

# Conocimientos, valores y políticas en economía de la salud

J. Puig-Junoy<sup>1,2</sup> / V. Ortún<sup>1,2</sup> / S. Ondategui<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES). Universitat Pompeu Fabra. <sup>2</sup>Departament d'Economia i Empresa. Universitat Pompeu Fabra. <sup>3</sup>Hospitals Vall d'Hebró.

*Correspondencia:* Jaume Puig-Junoy. Centre de Recerca en Economia i Salut. Universitat Pompeu Fabra. Trias Fargas, 25-27. 08005 Barcelona. Spain.

Estudio parcialmente financiado por la Fundación BBV y la Comisión Interministerial para la Ciencia y la Tecnología (SEC98-0296-C04-03).

*Recibido:* 15 de febrero de 2000

*Aceptado:* 21 de junio de 2000

## (Knowledge, Values and Policies in Health Economics)

### Resumen

**Objetivo:** Se pretende en este estudio valorar el grado de consenso respecto de los conocimientos, valores y políticas en Economía de la Salud de los tres grupos identificables (académicos, gestores y clínicos) en el seno de la Asociación de Economía de la Salud (AES).

**Métodos:** A partir de la lista de los socios de la Asociación de Economía de la Salud se seleccionó una muestra de 42 académicos, 196 gestores y 34 clínicos, a los cuales se les mandó por vía postal un cuestionario que constaba de 20 preguntas sobre conocimientos, 11 sobre elecciones de política sanitaria, cuatro sobre valores y cinco con características individuales. El análisis estadístico de las relaciones entre los distintos bloques de preguntas se realizó mediante la comparación de las diferencias en la proporción de respuestas que manifiestan acuerdo o desacuerdo.

**Resultados:** Se recibieron 106 respuestas válidas (tasa de respuesta del 39%). Los principales resultados se pueden resumir en dos. En primer lugar, no se encuentran diferencias significativas en el grado de consenso entre los grupos de economistas de la salud académicos, gestores y profesionales clínicos en materia de conocimiento, políticas y valores. En segundo lugar, en esta encuesta a economistas de la salud, gestores y clínicos no se observa diferencia significativa entre el grado de consenso según el tipo de pregunta (conocimientos *versus* políticas y valores).

**Conclusión:** No existen diferencias en el grado de consenso sobre conocimientos en economía de la salud entre los distintos grupos identificables en AES (economistas académicos, clínicos y gestores).

**Palabras clave:** Economía de la salud. Políticas de salud. Conocimientos. Valores.

### Summary

**Objective:** To assess the level of agreement in positive questions, and policy-value questions in Health Economics of the members of the Spanish Health Economics Association (AES).

**Methods:** A survey was made among the members of the AES (42 academic health economists, 196 health managers, and 34 practising physicians). The survey included 20 positive questions, 11 policy questions, 4 value questions, and 5 socio-demographic questions. An analysis of the average absolute differences between percentage agreeing and percentage disagreeing by type of question was performed.

**Results:** Two main results can be identified. First, there are no significant differences in the level of agreement between health economists, health care managers and practising physicians with respect to positive and policy-value questions. Second, there is no significant difference in the level of agreement in the three identified groups between type of questions (positive versus policy-value questions).

**Conclusion:** There are no significant differences in the agreement about the positive questions between the three identified groups in the AES (academic health economists, health care managers and practising physicians).

**Key words:** Health Economics. Health Policy. Positive questions. Values.

### Introducción

La economía, en sus aplicaciones en el ámbito sanitario, pretende generar un conocimiento no sólo válido sino también útil para la mejora de la política sanitaria, la gestión de centros o la práctica

clínica. Los conocimientos «positivos» en economía se contrastan como en cualquier ciencia. Las afirmaciones «normativas» en economía (sobre lo que debería ser, los pronunciamientos sobre alternativas de políticas preferibles y, en general toda la economía del bienestar), por el contrario, no admiten contraste: su validez se juzga,

en todo caso, comprobando si las hipótesis de partida son ciertas y las deducciones que se derivan están bien fundamentadas. En numerosos artículos, especialmente en aquellos que abordan problemas de elección social o de gestión sanitaria suelen mezclarse afirmaciones «positivas» y «normativas» sin que muchas veces quede claro dónde acaban unas y empiezan otras. Por otra parte, las opiniones y las posturas que tenemos como individuos ante diversos problemas sociales, no vienen únicamente influidas por nuestros conocimientos, sino también por nuestros valores.

