

Apuntes hacia una política económica racional para la promoción de la salud pública en Puerto Rico

*Heriberto A. Marín**

Al examinar con detenimiento el desarrollo del sector de salud durante las últimas décadas se encontró lo siguiente: primero, que en términos de la proporción del producto nacional bruto y del consumo personal, el sector de servicios de salud se ha convertido en uno de los de mayor crecimiento e importancia económica en Puerto Rico. Por lo tanto, la proporción de recursos económicos que asignamos y consumimos para atender la salud de nuestra población ha sido cada vez mayor. Sin embargo, y segundo, cuando se examina que ha pasado con la salud de nuestra población durante este mismo período de tiempo usando indicadores tradicionales de salud a nivel poblacional como tasas de mortalidad infantil y expectativas de vida, se encuentra que a pesar de los avances extraordinarios logrados a lo largo de este siglo, particularmente después de la década del 1950, ha habido un estancamiento en dichos indicadores. ¿Cómo se explica esta aparente contradicción?

Para estar en posición de contestar esta interrogante se exponen en las próximas líneas algunas ideas que resultan útiles para la evaluación de los cambios que han ocurrido y están ocurriendo en los servicios de salud en Puerto Rico, y, en la elaboración de una política pública para la promoción de la salud que sea más racional desde el punto de vista económico. Como primer paso es necesario explicar cómo se relacionan la economía y la salud pública. Para explicar dicha relación se utiliza un modelo microeconómico que describe la interacción entre los servicios, los individuos y familias, y la salud. El mismo está representado en un esquema propuesto por Victor R. Fuch (1986), pero modificado para incorporar la teoría de la producción doméstica de Gary Becker (1965). Desde el punto de vista de la teoría de la producción los proveedores de servicios de salud son equivalentes a los productores de cualquier bien o servicio. Estos necesitan para su proceso de producción: capital manufacturado, capital humano, y bienes y servicios intermedios. Estos insumos son combinados por los proveedores para producir servicios de salud (además de servicios de validación y otros servicios de consumo) de acuerdo al servicio a ofrecerse y la

tecnología disponible. Estos servicios, son comprados y consumidos por los usuarios de los servicios de salud, con el objetivo de mejorar y mantener su estado de salud, o evitar en todo caso que la misma empeore.

En este modelo la salud se conceptualiza como un bien que no se puede comprar directamente en el mercado, pero si es *producido* por las familias e individuos internamente en un proceso de producción donde se utilizan como insumos los servicios de salud comprados en el mercado. La utilización de los servicios por parte de las familias dependerá a su vez de la demanda por dichos servicios (la demanda es función del precio de los servicios, el ingreso de las familias, de variables sociodemográfica y de otras variables). El impacto de los servicios de salud sobre el estado de salud de la población va a depender en gran medida en cuan eficaces sean los proveedores en ofrecer los servicios, en la efectividad de los tratamientos, intervenciones y servicios, y en como los individuos y familias procesen y utilicen dichos servicios. Además, hay unos factores fuera del ámbito de los servicios de salud como la genética, el medio ambiente social y físico, que pueden tener un impacto muy importante sobre la salud de la población.

Se deduce de este modelo que para las familias la salud constituye una forma de inversión en capital humano que les permite aumentar su consumo actual y sus ingresos futuros. Evidentemente, una población más saludable es capaz de producir más y generar más ingresos ya que su potencial productivo en términos de horas de trabajo, y productividad por hora trabajada aumenta. Además, una población más saludable puede absorber niveles de consumo más altos y diversos.

Ya conceptualizada la relación entre economía y salud pública, ¿Qué puede hacerse, desde el punto de vista económico, para mejorar el estado de salud de la población? La política pública sobre los servicios de salud gira sobre tres aspectos importantes: el acceso a los servicios, la equidad en la utilización y la eficiencia económica de los servicios. El concepto de eficiencia económica se define en términos de los beneficios y costos derivados de los servicios de salud. Los beneficios de los servicios de salud provienen de la efectividad de los servicios en afectar positivamente la salud de sus usuarios; mientras que los costos se derivan de

los recursos utilizados para proveer dichos servicios. Es importante reconocer que bajo cualquier política pública hacia los servicios de salud la sociedad cuenta con recursos limitados para atender las necesidades y deseos ilimitados de su población. El problema se complica cuando estos recursos tienen usos alternos y por lo tanto hay que determinar cual de esos usos genera un mayor beneficio para la sociedad.

