inicial que parte de la necesidad del usuario y culmina en su consulta al médico o a la institución.
- Una segunda, definida mediante el proceso de diagnóstico, que determina las cantidades de eventos o servicios que la institución debe proveer.

En este proceso, que tradicionalmente se ha sustentado en la relación médico-paciente, es afectado por otros condicionantes cuando la provisión de servicios de salud se configura como un sistema en una sociedad determinada. Los tres factores que condicionan principalmente la demanda son:

- Las características y limitantes de la oferta de servicios: la demanda de servicios es restringida a la capacidad instalada de las instituciones.
- Los precios: a partir de la relación existente entre la capacidad de pago del usuario y el valor intrínseco en la atención de salud.

- El aseguramiento: que tiene el efecto de disminuir los costos de compra de los servicios, debido al volumen y al sistema de contratación con los proveedores directos, y también al pago individual por servicios causado por las primas de riesgo o copagos que asume directamente el usuario.

A diferencia de otro tipo de servicios donde los factores determinantes son las preferencias del consumidor y los precios del mercado, en la constitución de la demanda de servicios de salud dentro de un sistema de seguridad social, el factor más importante es el aseguramiento. El asegurador controla el sistema de precio dentro del marco de regulación dada por el Estado y genera un sistema de compra de servicios y de incentivos que finalmente determinan las cantidades consumidas de servicios de salud.

El análisis de la demanda está determinado por las siguientes variables (Feldstein, 1987):

- Demográficas: cantidades de población sujeta de necesidades de salud. Los factores demográficos son determinados por:
 - Composición étnica y de género, que integra demandas diferentes de servicios a través del ciclo de vida.
 - Migración: cuando se relaciona con externalidades como violencia, desplazamiento, urbanización, oportunidades de empleo.
- Epidemiológicas: necesidad de cuidados médicos a partir de patrones particulares de enfermedad.
- Condiciones culturales: expresan la confianza y la posibilidad de satisfacer sus necesidades por parte del servicio.

El aseguramiento desde el consumidor es una forma de manejar un riesgo y depende de su particular preferencia frente a la incertidumbre en la ocurrencia de un evento.

Tipología y clasificación

Medir las preferencias de los usuarios de servicios de salud implica un alto grado de subjetividad, dados los limitantes del efecto de los precios y la intervención del aseguramiento. Se han formulado diferentes instrumentos para su cálculo. A partir de las técnicas usuales de análisis de mercados, la demanda de servicios de salud se puede clasificar de la siguiente manera: potencial, disponible, objetiva y atendida (Kotler, 1993).

La *demanda potencial*, es el grupo de la población que requiere un servicio de salud (prevención, curación y rehabilitación) en un mercado de referencia. Los requerimientos de atención no son suficientes para definir la demanda, estos usuarios deben tener un ingreso disponible vía demanda (afiliados) o vía oferta (vinculados) para poder acceder a los servicios. Cuanto más sean elevados los precios, menos serán los clientes que pueden acceder a estos. Las barreras de acceso reducen el tamaño de la demanda y empiezan a definir el mercado disponible. Entonces la demanda disponible es el grupo de los individuos que requieren el servicio, tiene el ingreso disponible y pueden acceder a los servicios. La demanda objetivo es la porción de usuarios que la IPS desea servir y sobre la cual concentra sus esfuerzos para desarrollar todas las actividades preventivas, promocionales, curativas y de rehabilitación. La demanda atendida, por lo tanto, es el grupo de la población que ha recibido los servicios, bien sea por parte de una IPS o sus competidores en el mercado de referencia.

Proceso estimación de la demanda

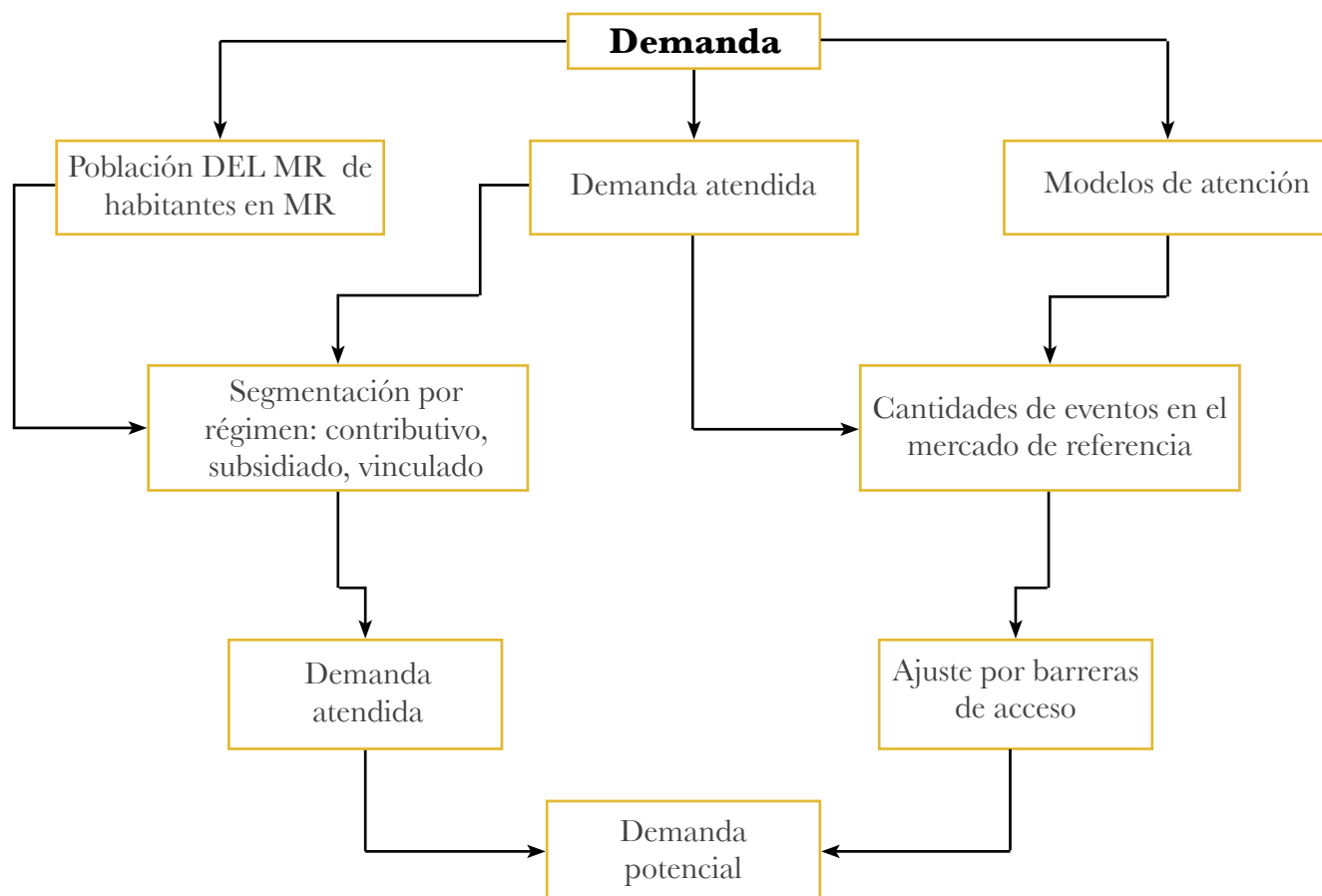
La necesidad de servicios de salud solo puede ser medida a partir de estudios sociodemográficos, en los cuales puede existir un alto grado de subjetividad. Por su lado, el cálculo de la demanda de servicios debe partir de las bases

