

TEMA 3. *Economía de la salud. Características económicas de la salud. Análisis económico-sanitario. El mercado de los servicios sanitarios.*

Esquema:

1. INTRODUCCIÓN
2. ECONOMÍA DE LA SALUD
 - 2.1. Configuración de la economía sanitaria
 - 2.2. La evaluación económica pública de la provisión de sanidad
 - 2.3. Economía y sanidad
 - 2.4. Necesidades y recursos en la asistencia sanitaria
 - 2.5. El gasto y la tecnología sanitaria
 - 2.6. La equidad en la salud y la asistencia sanitaria
3. GASTO SANITARIO Y FINANCIACIÓN
 - 3.1. La gratuidad y el pago complementario
 - 3.2. Financiación y producción de la asistencia sanitaria
 - 3.3. Marco de referencia de la financiación
4. ANÁLISIS ECONÓMICO-SANITARIO
 - 4.1. Eficacia y eficiencia
 - 4.2. Análisis coste –beneficio
 - 4.3. Análisis coste-efectividad
 - 4.4. Análisis coste-utilidad
5. EL MERCADO SANITARIO
 - 5.1. El mercado y la asignación de recursos
 - 5.2. La demanda y la oferta en el mercado sanitario
 - 5.3. El mercado competitivo de los servicios sanitarios
 - 5.4. Otros tipos de mercados
6. CONCLUSIÓN

1. INTRODUCCIÓN

La economía de la salud es una especialidad de reciente aparición dentro de los estudios económicos. Se dedica a la investigación, estudio, métodos de medición, racionalización y sistemas de análisis de las actividades relacionadas con la financiación, producción, distribución y consumo de los bienes y servicios que satisfacen necesidades sanitarias y de salud bajo los principios normativos de la eficiencia y la equidad.

Es una disciplina dentro de la Administración Sanitaria que estudia la

oferta y la demanda de los servicios sanitarios, así como las consecuencias económicas de la política inversora sanitaria en los diversos modelos de provisión de servicios sanitarios.

La salud es un bien económico en la medida en que participa de la condición general de la escasez. Puede verse como un bien de producción y como un bien de consumo. La economía neocapitalista la ha visto, y sigue viéndola, como un bien de consumo caracterizado por tener un umbral de saturación casi infinito.

Por ello, y desde el punto de vista del consumo, la salud es un bien escaso por definición. Pero, en tanto que bien de consumo, la salud es un bien económico escaso no sólo a nivel teórico, sino también de hecho. Por diversas razones, el gasto sanitario ha estado creciendo durante los últimos años a un ritmo más rápido que el PIB. Por tanto, es imprescindible racionalizar económicamente la asignación de los recursos sanitarios mediante la aplicación de los métodos de análisis económico a los problemas de salud.

Como los recursos son escasos, tenemos que hacer elecciones acerca de cómo colocar estos recursos del modo más adecuado frente a demandas y programas sanitarios competitivos. Hay que satisfacer las necesidades sanitarias de la población del mejor modo posible (atendiendo a sus preferencias) y al menor coste posible.

Los principales métodos de evaluación económica de las actividades sanitarias son los análisis coste-efectividad, coste-utilidad y coste-beneficio. Todos ellos sirven para comparar acciones sanitarias alternativas desde el punto de vista de sus costes y consecuencias.

2. ECONOMÍA DE LA SALUD

La economía de la salud se ocupa en gran parte de la conexión entre medicina y economía. La economía de la salud es una rama de la economía del bienestar, de la economía pública.

Aplicar las formas económicas de pensamiento al sistema sanitario no supone mercantilizarlo. El verdadero fin de la economía de la salud es tratar de obtener el máximo de salud para la población con los recursos existentes, que siempre serán limitados.

2.1. Configuración de la economía sanitaria

El contenido de todo lo que conforma la economía de la salud se precisa en los siguientes aspectos:

1. Naturaleza y valor de la salud. Hace referencia a los atributos que se perciben como salud, el valor de la vida, las escalas de utilidad de la salud. La salud es un concepto relativo y lo que constituye una enfermedad o no, está referido a un contexto social y cultural en el que evoluciona el individuo. A la hora de medir la salud no bastan los indicadores de mortalidad, morbilidad, factores de riesgo o de incapacidad. Para cuantificar los costes y beneficios de la asistencia sanitaria, los economistas han hecho aportaciones significativas en el ámbito de la salud.

2. Influencias sobre la salud. Cada vez se conocen con más profundidad los factores determinantes de la salud, que son muy diversos.

- Factores genéticos.
- Factores ambientales y del entorno.
- Factores relacionados con hábitos y estilo de vida.
- Niveles de renta y educación.
- Sistema sanitario.

Algunos de estos factores están necesariamente interrelacionados: los hábitos y estilos de vida están en conexión con el nivel de renta y la educación. La demanda sanitaria (de cuidados de salud) será una consecuencia de todo ello.

