

CAPÍTULO DOS

El Mercado de la Salud



África Oriental rural ilustra los retos que enfrentan los hogares de la BdP para obtener atención médica, así como el potencial que representan para el mercado de la salud. El acceso a servicios médicos generalmente es muy limitado e incluso encontrar medicinas especialmente que funcionen puede ser muy difícil. El gasto en servicios médicos es bajo, ascendiendo a sólo \$183 al año en un hogar rural típico de Uganda y la mitad de esa cantidad se gasta en medicinas, generalmente sin prescripción médica. La automedicación es común en los hogares de la BdP.

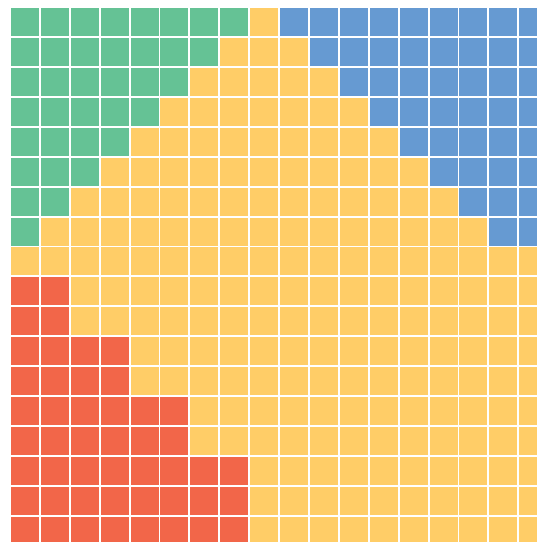
A pesar de la enorme necesidad de una distribución más efectiva de medicinas y otros artículos de consumo relacionados con la salud (como condones, filtros de agua, y redes o mallas contra la malaria), los niveles de gasto mencionados podrían sugerir un mercado no prometedor para lanzar un nuevo negocio de franquicias de farmacias. Sin embargo, las tiendas CFW en Kenya lo están logrando. Sus 64 franquicias locales cobran precios que van de US\$0.50 por tratamiento por los más de 150 fármacos que venden y el año pasado atendieron a más de 400,000 clientes alcanzando una rentabilidad positiva. Las tiendas CFW de Kenya y otras empresas comerciales nuevas y bien establecidas, están demostrando enfoques innovadores hacia el enorme mercado desatendido de la BdP.

¿Qué tan grande es el mercado?

El mercado medido de la BdP en África (12 países), Asia (9), Europa Oriental (5), América Latina y el Caribe (9) representa \$87.7 mil millones. Esto significa que el gasto familiar anual en salud en los 35 países de los que existen datos estandarizados cubre 2.1 mil millones de la población de la BdP a nivel mundial. Se estima que el mercado total de salud de la BdP en estas cuatro regiones, incluyendo todos los países encuestados, es de \$158.4 mil millones, lo que representa el gasto de 3.96 mil millones de personas (vea el cuadro 1.5 en el capítulo 1 sobre el método de estimación).¹ Asia tiene por mucho el mercado de salud más grande de la BdP a nivel regional con \$48.2 mil millones que representa una enorme población en la BdP (1.5 mil millones). Se estima que el mercado total de salud de la BdP en Asia (incluyendo el Medio Oriente) es de \$95.5 mil millones, representando el gasto de 2.9 mil millones de personas. Sigue América Latina, con un gasto en salud de la BdP de \$20.1 mil millones por 276 millones de personas y un

Gasto BdP en salud

\$158.4 mil millones



\$ mil millones (PPC)

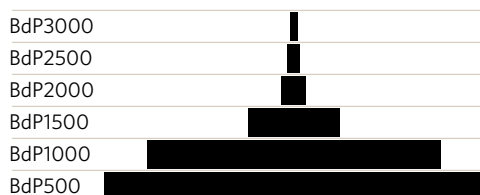
África	18.0
Asia	95.5
Europa Oriental	20.9
América Latina	24.0

Cada cuadro representa aproximadamente \$500 millones

En Asia, los extremos están representados por Pakistán, Bangladesh y Tayikistán, donde la BdP constituye más del 98% del mercado de salud.