La capacidad de la economía de la salud de contribuir a fomentar una política y gestión sanitarias más basadas en el conocimiento y en la constatación científica depende, como mínimo, de tres tipos de factores<sup>1</sup>. En primer lugar, se requiere que la investigación aporte resultados concluyentes; ello implica acuerdo entre los economistas de la salud respecto de los temas más relevantes para que estos conocimientos puedan trasladarse a la toma de decisiones. En segundo lugar, no basta con que los resultados ofrezcan conclusiones claras. Se requiere una difusión eficiente de la misma. Y, en tercer lugar, es necesario que la aportación al debate sobre la política sanitaria se base más en la constatación científica (conocimientos) y no sólo en diferencias en los valores, ya que éstos no se pueden reconciliar mediante la investigación empírica, por más concluyente y difundida que ésta sea.

El objetivo de este artículo se centra precisamente en el análisis de estos factores en el sistema sanitario español mediante una encuesta sobre economía de la salud y política sanitaria. Se propone valorar el grado de consenso sobre los conocimientos, los valores y las políticas en Economía de la Salud de tres grupos identificables en el seno de la Asociación de Economía de la Salud (AES) española. El primer grupo está integrado por *economistas académicos*, especialistas en Economía de la Salud: economistas socios de AES que trabajan en la universidad y que, a juicio de los autores, tienen la investigación y la docencia en Economía de la Salud como actividad principal. El segundo grupo está integrado por *gestores sanitarios*: socios de AES que ocupan posiciones directivas en la Administración Central o Autónoma o en sus entidades gestoras de servicios sanitarios (incluye tanto cargos políticos como gestores profesionales con categoría de Jefe de Servicio o superior). Y finalmente, el tercer grupo está formado por *gestores clínicos*: médicos asistenciales, socios de AES, cuya actividad fundamental es la asistencia, primaria o especializada, en instituciones sanitarias.

Los antecedentes inmediatos de este trabajo se encuentran en los artículos de Fuchs<sup>1</sup> y de Newhouse<sup>2</sup>. En la conferencia del presidente de la American Economic Association celebrada en enero de 1996, Victor Fuchs presentó los resultados de una encuesta a eco-

nomistas de la salud, a otros economistas y a médicos, en 1995, en Estados Unidos. Los resultados de este autor indican que existe un elevado grado de acuerdo entre los economistas de la salud en Estados Unidos con relación a las afirmaciones positivas, pero que éstos no se ponen de acuerdo en las preguntas sobre políticas. En el escaso desacuerdo en las preguntas positivas no presentan casi influencia alguna las diferencias en las políticas. Sin embargo, los economistas teóricos y los médicos ya no están de acuerdo ni tan sólo en las respuestas a las preguntas positivas. Las conclusiones del trabajo de este autor son relevantes para la comprensión de la influencia de la economía de la salud en la adopción de políticas. Fuchs<sup>1</sup> lamenta que la investigación económica no haya contribuido demasiado a hacer que el debate sobre política sanitaria sea más informado y productivo. Ello obedece a dos razones principales. En primer lugar, por la poca capacidad de difusión de las conclusiones de la economía de la salud y, en segundo lugar, por el desacuerdo de los economistas de la salud en lo que concierne a la opinión sobre las políticas, que probablemente reflejan diferencias en sus valores (a la vista de la incertidumbre que rodea algunas cuestiones positivas que están «incrustadas» en las preguntas sobre políticas).

En un trabajo similar, Newhouse<sup>2</sup> llevó a cabo una comparación de los puntos de vista de los economistas de la salud en el Reino Unido y en Estados Unidos utilizando para ello una muestra de economistas de fuera de Estados Unidos y comparando los resultados con los del estudio de Fuchs. En este trabajo se observa también un notable grado de consenso en las respuestas a las preguntas positivas entre los economistas, sin embargo éste es inferior al observado en Estado Unidos. Este último trabajo ha suscitado una cierta discusión<sup>3,4</sup> precisamente sobre el carácter de las preguntas incluidas en la encuesta. Dolan<sup>3</sup> ha señalado que los resultados de Newhouse pueden ser debidos a problemas en el diseño del cuestionario, tales como la clasificación incorrecta de algunas preguntas como positivas.

