



Economía de la salud: notas para una agenda de investigación

J. M. Cabasés

Departamento de Economía. Universidad Pública de Navarra

(Health economics: notes for a research agenda)

Desde la aparición del trabajo de K. J. Arrow en 1963¹, la Economía de la Salud ha conocido un desarrollo notable. Su objeto es la asignación de recursos, insuficientes para atender las necesidades, en el ámbito de la producción de salud, donde destaca la influencia de factores tales como la educación y la renta, el medio ambiente y los estilos de vida, además de los servicios sanitarios².

La Economía de la Salud pronto encontró su propio paradigma derivado de la incertidumbre asociada al hecho sanitario, acercándose a la teoría del mercado de seguros y a los problemas de eficiencia asociados, como el azar moral y la selección adversa, elementos clave en la definición de nuestros sistemas sanitarios, y a la teoría de la agencia, ante la existencia de asimetría de información entre los demandantes y oferentes, favorable a estos últimos, y a su predicción más conocida, la probable inducción de demanda por parte del médico. La existencia de un tercero en la relación, el financiador, estimula los comportamientos de azar moral tanto en el consumidor como en los proveedores sanitarios, que actúan ignorando consideraciones de coste. Esto explica en parte, junto a los avances tecnológicos que encarecen los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, cuya introducción y utilización, apropiada o no, encuentra poca resistencia en el marco descrito, la tendencia sostenida al crecimiento del gasto sanitario³, y el temor fundado de analistas y responsables públicos a la amenaza de la viabilidad financiera del sistema sanitario público.

Este marco ha permitido identificar entre los economistas ocho áreas de interés en la investigación en Economía de la Salud⁴: 1. Los determinantes de la salud, además del sistema sanitario, como el medio ambiente y los estilos de vida. 2. La definición, medida y valoración de la salud. 3. La demanda sanitaria, o la influencia de las dos anteriores en el comportamiento demandante, las barreras de acceso (precios, tiempo, normativa, cultura), y las relaciones de agencia. 4. La oferta sanitaria, el comportamiento oferente, las técnicas de producción alternativas, los costes, la eficiencia productiva, los incentivos para el comportamiento eficiente. 5. La evaluación microeconómica de las tecnologías y tratamientos, mediante los análisis de Cos-

te Efectividad y Coste Beneficio de alternativas de atención sanitaria. 6. El equilibrio del mercado sanitario, la determinación de precios, tiempos de espera y otros mecanismos de racionamiento. 7. La evaluación del sistema en su conjunto, incluyendo la equidad y otros objetivos públicos. 8. La planificación y el diseño de las políticas, evaluando la efectividad de los instrumentos disponibles para la optimización del sistema, los mecanismos presupuestarios y la regulación.

El énfasis en cada una de las áreas ha sido distinto dependiendo del tipo de sistema sanitario imperante: Las áreas 3, 4 y 6, en EEUU, donde la demanda juega su papel natural en el mercado libre, las áreas 1, 2, 5, 7 y 8 en los países europeos y Canadá, cuyos sistemas son más integrados y públicos. La agenda europea constituye ciertamente una subdisciplina de la Economía Pública, cuyos grandes temas hoy son: El estudio de la intervención pública para lograr la eficiencia, la evaluación económica de tecnologías sanitarias y las propuestas de reforma sanitaria para lograr el balance adecuado entre equidad y eficiencia.

Los instrumentos para la mejora de la eficiencia

El trabajo de Enthoven⁵ proponiendo la creación de cuasimercados en los sistemas sanitarios de provisión pública, mediante la separación formal de las funciones de financiación, compra y producción de servicios, donde los compradores reciben del financiador público un presupuesto de base capitativa (probablemente ajustado en función de las características de necesidad del colectivo a su cargo, para evitar problemas de selección de riesgos), para la adquisición de servicios sanitarios, comprando a los proveedores, públicos o privados, actuando el contrato de elemento incentivador, dio lugar a propuestas de reforma, hoy en marcha en varios países. Es pronto para hacer una evaluación de estas experiencias, por lo demás cambiantes, que contraponen a sus costes transaccionales visibles, la existencia de una nueva estructura de incentivos de aparente mayor poder que la anterior.