de datos sobre utilización o demanda atendida. Dado que este concepto no es un número fijo y que está condicionado por los diferentes aspectos que lo determinan (Kotler, 1993), que son condiciones establecidas (económicas, epidemiológicas, culturales, entre otras), es necesario efectuar estimaciones del peso relativo de esos factores para poder inferir la demanda disponible en un mercado de referencia o de demanda potencial. Si las condiciones socio-demográficas, sociopsicológicas, epidemiológicas y relacionadas con el personal de salud cambian en forma lenta, puede ser que las IPS continúen en un esquema de producción de servicios durante un largo periodo, no obstante, si estas condiciones cambian de manera rápida y constante, las IPS deben estar listas para

atender los requerimientos y las necesidades de la población, ahí es donde los estudios de la demanda adquieren valor.

Otra alternativa para el cálculo de la demanda cuando no existen datos sobre utilización o estadísticas de movilidad y mortalidad, es extrapolar tendencias aplicando los datos epidemiológicos de prevalencias o incidencias en un parte de la población del mercado de referencia. Esta aplicación permite valorar el número de personas que pueden requerir servicios en un periodo determinado en todo el territorio de estudio. La calidad de la información dependerá de la confiabilidad de las tasas calculadas en la muestra poblacional.

Proceso de estimación de la demanda



Estimación de la demanda atendida por eventos

El cálculo de la demanda atendida por eventos se toma como insumo de la información recolectada en la primera fase. Para esta fase se desarrolló el siguiente procedimiento:

Primera etapa: debido a que la información

contenida en el SIS de consultas y egresos contiene únicamente datos sobre la demanda atendida de eventos, es necesario llegar a un número aproximado de casos-año. Para su cálculo por unidad de atención (demanda atendida) y unidad productiva, se utiliza un algoritmo que integra los datos de consulta y egresos hospitalarios.

Demanda atendida de casos por agrupación de códigos CIE, novena revisión

Si No. egresos > No. consultas primera vez	Demanda atendida = No. egresos	Consultas = consultas totales / demanda atendida	Tasa internación 100%
Si No. egresos < No. consultas primera vez	Demanda atendida = No. consultas primera vez	Consultas = consultas totales / consultas primera vez	Tasa internación = egresos / consultas primera vez

Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Diagnóstico integral de la oferta de salud en Bogotá

La segunda etapa: una vez calculado el número de casos-año por unidad de atención y unidad productiva, se ajustan los modelos de atención estándar construidos y se definen el número de consultas, pruebas y procedimientos realmente efectuados en el mercado.

Tipos de competencia o clases de mercados

Desde el ángulo más simplista, diremos que el mercado es una organización o institución en la que compradores y vendedores de un bien o un servicio están en contacto entre sí, sin interferencia alguna. Este concepto económico puro se remonta a los economistas clásicos, quienes coincidían en que “solamente a través del principio de la competencia puede la economía política pretender ser una ciencia, mientras que los ingresos, utilidades, precios y salarios sean determinados por la competencia, se les puede asignar leyes (Mill, 2005).

Con base en este concepto teórico, se puede clasificar las clases de mercados o tipos de competencias en las cuales se mueven las fuerzas de la demanda y la oferta.

Competencia perfecta: se presenta cuando hay un gran número de comparadores y vendedores, todos dedicados a la compra y venta libres de mercancías idénticas o similares quienes están en contacto entre sí, y sin limitaciones de entrada al mercado ni de salida de él.

Componentes de la definición:

- a. Gran número de compradores y vendedores: significa que no se trata de un número determinado, no es que 1000 son muchos o 200 pocos, sino que su cantidad es tal que la transacción de uno o varios de ellos no influye en las condiciones de otras transacciones. Ejemplo: Bolsa de valores.

- b.** Mercancía homogénea: se refiere a bienes y servicios con iguales o similares características que puede sustituirse entre sí para obtener la misma satisfacción de las necesidades.
- c.** Estrecho contacto entre compradores y vendedores: esto quiere decir que cada participante conoce las características de la mercancía y el precio al cual se hacen las transacciones.
- d.** Venden y compran libremente: cuando un comprador o un vendedor está en condiciones de hacer una transacción, está dispuesto a hacerla con “cualquiera” y no con uno en especial. Si un participante del mercado se retira, y otra entra, no por ello se afecta el nivel de las transacciones o el precio.

Los economistas coinciden en que la competencia perfecta es el símbolo del concepto del mercado, pues ella deja operar libremente la ley de la demanda y de la oferta que es al final de cuentas, lo que redundará en beneficio del consumidor.

Competencia imperfecta: como el término competencia imperfecta cubre diferentes situaciones que tiene distintos grados, es necesario estudiar cuáles son las categorías que forman parte del amplio concepto de competencia imperfecta.

Monopolio: es la exclusión de la competencia y se enmarca en el concepto de la competencia imperfecta. Sus características son:

- Solo hay un productor.
- Produce o vende un artículo único.
- Existen barreras de entrada a la industria.

Este tipo de monopolio se conoce como *monopolio puro*. Esto significa que el monopolista produce la cantidad que considere, determina

la calidad y vende su producto al precio que desee.