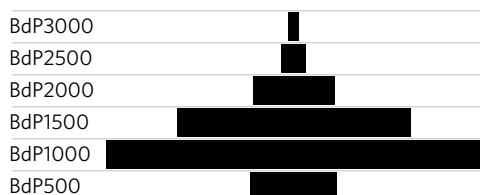
Malawi

GASTO TOTAL EN SALUD POR SEGMENTO DE INGRESO



Tayikistán

GASTO TOTAL EN SALUD POR SEGMENTO DE INGRESO



Rusia

GASTO TOTAL EN SALUD POR SEGMENTO DE INGRESO



mercado de salud total estimado de la BdP de \$24 mil millones (360 millones de personas.)

El mercado de salud de Europa Oriental es de \$11.2 mil millones, representando el gasto de 124 millones de personas y el mercado total estimado de la BdP representa \$20.9mil millones (254 millones de personas). El mercado de salud de la BdP de África es de \$8.1 mil millones, representando el gasto anual de 258 millones de personas. Su mercado total BdP estimado es de \$18.0 mil millones (486 millones de personas).

El porcentaje del gasto total familiar en salud que proviene de la BdP, y por lo tanto la importancia relativa del mercado de la BdP, varía considerablemente. En Asia, por ejemplo, la BdP domina el mercado con una participación del 85% mientras en otras regiones esta participación es mucho menor: 54% en África, 45% en Europa Oriental y 38% en América Latina. En Europa Oriental y América Latina los grupos de alto ingreso y del mercado medio tienden a dominar los mercados de salud, incluso cuando amplias mayorías de la población en ambas regiones se encuentran en la BdP. Sin embargo, África reporta la mayor disparidad entre la participación de la BdP de la población total (95%) y la participación de la BdP del gasto en salud (54%).

A nivel nacional, existe una gran disparidad en la participación del gasto en salud en la BdP. En Asia los extremos están representados por Pakistán, Bangladesh y Tayikistán, donde la BdP constituye más del 98% del mercado de salud, además de Tailandia (con una población considerable en el mercado medio), donde la BdP representa únicamente 44% del mercado.

En África los extremos son Nigeria (donde la BdP representa 98% del mercado de salud), y Sudáfrica (con un mercado dominado por el 25% de su población más acaudalada), donde el gasto de la BdP es un modesto 9% del total.

En Europa Oriental el extremo está representado por Kazajstán con un 77% del gasto total en salud en la BdP y Macedonia (38%). En América Latina y el Caribe, los porcentajes más importantes de gasto en salud de la BdP se encuentran en Jamaica (90%) y Perú (77%); los más pequeños en Colombia (31%). Generalmente, entre menor es el porcentaje de población de la BdP, mayor es la probabilidad de que segmentos de población más acaudalados produzcan un porcentaje desproporcionado en el mercado de salud.

¿Cómo está segmentado el mercado?

Los mercados BdP bottom heavy, donde más de la mitad del gasto ocurre en los tres últimos de los seis segmentos de ingreso de la BdP, predominan en África (9 de 12 países) y Asia (8 de 9). Malawi y Tayikistán ilustran este patrón. En dos de los países más grandes,

India e Indonesia, aunque son bottom heavy, el gasto se concentra más hacia la mitad del espectro de ingreso de la BdP en 1000–2000. India, con \$35 mil millones de gasto anual en salud de la BdP (85% del mercado nacional), muestra este patrón de gasto (ver estudio de caso 2.1). Generalmente en África y Asia la distribución del gasto en salud a través de los grupos de ingreso de la BdP concuerda con la distribución de la población en estos grupos.

En Europa Oriental y América Latina, todos los países analizados reportan un patrón de gasto BdP top-heavy, ilustrado por Rusia y Perú. Otro ejemplo es México, con \$4.1 mil millones en gasto anual en la salud de la BdP (38% del mercado nacional; estudio de caso 2.2).

¿Cuánto gastan los hogares?