Este es el sentido de las propuestas de otorgar mayor

autonomía a los centros sanitarios en discusión ahora en España. El debate, hoy demasiado centrado en las formas jurídicas adecuadas, es mucho más amplio⁶ y abarca a los mecanismos de incentivos para el comportamiento eficiente, tanto en la financiación, como en la producción de los servicios mediante, por ejemplo, el conocimiento de la utilización inapropiada. Recientemente, se ha visto ensanchado el arsenal metodológico de los análisis de eficiencia aplicado al sector sanitario, como el desarrollo de modelos de frontera, como el análisis envolvente de datos (AED), o la reciente aplicación a los servicios sanitarios de los modelos multi-nivel⁷, una de cuyas aplicaciones es el conocimiento de los factores que afectan a las variaciones en la práctica médica.

Pero, junto a las características del mercado sanitario descritas más arriba, existen otras restricciones de tipo político, que consisten en la definición que en cada país se haga del derecho a la protección de salud y de los principios para su logro, es decir, del criterio de equidad que se adopte. Este se interpreta en los sistemas sanitarios públicos como equidad horizontal, es decir, igualdad de acceso para igual necesidad. En su aplicación, surgen cuestiones de definición y medida de la necesidad relativa, pues su medición objetiva, sea ésta clínica o administrativa, puede diferir de la percepción subjetiva respecto al bienestar propio, que es la que utilizan los economistas ocupados del estudio y mejora del bienestar de la sociedad en sus análisis de la eficiencia. El problema es buscar la combinación de eficiencia y equidad que logre un sistema de salud óptimo.

La evaluación económica de tecnologías sanitarias

Con la evaluación económica se trata de comparar el valor de los recursos consumidos por acciones o programas alternativos con el valor de los resultados, aplicando los principios del Análisis Coste Beneficio (ABC) y su versión más utilizada en este campo, el Análisis Coste Efectividad, donde los resultados se miden en unidades homogéneas de salud, los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVACs o QALYs), que combinan cantidad y calidad percibida de vida en un único índice. Los problemas en la utilización de este índice provienen de su fundamento utilitarista —un QALY es de igual valor intrínseco para todos los individuos sin importar quien lo disfrute—, de la base individualista de la mayoría de las técnicas empleadas para su derivación (obtención de valores relativos o de la utilidad de los estados de salud) y de los métodos de agregación para obtener un valor social, donde se plantean las cuestiones de equidad. Recientemente, se observa una mayor presencia de trabajos relacionados con la disposición a

pagar en el ámbito sanitario que dan lugar a medidas monetarias de los beneficios y a la consiguiente aproximación hacia el ACB⁸.

La evaluación económica de tecnologías sanitarias ha recibido un fuerte impulso en los últimos años, especialmente donde se ha convertido en un requisito previo para la toma de decisiones sobre la introducción y financiación pública de tecnologías (incluidos los medicamentos), como Australia y Canadá, o ha pasado a formar parte formalmente de la metodología para el establecimiento de prioridades, como en Holanda. Fruto del debate metodológico reciente ha sido la elaboración de guías metodológicas para estandarizar los procedimientos, siendo la más reciente y acabada la desarrollada en USA⁹. Subsisten, no obstante, aspectos metodológicos controvertidos. La evaluación económica es contingente a una medida previa de la efectividad, lo que le convierte en una tarea interdisciplinar de economistas con epidemiólogos y clínicos. Además, en línea con el papel creciente asignado a las preferencias individuales en las decisiones sanitarias, no puede olvidarse la importancia de componentes de la efectividad distintos a la cantidad y calidad de vida, tales como la satisfacción de los pacientes con el servicio recibido, así como de aspectos del proceso asistencial y la posibilidad de ejercer derechos procedimentales, a la información relativa al proceso de atención, libertad de elección de profesional sanitario y centro, la segunda opinión o el consentimiento informado. Esta visión más amplia de la efectividad está promoviendo la utilización de instrumentos más sofisticados en la evaluación, como el Análisis Conjunto, aunque no sin problemas metodológicos notables.

