

Thinking outside the box: la estimación del capital salud

Anna García-Altés

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Barcelona. España.

Correspondencia: Anna García-Altés.
Agència de Salut Pública de Barcelona.
Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona. España.
Correo electrónico: agarcia@imsb.bcn.es y annagarcia@post.harvard.edu

Medir la salud de la población es un paso central para el establecimiento de políticas sanitarias. Sin medir el *output* de los servicios sanitarios, es decir, el estado de salud de la población, no pueden tomarse decisiones informadas de gasto sanitario, asignación de recursos o realizar comparaciones sobre el nivel de bienestar entre países.

La medida más sencilla del capital salud serían los años de vida; de manera sencilla, los individuos que están vivos están sanos, y los que están muertos no lo están. Bajo este punto de vista, el capital salud de una persona sería el número esperado de años de vida que le quedan por vivir, es decir, su esperanza de vida¹. Pero no todos los años de vida tienen el mismo valor. Un año de vida con buena salud se valora más que un año de vida con enfermedad. Así, una segunda medida del capital salud serían los años de vida ajustados por calidad (AVAC o QALY en terminología inglesa), que tienen en cuenta en su construcción la morbilidad y mortalidad de los individuos.

Los cambios en el valor del capital salud a lo largo del tiempo se producen porque cambia la esperanza y la calidad de vida. De la misma forma que el valor del capital humano depende de la capacidad para generar rentas futuras, el capital salud depende de los años de vida que le queden a un individuo y de su calidad de vida en esos años. Las mejoras en el estado de salud conseguidas a lo largo del tiempo constituyen, en realidad, un aumento del capital o de los activos de los que disponen los individuos². Así, el capital salud podría definirse como el valor que tiene la salud (esperanza de vida y calidad de vida relacionada con la salud) de la que se espera podrá disfrutar un individuo.

Aunque pueda parecer paradójico dada su relevancia, no hay análisis sistemáticos del estado de salud de las poblaciones y de su contribución al bienestar de las sociedades, a pesar de ser el activo que más se ha transformado a lo largo del siglo xx, y uno de los que puede haber contribuido más al crecimiento económico de muchos países.

Los estudios existentes calculan el capital salud mediante información sobre la esperanza de vida de una determinada población a cada edad, la prevalencia de problemas de salud para los que sobreviven en cada estado y la calidad de vida asociada a la supervivencia con un determinado problema de salud¹.

Como extensión de este análisis, se puede hacer una comparación entre el valor monetario del aumento del capital salud para una población dada a lo largo del tiempo y el valor

actual del aumento de la inversión en servicios sanitarios (el mayor coste de las innovaciones médicas y farmacéuticas). La diferencia entre el valor económico de los años de vida ganados y el coste del tratamiento refleja la productividad de la inversión en servicios sanitarios.

Ésta es, precisamente, la característica del replanteamiento económico del valor del gasto en sanidad: para saber si gastamos demasiado o demasiado poco en sanidad hace falta conocer si el beneficio neto del gasto o inversión en capital es superior o no a su coste. Lógicamente, hará falta gastar más en innovaciones médicas y farmacéuticas si la tecnología hace crecer más el capital salud que los costes, y gastar menos si sucede lo contrario. Este tipo de análisis se denomina análisis coste-beneficio generalizado.

Los resultados disponibles hasta este momento, la mayoría para Estados Unidos, muestran un crecimiento del capital salud a lo largo del tiempo superior al gasto sanitario, si bien existe heterogeneidad entre países, grupos de edad y distintas enfermedades.

Ya que parece suficientemente claro que el bienestar de los individuos no depende únicamente de su renta sino también de su estado de salud, ¿cómo se explica que los sistemas de contabilidad nacional sólo midan la renta monetaria como aproximación al bienestar?, ¿qué papel juega en estas medidas de bienestar económico convencionales la inversión en innovaciones médicas y farmacéuticas que producen variaciones en el estado de salud?

La contribución de la producción de servicios sanitarios a la renta nacional se mide a través de su coste. De hecho, es como si las medidas tradicionales de contabilidad nacional trabajasen bajo la hipótesis de que la inversión en la producción de salud mediante los servicios sanitarios tiene una productividad nula: el valor de su aportación a la mejora del bienestar es igual a su coste.