Oligopolio: es aquel mercado en el que existen pocos vendedores, con productos o servicios similares, en relativo contacto entre ellos, de tal manera que pueden influir en el precio de mercado con sus propias actividades y están sujetos a limitaciones o barreras de entrada al sector económico específico.

Competencia monopolista: es la condición de mercado más común en el mundo de los negocios. Esta categoría de competencia se caracteriza por la existencia de un buen número de vendedores que tienen productos o servicios muy similares y que para atraer compradores, tratan de diferenciar subjetivamente sus productos mediante campañas publicitarias. Sus productos son altamente sustitutos entre sí.

Modelos sobre financiamiento de la salud

El financiamiento de la atención de la salud puede organizarse teniendo en cuenta cuatro modelos puros que comprenden, como elementos principales, los agentes relacionados en torno a la producción, la distribución y el consumo de los servicios, las fuentes de financiamiento, las formas de pago y los planes de beneficios. En forma práctica se trata de organizar la prestación de los servicios a partir de ciertos interrogantes como los siguientes: ¿a quién se le presta la atención, quién la paga, quién la presta, cómo se paga, qué servicios se prestan. En cuanto a los participantes, de manera general se destaca la intervención de tres agentes: el que presta la atención, el que la recibe y el que la paga (Restrepo, 2008).

Las principales fuentes de financiamiento, una vez identificadas los agentes que intervienen en la operación del modelo, tiene que ver con la pregunta de cómo financiar la atención de la

salud. En el ámbito público, los principales recursos son los impuestos y las contribuciones a la seguridad social y, en el privado, se habla en general del ingreso personal disponible, que es el dinero en manos de los agentes económicos una vez que se han dedicado los impuestos, los recursos disponibles se relacionan de manera directa con el tipo de atención que se presta, así como con la orientación del modelo en términos de la mezcla privado-público. Es así como los impuestos se orientan a financiar actividades correspondientes a las características de los bienes públicos y preferentes, así como las actividades con externalidades positivas. La contribuciones a la seguridad social, por su parte, financia la atención integral de las personas afiliadas, por lo que esta es denominada un “bien club”. Finalmente, los recursos privados se orientan a un conjunto amplio de atenciones, fundamentalmente curativas, para las personas que están cubiertas por la seguridad social ni acceden a los servicios estatales, aunque también pueden complementar el financiamiento de la seguridad social mediante pagos de bolsillo realizados al momento de recibir la atención (Maya, 2009).

a. Pago por servicio prestado: el pago se calcula sobre la totalidad del servicio prestado al beneficiario o paciente, incluyendo los honorarios médicos, los medicamentos, los gastos por hospitalización y cirugías. Esta modalidad de pago, muy común para remunerar a médicos especialistas proveedores de medicamentos y servicios diagnósticos, es objeto de fuertes críticas basadas especialmente en la posibilidad de estimular la demanda y producir un sobreconsumo o riesgo moral del lado de la oferta; además, debido a que se reconocen todos los servicios, se estimula el uso de tecnologías muy avanzadas, lo que contribuye a incrementar los costos.

b. Capitación: la base del cálculo es esta modalidad es el enfermo potencial y se emplea primordialmente, en los servicios de primer nivel y en los casos en los que se poseen poblaciones grandes. Al proveedor de los servicios, quien se responsabiliza de la atención de la población inscrita sin importar el número de veces y de servicios que requieran los pacientes, se le remunera según la lista de personas o de familias inscritas.

c. Pago por caso: como una modalidad intermedia entre las dos anteriores. El pago por caso se refiere al reconocimiento del total del tratamiento que se estima a partir de todas las consultas y demás actividades necesarias para la dolencia específica.

d. Salario: ha sido la modalidad de pago más común, empleadas para remunerar el tiempo del médico y de los otros profesionales de la salud, especialmente cuando se trata de recibir a los pacientes que ingresan por primera vez y deben resolver si remisión y la atención de los casos menos complejos.

e. Presupuesto: esta última modalidad referida al pago de una suma global en el año, es aplicada exclusivamente sobre las instituciones prestadoras de servicios de salud, como los hospitales y las clínicas, y es muy usual en el caso de los hospitales públicos que perciben su principal recurso del gobierno (Restrepo Zea 2008).

Análisis de la oferta de servicios de salud

La oferta se entiende como la cantidad de bienes y servicios que una organización esta dispuesta a vender a un determinado precio del mercado, dados unos precios de insumos y una tecnología.

El estudio de la oferta busca conocer la composición de los servicios, estructura y capacidad de producción que se dispone en un mercado de referencia. Junto con el conocimiento que se adquiere de esta, también se determinan las condiciones de competitividad frente a los demás oferentes.

El análisis de la oferta debe brindar la información de base para llegar a conclusiones, posteriormente, sobre el tipo de mercado al cual se enfrenta el proveedor de servicios. Dicho tipo de mercado existente es crítico para definir la conducta del productor.

El servicio de salud es el producto de un acto aislado o una secuencia de actos, con una duración y localización definida, resultado de la interacción entre diferentes tipos de recursos y del usuario. En estos servicios, la oferta se determina basándose en las cantidades provistas, es decir, no hay acumulación intertemporal. Su estructura final se configura solamente en el momento en que se demanda. Por lo tanto, la oferta de servicios de salud no solo puede ser entendida como la producción de uno por parte de un grupo de agentes, sino como la interacción del sistema de salud con el cliente o usuario y una mezcla de productos, servicios e información que da como resultado la satisfacción de necesidades tanto individuales como colectivas (Restrepo-Zea 2008).

Este tipo de servicios es una actividad intangible, que busca mejorar las condiciones de salud del individuo o la prevención de la enfermedad. Adicionalmente, puede incorporar diferentes combinaciones de productos y servicios dependiendo de las necesidades particulares de cada demandante y de las características del sistema y del proveedor.

Los aspectos esenciales del servicio de salud son:

- El ser simultáneo, se consumió en el mismo momento de su producción.
- El ser variable, porque dependen de la persona que lo proporciona, el lugar donde lo realice y a quien lo está brindando.
- Usuario como coproductor del servicio, donde se requiere su participación activa, ya que el oferente debe considerar sus necesidades.