Criterios para diseñar y evaluar las reformas sanitarias

Tanto el diseño como la evaluación de las reformas sanitarias requieren de algún juicio de valor explícito que posibilite el conocimiento de su contribución al bienestar de la sociedad. En otros términos, hemos de encontrar, si existe, un anclaje ético generalmente aceptado y dotado de estabilidad temporal, en el que sustentar las reformas. La eficiencia, *leit motiv* de las reformas sanitarias actuales, considerada habitualmente un valor indiscutible, resulta un criterio insuficiente, pues su fundamento utilitarista desconsidera el impacto en equidad de las mejoras en la eficiencia. Precisamos, entonces, de un consenso sobre la noción de equidad a utilizar y sobre la importancia relativa de cada uno de estos criterios en la definición del bienestar social. Los sistemas sanitarios públicos muestran una preferencia social por la equidad, que recibe un mayor valor que la eficiencia en caso de conflicto entre ambas.

La protección de la salud como un derecho, y no como un privilegio, hunde sus raíces en el principio de igualdad de oportunidades. Entendida en su aspecto positivo, la igualdad de oportunidades impone la obligación de eliminar activamente las situaciones o dotaciones desiguales de partida, generadas históricamente. La atención sanitaria tiene como función mantener a los individuos en un estado funcional lo más normal posible. La disfunción provocada por la enfermedad restringe el acceso a las oportunidades de la vida. La atención sanitaria, al proteger nuestra capacidad funcional, protege las oportunidades. En consecuencia, estamos obligados a proveer la atención sanitaria a quien la necesita para proteger la igualdad de oportunidades para el éxito, dejando fuera obstáculos basados en características de los individuos como su raza, género, religión, edad o estado de incapacidad¹⁰.

Las características de un buen sistema sanitario se derivan de su capacidad para satisfacer el principio mencionado¹¹. Un buen sistema sanitario debe hacer accesible un conjunto de servicios sanitarios para todos, con independencia de las condiciones específicas de salud, nivel de riesgo o capacidad de pago. Debe también minimizar las barreras no financieras y garantizar el acceso físico y el acceso cultural, facilitando la utilización a la gente de diferente cultura, lengua y extracción social, y eliminar si la hubiere, o impedir, la aparición de selección de riesgos.

Ello no exige, sin embargo, unas prestaciones ilimitadas, que podrían estimular comportamientos de azar moral en los ciudadanos y posibilitar atenciones poco efectivas, pues existen otros bienes sociales que se orientan al mismo fin (educación, etc.) que compiten por los mismos fondos financieros. Lo que se convierte en imperativo es la delimitación explícita de las prestaciones y hacerla de manera controlable públicamente y no implícitamente como se ha venido realizando a lo largo del tiempo, por los profesionales sanitarios como delegados históricos de los pacientes. Tampoco se exige forma organizativa alguna para los servicios sanitarios, una vez a salvo la inexistencia de selección de riesgos.

En la financiación del sistema, el riesgo individual no puede ser la base de la financiación. En un sistema sanitario de financiación pública, en cada momento los más sanos financian a los más enfermos. Esto lleva, sin embargo, a la paradoja de la financiación pública de que el pobre sano financia al rico enfermo. La actual tendencia hacia la regresividad de nuestros sistemas fiscales exacerba este efecto.