La renta nacional podría definirse como el volumen máximo que una economía puede consumir asegurando que las generaciones futuras podrán disfrutar de una utilidad a lo largo de su vida que sea al menos como la de la generación actual. Si la esperanza de vida no cambia, entonces la renta es el consumo máximo anual que una economía puede obtener de su dotación de recursos. Si la gente vive más tiempo y con más calidad de vida, entonces se ha de añadir a la medida de renta nacional el valor o la utilidad del consumo equivalente de las mejoras de salud³.

Así, de forma similar al capital salud, también se podría calcular el valor monetario de la renta anual equivalente que suponen las mejoras en la salud en términos de supervivencia y de calidad de vida relacionada con la salud. El valor de esta renta anual, que puede llamarse renta salud, sería precisamente la contribución del gasto sanitario al bienestar económico durante todo un año. Las propuestas metodológicas existentes se basan en medir el valor de la renta salud como aquella cantidad equivalente al consumo que un individuo estaría dispuesto a pagar como compensación por un determinado tiempo y calidad de vida^{3,4}.

Si sólo tenemos en cuenta los cambios en la esperanza de vida, los resultados indican que para Estados Unidos, desde 1900 hasta 1995, el crecimiento del valor monetario de las mejoras en la esperanza de vida ha sido mayor que el de la renta consumida. El aumento de la renta salud ha sido de una magnitud parecida al aumento del consumo de bienes y servicios. Además, el valor de la renta salud ha sido en promedio notablemente superior al aumento del gasto sanitario^{3,4}.

Ya sea con medidas como el capital salud o la renta salud, en cualquier caso parece que la medida de la eficiencia de los servicios sanitarios va mucho más allá de la simple medida de los costes y beneficios de tecnologías específicas. El análisis debe enfocarse para incluir todos los beneficios que en global y a lo largo del tiempo suponen los servicios sanitarios. La medida de la eficiencia del gasto sanitario debe incluir la medida de las ganancias en salud, ya sea como medidas que traducen los AVAC en términos monetarios (capital salud) o con medidas de disponibilidad a pagar por ganancias en salud (renta salud). En ambos casos, se obtendrá una medida mucho más realista y menos miope de la eficiencia del gasto en servicios sanitarios, a partir de la cual podrán tomarse decisiones de política sanitaria.

Los beneficios de los servicios sanitarios no acaban en la mejora de la salud de la población, sino que tienen también repercusiones macroeconómicas y de crecimiento de los países. Las mejoras en salud mejoran la economía y disminuyen la pobreza. El crecimiento económico es el determinante más importante para disminuir la pobreza: aumentos en la renta media *per capita* disponible se traducen casi punto por punto en aumentos en la renta de las poblaciones pobres. Adicionalmente, las mejoras en el estado de salud benefician

en mayor proporción a los sectores de la población más pobres. El proceso de crecimiento económico es dinámico, con mejoras en la salud que promueven el desarrollo, y éste a su vez la mejora de la salud. Algunos investigadores han analizado de manera empírica este efecto, y han confirmado que el estado de salud tiene un efecto positivo sobre la productividad⁵.

Uno de los ejemplos más relevantes de la traducción de estos resultados en política sanitaria está en una de las iniciativas macroeconómicas más ambiciosas de los últimos tiempos, la United Nations Millennium Declaration, en la que un numeroso grupo de países en Naciones Unidas se comprometió en el año 2000 a trabajar conjuntamente con el fin último de reducir la pobreza en el año 2015⁶. Entre las diversas políticas que se apuntan para fomentar el crecimiento económico de los países subdesarrollados, la primera de ellas es invertir en educación y salud, y asegurar la igualdad de sexo, como precondiciones para el crecimiento económico.

Bibliografía

1. Cutler DM, Richardson E. Your money and your life: the value of health and what affects it. NBER Working paper series. Working Paper 6895. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 1999.
2. Nordhaus WD. The health of nations: the contribution of improved health to living standards. NBER Working paper series. Working paper 8818. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 2002.
3. Grossman M. The human capital model of the demand for health. NBER Working paper series. Working Paper 7078. Cambridge: National Bureau of Economic Research, 1999.
4. Becker G, Philipson T, Soares RR. Growth and mortality in less developed nations. Chicago: University of Chicago, 2001.
5. McDonald S, Roberts J. Growth and multiple forms of human capital in an augmented Solow model: a panel data investigation. Econ Let 2002;74:271-6.
6. United Nations Development Programme. Human Development Report 2003. Millennium Development Goals: a compact among nations to end human poverty. New York: Oxford University Press, 2003.