Los productos y servicios que las familias están dispuestas a pagar dependen, en cierta medida, de los niveles de ingreso. En este sentido, el gasto promedio de los hogares a distintos niveles es una guía útil para el diseño de productos. Pero el gasto, especialmente en servicios médicos, depende también del acceso a los servicios. Por ejemplo, si el viaje al hospital o a la clínica de salud cuesta más en dinero o jornales perdidos que el servicio mismo, la evidencia histórica sugiere que los hogares de la BdP sensibles al precio tienden a posponer el tratamiento hasta que se sufra una condición relativamente grave.² En cualquier caso, el gasto en salud podría ser mayor si los servicios médicos estuvieran relativamente disponibles y si se pueden evitar costos de viaje. Por lo tanto, se debe considerar que los niveles actuales de gasto en salud establecen un límite inferior en términos de lo que la BdP estaría dispuesta a pagar.

El gasto promedio en salud de las familias de la BdP varía mucho entre países. Las diferencias dependen en parte de que los mercados sean top heavy o bottom heavy, y pueden reflejar el acceso de la BdP a los servicios públicos de salud. No obstante, la diferencia también puede reflejar diferencias en las preguntas que se hacen y los gastos capturados en las encuestas nacionales. Indonesia y Pakistán, por ejemplo, tienen mercados de salud bottom heavy pero sus promedios de gasto familiar en salud BdP son muy diferentes: \$78 y \$197 (los extremos en los países analizados en Asia).

Una medida más significativa puede ser la mediana regional entre del gasto anual promedio en salud de las familias de la BdP. Estas cifras son: para África, \$154 (Nigeria) y \$168 (Gabón); para Asia, \$131 (Sri Lanka);

ESTUDIO DE CASO 2.1 INDIA: UN MERCADO DE SALUD CONSIDERABLE EN LA PARTE MEDIA DE LA BDP

En India, el gasto en salud de la BdP se concentra en los grupos Bop1000, Bop1500, y Bop2000. Por lo tanto, el mercado de salud de la BdP aunque es bottom heavy, no se encuentra dominado por el segmento de menor ingreso, como por ejemplo el de Malawi. Estos tres segmentos representan 76% del mercado de salud de la BdP en India. También representan 65% del mercado total de salud y 78% de todos los hogares. De hecho, con 155 millones de hogares y \$26.6 mil millones en gasto total anual en salud, este es un mercado importante. El gasto anual en salud por familia en estos segmentos de ingreso es, en promedio, \$111, \$183, y \$264. Hacia arriba del mercado no observamos cambios dramáticos en el gasto familiar en salud de India. El gasto promedio en salud en el país relativamente pequeño, pero mucho más pudiente segmento de población del mercado medio (\$391) es aproximadamente el doble del de la BdP (\$192).