3. Demanda de cuidados sanitarios. Tanto la naturaleza y el valor de la salud como los factores determinantes que influyen en ella son la causa de la demanda de cuidados sanitarios. La demanda de asistencia es sentida como una necesidad, debido a la percepción personal, pero esa necesidad se encauza a través de la relación de «agente» que establece el médico. Aquí entra en juego la capacidad del sistema de satisfacer esa necesidad, así como las barreras de acceso existentes. Las listas de espera y la insatisfacción del sistema sanitario público dirigen a una parte de la población al mercado privado puro o a través de compañías de seguro.

4. Oferta de cuidados de salud. Aquí entran en consideración todas las características de los factores de producción y de la función misma de producción sanitaria.

5. Análisis de los mercados. En el mercado se produce la relación entre la demanda y la oferta. El mercado sanitario tiene un carácter imperfecto claramente admitido, pero se estudian nuevos tipos de mercados internos competitivos, para mejorar la eficiencia del sistema.

6. Evaluación micro-económica. La evaluación económica de los distintos modos de proveer los cuidados sanitarios hace referencia al lugar, la frecuencia; referidos tanto a la detección y diagnóstico como al tratamiento.

7. Planificación, presupuesto, regularización, seguimiento. Se contempla el marco de organización del sistema referido tanto a la efectividad de los instrumentos disponibles para optimizar su funcionamiento como a la interrelación de los sistemas de presupuestos y sus mecanismos reguladores. Los incentivos que se ofrecen a los que toman decisiones es otro aspecto que debe ser considerado.

8. Evaluación de sistemas completos. Surge la comparación entre diversos sistemas, tanto en sus estructuras financieras como en sus cargas. Sin olvidar las consideraciones relativas a la eficiencia y los criterios de equidad que presiden.

2.2. La evaluación económica pública de la provisión de sanidad

Durante muchos años, la asistencia sanitaria, y más en concreto la hospitalaria, se ha comportado sin tener en cuenta consideración económica alguna. La evaluación económica del servicio sanitario ha sido deficiente y mal orientada. La razón es que, hasta hace poco el análisis económico convencional no consideraba interesante estudiar el gasto público sanitario. Uno de los argumentos más utilizados para excluir las cuestiones sanitarias de la economía es la consideración de la salud como objetivo primordial sobre cualquier otro. Las decisiones asistenciales eran tomadas al margen de cualquier análisis económico, con el pretexto de que este último no podía interferir en aquél.

Desde hace un par de décadas el panorama ha cambiado. La sanidad ha adquirido una enorme importancia como sector que utiliza una gran cantidad de recursos que son escasos y por su creciente participación en el producto interior bruto.

Aquellos que financian la sanidad —administración, compañías de seguros, personas individuales— presionan cada vez más para que se adopten las prácticas de tratamiento cuya eficacia esté en consonancia con el coste.

La preocupación por la contención del gasto ha sido otro de los factores que ha inducido a la necesidad de inculcar, en el personal clínico, una vigilancia del empleo de los recursos de asistencia sanitaria. Los médicos deben desempeñar un doble y complejo papel:

- Tratar de ofrecer a los pacientes una asistencia de calidad.
- Responsabilizarse del uso más adecuado del gasto.

La economía sanitaria se origina por una serie de hechos:

- Crecimiento de los gastos sanitario tanto en volumen como en ritmo.
- Universalización del acceso gratuito a la sanidad de toda la población.
- Progreso en la eficacia y efectividad de la asistencia sanitaria.
- Conciencia colectiva de la existencia de necesidades sanitarias básicas sin satisfacer.
- Políticas de contención de los gastos públicos sanitarios.
- La paradoja de la salud.

La entrada del análisis económico en el mundo de la salud crea una serie de conflictos y de acusaciones que se pueden resumir en estos dos conceptos: la medicalización de la sociedad y el economicismo sanitario.

La medicalización de la sociedad significa que se atribuye a los conocimientos médicos, a las actuaciones médicas o a la profesión médica un poder social que sobrepasa los beneficios sociales que genera. Los indicadores del exceso de poder médico son:

- La salud es casi competencia exclusiva de la medicina.
- El tipo de regulación pública dominante refleja un claro paternalismo médico y estatal.
- El servicio sanitario sobrepasa el volumen de actividades necesarias y convenientes.
- El volumen y crecimiento de los gastos sanitarios es desproporcionado en relación con otros valores ciudadanos.
- Existe confusión entre salud y asistencia sanitaria; entre gastos en salud y gastos sanitarios.
- Atribución a los conocimientos y certificaciones médicas un valor que no se atribuye al resto de expertos.

El economicismo de la asistencia sanitaria quiere decir que la economía tiene que tomar parte en las decisiones sanitarias. Esto implica que los economistas entran en un campo problemático no propio y que la

aplicación de las categorías y relaciones económicas dan una imagen sesgada de los servicios sanitarios.