A pesar de que los servicios ofrecidos por diferentes hospitales sean similares en su denominación, sus características intrínsecas no necesariamente son iguales. La oferta de un hospital está determinada tanto por la cantidad ofrecida como por la calidad de estos (Newhouse, 1970). Dado un mercado específico, cuando un hospital toma la decisión de mejorar la calidad de sus servicios, obtiene un posicionamiento dentro de un determinado segmento de mercado, esto a su vez genera que otros hospitales del mismo mercado desplacen su oferta hacia el segmento de servicios de “menor calidad”, ya que dados los limitantes de los precios y capacidades de pago, es imposible conducir a todos el mercado a los mayores estándares de calidad, sin generar costos insostenibles (Phelps, 1997).

Cuando en un mercado definido todos los hospitales poseen tecnologías, estándares de calidad similar y están posicionados transversalmente en los mismos segmentos, se presenta una situación de estabilidad donde no existirían incentivos para los hospitales de entrar o salir del mercado. Un nuevo hospital con características similares, generará un exceso de capacidad instalada (Chamberlin, 1962).

Elasticidades de la demanda y de la oferta

Hasta ahora se han visto por separado los conceptos de demanda y oferta, y cómo sus comportamiento afecta el precio de equilibrio.

Pero existen otras características adicionales en estas dos fuerzas del mercado que también inciden en el comportamiento del precio. Los economistas las llaman elasticidades de la demanda y la oferta.

En lenguaje sencillo, la elasticidad de la demanda es el grado de respuesta o sensibilidad que tiene el consumidor en la cantidad que está deseando comprar ante un cambio en el precio. En términos más profesionales, se define así: se conoce como elasticidad precio de la demanda y de la oferta a los cambios que se producen en la cantidad demandada u ofrecida, causados por una variación en el precio del bien.

Elasticidad precio de la demanda

Definición: se habla de elasticidad precio de la demanda cuando una variación en el precio produce un cambio en la cantidad demandada, el cual puede ser, en términos proporcionales, igual, mayor o menos que el cambio del precio.

Grados de la elasticidad

- a.** Elasticidad igual a uno: se presenta cuando un cambio en el precio produce un cambio proporcional en la cantidad demandada. Ejemplo: productos almacenables, productos agrícolas.
- b.** Elasticidad mayor que uno: se presenta cuando el cambio en el precio produce una variación más que proporcional en la cantidad demandada. Se denomina también demanda elástica. Ejemplo: productos de moda, ropa, licores.
- c.** Elasticidad menor que uno: se presenta cuando una variación del precio produce un cambio menos que proporcional en la cantidad demandada, usualmente se conoce como demanda inelástica. Ejemplo: medicinas, servicios públicos.

El nivel de elasticidad de la demanda está determinado en mayor o menor grado por la existencia de bienes sustitutos en el mercado.



Finanzas de las empresas de salud



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DEL ÁREA ANDINA**

Personería Jurídica Res. 22215 Mineducación Dic. 9-83

Autor:
Freddy Alvis Cardona

Introducción

La innovación en el campo de la atención en salud se relaciona por lo general con los productos, los procesos y las estructuras. Los productos son aquellos por los que los individuos pagan, puede ser un bien o un servicio, por ejemplo medicamentos; los procesos hacen referencia a los métodos de producción o de suministro, por ejemplo la telemedicina; por último, la innovación de estructura está dirigida a nuevos modelos de negocio, este tipo de innovación puede llegar a ser la más complicada de implementar y de aceptar, dado que representa cambios en la forma en la cual se presta la atención en salud (Varkey, 2008).

América Latina viene realizando importantes reformas en sus sistemas de salud en la búsqueda de un aseguramiento universal con calidad y equidad. En este proceso se han explorado diferentes alternativas con resultados no siempre satisfactorios en el logro de los objetivos propuestos y se tiene ya importantes enseñanzas que pueden aportar para que los nuevos procesos de reforma que se inicien en la región puedan ser más exitosos y contribuyan a la mejoría de la salud y la calidad de vida de la población latinoamericana.

Una de las falencias detectadas en algunas reformas es el deterioro de los programas de salud pública con el consiguiente incremento de los problemas de salud prevenibles o controlables con acciones coherentes y continuadas desde el sector. Hoy la región ve con preocupación el deterioro de las condiciones de salud de grandes grupos humanos marginados; el recrudecimiento de patologías que estaban en camino de ser controladas y que eran motivo de vigilancia y especial atención por los organismos de salud y finalmente, la aparición de algunos problemas emergentes, relacionados con factores biológicos, socioeconómicos y demográficos que plantean nuevos retos al sector de la salud.

Metodología

De acuerdo con metodología de educación a distancia, los períodos se manejan por módulos de formación con la siguiente distribución de actividades:

a. Momento de aprendizaje autónomo:

Las actividades que se desarrollan son individuales. El estudiante debe desarrollar y entregar ejercicios, talleres de aplicación, lecturas, ensayos, mapas conceptuales.

b. Momento de aprendizaje colaborativo:

Las actividades se desarrollan en grupo (compañeros de estudio o trabajo). Los estudiantes deben elaborar y entregar relatorías correspondientes a cada una de las socializaciones realizadas.

c. Momento de aprendizaje tutorial:

Las actividades que se desarrollan se realizan teniendo en cuenta el apoyo y acompañamiento del tutor (pueden ser individuales o grupales). Los estudiantes deben elaborar un protocolo de cada tutoría que se realice.

En estos tres momentos, la comunicación se realiza a través de diferentes medios como teléfono, celular, *e-mail*, chat, entre otros, con el acompañamiento del docente-tutor y desde el aula virtual.

Desarrollo temático

Las empresas de hoy

Debido a los grandes cambios a los que ha sido sometido el sector en los últimos años, la dirección de las empresas de salud afronta grandes y diversos retos que tienen su origen en factores externos e internos o inherentes a la propia institución. Dentro de los externos se destacan:

- Los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico.
- El aumento de la cobertura.
- La mayor información del usuario.
- Los cambios en la financiación de los servicios de salud.
- El mayor énfasis en el subsidio a la demanda que obliga a ser más eficiente manteniendo la calidad.
- El gran déficit de los entes territoriales y los gobiernos nacionales.

Entre los factores internos sobresalen los siguientes:

- La necesidad de definición clara de la misión, la visión, los valores, los objetivos y las estrategias.

- La conciencia por la atención del cliente tanto interna como externa.
- La exigencia de cambio permanente como respuesta a cambio del entorno.
- El enfoque hacia la calidad de atención y servicio.
- El requerimiento de implementar indicadores que midan el desempeño y la gestión.