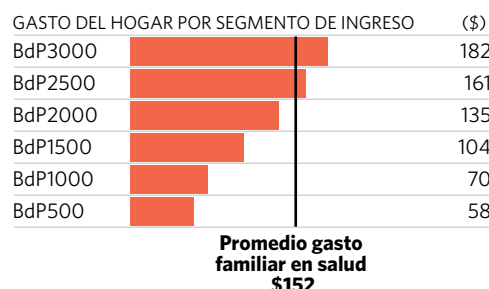
India

GASTO TOTAL EN SALUD POR SEGMENTO DE INGRESO



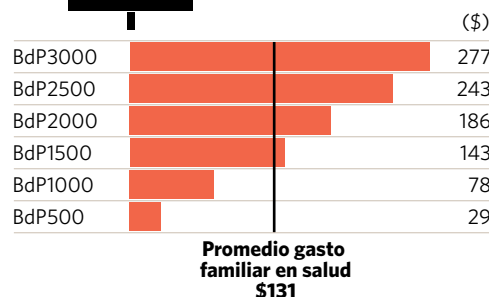
Ucrania

Perfil del gasto total en salud



Sri Lanka

Perfil del gasto total en salud

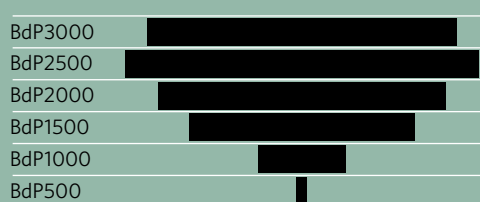


ESTUDIO DE CASO 2.2 MÉXICO: UN TÍPICO MERCADO DE SALUD BDP TOP HEAVY

En México, el gasto Bdp en salud se concentra en los tres segmentos de ingreso superiores de la Bdp, típico en mercado top-heavy. Estos tres segmentos representan el 61% de los hogares de la Bdp (9.5 millones de personas) y 75% del mercado de salud de la Bdp (\$3 mil millones en gasto anual) pero sólo 29% del mercado total de salud en México. El gasto anual en salud por hogar en estos segmentos de ingreso es en promedio \$235, \$359, y \$394. En mercados más acaudalados el promedio de gasto familiar en salud aumenta en más del doble, pasando de \$260 al año en la Bdp a \$635 en el segmento del mercado medio. El gasto total en salud del mercado medio es aproximadamente 60%, mayor que el gasto Bdp total.

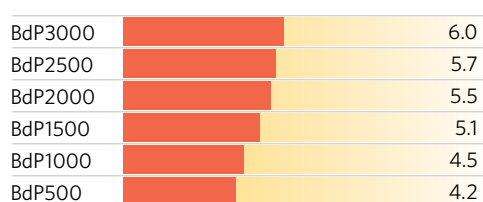
México

GASTO TOTAL EN SALUD POR SEGMENTO DE INGRESO



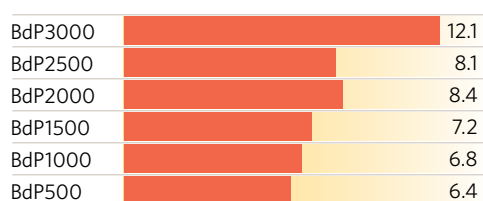
Perú

PORCENTAJE DE GASTO FAMILIAR EN SALUD (%)



Sierra Leona

PORCENTAJE DE GASTO FAMILIAR EN SALUD (%)



para Europa Oriental, \$152 (Ucrania); y para América Latina, \$325 (Perú). En la mayoría de los países estudiados, el gasto en salud aumenta en proporción al ingreso en la Bdp. Sin embargo, en muchos países, el gasto en salud aumenta desproporcionadamente en los segmentos de más alto ingreso de la Bdp (Bdp2500 y Bdp3000) lo que indica la demanda latente de servicios médicos en la Bdp.

En los países anteriores, la proporción entre el gasto promedio en salud por familia en Bdp3000 y Bdp500 es de 8:1 en Nigeria, 6:1 en Gabón, 9.5:1 en Sri Lanka, 3:1 en Ucrania, y 6:1 en Perú. Los modelos de servicios médicos en los que los segmentos de mayor ingreso subsidian a los segmentos de menor ingreso, como el Hospital Aravind Eye Care en India, son muy prometedores como una forma de extender servicios costosos, como la cirugía, a los grupos

más pobres de la Bdp (estudio de caso 2.3).

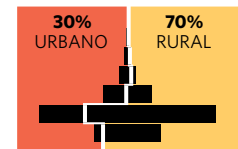
Con excepción de África, los gastos en salud por familia aumentan conforme los ingresos aumentan, aunque sólo en menor proporción. La proporción del gasto anual promedio por familia en salud del segmento de mercado medio frente al de la Bdp es de 1.5:1 en Rusia, 2:1 en Colombia, 2:1 en India, y 3:1 en Tailandia 11:1 en Nigeria y 14:1 en Sudáfrica.

¿Dónde está el mercado?

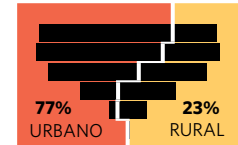
Los tamaños relativos de los mercados rurales y urbanos de salud en la Bdp difieren considerablemente entre regiones. En Asia, el mercado de salud rural de la Bdp es 2.4 veces el tamaño del de la zona urbana, reflejando la distribución de la población de la Bdp. Así mismo, el mercado de salud de la Bdp en Pakistán es de 71% rural. Entre los países analizados, el gasto en salud de la Bdp en áreas urbanas con excede al de las áreas rurales únicamente en Indonesia. Por otra parte, en África los mercados de salud de las áreas rurales y urbanas son comparables en tamaño, aunque las áreas rurales generalmente representan un porcentaje mayor de la población de la Bdp. En Nigeria, por ejemplo, las áreas rurales representan el 52% del mercado de salud de la Bdp pero cuentan con 22% más hogares en la Bdp que las áreas urbanas. En contraste, el mercado de salud urbano de la Bdp