---

## Material y métodos

Obtenida la autorización de la Junta Directiva de AES para entrevistar a sus socios, se seleccionó una muestra de los tres grupos de interés (economistas académicos, gestores y clínicos). La selección se llevó a cabo sobre la base de la información disponible sobre cada uno de los individuos y la facilidad de clasificación dentro de cada uno de los grupos, a partir de su puesto de trabajo. Los 42 académicos y los 34 clínicos seleccionados representaron el universo de esos grupos en AES. Los 196 gestores se incorporaron a la muestra de forma sistemática tomando uno de cada tres socios

sobre una relación nominal de los mismos ordenada alfabéticamente. El conjunto de individuos seleccionados representa alrededor del 47% de los socios de AES. La muestra seleccionada puede ser representativa de los socios de AES pertenecientes a cada uno de los tres grupos, sin embargo, carece de pretensión alguna de representatividad de la generalidad de los tres grupos en el sistema sanitario español.

Se diseñó una encuesta con 20 preguntas sobre conocimientos (preguntas positivas), 11 preguntas sobre elecciones de política sanitaria, cuatro sobre valores y cinco con características individuales (género, fecha de nacimiento, profesión, lugar de trabajo y partido político al que se votaría). Algunas de las preguntas (las números 1, 2, 3, 4, 5, 21, 22, 23, 24, 25, 32, 33 y 34 en la tabla 1) fueron adaptadas de cuestionarios similares utilizados por Fuchs<sup>1</sup> o Newhouse<sup>2</sup>. La adopción de algunas de las preguntas de estos autores permite realizar un análisis comparativo de las respuestas obtenidas en sus estudios con la muestra que se utiliza en este trabajo. Las preguntas restantes fueron seleccionadas según el libre juicio de los autores entre las que habitualmente se plantean en la política sanitaria española.

Los cuestionarios fueron revisados y mejorados por dos académicos con experiencia en el empleo de cuestionarios en Marketing y en Ciencia Política. La responsabilidad última corresponde, como es obvio, a los autores. En las 20 preguntas sobre conocimientos se ofrecieron cuatro posibilidades de respuesta a los encuestados: verdadero, falso, no tengo elementos para opinar y no responde. En las 11 preguntas sobre políticas se ofrecieron las respuestas siguientes: totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo, indiferente, bastante en desacuerdo, totalmente en desacuerdo, no tengo elementos para opinar y no responde. Finalmente, en las cuatro preguntas sobre valores se ofrecieron las siguientes respuestas tipo: disminuir (dar mayor peso) mucho, disminuir (dar mayor peso) algo, seguir como está, aumentar (dar menor peso) algo, aumentar (dar menor peso) mucho, no tengo elementos para opinar y no responde. Los autores invitaron a los encuestados a suponer que las preguntas se referían al contexto del sistema sanitario español.

En el análisis estadístico se utilizaron los programas informáticos SPSS 8.0 para Windows y Minitab Windows 95.

La medida de consenso empleada en este estudio ha sido el mismo indicador utilizado en los estudios de Fuchs<sup>1</sup> y de Newhouse<sup>2</sup> con el fin de facilitar las comparaciones. Para cada una de las preguntas y para cada grupo se ha calculado el valor absoluto de la diferencia entre el porcentaje de individuos que manifiestan acuerdo con la respuesta esperada (o con el enunciado en las preguntas sobre políticas y valores) y el porcentaje de los que manifiestan desacuerdo. Así, por ejemplo, en la pregunta 2, el 91% de las respuestas del

grupo de académicos es «falso». Entonces, la diferencia media (valor absoluto) entre el porcentaje de los académicos que manifiestan acuerdo y desacuerdo con la respuesta esperada es 82,0 (91,0 menos 9,0). Cuanto más reducido sea el valor absoluto de la diferencia media, menor es el nivel de consenso. En el caso de las preguntas positivas se ha tomado como respuesta esperada aquella que se considera correcta a juicio de los autores.

Asimismo se ha calculado el estadístico F de la diferencia entre tipo de preguntas (preguntas positivas y resto de preguntas) para analizar la existencia de diferencias en el grado de consenso dentro de cada grupo. El estadístico chi-cuadrado se utiliza para identificar aquellas preguntas para las que las respuestas difieren de forma significativa entre grupos.