En resumen, las empresas de hoy dan mayor importancia al capital humano, a los procesos y al desarrollo de conocimiento (Correa, 2009).

Prioridades empresariales

Son prioridades empresariales para la dirección de cualquier tipo de organización (productos o servicios) las siguientes:

- Generación de ingresos.
- Buen uso de los recursos (de todo tipo).

Paralelo entre la institución de hoy y la de ayer

Institución de ayer	Institución de hoy
El empleado es el problema	El proceso es el problema (visión de conjunto)
Empleado	Personas
Hacer mi trabajo	Ayudar a que se hagan las cosas
Evaluar al individuo	Evaluar al proceso
Controlar a los empleados	Desarrollar a las personas
¿Quién fallo?	¿Qué permitió que el error se cometiera?
Se desarrollan funciones	Se administran procesos
Gerentes	Líderes
Orientación a las tareas	Orientación a los clientes y a los procesos
Desempeño individual	Desempeño en grupo
Enfoque funcional	Enfoque sobre procesos

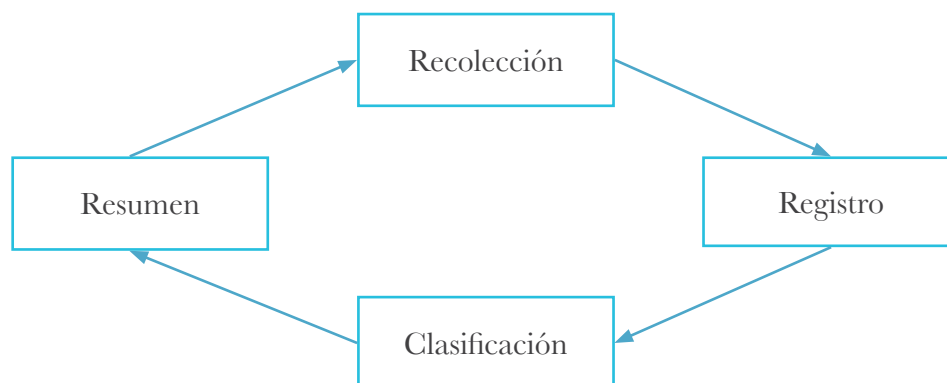
Fuente: Correa Hoyos, 2009.

Definición de finanzas

La palabra finanza viene del francés *financer*, que significa pagar, liquidar. En términos prácticos es un área de la administración que se encarga de estudiar el ciclo o flujo del dinero y cómo este se convierte en recursos que son utilizados nuevamente para la generación de dinero. Además, las finanzas poseen las herramientas y conceptos que permiten evaluar si esa generación de dinero se hace en forma eficiente. Es claro que las finanzas se apoyan y se articulan con otras áreas de la organización como mercadeo, recurso humano y prestación de servicios.

La generación de información

Es responsabilidad del área de finanzas la generación de información contable, la cual se convierte en la principal herramienta para la toma de decisiones. Esta actividad tiene como responsable al área contable que en la mayoría de las organizaciones corresponde a una subdivisión del área financiera. La información debe garantizar que todos los hechos económicos sean reconocidos. El proceso de generación de información se denomina ciclo contable y en él se distinguen las siguientes etapas:



La forma en la cual se debe llevar la información y el proceso contable pueden ser controlados en cualquier libro de contabilidad. Afortunadamente hoy en día existen en el mercado diferentes paquetes de software que simplifican todo el trabajo manual que se hacía antes.

La salud como factor de crecimiento económico

Actualmente se reconoce la relación de causalidad bidireccional entre salud y crecimiento económico, la divergencia de su impacto es observable en los países de Asia Oriental y en los del África Subsahariana. Esta causalidad justifica que la salud ocupe un lugar central en los objetivos de desarrollo del milenio aprobados por las Naciones Unidas en el 2000. No obstante, el informe anual de 2004 que evalúa la implementación de estos objetivos, indica que con las tendencias actuales, la mayoría de los países en desarrollo no alcanzará gran parte de ellos.

En la región de América Latina y el Caribe, por ejemplo, debido al grado tan alto de desigualdad, los indicadores de salud y la distribución del ingreso varían ampliamente.

El primer paso para el crecimiento económico y de salud debe ser comprender la trascenden-

cia de la relación recíproca de ambos factores. Costa Rica por ejemplo, es considerado como el país con menos desigualdad en Centroamérica, las decisiones políticas han hecho una diferencia significativa en el país, por una clara decisión de invertir en medicina familiar y educación, lo que ha llevado a que ocupe una mejor clasificación a escala mundial en términos de desarrollo humano, que en términos de ingreso fundamentalmente debido a los logros en salud. Sin embargo, de frente a los objetivos de Desarrollo del Milenio, como país en desarrollo, debe seguir propiciando la actividad privada y el crecimiento económico afianzando la estabilidad macroeconómica, mejorar la gestión fiscal, reducir más las barreras al comercio y reenfocar la atención de la fuerte regulación empresarial al fortalecimiento de instituciones de mercado como los derechos de propiedad y el estado de derecho (Grettchen Flores, 2009).

La salud solía verse como un producto final del proceso de crecimiento: la persona con ingresos más elevados es más sana, porque posee mayores bienes y servicios que ayudan a tener buena salud.

Pero el nuevo pensamiento que la salud ayuda al crecimiento económico complementa y, en

cierto grado, reordena las ideas que justifican el gasto en materia de salud y se fundamenta en argumentos humanitarios y de equidad. La riqueza, sin duda, conduce a una mejor salud, pero la salud también debería verse como una forma de capital humano y, por ende, como un insumo y como un producto del proceso de crecimiento; los países con una población sana y con mejor educación tienen mayores posibilidades de prosperar, en especial en un contexto de políticas favorables (Grettchen, 2009).

La globalización en salud, se remonta miles de años atrás, al paso de enfermedades infecciosas a través de las rutas comerciales antiguas. Se debe recordar que entre las medidas tempranas de salud pública, fueron prominentes las ordenanzas de cuarentena para tratar de detener la plaga en el siglo XIV en Europa. No obstante, la era moderna de la salud pública empezó con esfuerzos internacionales coordinados para controlar los riesgos de salud global a mediados del siglo XIX, coincidiendo con la expansión colonial europea y un correspondiente aumento en la riqueza. Así, el reconocimiento de que había vínculos directos entre enfermedades reportadas, comercio y viajes internacionales, permitió a 12 países colaborar organizando la Primera Conferencia Sanitaria Internacional en Europa en 1851.