La solución a estas dos acusaciones, medicalización de la sociedad y economicismo sanitario, viene dada por la democratización del servicio sanitario.

2.3. Economía y sanidad

Los servicios sanitarios constituyen un sector de la actividad económica de importancia creciente en todos los países del mundo desarrollado. Su estructura productiva se relaciona con más de cuarenta ramas de la actividad económica, contribuyendo de manera significativa a la generación de valor añadido y a la actividad de otros sectores, de modo especial al de productos químicos en el que se engloban los farmacéuticos.

El desarrollo económico tiene, por otro lado, una influencia determinante en el gasto sanitario, que aumenta progresivamente con aquél.

Las importantes diferencias en el gasto sanitario entre unos países y otros —incluso en los países desarrollados occidentales— se explican por sus diferentes niveles de renta.

2.4. Necesidades y recursos en la asistencia sanitaria

La salud es un bien económico puesto que le caracteriza la escasez, la necesidad es superior a la oferta.

La salud es, asimismo, un bien de inversión tanto para la persona como para la sociedad. El tiempo que se rescata a la enfermedad se destina al incremento de la producción y de la renta nacional.

Si partimos del hecho, ampliamente constatado, de que las necesidades son crecientes e ilimitadas (la demanda de asistencia sanitaria) y los recursos son finitos (la oferta es limitada), resulta inevitable la necesidad de adjudicar esos recursos a diversas actividades en competencia. La economía, sin dejar de lado las consideraciones sociales, hace aquí su aparición para una mejor asignación de los recursos escasos.

El análisis económico no puede referirse únicamente a los costes, sino también a los beneficios y resultados que se obtienen. El coste real de llevar a cabo una determinada actividad es el beneficio que se pierde por utilizar esos mismos recursos en el mejor de sus usos alternativos. Se trata, en definitiva, de maximizar los beneficios totales por el uso de unos recursos existentes que son escasos.

Es lo que se entiende por coste de oportunidad. Se define como el beneficio que se pierde por no utilizar esos mismos recursos en el mejor de sus usos alternativos. El concepto de coste de oportunidad pone de manifiesto que, en situación de recursos escasos, la decisión de asignar recursos a un determinado paciente conlleva a su vez la decisión de negárselo a otro u otros.

2.5. El gasto y la tecnología sanitaria

Se considera que uno de los factores impulsores del gasto sanitario es la difusión de tecnología de alto coste, que, sin duda, favorece los procesos diagnósticos y terapéuticos. Por esta razón, su utilización no parece que sea objeto de discusión y se presenta como claramente justificada.

Al mismo tiempo, la innovación tecnológica es uno de los aspectos más controvertidos y complejos de la asistencia sanitaria, especialmente la hospitalaria, porque:

- Se tiene hoy la evidencia de que parte de la tecnología médica es ineficaz e insuficiente.
- Aunque sea muy costosa, su coste no es el verdadero problema (no supera el 0,5% de total de costes de salud). El problema es la general expansión de este servicio y los sutiles efectos que puede tener en los médicos y en el público.
- La forma en que dicha tecnología se incorpora al sistema asistencial es inadecuada. En los profesionales sanitarios y en los usuarios se despiertan expectativas suscitadas por la novedad y, rara vez, la nueva tecnología es seriamente evaluada antes de su introducción.
- El ritmo de cambio de esta tecnología es muy vivo.
- Existen enormes variaciones en el uso de procedimientos técnicos, incluso entre regiones de un mismo país.

La propia Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (julio, 1991), en su recomendación número 47, considera que “debería establecerse un mecanismo estable para evaluar cualquier nueva tecnología sanitaria, con carácter previo a su difusión, de modo que su eficacia técnica y su eficiencia económica queden suficientemente garantizadas”.

La OMS en su programa *Salud para todos en el año 2000* estableció como uno de sus objetivos que «antes de 1990, todos los Estados Miembros deberán establecer un mecanismo oficial de valoración [...] de su eficacia práctica y económica, de su seguridad y aceptabilidad, así como de la medida en que responden a los programas sanitarios y a las restricciones económicas nacionales».

Sin embargo, el sector sanitario es bien distinto del de otros mercados por las siguientes razones:

- Los principales interesados en la innovación no son los pacientes, sino los médicos, los hospitales y las agencias de regulación de salud.
- Los médicos están, a menudo, activamente involucrados en el desarrollo y valoración de la tecnología médica. Su prestigio aumenta con ello.
- Debido a la competencia, los hospitales también adoptan rápidamente la nueva tecnología.
- El público queda impresionado por las primeras noticias e informes de los beneficios de las tecnologías nuevas.
- La regulación del gobierno tiende a suministrar un incentivo al desarrollo de la «alta calidad» —el alto coste tecnológico— en mayor medida que al desarrollo de la buena calidad —al bajo coste tecnológico—.
- La alta tecnología médica es provechosa para la industria.

