

## ABC EN EVALUACIÓN ECONÓMICA

# La economía de la salud y su aplicación a la evaluación

**V. Ortún-Rubio, J.L. Pinto-Prades y J. Puig-Junoy**

Departamento de Economía y Empresa. Centro de Investigación en Economía y Salud. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona.

La serie «ABC en Evaluación Económica» pretende ofrecer una panorámica de los conceptos y métodos básicos de la evaluación económica de las intervenciones sanitarias. Se pretende clarificar términos y comentar la mejor forma de abordar las cuestiones controvertidas de una manera útil a lectores, revisores, editores, decisores y autores, contribuyendo así a la consolidación de una buena práctica que mejore la validez y comparabilidad de las evaluaciones económicas y facilite su empleo. La evaluación económica constituye una aplicación de la economía de la salud, por lo que en este primer artículo se procederá a una presentación de esta última.

Convertido, a partir de la década de los setenta, el crecimiento del gasto público, y particularmente el sanitario, en una, si no la, preocupación sanitaria fundamental de los gobiernos, y establecida la simplista asociación de problema-crecimiento-del-gasto-sanitario con su solución económica, se dio entrada a los economistas en los problemas de salud. Esta entrada se vio reforzada, además, tanto por los frecuentes cambios en la regulación, extensa e intensa, de todos los determinantes de la salud, como por la presencia de unas industrias suministradoras del sector, como la farmacéutica, con un papel muy destacado tanto en la financiación de la investigación como en la comunicación social. Los economistas respondieron a la llamada: se expandió la docencia y creció la investigación de manera considerable. Años más tarde se percibió que la expansión del gasto sanitario era un falso problema y que su abordaje no debía ser exclusivamente económico,

pero para entonces los economistas de la salud se habían instalado en el sector y tenían ya otras preocupaciones y cometidos: desde acomodar sus modelos a las características de incertidumbre e información asimétrica definitorias del sector sanitario hasta tratar de dar respuesta, entre otras cuestiones, a las de medición del rendimiento o financiación e incentivos, planteadas por políticos y gestores.

### Objeto y contenidos de la economía de la salud

La economía de la salud, como rama de la economía que estudia la producción y distribución de salud y de atención sanitaria, suele presentarse con dos enfoques diferentes. Un primer enfoque orientado a la disciplina, con sus practicantes ubicados fundamentalmente en departamentos de economía y empresa de las universidades, y dirigido hacia la publicación en revistas de economía como *Journal of Health Economics*. Un segundo enfoque orientado a la investigación y resolución de problemas de salud y servicios sanitarios, con sus practicantes repartidos entre departamentos de economía y empresa, de ciencias de la salud, escuelas de salud pública, organizaciones sanitarias... y publicación en revistas de investigación sobre servicios sanitarios, revistas clínicas y revistas de economía tipo *Health Economics*. Una mayor orientación a la disciplina facilita el intercambio académico internacional con economistas. La orientación a los problemas, en cambio, estimula la cooperación interdisciplinaria en entornos geográficos más acotados; la relevancia, en este caso, aparece como más inmediata, aunque el conocimiento generado bajo el segundo enfoque resulta menos universal por las

limitaciones de validez externa que imponen las notorias diferencias institucionales entre países.

Bajo el primer enfoque, la economía de la salud ha sido algo más que una aplicación de conceptos económicos a problemas de salud y servicios sanitarios, ya que se ha convertido en una rama generadora de avances teóricos en la propia disciplina económica, especialmente en los ámbitos de la teoría del capital humano, medidas de desenlace, economía del seguro, teoría principal-agente, métodos econométricos, demanda inducida y análisis coste-efectividad. La figura 1 ofrece una panorámica del contenido de la economía de la salud. Los cuadros centrales: A, B, C y D, constituyen el núcleo disciplinario y los cuadros periféricos: E, F y G, las principales aplicaciones empíricas. Los sentidos lógicos establecidos por las flechas y las interacciones entre los cuadros hacen de la economía del salud una auténtica subdisciplina (algo más que una colección de temas) con la obra editada por Culyer y Newhouse<sup>1</sup> como manual de referencia más representativo.