Se observa por lo tanto, que en la historia de la salud pública es claro que la mejor salud contribuye al desarrollo económico. Un niño que nace hoy en el mundo en desarrollo puede esperar vivir 20 años más que aquellos que lo hicieron hace 40 años y además, desde 1965, han sido más que duplicados los ingresos per cápita del mundo en desarrollo. Por otro lado, en las últimas tres décadas el analfabetismo en el mundo en desarrollo se redujo entre el 25 y 47% de los adultos y los programas de ayuda extranjera han adicionado cerca de 1 trillón de dólares desde el fin de la Segunda Guerra Mundial, ayudando a mejorar la salud.

Debe aclararse que la ayuda para el desarrollo no siempre ha sido para el desarrollo, pero lo permite en forma secundaria, pues algunos donadores han estado más interesados en los efectos políticos que en el resultado del desarrollo o la salud. El papel imprescindible de la salud y la nutrición en el crecimiento económico, lo ejemplifican los estudios realizados por Robert Fogel, quien estimó el efecto que tuvo el aporte adecuado de calorías sobre la tasa de crecimiento anual en el Reino Unido entre 1780 y 1980, así como sobre la productividad de quienes integraban la fuerza laboral. La suma de esos dos efectos, de acuerdo con Fogel, indicaría que la nutrición contribuyó con 30% al crecimiento per cápita del Reino Unido.

Otro informe al respecto lo presentó Robert Barro, quien entre otros, mostró que la esperanza de vida está significativamente correlacionada con el posterior crecimiento económico. Basándose en datos de los años que siguieron a la Segunda Guerra Mundial, Barro estimó que el 10% de aumento en la esperanza de vida fue capaz de aumentar 0,4% por año el crecimiento económico.

Algunos estudios más modestos han hecho el seguimiento de conjunto de niños que se podían agrupar según el aporte de calorías recibidas durante sus primeros 3 años de vida; estos estudios mostraron que los niños con un régimen alimentario de mayor valor calórico tenían ingresos más elevados y, por tanto, se puede suponer que fueron más productivos económicamente unos 30 años más tarde.

Se señala que la causalidad bidireccional puede ser de carácter acumulativo: las mejoras en la salud conducen al crecimiento económico, que a su vez permite mejorar aún más la salud. No obstante, si bien este círculo virtuoso puede continuar por un tiempo, llega a su fin

a medida que el rendimiento de las mejoras de la salud se reduce y la población envejece. En la “transición epidemiológica” el ingreso determina la mortalidad, mientras que, pasada esa transición, lo que determina la mortalidad, es la desigualdad del ingreso. En los países pobres, el ingreso es un seguro contra muchas de las causas de enfermedad, mientras que en los países ricos la desigualdad del ingreso indica la calidad del régimen social, el estrés y la mortalidad en la sociedad. Sin embargo, no necesariamente hay que asumir que la relación entre el ingreso y la mortalidad cambie con el desarrollo económico, dado que sería la pobreza, no las desigualdades, la que impulsa la mortalidad y, además, el efecto de las desigualdades habrá de perdurar, pues incluso en las economías ricas siempre hay quienes no son tan ricos.

Bourguignon y Morrison estudiaron la evolución a largo plazo de la desigualdad entre los ciudadanos de todo el mundo a partir de la premisa de que “una definición integral del bienestar económico debe considerar al individuo durante toda su vida”. Concluyeron que a partir de los años cincuenta, el rápido aumento de la esperanza de vida en los países más pobres condujo a una disminución de la desigualdad, en su sentido más amplio, a pesar de que la desigualdad de ingresos continuó aumentando (en los países en desarrollo, la esperanza de vida aumentó entre 1960 y 1990 a un ritmo de 6.3 años por década y en los países de alto ingreso, la tasa fue de “solo” 2.3 años por década).

Al respecto Wagstaff, menciona elementos sobre las desigualdades sanitarias entre los pobres y los no pobres, que deben ser tomados en cuenta:

1. Las desigualdades sanitarias son casi siempre en perjuicio de los pobres. Los pobres

tienden a morir antes y a presentar mayores niveles de morbilidad que quienes tienen más dinero.

2. Estas desigualdades tienden a ser más pronunciadas con los indicadores objetivos de mala salud, como las medidas antropométricas de malnutrición y la mortalidad, que con los indicadores subjetivos. Tanto en el mundo en desarrollo como en el mundo industrializado, los indicadores de enfermedad a más largo plazo, como las enfermedades de larga duración, la limitación de actividades importantes o la autoevaluación de la salud, tienden a presentar desigualdades que son desventajosas para los pobres.
3. Hay grandes variaciones entre los países con respecto a la magnitud de las desigualdades sanitarias, aunque estas variaciones en sí mismas también varían según los indicadores sanitarios y socioeconómicos utilizados. Por ejemplo en América Latina las desigualdades entre los pobres y los no pobres con respecto a la salud de los niños parecen ser mayores que en otras partes del mundo en desarrollo, cualquiera que sea el indicador sanitario utilizado. En cambio, las desigualdades en la mortalidad post infantil (1 a 4 años) y la desnutrición son menos pronunciadas en la África Subsahariana que en el Norte de África, Asia y el medio oriente, pero con la diarrea y las infecciones respiratorias agudas ocurre lo contrario.
4. Las desigualdades socioeconómicas en el campo de la salud parecen estar aumentando, en vez de disminuir, y esto es cierto tanto para el mundo en desarrollo como para el mundo industrializado.

Asimismo, generalmente, los valores del coeficiente de Gini para la mayoría de los indicado-

res de salud son más altos entre los países con ingresos superiores a la media que entre los países con ingresos inferiores a la media o de bajos ingresos. Esto significa, que hay más variaciones en salud (desigualdades) entre los países de ingresos superiores a la media que entre los países de bajos ingresos (Gretchen Flores, 2009).