---

## Resultados

### *Características generales*

Los cuestionarios fueron enviados en marzo de 1999 a las 272 personas seleccionadas junto con un sobre de respuesta y carta personal firmada por dos de los autores de este estudio. Las respuestas eran absolutamente confidenciales y el cuestionario anónimo únicamente permitía asignar las respuestas a uno de los tres grupos sobre la base de la fecha del texto. Transcurridas cuatro semanas desde el primer envío se efectuó un envío recordatorio a todos los encuestados. Se recibieron 106 respuestas válidas (tasa de respuesta del 39,0%): 22 académicos, 12 clínicos y 72 gestores. (tabla 1). Esta tasa de respuesta es más parecida a la obtenida por Newhouse<sup>2</sup> (45%) que a la del estudio de Fuchs<sup>1</sup> (78%). La tasa de respuesta obtenida en este estudio para el grupo de académicos (52,4%) fue bastante más elevada que la de los clínicos (35,3%) y que la de los gestores (36,7%). El número de respuestas recibidas a la pregunta sobre intención de voto ha sido muy reducido, lo cual impide su utilización en este estudio. Esto último contrasta con la disponibilidad a responder a esta pregunta en otros entornos.

En cuanto a la edad y el género, el 1,9% de los individuos que han respondido tiene más de 60 años, el 15,2% entre 50 y 60, el 55,2% entre 40 y 50, el 25,7% entre 30 y 40, y el 1,9% tienen menos de 30 años. De todos ellos, el 86% son hombres y el 14% son mujeres. En lo referente a la profesión, el 52,4% son médicos, el 41,9% son economistas, el 1% son farmacéuticos y el resto desempeñan otras profesiones (biólogos, consultores...).

Información detallada sobre las respuestas a cada una de las preguntas se puede obtener directamente de los autores.

**Tabla 1. Proporción de respuestas a preguntas positivas coincidentes con la respuesta esperada**

Pregunta número	Descripción	Economistas académicos (n ≤ 22)	Gestores (n ≤ 72)	Clínicos (n ≤ 12)
1	El cambio tecnológico ha sido durante los últimos 30 años la causa más importante del incremento en la proporción del PNB destinada a sanidad (V)	60	55	50
2	Las diferencias de utilización en los servicios sanitarios por grupos socioeconómicos constituyen la principal causa explicativa de las diferencias en estado de salud entre tales grupos (F)	91	87	100
3	Un aumento del gasto sanitario financiado públicamente del 1% provocará un aumento en el PNB del 0,5%, como mínimo, a consecuencia de las mejoras en la productividad derivada de la reducción de las discapacidades y de las incapacidades laborales (F)	86	87	83
4	El uso generalizado de los procedimientos de cribaje (prevención secundaria) podría reducir, en el plazo de cinco años, los gastos sanitarios en un 3% como mínimo con relación a lo que ese gasto hubiera sido sin la citada generalización de los procedimientos de cribaje (F)	63	64	67
5	Las empresas españolas ganarían en competitividad respecto a otros países de la OCDE si el gasto sanitario financiado públicamente fuera menor (F)	89	75	82
6	La financiación del gasto sanitario público en España no es ni progresiva ni regresiva: es proporcional (V)	52	58	37
7	En cualquier parte del territorio español, la densidad poblacional permite la existencia de varios proveedores integrados de servicios sanitarios que compitan entre sí en precio (F)	100	91	92
8	Los recursos que España dedica a la sanidad, pública y privada, están en consonancia con lo que corresponde a su nivel de desarrollo (V)	61	67	64
9	No hay ningún indicio de que se produzca en España selección de riesgos o selección de servicios por parte de las aseguradoras que contratan con Muface (F)	75	89	75
10	El gasto farmacéutico apenas es sensible a las variaciones en el precio de los medicamentos (elasticidad precio prácticamente nula) (V)	60	63	60
11	Los gestores sanitarios públicos pueden escoger aquella combinación de factores productivos (tipos de personal, medios materiales, equipos e instalaciones) que maximizan la eficiencia de gestión (F)	95	97	92
12	Las diferencias en eficiencia de gestión entre centros sanitarios públicos y privados no han sido evidenciadas mediante estudios empíricos (V)	55	77	86
13	Todos los servicios sanitarios que se suministran son efectivos, su utilización es adecuada y producen mejoras de bienestar en los usuarios (F)	100	96	100
14	El porcentaje de estancias hospitalarias inadecuadas en España ronda el 20% del total de estancias (V)	90	92	89
15	España tiene un bajo consumo de antibióticos y apenas conoce las resistencias bacterianas (F)	100	97	100
16	Las variaciones observadas en tasas quirúrgicas o tasas de admisión hospitalaria son similares a las encontradas en otros países desarrollados (V)	70	76	86
17	No existe otro consumo inadecuado de servicios que el que se produce como consecuencia de que el precio monetario en el momento del consumo de la mayor parte de los servicios sea cero (F)	100	86	88
18	El aseguramiento sanitario basa su obligatoriedad exclusivamente en juicios sociales sobre la equidad. Desde el punto de vista de la eficiencia no está indicado (F)	100	62	36
19	Si los fumadores a través de los impuestos especiales y ahorro en pensiones tienen un impacto beneficioso en los presupuestos públicos, pretender reducir la prevalencia tabáquica — pese a que el 14% de las muertes en España sean atribuibles a la misma— no contribuye a la mejora de la eficiencia (F)	83	82	70
20	El tamaño de las listas de espera constituye un indicador de necesidad de servicios sanitarios (F)	77	75	83