Por otra parte, no se debe cargar el coste sobre los más enfermos, lo que sugiere tomar con cautela la implantación de deducibles, copagos, períodos de carencia, etc. La garantía de acceso desde la perspectiva financiera, en el marco de financiación sanitaria según la ca-

pacidad de pago, ha de analizarse, en consecuencia, integrando todos los elementos que constituyen la contribución de los ciudadanos a la financiación, desde la carga fiscal que soportan hasta las aportaciones monetarias, en su caso, por los servicios que reciben (e incluso el coste de oportunidad del tiempo que invierten en la asistencia). Además, la atención sanitaria ha de compararse con otros servicios sociales con elevado impacto sobre la igualdad de oportunidades, como la educación, y con otros servicios que protegen nuestra libertad, como la defensa y la justicia. En principio, no hay un nivel deseable de gasto sanitario para un país.

Por otra parte, la eficiencia sugiere que un sistema sanitario será mejor si establece mecanismos para minimizar los factores de riesgo, la incidencia de la enfermedad y los accidentes y, en caso de ocurrencia, su tratamiento más coste-efectivo. Las propuestas de reforma pueden ser valoradas a este respecto con relación a los tipos de servicios en que ponen su énfasis, a si incorporan o no un plan de medición de la efectividad y mecanismos para minimizar la infra y la sobreutilización, si seleccionan los mecanismos contractuales más eficientes entre compradores y proveedores sanitarios, incluyendo la incorporación de objetivos de salud en los contratos, si hacen explícitos los criterios de determinación de prioridades para aplicarlos sistemáticamente, y si respetan más la elección autónoma e informada de la gente.

Notas para la agenda

De las ocho áreas de interés para la investigación en Economía de la Salud mencionadas, la correspondiente a la evaluación económica es la que más interés ha suscitado entre los economistas de la salud en España. Hay un desarrollo creciente de las cuestiones de oferta e incipiente en las medidas de salud que sirven a la evaluación. En el otro extremo, destaca la escasa atención a los temas relacionados con la producción de salud por factores distintos a los sanitarios y a la evaluación del sistema de salud en su conjunto. Estos son ámbitos que interesan especialmente a la salud pública y la administración sanitaria. Una agenda para la investigación en Economía de la Salud debería devolver el protagonismo al objetivo «salud» hacia el cual se orienta su denominación. El análisis económico de las estrategias de salud, la incorporación de objetivos de salud en los contratos con los proveedores sanitarios, el estudio de la política intersectorial, la inclusión de los análisis de la equidad en la valoración de las propuestas de mejora de nuestros sistemas sanitarios deben formar aparte de nuestro trabajo en colaboración con los profesionales de la salud pública y la administración sanitaria.

Bibliografía

1. Arrow KJ. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review* 1963;53:941-73. Traducción española en *Información Comercial Española*, n.º 574, Junio, 1981.
 2. Grossman M. The Demand for Health: A theoretical and Empirical Investigation. New York: NBER, occasional paper 1972;119.
 3. Newhouse JP. Medical care costs: How much welfare loss?. *Journal of Economic Perspectives*; 6:3-21.
 4. Maynard A, Donaldson C. Editor's Foreword. *Health Economics* 1998; 7 supl 1:S1-S2.
 5. Enthoven AC. Reflections on the Management of the National Health Service. London: Nuffield Provincial Hospital Trust; 1985.
 6. López Casasnovas G. Una guía de navegación para ordenar el debate sanitario. *Gaceta Sanitaria* 1999;226-32.
 7. Rice N, Jones A. Multilevel models in health economics. *Health Economics* 1997;6:561-75.
 8. Diener A, O'Brien B, Gafni A. Health care contingent valuation studies: A review and classification of the literature. *Health Economics* 1998;7:313-26.
 9. Gold M et al. *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. New York: Oxford University Press, 1996.
 10. Daniels N. *Just Health Care*. Cambridge, England: Cambridge University Press; 1985.
 11. Daniels N, Light D, Caplan RL. *Benchmarks of Fairness for health Care*. New York: Oxford University Press; 1996.
-