El término «tecnología sanitaria» puede ser cambiante, motivado por su rápida evolución. La Oficina Americana de Evaluación Tecnológica definió la tecnología sanitaria (1978) como «los medicamentos, aparatos y procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica, y los sistemas organizativos y de soporte, dentro de los cuales se proporciona tal atención».

El papel del médico resulta especialmente relevante en el uso y extensión de las tecnologías médicas, al no disponer los pacientes de la información y conocimientos necesarios para la adopción de decisiones. Sin embargo, el médico no sólo debería juzgar el posible beneficio para el paciente, sino también los costes y beneficios que se derivan para la sociedad y el propio paciente.

La Evaluación de la tecnología sanitaria en España la lleva acabo la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias constituida en 1994 (RD 1415/1994 de 25 de junio, BOE nº 153), a quien corresponde fundamentar técnicamente la selección, incorporación y difusión de la tecnología sanitaria en el sistema sanitario español.

2.6. La equidad en la salud y la asistencia sanitaria

La equidad, sea cual fuere el punto de vista desde el que se contempla (en esto no hay un acuerdo general), tiene indudables connotaciones éticas. El primero de los objetivos de los Estados Miembros de la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (1984) se refiere precisamente a la igualdad.

La Ley General de Sanidad define la equidad como la igualdad en el acceso a la asistencia sanitaria pública, corrigiendo los desequilibrios territoriales y sociales de partida.

Cuando se habla de equidad, igualdad, es porque existen desigualdades. Es importante matizar a qué tipo de desigualdades se hace referencia. Para algunos, consisten en las diferencias en el nivel y la calidad de la salud de los distintos grupos de población y, para otros, en las diferencias en la provisión y en la distribución de los servicios sanitarios.

La equidad tiene que ver con la igualdad de oportunidades sanitarias y la reducción de las diferencias. Y puede concretarse afirmando que:

- A igualdad de necesidades, igualdad de acceso a la atención sanitaria y de utilización de medios.
- Igualdad en la calidad de atención.

Aunque no necesariamente de salud, ya que influyen otros factores como, por ejemplo, la alimentación o la educación.

3. GASTO SANITARIO Y FINANCIACIÓN

3.1. La gratuidad y el pago complementario

El carácter preferente y de primera necesidad de la asistencia sanitaria —la conveniencia, por tanto, de que nadie quede excluido de sus beneficios— y la equidad —igualdad de acceso y tratamiento— han sido los motivos principales que han llevado a la financiación pública y gratuita. La gratuidad no significa que la asistencia no tenga un coste, que lo tiene y, además, muy elevado.

Sin embargo, la gratuidad tiene efectos negativos que se traducen en el despilfarro. Cuando no existe restricción alguna, existe una demanda superior a la necesaria.

3.2. Financiación y producción de la asistencia sanitaria

Es un hecho generalmente admitido en el mundo occidental que, al ser la asistencia sanitaria un bien de primera necesidad, nadie debe quedar excluido de sus beneficios. Por tanto, debe ser financiada, al menos en su mayor parte, por la Administración pública. Sin embargo, y admitido esto, ¿es también indispensable que la provisión y producción sanitarias se realicen por el sector público, que los bienes de producción

asistenciales (centros de salud, hospitales, etc.) sean de propiedad pública? ¿No podría la Administración limitarse a la financiación dejando la provisión y la producción en manos privadas? Evidentemente, no son cuestiones puramente organizativas o técnicas las que entran aquí en juego, sino también concepciones ideológicas que apuntalan una y otra posición.

Los que consideran que la asistencia sanitaria reclama que todo, financiación, provisión y producción, esté en manos de la Administración pública, lo hacen con los siguientes argumentos (Barea y Gómez, 1994).

- a) Encargar a las empresas del sector privado la consecución de objetivos públicos es ignorar los incentivos, altamente contradictorios, a los que se enfrentan tales empresas. El capital privado tenderá a maximizar su beneficio, lo que provocará un conflicto con la satisfacción de la necesidad pública “sanidad” que tiene a su cargo.
- b) La presión para obtener beneficios afectará a la calidad asistencial.
- c) A largo plazo, el mercado sanitario capitalista tenderá hacia el monopolio con las consiguientes dificultades en su control.
- d) Originaría dificultades de coordinación con los servicios sociales de propiedad pública.
- e) El sector privado estaría más preocupado por sus propios intereses que por los de la población general.
- f) Originaría una inflación de costes por factores como el uso intenso de nuevas tecnologías sin evaluación previa o el pago por servicio a médicos y hospitales.
- g) Parasitismo del sector privado, al funcionar con recursos del sector público (en caso de provisión pública y producción privada).