En el caso de los servicios de salud la sociedad se enfrenta con las siguientes dos disyuntivas: cuantos recursos deben asignarse a los servicios de salud versus otros servicios y actividades sociales como educación, recreación, carreteras, transportación, y otros; y, a la misma vez, como se distribuyen estos recursos entre los diferentes servicios, programas, e intervenciones de salud. Para resolver estos dilemas se tienen que identificar y cuantificar directamente la relación entre utilización de servicios, uso de recursos, y cambios en la salud de los usuarios. Mediante la aplicación de la metodología del análisis de costo beneficio se avanzaría muchísimo en la solución de estas disyuntivas. Sin embargo, en el proceso de evaluar la eficiencia económica de los servicios de salud es bien importante tomar en cuenta desarrollos recientes en la literatura científica relacionadas a la salud. Primero, existe una gran cantidad de estudios que señalan hacia factores fuera del ámbito de los servicios de salud como determinantes importantísimos de la salud (véase McKeown (1979), el Whitehall Study de Marmot (1986), y Sapolsky (1990)). El paradigma dominante que ha permeado la política pública en el área de salud está basado en dos supuestos: primero, que el estado de salud de una población depende fundamentalmente del sistema de servicios de salud, y segundo, que mientras mayor sea el cuidado médico, y, los servicios de salud que se ofrecen a la población, mejor será el estado de salud de la misma. En consecuencia, la política pública con respecto a la promoción de la salud pública ha estado en la mayoría de las instancias sesgada y enfocada a favor del crecimiento y desarrollo de los servicios de salud. Sin embargo, urge tener una idea clara de cuales son los determinantes de la salud, para asignarle el papel y peso que le corresponden a los servicios de salud dentro de la política pública para la promoción de la salud. Segundo, cada vez más se afirma que la salud es un concepto multidimensional que incorpora la calidad de vida de los años vividos, además de la longevidad y la supervivencia de los

individuos. Por lo tanto, hay que desarrollar nuevos indicadores y medidas de el estado de salud de la población que tomen en cuenta los aspectos cuantitativos y cualitativos de la salud.

Estos hallazgos apuntan hacia la necesidad de tener un sistema sofisticado de información que nos permita, de acuerdo a Wolfson(1994), la consecución de las siguientes metas: primero, conocer los niveles, tendencias, y distribución de las diferentes dimensiones de la salud para las poblaciones humanas; segundo, entender las determinantes de los diferentes aspectos de la salud; y tercero, asignar los recursos dirigidos a mejorar la salud de la población de la manera más efectiva. En Puerto Rico dicho sistema integrado no existe, por lo que es imprescindible el construirlo.

Este sistema de información debe ser uno abarcador donde se incluyan toda una serie de variables como los siguientes: variables externas al sistema de servicios de salud como sociodemográficas, epidemiológicas, económicas, y ambientales; variables relacionadas a la estructura de servicios como cantidad de proveedores, financiamiento, organización, y provisión de servicios; variables relacionadas a la población usuaria como utilización de los servicios, satisfacción, y efectividad de los servicios, en términos de cambios en los estados de salud. La meta final de dicho sistema de información es la de poder crear una matriz de estadísticas nacionales que nos permitan añadir a las cuentas nacionales que prepara la Junta de Planificación un componente de salud. De esta forma no solamente los investigadores, evaluadores, estudiosos, y funcionarios gubernamentales podrán monitorear y evaluar el desempeño de el sistema de servicios de salud, si no también cualquier ciudadano en particular.

La Universidad de Puerto Rico tiene un papel bien importante que jugar en la creación de dicho sistema de información y en su subsiguiente uso. Primero, el Recinto de Ciencias Médicas, en particular su Escuela Graduada de Salud Pública, podría participar como ente asesor al Departamento de Salud en la creación de dicho sistema. Segundo, la Escuela de Salud Pública cuenta con un Departamento de Administración de Servicios de Salud, y un Programa de Evaluación que podría entrenar a sus estudiantes para sacarle provecho máximo a dicho sistema de información.

Y tercero, el Recinto pudiera desarrollar

nuevos programas de investigación dirigidos a generar nuevo conocimiento científico basado en los datos e información provenientes de este sistema de información. De esta manera se beneficia y fortalece el papel de la Universidad dentro de nuestra sociedad, se beneficia el pueblo ya que la reforma de servicios de salud actual también necesita una evaluación extensa, abarcadora y de carácter científico, que permita analizar el efecto de la reforma sobre la estructura y provisión de los servicios, y más importante sobre la salud de la población.

Bibliografía

Fuch, Victor (1986) **The Health Economy**, Harvard University Press.

Becker, Gary S. (1965) "A Theory of the Allocation of Time". **Economic Journal** 75 (September):493-517.

McKeown, T. (1979) **The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?**, Oxford: Basil Blackwell, segunda edición.

Marmot, M.G. (1986) "Social Inequalities in Mortality: The Social Environment." en el libro **Class and Health: Research and Longitudinal Data**, editado por R.G. Wilkinson. London: Tavistock

Sapolsky, R.M. (1990) "Stress in the Wild.", **Scientific American**, 262(1), Pág. 11-23.

M.C. Wolfson (1994) "Social Proprioception: Measurement, Data, and Information from a Population Health Perspective", páginas 287 a 316.

*Profesor del Departamento de Administración de Servicios de Salud, Escuela de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

BOLETÍN DE ECONOMÍA

El Boletín de Economía es una publicación trimestral de la Unidad de Investigaciones del Departamento de Economía, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Los artículos son responsabilidad del autor por lo que no necesariamente representan las opiniones o posiciones de la Unidad de Investigaciones.

Unidad de Investigaciones Económicas
Departamento de Economía
Universidad de Puerto Rico
Recinto de Río Piedras, Apartado 23345
San Juan, Puerto Rico 00931-3345
Tel (787) 764-0000 Ext. 2451/ 2458
Fax (787) 763-5599
economia@rrpac.upr.clu.edu