Nota: Los valores V y F que figuran entre paréntesis después de la descripción de la pregunta indican, respectivamente, la verdad o falsedad de la respuesta esperada a juicio de los autores. Los porcentajes se calculan sobre las respuestas verdadero o falso.

#### Las preguntas positivas

En la tabla 1 se puede observar el grado de consenso de los economistas académicos, gestores y clí-

nicos sobre las preguntas positivas. En esta tabla se presenta, para cada una de las 20 preguntas consideradas positivas, la proporción de respuestas coincidentes con la respuesta esperada. El grado de consenso entre

los economistas de la salud es muy elevado (superior al 90%) en siete de las preguntas. Los gestores sólo superan el porcentaje del 90% de coincidencia con la respuesta esperada en cuatro de las preguntas y los clínicos en cinco. En algunos casos la proporción de respuestas coincidentes es sólo inferior o igual a la mitad de los individuos del grupo. Esta situación se produce únicamente en tres de las 20 preguntas en el caso de los clínicos.

Examinando los datos de la tabla 1 se observa que las diferencias más importantes en las respuestas a cada una de las 20 preguntas se producen en la número 18 (aseguramiento sanitario). La diferencia en la proporción de respuestas coincidentes en esta pregunta puede ser más debida a la redacción y términos empleados en la misma que a diferencias entre los grupos encuestados. Así, el 100% de los economistas académicos confirma la falsedad de la afirmación que indica que la obligatoriedad del aseguramiento sanitario obedece únicamente a criterios de equidad, mientras que únicamente el 36% de los clínicos sostiene esta opinión. En realidad, las respuestas a la pregunta 18 deben ser observadas con mucha cautela puesto que, como ha señalado un revisor del texto, se trata de una pregunta doble y es difícil responder a una pregunta con dos apartados mediante una única respuesta.

Los resultados del test chi-cuadrado sobre la probabilidad de rechazar la hipótesis de valores distintos del 50% con  $p < 0,05$  para cada una de las preguntas positivas no permiten señalar diferencias importantes entre el grado de consenso de los tres grupos.

En la tabla 3 se presentan los valores de las diferencias medias, en valores absolutos, entre los porcentajes de respuestas coincidentes y no coincidentes para las 20 preguntas positivas. Esta diferencia media es de 60 puntos en el caso de los economistas académicos, 57,6 en el de los gestores y de 59,4 puntos en el de los clínicos. Estos datos permiten realizar dos tipos de afirmaciones. En primer lugar, no aparece ninguna diferencia estadísticamente significativa en esta medida de consenso entre los tres grupos de AES analizados, siendo sólo muy ligeramente menor el grado de consenso entre los gestores y los clínicos que entre los economistas académicos. Y, en segundo lugar, el grado de consenso observado entre los economistas académicos es bastante inferior al observado mediante un cuestionario diferente al empleado en nuestro trabajo por Fuchs<sup>1</sup>. La diferencia media entre ambos porcentajes para los economistas de la salud en las preguntas positivas es de 71,6 puntos en el estudio de Fuchs<sup>1</sup> y de sólo 44 puntos en el de Newhouse<sup>2</sup>. Así pues, con independencia de la facilidad de comparación de las preguntas, el grado de consenso entre los economistas de la salud españoles sería bastante inferior al del de Estados Unidos, pero se situaría por encima del de los del Reino Unido.

#### *Las preguntas sobre políticas y valores*

El grado de consenso en relación con las respuestas a las 15 preguntas sobre políticas y valores aparece como ligeramente inferior al de las 20 preguntas positivas para los economistas académicos y los gestores, pero muy parecido para los clínicos. En la tabla 2 se presenta la proporción de respuestas que manifiestan acuerdo para cada uno de los enunciados de las preguntas sobre políticas y valores. A este efecto se consideran respuestas que manifiestan acuerdo las respuestas «totalmente de acuerdo» y «bastante de acuerdo» en el caso de las preguntas sobre políticas; así como las respuestas «mucho más» y «algo más» en las preguntas sobre valores. Los porcentajes se calculan excluyendo las respuestas «no tengo elementos para opinar» y las no respuestas.