Al profesional sanitario le interesa, sobre todo, el segundo enfoque de la economía de la salud: el que contribuye y participa en la investigación sobre servicios sanitarios en la medida que los resultados de esta investigación pueden contribuir a sus conocimientos, habilidades y actitudes. Por ejemplo, conocimientos acerca de los determinantes de la enfermedad o sobre la eficiencia relativa de diversas alternativas de financiación, organización y gestión de los servicios sanitarios; habilidades para manejar la incertidumbre; actitudes para orientar eventuales contradicciones entre persecución del bienestar de un paciente y persecución del bienestar del colectivo de pacientes.

(Aten Primaria 2001; 27: 62-64)

## Hablar en prosa: la economía incorporada a la práctica asistencial

Afortunadamente, aunque el profesional sanitario no disponga de tanto tiempo como desearía para mantenerse al día de la investigación más relevante para su práctica, puede, no obstante, abordar la evaluación económica sabiendo las tres cosas que un clínico debe saber de economía<sup>2</sup> (aunque basta, no obstante, que actúe como si las supiera):

1. Que la eficiencia es la marca del virtuosismo en medicina, pero que el camino a la eficiencia pasa por la efectividad.
2. Que la ética médica exige la consideración del coste de oportunidad en las decisiones diagnósticas y terapéuticas.
3. Que las utilidades relevantes son las del paciente.

### *La eficiencia, marca del virtuosismo*

La eficiencia clínica pasa por la maximización de la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios con los menores costes sociales posibles. El camino a la eficiencia social pasa por la efectividad clínica. El problema estriba ahora en cómo estimular el anhelo de efectividad, el reforzar la preocupación por la probabilidad que los pacientes del entorno próximo al médico tienen de beneficiarse de la actuación del médico. Para llegar a preocuparse por la efectividad de la práctica hay que ser consciente de que las cosas pueden hacerse de más de una forma y que no necesariamente la propia es la mejor. Para llegar a preocuparse por la efectividad hay que tener «escepticemia», esa condición de baja infectividad respecto a la cual las facultades de medicina confieren inmunidad permanente<sup>3</sup>. Parece claro que una formación que facilite el aprendizaje para la evaluación crítica de la evidencia constituye el factor de riesgo más vulnerable y que la conciencia de variaciones aparentemente arbitrarias en la forma de practicar la medicina (entre médicos, entre áreas pequeñas) es una buena forma de propiciar la «escepticemia». Una vez conseguido un cierto nivel de «escepticemia» surgen las preguntas del tipo para qué sirven algunas de las rutinas y procedimientos habituales.