No se puede negar que los hechos confirman claramente algunos de estos argumentos. Sin embargo, es bien patente la insatisfacción que producen los sistemas de producción pública, donde al olvido de las preferencias del paciente, se añade el descontrol del gasto y la ineficacia en la utilización de los recursos públicos.

El mercado constituye el mejor sistema probado para organizar con eficacia y eficiencia la producción. Si, a su vez, es causa de desigualdades, la Administración pública debe regular las relaciones del mercado para que se cumpla el objetivo de equidad, pero no suprimirlo. Podrá, igualmente, establecer restricciones por el lado de la oferta, regulando la entrada en el mercado y exigir, mediante los controles pertinentes, la calidad necesaria.

3.3. Marco de referencia de la financiación

El estudio de la financiación sanitaria se puede llevar a cabo desde dos perspectivas: micro y macroeconómica.

El análisis microeconómico se centra en la forma de pago a los agentes proveedores de servicios sanitarios, tales como los médicos (retribución) y los Hospitales o Centros de Salud (de donde proceden sus fondos).

Desde la perspectiva macroeconómica es necesario analizar la procedencia de fondos para hacer frente al gasto sanitario, el aseguramiento público y privado, los datos sobre el gasto, la financiación y la provisión sanitaria y la asignación territorial de los recursos sanitarios.

Antes que nada es necesario delimitar el concepto de gasto sanitario.

Por gasto sanitario entendemos todo gasto en bienes y servicios cuya finalidad sea preservar, mantener, recuperar o mejorar el nivel de salud de una población.

Pero esta definición abarca literalmente una gran diversidad de gastos, difícilmente homogeneizables en el ámbito internacional (incluye desde el gasto en vacunaciones hasta el gasto para preservar y asegurar la calidad de los alimentos), por lo que es preciso acotar el concepto. Pero, ¿qué se incluye dentro del término gasto sanitario?, ¿la mejora general de la salud o atenciones personales de salud?, ¿cómo se diferencia un hospital de una institución social que utilice médicos y enfermeras?, ¿está incluida la asistencia social?, ¿qué parte de los gastos en educación son sanitarios o generales?, ¿se incluye la formación del personal sanitario?, ¿y los servicios de veterinaria?

Para solucionar estos problemas de acotación, se han considerado principalmente los gastos de salud personales y algunos de los generales. Además se incluyen los servicios de salud en función de su finalidad (mejorar la salud) y no por resultados. Se puede incluir dentro del concepto de gasto sanitario, todos aquellos aspectos que cumplan estos tres requisitos fundamentales:

- Que la relación entre el gasto y el aumento de salud sea directa, y no tenga una finalidad indirecta.
- Que el gasto se impute a centros de naturaleza sanitaria.
- Que el gasto sea ejecutado por personal considerado “sanitario”.

Existen dos flujos muy diferenciados en cuanto a la procedencia de los fondos: público y privado.

Cuando los fondos son privados, estos van a financiar entidades y agentes privados, tanto para atención hospitalaria como extrahospitalaria, proviniendo estos fondos de las aportaciones a aseguradoras privadas que actúan como intermediario o *tercer pagador*, entre los agentes sanitarios y los asegurados.

Cuando son de procedencia pública, éstos van destinados en su mayoría a financiar entes públicos, a excepción de algunas partidas destinadas a sufragar los consorcios con entidades privadas, como ASISA (entes privados opcionales para la cobertura sanitaria de funcionarios).

Los fondos públicos son destinados al pago del personal. A su vez, los fondos públicos pueden proceder de la administración central, dedicados a la atención hospitalaria y cuya finalidad económica suele ser la adquisición de bienes y servicios.

Cuando proceden de la seguridad social sufragan el gasto farmacéutico de los cotizantes, cuyo destino es la salud pública. Cuando los fondos son autonómicos van destinados a inversiones y docencia. Por último los procedentes de corporaciones locales son destinados a la administración de los centros.

Entre los usuarios y los proveedores-prestadores a cuenta del pago de los servicios prestados, es decir, la relación de cambio entre médico y paciente existe una relación funcional de la financiación.

Estas relaciones pueden ser directas, cuando el usuario liquida directamente la obligación de pago contraída por los servicios prestados en un hospital o consulta privada; pero este es el caso menos común, pues lo normal es que aparezca la figura de un intermediario entre usuario y proveedor, por la peculiaridad del bien prestado (la salud es un bien cuya pérdida supone un riesgo con alto coste) y por la propia naturaleza humana y su aversión al riesgo.

A la figura del intermediario se le conoce en este ámbito como el tercer pagador.

El funcionamiento de esta relación es el siguiente: los usuarios realizan sus aportaciones al tercer pagador, que consisten en primas si se trata de aseguradoras privadas, cotizaciones en el caso de la Seguridad Social e impuestos para el resto de administraciones públicas; este tercer pagador es quien está obligado al pago de los servicios prestados por los proveedores sanitarios.