Gasto total BdP en salud por segmento de ingreso urbano y rural

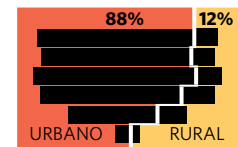
Pakistán



Rusia



Brasil



en Europa Oriental es 61% mayor que el mercado rural; el mercado de salud BdP de Rusia es 61% urbano. En América Latina la diferencia es aún mayor y el mercado de salud urbano de la BdP es 3.5 veces el tamaño del mercado rural. El porcentaje urbano del mercado es 85% en Brasil y 73% en Colombia.

El promedio de gasto en salud de las familias de la BdP es generalmente mayor en áreas urbanas que rurales. Por ejemplo, asciende a \$451 al año en las áreas urbanas de Guatemala, comparado con \$372 en áreas rurales.

Así mismo, la participación de la BdP en el mercado de salud urbano tiende a ser más pequeña que la participación de la BdP del mercado rural en todas las regiones, debido probablemente a la concentración de poblaciones del mercado de medio y de alto ingreso en áreas urbanas.

¿Qué compra la BdP?

La automedicación tiende a ser la primera respuesta a las enfermedades en muchos hogares de la BdP, particularmente en los segmentos de bajos ingresos que dominan los mercados bottom heavy.³

Las farmacias u otras fuentes de medicina son generalmente la primera línea de los servicios médicos, especialmente en las áreas rurales donde el acceso a clínicas y hospitales puede ser limitado. Evidencias que apoyan esta teoría provienen de encuestas reportadas en este análisis: en casi todos los países analizados y en cada segmento de ingreso de la BdP, los productos farmacéuticos representan más de la mitad del gasto BdP en salud. En consecuencia, la BdP generalmente, domina los mercados farmacéuticos nacionales especialmente en África y Asia. En África, excepto en Nigeria y Sudáfrica, los hogares de la BdP gastan entre 51% (Uganda) y 87% (Sierra Leona) de su presupuesto de salud en productos farmacéuticos. El porcentaje tiende a ser mayor en los segmentos de bajo ingreso y se reduce ligeramente conforme el ingreso aumenta. Con excepción de México, en América Latina las familias de la BdP gastan entre 50% (Colombia) y 74% (Brasil) de su presupuesto en salud en productos farmacéuticos, con porcen-

ESTUDIO DE CASO 2.3

SIMPLIFICAR LA ATENCIÓN MÉDICA: DANDO UN ENFOQUE DE "LÍNEA DE PRODUCCIÓN" A LA CIRUGÍA DE CATARATAS

Henry Ford estandarizó y simplificó la producción de automóviles para bajar el costo de sus autos lo suficiente para que casi todas las personas pudieran comprar uno. Así mismo han hecho los hospitales Aravind Eye Care en India en el campo de la cirugía de cataratas. El sistema Aravind se basa en una especialización intensiva en cada parte del flujo de trabajo para generar eficiencias. Por ejemplo, un cirujano, típicamente realiza 150 cirugías de catarata cada semana, seis veces el número común entre especialistas occidentales. Para bajar aun más los costos, Aravind creó una organización hermana, Aurolab, que fabrica localmente lentes intraoculares a una quinta parte del precio de los lentes de EU, así como las suturas y medicamentos usados en cirugía.

Anualmente Aravind examina a millones de personas para identificar aquellas cuya visión está en peligro debido a una catarata y realiza casi 200,000 cirugías. Una parte importante de este modelo de negocios es el subsidio cruzado o estratificación de precios: las cuotas que pagan los pacientes van de \$50 a \$330 por operación incluyendo la estancia hospitalaria, pero el hospital realiza 65% de sus operaciones gratuitamente para quienes no pueden pagar, incluyendo a la mayoría de los pacientes de los hogares de la BdP.

Gracias a los ingresos que obtiene, Aravind es autónomo y genera suficientes ganancias para financiar su gradual expansión. Con un récord de 30 años en atención médica de primera clase, el modelo Aravind demuestra que es posible ofrecer atención médica de calidad a la BdP a un precio asequible (Prahalad 2005).