Las preguntas relativas a la posibilidad de salida de algunos individuos del sistema de aseguramiento público (preguntas 22 y 23) reciben de forma clara el desacuerdo de la mayoría de los tres grupos de AES. Del mismo modo, la pregunta con un mayor grado de desacuerdo es la 25 relativa al tratamiento fiscal de las unidades familiares con algún integrante con defectos genéticos. Asimismo, el tratamiento fiscal a las primas colectivas de seguros sanitarios en la nueva Ley del IRPF (pregunta 26) recibe un grado de acuerdo muy reducido también en los tres grupos de AES. En cambio, medidas de financiación como la aplicación de precios de referencia a los medicamentos (pregunta 27) reciben el acuerdo del 100% de los economistas académicos y del 92% de los gestores y clínicos. Asimismo, resulta interesante observar el elevado grado de acuerdo sobre las mejoras de eficiencia que se pueden conseguir con mayor autonomía y asunción de riesgo en los centros sanitarios públicos (pregunta 30). La presencia de proveedores con finalidad lucrativa que reciben financiación pública (pregunta 31) presenta un alto grado de desacuerdo en los tres grupos, siendo éste más acentuado en los clínicos (el 50% se manifiesta totalmente en desacuerdo). Siendo la cuestión de la introducción de precios monetarios o copagos (pregunta 29) un tema que ha suscitado debate en diversos países, el grado de acuerdo sobre el hecho de que no tienen que ser necesariamente perjudiciales ni para la eficiencia ni para la equidad entre los economistas académicos y los gestores de AES no difiere significativamente del 50% (57 y 44%, respectivamente), sin embargo el acuerdo es mayor entre los clínicos (75%).

Las respuestas a las cuatro preguntas sobre valores (preguntas 32 a 35) presentan un grado de acuerdo superior al del resto del cuestionario. La pregunta relativa a la posible reducción del papel redistributivo del Estado (pregunta 32), así como la relativa a la posibilidad de «recentralización» de competencias (pregunta 35), presentan un grado de acuerdo muy bajo en

**Tabla 2. Proporción de preguntas sobre políticas y valores con respuestas que manifiestan acuerdo con el enunciado**

Pregunta número	Descripción	Economistas académicos (n ≤ 22)	Gestores (n ≤ 72)	Clínicos (n ≤ 12)
21	La asignación territorial de recursos sanitarios debe estar, <i>ceteris paribus</i> , inversamente relacionada con el nivel socioeconómico de la zona	38	47	33
22	Los ciudadanos que quisieran salirse del aseguramiento sanitario público deberían recibir un vale equivalente al 90% del gasto sanitario medio con el que pudieran comprar libremente aseguramiento privado	24	16	18
23	Los ciudadanos que quisieran salirse del aseguramiento sanitario público deberían recibir un vale equivalente al 50% del gasto sanitario medio con el que pudieran comprar libremente aseguramiento privado	29	21	23
24	Los fumadores deberían pagar un mayor impuesto especial en el tabaco destinado a financiar el Sistema Nacional de Salud, puesto que los fumadores realizan un uso más intenso de los servicios sanitarios	36	57	75
25	Las unidades familiares con algún integrante nacido con defectos genéticos deberían estar sometidas a un recargo en el IRPF con el objeto de financiar el Sistema Nacional de Salud	0	4	0
26	Ha sido un acierto pleno la desgravación de las primas o cuotas satisfechas por empresas que concierten seguros colectivos con entidades aseguradoras para la cobertura de la enfermedad de los trabajadores, que ha sido introducida en la última reforma del IRPF	21	25	44
27	Entre fármacos con el mismo principio activo y bioequivalencia demostrada sólo debe financiarse públicamente una cantidad referida al precio del fármaco más barato (precios de referencia)	100	92	92
28	Deben tener prioridad a la hora de recibir un tratamiento médico aquellos individuos que más puedan beneficiarse del mismo con independencia de su edad, educación, clase social, situación familiar u otro tipo de consideraciones	45	77	76
29	Un precio monetario o copago por la utilización de servicios sanitarios públicos no tiene necesariamente que ser lesivo ni para la eficiencia ni para la equidad	57	44	75
30	Los centros sanitarios públicos funcionarían mejor de manera autónoma y con mayor responsabilidad — y riesgo — sobre los resultados obtenidos	95	93	91
31	El incentivo del lucro individual en los profesionales sanitarios sería la mejor garantía de buena atención a los usuarios	14	28	0
32	El papel redistributivo del Estado comparado con la situación actual debe disminuir	10	11	9
33	En las situaciones en las que la política sanitaria pública se vea obligada a decantarse por la equidad a expensas de la eficiencia, o viceversa, debe dar más peso a la equidad	55	66	73
34	En las situaciones en las que la política sanitaria pública se vea obligada a decantarse por la responsabilidad individual a expensas de la responsabilidad social, o viceversa, debe dar mayor peso a la responsabilidad individual	53	31	27
35	En las situaciones en las que la política sanitaria pública se vea obligada a decantarse por la «recentralización» de competencias a expensas de la descentralización, o viceversa, debe dar más peso a la «recentralización»	14	14	9