Existen diversas aseguradoras con muy distinta naturaleza, que actúan como tercer pagador.

Veamos dos clasificaciones de éstos:

1. Administración: Autonómica. Local. Diputaciones y cabildos.
Aseguradoras Públicas (Seguros sociales) y Privadas (Asistencia sanitaria y enfermedad).
Familias
2. Tercer pagador de tipo público (administración y sistemas de seguridad social) y de tipo privado (compañías de seguros y familias).
Los instrumentos de recaudación de fondos varían según sea el agente presupuestario. Si son las administraciones públicas, éstas se nutren de los impuestos recaudados. Si se trata de seguros sociales, su instrumento de recaudación son las cotizaciones. Las compañías de seguros se nutren mediante las primas, mientras el instrumento de recaudación de las familias son los precios.

El recorrido de la renta por el triángulo descrito, proveedor-intermediario-usuario describe un flujo circular. Las familias y empresas, financiadores últimos, realizan sus aportaciones (impuestos, primas...) a los terceros pagadores, que actúan como intermediarios financieros al acumular fondos para el pago de las prestaciones prestadas por los proveedores de servicios sanitarios, quienes a su vez se nutren de bienes y servicios suministrados por las familias y empresas, obteniendo estos fondos para ser los financiadores últimos.

Los instrumentos de recaudación, por lo tanto, son los precios, las primas, las cotizaciones y los impuestos.

Se considera que la financiación del gasto es privada cuando el pago es directo y la condición del tercer pagador es privada. Por el contrario cuando el pago es indirecto y el tercer pagador es público, la financiación se considera pública.

Para valorar la importancia del gasto sanitario se pueden utilizar los datos de la distribución del gasto anual de los hogares españoles en 1998.

Según este estudio, resulta llamativa la escasa importancia relativa del bien salud en nuestra cesta de gasto, un 2,45% del total, por debajo de la importancia relativa del gasto en bienes que actúan contra la propia salud, alcohol y tabaco, 2,7% del total; por lo que podemos entender que se trata de un gasto residual, circunstancia contradictoria ésta; hecho

que se explica por la peculiar naturaleza del bien objeto de nuestro estudio: la salud. Se trata de un bien demandado por todos, pero no es posible su asignación por un sistema de precios, pues la cantidad consumida total sería muy inferior a la socialmente deseable.

A pesar del aparente poco peso del gasto en sanidad, la salud en España no es un problema de gran importancia, tal y como lo demuestran las bajas tasas de mortalidad infantil, nuestra alta esperanza de vida, y la cobertura universal con las que nos ha dotado el ordenamiento jurídico español.

Mediante la combinación de financiación y provisión se pueden estudiar los distintos sistemas sanitarios, teniendo en cuenta que la financiación de la sanidad, hace referencia a quién afronta el pago de las prestaciones, y es de naturaleza pública cuando es el estado el sufragador, o privada si son agentes privados los pagadores; y que la provisión nos indica la naturaleza del prestador de servicios sanitarios, que también puede ser privada o pública.

Así, cuando la financiación es pública nos encontramos con el sistema público total (INSALUD), si la provisión también lo es; mientras que nos encontramos con los servicios comprados a los proveedores privados (MUFACE habilita a los funcionarios a recurrir a hospitales privados) en el caso contrario. Cuando la financiación es privada y la provisión pública caben dos posibilidades: la más usual es el habilitamiento de camas privadas en los centros públicos, o bien otra posibilidad, establecida en algunos países centroeuropeos, como el ticket moderador; mientras que cuando la provisión es privada nos encontramos con un sistema privado total.

Las fuentes de financiación del sistema nacional de salud distribuyen los recursos entre las distintas administraciones públicas de la siguiente manera: los recursos captados mediante impuestos, tesoro y otros ingresos (Ingresos generales del Estado) los distribuye la Administración Central entre los ministerios de Sanidad y Consumo y los de Justicia y Defensa, que actúan como gestores de servicios sanitarios. En cuanto a la Seguridad Social, sus agentes gestores son el INSALUD, gestión directa, y las mutuas de accidentes de trabajo.

Las comunidades autónomas sin competencias en materia de sanidad se nutren de transferencias por parte de la Seguridad Social y corporaciones locales. Para las demás comunidades la ley les concede competencias en sanidad e higiene, y se nutren de impuestos cedidos y participaciones en ingresos del estado. Por último, las Corporaciones locales, se financian mediante impuestos cedidos y participaciones en los ingresos del estado.

Las razones de la intervención del sector público en la financiación sanitaria son la equidad y la eficiencia.

Debido a las características especiales del bien salud, la distribución óptima desde el punto de vista de la equidad es más tangible con la intervención del Estado, objetivo muy importante pues es la base del pacto social.