ESTUDIO DE CASO 2.4 **FRANQUICIAS:****UN MODELO DE NEGOCIOS QUE OFRECE ATENCIÓN MÉDICA ASEQUIBLE DONDE SE NECESITA**

El años recientes, el modelo de franquicias ha demostrado ser un vehículo particularmente adecuado para proporcionar servicios y productos de salud tanto en áreas urbanas como rurales de bajo ingreso. Un esquema de franquicia bien diseñado cuenta con control de calidad integrado, capacidad de economías de escala, subsidios de precios y capacidad de expansión que pueden permitir a una empresa prosperar en mercados difíciles de la BdP.

Un ejemplo de este enfoque es CFWshops en Kenya, con 64 franquicias autónomas (en términos financieros) en áreas urbanas, semirurales y rurales, a través de las cuales se atienden más de 400,000 pacientes al año. Las franquicias ofrecen entre 150 y 250 productos de salud y fármacos aprobados por el gobierno, cuyo precio es de aproximadamente US\$0.50 por tratamiento, costeable para los kenianos de bajo ingreso. Cada una se encuentra ubicada a no más de una hora caminando desde su base de clientes.

Cuarenta y dos tiendas son propiedad de trabajadores comunitarios de salud que ganan un promedio de US\$600-800 al año, mientras las otros 22 son de enfermeras profesionistas que ganan en promedio US\$1,000-1,400. En comparación, el salario promedio de las enfermeras en Kenya es de US\$754. Las clínicas, propiedad de las enfermeras, ofrecen servicios adicionales de diagnóstico y un amplio rango de medicamentos. Sin embargo, todos los centros sin excepción ofrecen productos esenciales para la prevención y el tratamiento de la malaria, diarrea, amibiasis (lombrices intestinales), redes contra mosquitos y productos para tratar el agua.

La casa matriz de CFWshops (el concesionario) garantiza que cada franquicia se apegue estrictamente a estándares de calidad de producto y precio por medio de auditorías no planeadas, bajo la amenaza de cierre del negocio. Los dueños de las franquicias obtienen varios beneficios por ser parte del sistema CFWshops: usan el nombre de una marca reconocida, comparten costos de mercadeo y mejores prácticas y, además, pueden vender medicamentos a precios más económicos por medio de acuerdos colectivos y compras al por mayor (Fertig y Tzaras 2005).

Otra franquicia exitosa que ofrece productos y servicios de salud a la BOP es Janani, una organización India sin fines de lucro que usa un modelo del sector privado. Para aumentar la eficiencia de sus operaciones, Janani aplica una serie de técnicas como subsidiar algunos productos, comprar a gran escala para obtener descuentos por volumen, aprovechar las redes sociales y comerciales existentes, y usar tecnología. La empresa se enfoca en la venta de anticonceptivos a bajo costo a través de tres canales: 31,000 tiendas al detal, una red de 40,000 proveedores de salud a nivel rural y 520 clínicas con doctores residentes. En 2005, Janani vendió 57.9 millones de condones y 9.9 millones de anticonceptivos orales, protegiendo a 1.6 millón de parejas contra embarazos no deseados.⁴

Otro ejemplo más es Mi Farmacita Nacional, una cadena mexicana de farmacias que se encuentra en toda la república y proporciona genéricos a bajo costo, agua purificada y leche en polvo, consultas y servicios preoperatorios a personas de bajos ingresos. Para complementar sus ganancias, las franquicias independientes ofrecen además servicios como teléfono e Internet.⁵

Todas estas operaciones a través de franquicias generan empleos e infraestructura de salud comunitaria, y ejemplifican una estrategia basada en **localizar la creación de valor.**

El considerable gasto de la BdP en productos farmacéuticos resalta la importancia de los sistemas de distribución de medicamentos y el control de calidad, dado el grave problema de la falsificación de medicamentos en los países en desarrollo.

tajes mayores en los grupos de bajos ingresos. Este patrón se encuentra también en la mayoría de los países de Europa Oriental (69% en Rusia) y en India (76%), aunque no se observan en algunos otros países de Asia.