Nota: Se consideran respuestas que manifiestan acuerdo las respuestas «totalmente de acuerdo» y «bastante de acuerdo» en el caso de las preguntas sobre políticas; así como las respuestas «mucho más» y «algo más» en las preguntas sobre valores. Los porcentajes se calculan excluyendo las respuestas «no tengo elementos para opinar» y las no respuestas.

los tres grupos. La disyuntiva entre responsabilidad individual y social (pregunta 34) se decanta claramente a favor de dar más peso a la responsabilidad social en el caso de los gestores y de los clínicos, mientras que no existe consenso en el caso de los economistas académicos. Y, en el conflicto entre la eficiencia y la equidad (pregunta 33) las proporciones no difieren del 50% en el caso de los economistas académicos, si bien la de los gestores y clínicos se inclina más hacia la equidad.

En la tabla 3 se observa la diferencia de las medias, en valores absolutos, entre la proporción de respues-

tas que manifiestan acuerdo y desacuerdo. Esta diferencia es menor para las preguntas sobre valores y políticas que para las preguntas positivas, en el caso de los economistas académicos y gestores; sin embargo, la diferencia en el nivel de consenso entre estos dos grupos de preguntas no es estadísticamente significativa, tal como lo indica el test F de la diferencia entre tipo de preguntas en la tabla 3. Así pues, no se puede rechazar la hipótesis de que las diferencias en el nivel de consenso en las respuestas de cada grupo a los tres tipos de preguntas (positivas, políticas y valores) no presenta diferencias estadísticamente significativas. A

**Tabla 3. Diferencia media absoluta entre el porcentaje de respuestas que manifiestan acuerdo y de respuestas que manifiestan desacuerdo según tipo de pregunta\***

	Economistas académicos	Gestores	Clínicos
Diferencia en la media en valores absolutos			
20 preguntas positivas	60,0	57,6	59,4
15 preguntas sobre políticas y valores	50,5	52,5	62,5
Diferencia de las medias	9,5	5,1	-3,1
Diferencia en la mediana en valores absolutos			
20 preguntas positivas	69,0	59,0	66,0
15 preguntas sobre políticas y valores	52,0	54,0	54,0
Diferencia de las medias	17,0	5,0	12,0
Desviación típica de la media			
20 preguntas positivas	7,7	6,1	6,6
15 preguntas sobre políticas y valores	8,8	7,2	6,5
Test F de la diferencia entre tipo de preguntas (valor de p)			
	0,76	0,29	0,11

\* La diferencia media en valores absolutos para cada grupo de preguntas (positivas, y sobre políticas y valores) se calcula como el promedio de la diferencia en valores absolutos entre los porcentajes de respuestas coincidentes y no coincidentes en cada una de las preguntas.

pesar de que esta diferencia no es significativa para los tres grupos de AES analizados, el valor del estadístico es menor para los clínicos que para los economistas académicos, y menor en los clínicos que en los gestores.

## Discusión

A diferencia de Estados Unidos, en España no encontramos diferencias significativas en el grado de consenso entre los grupos de economistas de la salud académicos, gestores y profesionales clínicos en materia de conocimiento, políticas y valores. Es decir, no parece que exista explícitamente un problema de difusión de los conocimientos de los economistas de la salud hacia los demás grupos, puesto que no se puede esperar que el nivel de consenso de gestores y médicos sea mayor que, precisamente, el observado entre los economistas de la salud. Sin embargo, esta observación debe ser matizada en el sentido que precisamente la pertenencia a AES supone un fortísimo sesgo de selección, por lo que la conclusión puede no ser exportable a los clínicos no incluidos en AES. Sin embargo esto no quiere decir que todos estén de acuerdo con las políticas que se implantan o la forma como se gestiona, sino que simplemente, no es el grupo profesional identificado para estos individuos el que determina las diferencias.