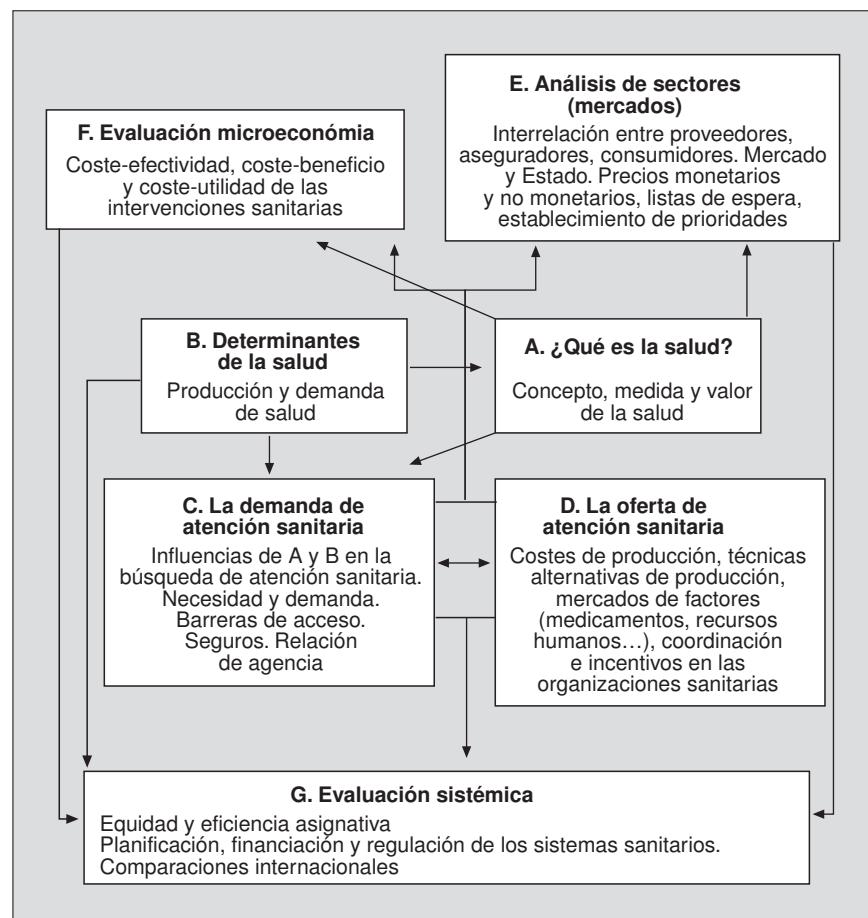


Figura 1. Panorama de la economía de la salud.

Este tipo de preguntas lleva a preocuparse por la efectividad y adecuación y por medir el efecto de la actuación incorporando las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud.

### *Incorporación del coste de oportunidad*

Considerar el beneficio, diagnóstico o terapéutico, que deja de obtenerse en la mejor alternativa razonablemente disponible constituye una forma de asegurarse que se obtiene el máximo resultado, en términos de impacto en el bienestar, a partir de unos recursos determinados.

El verdadero coste de la atención sanitaria no es dinero, ni los recursos que el dinero mide. Son los beneficios sanitarios —paliación de síntomas, recuperación funcional, mayor esperanza de vida— que podrían haberse conseguido si esas pesetas se hubieran utilizado en la mejor alternativa. El coste de oportunidad puede apro-

ximarse a través de los precios y por otros mecanismos cuando éstos no existen. Mayor dificultad presenta la conceptualización y medición de los beneficios. El beneficio en una decisión diagnóstica se mide en términos de reducción de incertidumbre. En las decisiones terapéuticas, el beneficio se mide en términos de efectividad. Esta efectividad tiene, como mínimo, un par de dimensiones: cantidad y calidad de vida. La consideración del coste de oportunidad supone una reflexión acerca del beneficio del tratamiento que se está considerando en la mejor alternativa disponible.

### *Utilidades relevantes: las del paciente*

Conforme una sociedad progresá, el componente calidad de vida en el producto de los servicios sanitarios aumenta. Una gran parte de las actuaciones sanitarias no tienen traducción en términos de mayor canti-

dad de vida, pero sí en mejor calidad de vida. Al ser la calidad subjetiva y multidimensional, resulta inevitable el activismo del paciente para poder establecer el curso de acción más efectivo. Ello requiere proporcionar información pronóstica a los pacientes.

La orientación hacia las utilidades del paciente resulta generalmente exigible. Se vuelve imprescindible para valorar la efectividad de los tratamientos con impacto importante en la calidad de vida y para realmente actuar como agente del paciente, haciendo lo mejor para él, lo que supone considerar las variables relevantes (clínicas, familiares, sociales, económicas) a cada decisión clínica. La medida de la utilidad puede utilizarse en ocasiones para expresar la preferencia global de un paciente ante diversas alternativas. Esta utilidad viene muy afectada por la actitud ante el riesgo de los pacientes. La habitual aversión al riesgo hace que en bastantes ocasiones los pacientes no prefieran las alternativas más efectivas, sino aquellas a las que asocian la mayor utilidad.

## En España

La economía de la salud en España ha compartido su enfoque poblacional con otras disciplinas como la epidemiología, y ello ha tenido traducción organizativa —a través de la Asociación de Economía de la Salud ([www.aes.es](http://www.aes.es))— en la vida y milagros tanto de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria como de la European Public Health Association. Las aplicaciones de la economía de la salud se han decantado fundamentalmente hacia la evaluación y gestión, lo cual ha provocado que su concurso fuera requerido para abordar problemas nuevos: desde la financiación hospitalaria a la autonómica, desde la definición y medida de productos intermedios y finales hasta el establecimiento de contratos y cambios en la regulación del medicamento.