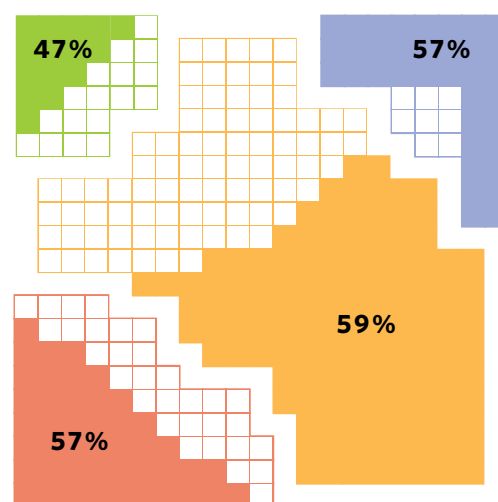
En África, excepto en Nigeria y Sudáfrica, los hogares de la BdP gastan entre 51% (Uganda) y 87% (Sierra Leona) de su presupuesto de salud en productos farmacéuticos. El porcentaje tiende a ser mayor en los segmentos de bajo ingreso y se reduce ligeramente conforme el ingreso aumenta. Con excepción de México, en América Latina las familias de la BdP gastan entre 50% (Colombia) y 74% (Brasil) de su presupuesto en salud en productos farmacéuticos, con porcentajes mayores en los grupos de bajos ingresos. Este patrón se encuentra también en la mayoría de los países de Europa Oriental (69% en Rusia) y en India (76%), aunque no se observan en algunos otros países de Asia.

Los datos de los países analizados ilustran el tamaño de los mercados y el gasto familiar en productos farmacéuticos:

- En África el mercado de la BdP en farmacéuticos es de \$3.9 mil millones, con \$1.3 mil millones sólo en Nigeria. Los hogares de Nigeria se encuentran en los tres mercados más bajos con un gasto promedio de \$47.99 al año en medicinas.
- En Asia, el mercado de la BdP en productos farmacéuticos es de \$30.8 mil millones con \$26.6 mil millones sólo en India. Los 155 millones de hogares en India en tres segmentos de ingreso BdP1000–2000 gastan, en promedio, \$134 al año en productos farmacéuticos.
- En Europa Oriental el mercado BdP de productos farmacéuticos es de \$9.2 mil millones con \$8.0 mil millones en Rusia. Los hogares BdP de Rusia gastan 87.1% de su presupuesto en salud en productos farmacéuticos, \$314 al año en promedio.
- En América Latina el mercado farmacéutico de la BdP es de \$12.9 mil millones. Los hogares BdP gastan 64% de su presupuesto en salud, o \$201 al año en productos farmacéuticos.

El considerable gasto de la BdP en productos farmacéuticos resalta la importancia de los sistemas de distribución de medicamentos y control de calidad, dado el grave problema de la falsificación de medicamentos en los países en desarrollo y especialmente en África. Los modelos de negocio tipo franquicia pueden agregar eficiencia y control de calidad mejorando la distribución de medicamentos (estudio de caso 2.4).

Porcentaje de fármacos del mercado de salud BdP
\$56.7 mil millones



Mercado farmacéutico
\$ mil millones (PPC)

África	3.9
Asia	30.8
Europa Oriental	9.2
América Latina	12.9

Cada cuadro representa aproximadamente \$250 millones

Consideraciones finales

1. Los gastos familiares reportados sobre un país determinado deben ser considerados como el mínimo estimado de los gastos reales, pues las encuestas podrían no haber recabado información sobre todos los tipos de gastos relacionados con la salud.
2. Comentarios participantes en la reunión del Círculo BOP patrocinado por el World Resources Institute, Ciudad de México, 19 de octubre de 2006.
3. Entrevista con April Harding y Alex Preker, Banco Mundial, Salud, Nutrición y Población. Washington, DC, May 2006.
4. Janani, "Welcome to Janani: Overview," <http://www.janani.org/overview.htm> (31 de Enero, 2007).
5. Mi Farmacita, "Beneficios," <http://www.tiendavirtual.ws/mifarmacita/contenido.cfm?cont=BENEFICIOS> (31 de enero, 2007). Estudio de caso 2.4