En la encuesta realizada en Estados Unidos se ha observado para los tres grupos analizados (economistas

de la salud, economistas teóricos y médicos) que el grado de consenso es siempre mayor para las preguntas positivas que para las preguntas sobre políticas. En cambio, en la encuesta española a economistas de la salud, gestores y clínicos no se observa diferencia significativa entre el grado de consenso según el tipo de pregunta. El trabajo de Fuchs concluye que el desacuerdo entre los economistas de la salud en materia de políticas es el reflejo de diferencias en los valores, que finalmente son los que más guían sus recomendaciones políticas. Los resultados de la encuesta española presentan un escenario ligeramente distinto: las discrepancias ya están más presentes en las preguntas sobre conocimientos. Esta situación se podría atribuir a la posibilidad de que la investigación sobre economía de la salud en nuestro país sea poco concluyente y/o a la posibilidad de diferencias en el nivel de formación y especialización de los economistas de la salud españoles que han respondido la encuesta. En este escenario probablemente sea más difícil que la economía de la salud contribuya de manera eficaz a una política sanitaria más basada en pruebas. Sin embargo, en el grupo de economistas de la salud el grado de consenso español es muy cercano al observado en el Reino Unido, y superior al observado para Estados Unidos. Es más, los resultados obtenidos por Newhouse para el Reino Unido arrojan la observación de que el grado de consenso entre los economistas de la salud es más elevado para las recomendaciones de políticas que para los conocimientos (preguntas positivas).

La comparación del grado de consenso, respecto de preguntas positivas comparables entre los grupos de economistas de la salud de Estados Unidos, Reino Unido y España, indica que éste es mayor en el grupo norteamericano. En cambio, el nivel de consenso en España aparece como muy parecido al del Reino Unido. Ahora bien, estas observaciones son únicamente indicativas y carecen de significación estadística en la medida en que proceden de un número reducido de individuos y de respuestas, y además la selección de los individuos se ha realizado con criterios distintos. Por ejemplo, en el caso español desconocemos el grado de consenso atribuible a una posible submuestra de los economistas de la salud académicos de mayor prestigio, que sería la más comparable con los resultados alcanzados en el estudio sobre Estados Unidos. Desde otro punto de vista, conviene señalar que la existencia de desacuerdo entre los expertos de un área de conocimiento de la economía (por no citar campos científicos ajenos a la economía) no es un hecho extraño. Por ejemplo, un trabajo parecido al presentado en este artículo para las áreas de economía pública y economía laboral<sup>6</sup> indica que existe un elevado desacuerdo en cuanto a la recomendación de políticas y que estas recomendaciones están muy correlacionadas con los valores de los individuos y con su preferencia política.

---

## Agradecimientos

A todos los socios de AES, especialmente a los que tuvieron la paciencia de responder al cuestionario, a Ana Rico y José Luis Crespán por revisar los cuestionarios y a los miembros del CRES, con los que probamos la encuesta. Ninguno de ellos tiene culpa de los posibles

errores que hayan subsistido. Asimismo, agradecemos la ayuda en la gestión de la encuesta a Tatiana Reyes. Debemos dejar constancia de los útiles comentarios recibidos de G. López Casanovas y A. López Nicolás, ambos del CRES. Asimismo, los autores expresan su agradecimiento, por las útiles sugerencias recibidas, a Fernando Antoñanzas, como editor del artículo, y de dos evaluadores anónimos de la revista.

---

## Bibliografía

1. Fuchs V. Economics, Values and Health Care Reform. *Am Econ Rev* 1996; 86:1-24.
  2. Newhouse J. US and UK Health Economics: Two disciplines separated by a common language. *Health Econ* 1998;7:S79-S92.
  3. Dolan P. US and UK Health Economics: A Reply to Joe Newhouse's Paper. *Health Econ* 1999; 8:177.
  4. Newhouse J.P. Response to Paul Dolan. *Health Economics* 1999; 8:179-180.
  5. Evans R. Toward a Healthier Econ. En: Barer M, Getzen T y Stoddart G (dir): *Health, Health Care and Health Economics. Perspectives on distribution*. Nueva York: Wiley, 1998, p.474.
  6. Fuchs V.R., Krueger A.B., and Poterba J.M. Economists' Views about Parameters, Values, and Policies: Survey Results in Labor and Public Economics. *J Econ Lit* 1998; XXXVI: 1387-1425.
-