Las aplicaciones de la economía a la gestión están iniciando su despegue y tienen todavía escasa presencia en el cuadro D de la figura 1. Conviene recordar en este punto que: primero,

la economía como disciplina no pasó de constituir «algo» que se debatía en la universidad hasta la irrupción del keynesianismo en la teoría y del New Deal de Roosevelt en la práctica; segundo, la principal contribución de la economía al bienestar social durante el siglo XX ha sido la del control macroeconómico de las fluctuaciones económicas; tercero, estamos todavía en camino de que la microeconomía (estudio de cómo los particulares y las empresas efectúan decisiones e interactúan en los mercados) sea para las organizaciones lo que la macroeconomía (estudio de fenómenos agregados como el crecimiento económico, el desempleo o la inflación) ha sido para la sociedad en su conjunto; cuarto, la gestión se basa en el conocimiento, pero todavía más en la experiencia, en los contactos, en las intuiciones y en la capacidad de adaptación del gestor al medio. La economía de la salud se ha beneficiado, no obstante, de los avances en la economía de las organizaciones y ha tenido presencia destacada en su ámbito natural: el de la gestión pública sanitaria y en otro, lejano a primera vista, como el de la gestión clínica.

Mucho más numerosas han sido las aplicaciones de la economía a la evaluación —cuadro F de la figura 1— objeto de esta serie.

La economía de la salud, en España, ha conocido en estos últimos 20 años una fuerte expansión y está influyendo en la política sanitaria, en la gestión de centros y en la gestión. Al fin y al cabo, la economía se está convirtiendo en un ingrediente importante de la gestión como disciplina y lleva ya unos años siendo relevante en los dos ámbitos restantes de gestión sanitaria: el de la política sanitaria (determinantes de la salud, financiación, establecimiento de prioridades, evaluación de tecnologías sanitarias...) y el de la gestión clínica (análisis de decisión en condiciones de incertidumbre, medidas de producto final, sistemas de ajuste de riesgos, coordinación e incentivos...). Las XX Jornadas de Economía de la Salud permitieron revisar las contribuciones, destacadas ya, de la economía de la salud a la medida de la eficiencia de las organizaciones sanita-

rias, a la medida de la equidad en la salud y en la atención sanitaria, al funcionamiento de los seguros, al conocimiento del impacto de diversos sistemas de financiación de las prestaciones sanitarias y, al objetivo de esta serie, la evaluación de tecnologías sanitarias<sup>4</sup>.

## Economistas mancos, conocimientos y valores

Un presidente estadounidense solía solicitar economistas mancos para evitar la enumeración de recomendaciones contradictorias (*«on one hand... on the other hand»*). La economía como ciencia positiva no tiene otra peculiaridad que un uso más limitado del método experimental. Ahora bien, los economistas como personas que tratan de influir en la política mantienen posturas diferentes bien porque no todo el mundo interpreta de la misma forma el conocimiento positivo bien porque se parte de valores diferentes<sup>5</sup>. Esta última cuestión reviste especial importancia en evaluación económica. No es lo mismo maximizar utilidades individuales que maximizar la salud de la sociedad (*«welfaristas»* y *«extra-welfaristas»*, respectivamente), como tampoco puede confundirse la maximización de la salud con la maximización del bienestar.

## Bibliografía

1. Culyer A, Newhouse J, editores. *Handbook of health economics*. Amsterdam: Elsevier, 2000.
2. Ortún V. ¿Qué debería saber un clínico de economía? *Dimensión Humana* 1997; 1 (4): 17-23.
3. Skrabanek J, McCormick J. *Sofismas y desatinos en Medicina*. Barcelona: Doyma, 1992.
4. Antoñanzas F, Fuster J, Castaño E, editores. *Avances en la gestión sanitaria. Implicaciones para la política, las organizaciones sanitarias y la práctica clínica*. XX Jornadas de Economía de la Salud, Palma de Mallorca, 3-5 de mayo del 2000. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud, 2000.
5. Puig-Junoy J, Ortún V, Ondategui S. *Conocimientos, valores y políticas en economía de la salud*. *Gaceta Sanitaria* 2000; 14: 378-385.