Para un mejor funcionamiento del sistema, el estado debe intervenir para corregir los fallos del mercado, viéndose éstos más acentuados por la especial naturaleza del bien: bien público, pero cuyo consumo puede ser problemático. Los principales fallos son:

- Falta de incentivos para suministrar este tipo de bienes.
- Desatención de los aspectos que no son puramente asistenciales.
- Ausencia de consumidores bien informados.
- Mayor productividad de una población sana.

A la par, el criterio de eficiencia presenta problemas tanto por razones técnicas, (difícil cuantificación de la producción final, costes de las empresas externas de servicios, costes medios distintos en función del tamaño de los centros, dificultades en la medición de la productividad de los distintos recursos), como por razones de equidad, ya que la accesibilidad puede exigir costes diferenciales en la prestación de los servicios.

La importancia de las administraciones públicas en la financiación de la sanidad es enorme: el 75% del total está financiado por las administraciones, partida distribuida por el sector público entre las regiones basándose en los criterios de: renta per cápita, necesidad, poder de presión, históricos, gastos, y productividad.

La descripción de estos posibles criterios de reparto se resume en el siguiente cuadro.

Criterios	Concepto	Inconvenientes
Per capita	Misma cantidad de dinero por habitante	Equidad puede no ser buen medidor
Necesidad	A mayor necesidad mayor nivel de recursos	¿Cómo medir la necesidad?
Gasto histórico	Recibir lo mismo que antes del proceso descentralizador	Conserva la situación preexistente
Gasto efectivo	Reembolso al final de los gastos realizados	Prima la ineficiencia
Eficiencia productiva	Más a quien mejor lo hace.	Cómo medir eficiencia

El eje central de la financiación territorial son las fórmulas redistributivas. Estas formulas persiguen dos objetivos fundamentales:

- Aplicar el principio de iguales recursos para igual necesidad
- Asignar el presupuesto sanitario global sobre la base de la población ponderada mediante las necesidades sanitarias y los costes de provisión de los servicios específicos de cada región.

La preocupación por las persistentes desigualdades territoriales y sociales en el acceso a los servicios públicos y la generalización de las transferencias de recursos sanitarios a gobiernos regionales explican el auge de esta formula redistributiva.

Además presentan ventajas frente a otros instrumentos redistributivos, dada su transparencia, su relativa aceptabilidad y su factibilidad, además de introducir criterios de planificación regional de servicios. No obstante, existen alternativas a los instrumentos redistributivos:

- De acuerdo con el peso político de cada territorio.
- De acuerdo con la trayectoria que ha ido levando el gasto históricamente.
- Evaluación de la carga de trabajo y los resultados de los servicios sanitarios.

Los criterios a seguir para una adecuada predistribución son: población (estructura, turismo y dispersión geográfica) y necesidad (estado de salud, utilización de servicios, cobertura sanitaria y condiciones socioeconómicas)

La medida directa de la necesidad sería la solución ideal, escogiendo muestras de población y haciéndoles un seguimiento exhaustivo de la salud mediante chequeos, reconocimientos o cualquier otra fuente de información; pero esto supone un altísimo coste.

La medida indirecta sería calcular la demanda de servicios a través del nivel de gasto y la tasa de utilización de los servicios.

Para medir la necesidad se deben seguir tres criterios:

- Utilización. A menos uso más necesidad, fundamentado en la igualdad de oportunidades a la hora de utilizar los servicios.
- Estado de salud. Igualdad de oportunidad a obtener una mejora de su situación sanitaria. Mientras peor sea la situación, mayores recursos.
- Grado de cobertura. Todos han de obtener la misma igualdad de acceso. La medida aquí se introduce discriminando positivamente aquellas áreas con menores recursos.

4. ANÁLISIS ECONÓMICO-SANITARIO

4.1. Eficacia y eficiencia

Las cuestiones que se han de tener en consideración en la evaluación económica son:

- Cuál es el beneficio del tratamiento.
- Cuál es el coste del tratamiento.
- Determinar la forma más eficiente de tratamiento.
- Comprobar que el tratamiento es eficaz.

En cuanto a los beneficios, el principal es la mejora que se produce en la calidad de vida o el aumento de la duración de vida.

La evaluación económica (eficiencia: determinar la forma menos costosa de tratamiento) ha de complementarse con la evaluación técnica (eficacia: comprobar su adecuación y que logre el objetivo deseado).

Los costes se vinculan al sacrificio de recursos que lleva consigo la puesta en práctica de un tratamiento y se han de contabilizar todos los cambios en el uso de los recursos inducidos en el mismo. Los costes del tratamiento serán los recursos económicos, humanos y psicológicos.

Cualquier actividad sanitaria conlleva la utilización de unos recursos y la obtención de unos resultados. Los beneficios de la atención sanitaria constituyen mejoras en la sanidad de la población y con ello en la esperanza y/o calidad de vida. Es necesario elegir la mejor de las alternativas existentes para resolver un problema de salud.