Efecto de la salud sobre el PIB per cápita

La falta de salud reduce el producto interno bruto (PIB) per cápita debido a la contracción de la productividad de la mano de obra y del tamaño relativo de la fuerza laboral. Desde otro ángulo del círculo de salud y pobreza se tiene que un buen estado de salud aumenta el ingreso per cápita de varias maneras:

1. Se toman decisiones de gasto y ahorro diferentes durante el ciclo de vida. Se toman planes de jubilación solo si las tasas de mortalidad hacen que sea realista pensar en llegar a jubilarse. Debido a la mayor longevidad en los países en desarrollo, las tasas internas de ahorro han aumentado. Si bien este auge del ahorro dura solo una generación y se ve contrarrestado por las necesidades de la población a medida que ésta envejece, mientras dura puede impulsar considerablemente las inversiones y las tasas de crecimiento económico.
2. La buena salud alienta la inversión extranjera directa, que no afluirá hacia zonas donde la población activa es propensa a enfermarse. Asimismo, las enfermedades endémicas pueden impedir el acceso a la tierra y a otros recursos naturales, como ocurrió en África occidental hasta que se logró controlar la oncocercosis.
3. Una mejor salud impulsa la educación. Los niños más saludables asisten a la escuela y tienen un mayor desarrollo cognoscitivo y al prolongarse la vida resulta más atractivo invertir en educación.

Esto ha motivado una mayor transformación como investigación del impacto de la salud sobre las tasas de crecimiento económico acumuladas en los últimos diez años. Invertir en tecnología actual, vacunas, medicamentos y sistemas de reparto permite incrementar el bienestar de los pobres, mucho más rápidamente y menos caro que cualquiera otra forma de inversión. Cuando se examina el efecto de la salud, sobre el bienestar económico, definida estrechamente en términos de PIB per cápita, se observa que tal vez el 10 a 15% del crecimiento económico mundial en los últimos 30 o 40 años ha resultado de mejora en la salud (Gretchen Flores, 2009).

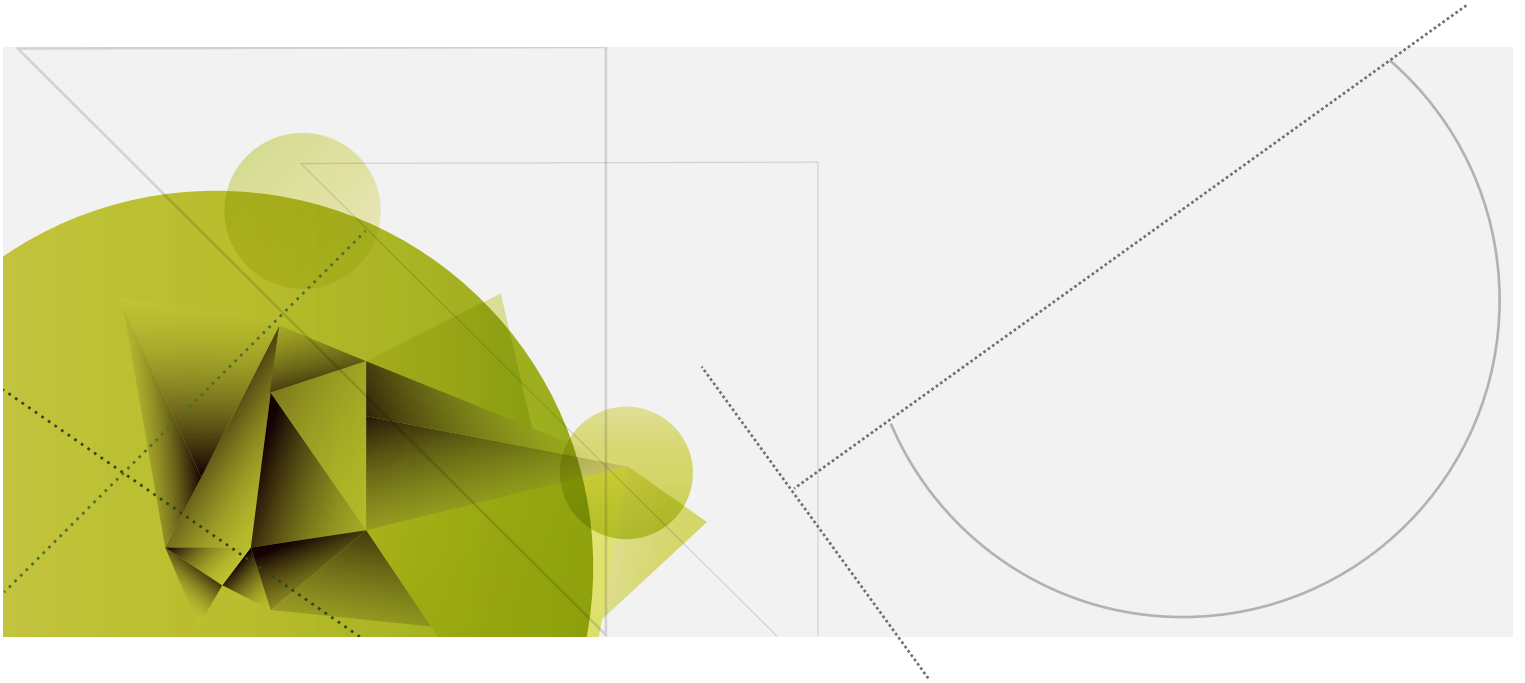
Bibliografía

1. **Atkinson, A.** (1970). On the measurement of inequality. *Journal of economic theory* (pp. 2, 244-263).
2. **Bardey, D. & Castaño, R.** (2007). *La regulación de tarifas en el sector de la salud en Colombia* (REI 17, pp. 347-357).
3. **Bennasar, D. T.** (s.f.). Recuperado el 06 de febrero de 2014, de <http://www.uib.es/depart/deaweb/webpersonal/dolorestirado/archivos/concp-3.pdf>
4. **Bittan, M.** (s.f.). Recuperado el 06 de febrero de 2014, de <http://www.elmundo.com.ve/firmas/moises-bittan/teoria-de-la-escasez--un-fenomeno-economico-con-im.aspx>
5. **Blog Entorno Macroeconómico.** (s.f.). Recuperado el 09 de febrero de 2012, de www.ingestion-empresarial.blogspot.com
6. **Bronfman, M., Langer, A., & Trostle, J.** (2000). La difícil traducción. *De la investigación en salud a la política*. México D.F.: Manual Moderno.
7. **Carmona-Fonseca, J.** (2003). Panorama para interpretar la falla terapéutica antimalárica. Parte I. Iatreia. *La malaria en Colombia, Antioquia y las zonas de Urabá y Bajo Cauca.* (pp. 16 (4):299–318).
8. **Chicaíza, L.** (2005). *Fallas del mercado de la salud en Colombia: el caso de la insuficiencia renal crónica* (REI 12, pp. 191-208).
9. **Chicaíza, L., Rodríguez, F., & García, M.** (2006). *La equidad del mecanismo de pago por uso de servicios en el sistema de aseguramiento en salud de Colombia* (REI 15, pp. 269-289).
10. **Comisión Económica para América Latina y el Caribe.** (1998). *Panorama social de América Latina*. Santiago, Chile: CEPAL.
11. **Definición de recursos materiales - Qué es, S. y.** (s.f.). Recuperado de <http://definicion.de/recursos-materiales/#ixzz2sYhYRcoz>
12. **Educación, P.** (2010). Recuperado el 09 de febrero de 2014, de <http://www.mailxmail.com/curso-microeconomia-mercado-precios>
13. **Farrell, M.J.** (1957). Journal of the royal statistical society series A. *The measurement of productive efficiency* (pp.120, 253-290).
14. **Gilson, L., & Raphaely, N.** (2008). The terrain of health policy analysis in low and middle income countries: A review of published literature 1994–2007. *Health Policy Plann.* (23: 294–307).

15. **Gini, C.** (1921): Measurement of inequality of incomes. *The Economic Journal* (pp. 31, 124-126).
16. **Gómez, R., Orozco, D., Rodríguez, F., & Velasquez, W.** (2006). Relación entre investigación y decisión. *Políticas públicas en salud* (pp. 24(2):105–18). Rev Fac Nac Salud Pública.
17. **Grossman, M.** (1972). A theoretical and empirical investigation. *The demand for health*. MA, NBER, Cambridge.
18. **Hertin, J., Turnpenny, J., Jordan, A., Nilsson, M., Russel, D., & Nykvist, B.** (2009). Rationalising the policy mess? Ex ante policy assessment and the utilisation of knowledge in the policy process. *Environ plann.* (pp. 41(5):1185–200).
19. **Jakobsson, U.** (1976). On the measurement of the degree of progression. *Journal of Public Economics* (pp. 5, 161-168).
20. **Kakwani, N. C.** (1977). Applications of lorenz curves in economic analysis. *Econometrica* (vol.45, pp. 719-727).
21. **M, G.** (1972). *The demand for health: a theoretical and empirical*. MA, NBER, Cambridge.
22. **Mackenbach, J.P.** (2005). Health Inequalities: Europe in profile, informe independiente comisionado y publicado por la presidencia del Reino Unido de la UE. Recuperado de http://www.fco.gov.uk/Files/kfile/HI_EU_Profile,0.pdf
23. **Newhouse, J.P.** (1970). Toward a theory of nonprofit institutions. An economic model of a hospital. *American Economic Review* (pp. 60(1), 64-74).
24. **Oscar, V.J.** (2009). La evaluación farmacoeconómica en la práctica médica. *Economía, política y salud* (pp. 282).
25. **Pardo, A.** (1997). *¿Qué es salud?* Rev Medicina de la Universidad de Navarra 41(2, 4-9).
26. **Pascual, M.** (2013). Entendiendo la Economía de la salud: una revisión de los estudios sobre eficiencia, equidad y desigualdades. *Estudios de economía aplicada*. (pp.281 – 302).
27. **Pattanayak, S., Dickinson, K., Corey, C., Murray, B., Sills, E., & Kramer, R.** (2006). Deforestation, malaria, and poverty: a call for transdisciplinary research to support the design of cross-sectoral policies. *Sustain Sci Prac Policy* (pp. 2(2):45–56).
28. **Restrepo, J.H.** (2008). *Introducción a la economía de la salud en Colombia*. Medellín: Universidad de Antioquia.
29. **Restrepo, C. M.** (s.f.). www.virtual.unal.edu.co. Recuperado el 07 de febrero de 2014, de <http://www.virtual.unal.edu.co/cursos/sedes/manizales>

- 30. Restrepo, J. H.,** Lopera, J. F. & Rodríguez, S. M. (2007). *La integración vertical en el sistema de salud colombiano* (REI 17, pp. 279-308).
- 31. Restrepo, J. H. & Rodríguez, S.** (2005). *Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia* (REI 12, pp. 165-190).
- 32. Rodríguez, S. M.** (2007). *El poder de voto en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud* (REI 16, pp. 223-253).
- 33. Salas-Zapata W, R.-O. L.-A.** (2012). Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos. *Panam Salud Publica* (pp. 32(1), 77–81).
- 34. Salud, E. d., & Cisterna, A.** (2009). Recuperado el 06 de febrero de 2014, de www.preparadores.eu
- 35. Sen, A.** (1992). *Inequality Reexamined*. Harvard University Press. Cambridge, MA, Clarendon Press: Oxford.
- 36. _____.** (1973): *On economic inequality*. Oxford Clarendon Press y New York Norton.
- 37. Torres, S., R. García, C. & Quintero, J. J.** (2005). *Formas de contratación de los servicios de urgencias: una aproximación desde la economía de los costos de transacción* (REI 12, pp. 209-237).
- 38. Van Doorslaer, E., Gerdtham, U.-G.** (2003). Does inequality in self assessed health predict inequality in survival by income. *Social Science and Medicine* (pp. 57, 1621-1629).
- 39. Vergara, C.** (2000). El contexto de las reformas del sector de la salud. *Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health* (8 , 1/2).
- 40. Wagstaff, A.** (1989). Estimating efficiency in the hospital sector: a comparison of three statistical cost frontier models, pp. 21, 659- 672. *Applied Economics*.
- 41. Wagstaff, A., & Van Doorslaer, E.** (2000). Equity in health care finance and deliver, Cap. 34. Elsevier Science, B.V. En Culyer, A.J., & Newhouse, J.P. (Ed.). *Handbook of health economics*.
- 42. Wilkinson, R.** (1997). Health Inequalities: Relative or absolute material standards, *British Medical Journal*. (pp. 314(7080), 591-95).
- 43. World Health Organization.** (2009). Resolution EB124/R6 on Reducing health inequities through action on the social determinants of health. Geneva, Executive Board. Recuperado el 29 de enero de 2010, en WHO http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB124/B124_R6-en.pdf

Esta obra se terminó de editar en el mes de octubre
Tipografía Myriad Pro 12 puntos
Bogotá D.C.,-Colombia.



AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

MIEMBRO DE LA RED
ILUMNO