Para conseguir este objetivo hay que utilizar la menor cantidad de recursos posibles o lo que es lo mismo, la menor cantidad de gasto (costes) por unidad de beneficio. Por lo tanto, los métodos de evaluación se basarán en la relación de beneficios y costes, eficiencia; es decir, beneficio obtenido con la intervención en condiciones reales, en relación al dinero, a los recursos o al tiempo asignados.

No hay que olvidar que los costes de la asistencia sanitaria no afectan solamente al servicio de salud, sino también a los enfermos y a sus familias, y otras organizaciones del sector público. Por otro lado, no todos los costes representan un gasto, ya que algunos servicios utilizados pueden ser de uso común para otras finalidades. Además, si bien la finalidad fundamental de las atenciones sanitarias es mejorar la situación de salud de los individuos, el beneficio no lo recibe únicamente el individuo, sino que recae también sobre su familia y, en general, sobre la sociedad entera.

El ideal es obtener un beneficio máximo con unos recursos mínimos, eligiendo aquella alternativa con la que se obtengan más beneficios en relación con los costes. La dificultad radica, sobre todo, en el cálculo de los beneficios.

Los análisis económico-sanitarios se caracterizan básicamente porque pueden llegar a considerar dos hechos diferentes en su estudio. El primero de ellos condiciona que el estudio evalúe tanto los costes como las consecuencias de las actividades sanitarias aisladas.

Y el segundo de ellos se plantea si en el análisis económico se conciben elecciones entre dos o más alternativas. Según estas dos características, la evaluación económica se puede definir como el análisis comparativo de acciones alternativas que incluyen tanto sus costes como sus consecuencias.

Según este esquema, cuando en el estudio se consideren aisladamente distintas alternativas, estaremos en los estudios descriptivos, que podrán ser de costes, de consecuencias o de ambos. Sin embargo, cuando en el estudio se incluyan dos o más alternativas, o incluso una alternativa comparada con la de no hacer nada, estaremos en los estudios de evaluación.

El caso más completo ocurre cuando ambos aspectos, alternativas y costes y consecuencias, son evaluados conjuntamente, con lo que nos encontraremos con los análisis de coste-beneficio, coste-efectividad y coste-utilidad.

El excesivo hincapié en el análisis coste beneficio, en términos monetarios, puede llevar a una deshumanización del concepto de eficiencia, al hacer énfasis en el valor monetario y productivo de la vida humana.

Dejando claro el valor inestimable de cada ser humano y que éste no puede ser colocado en el lado opuesto de la balanza del dinero, una mayor matización ha llevado al estudio más frecuente del análisis coste efectividad y coste utilidad. Estos análisis utilizan como medidas de beneficios la remisión de síntomas, la reducción de las discapacidades, los años de vida ganados, etc. (coste efectividad), donde queda más patente el valor de la persona humana y tiene más sentido sanitario.

4.2. Análisis coste -beneficio.

Forma de evaluación económica aplicable al ámbito sanitario, en la que tanto los costes como las consecuencias (beneficios) de un proyecto vienen expresados en términos monetarios.

Se trata de valorar las consecuencias de los programas en términos económicos y la proporción entre las consecuencias de los programas y los costes. Así, pues, se trata, en cierto modo, de la forma más amplia de análisis, en que se intenta determinar si las consecuencias beneficiosas de los programas se encuentran justificadas desde el punto de vista de los costes.

Consiste en un proceso de identificación, medida y valoración de los costes y beneficios consecuentes a la asignación de recursos a un objetivo sanitario determinado. Dicha valoración se puede obtener : valorando los recursos y productos para los que existe un mercado y obteniendo información de encuestas individuales, escalas de preferencias y opinión de profesionales y expertos.

Evidentemente, resulta muy difícil asignar valores económicos precisos a los aspectos de salud y enfermedad, pero sí es posible a través de sus repercusiones. Por ejemplo, para realizar una valoración económica de la vida se puede utilizar la valoración económica de las actividades perdidas a causa de la muerte prematura.

De todos modos, los economistas parten de la premisa de que el consumidor es el mejor juez del valor económico de un servicio, aunque evidentemente ello no coincide siempre con los planteamientos técnicos y, además, es preferible jugar con factores que puedan ser entendidos por todo el mundo.

La ventaja principal de este análisis radica en que además de agregar en una única dimensión monetaria múltiples consecuencias de diferente naturaleza, permite establecer comparaciones con cualesquiera otros proyectos públicos que hayan utilizado la misma metodología, con independencia del ámbito o de la naturaleza de los mismos. Incluso permite evaluar el nivel de eficiencia de cualquier proyecto, sin que sea necesario establecer comparaciones con otros, suministrando información acerca del beneficio neto absoluto que se puede obtener.

La regla de decisión se basa en elegir aquella alternativa (dentro de un proyecto) o aquel proyecto (dentro de los diferentes analizados o respecto de la inacción) que ofrezca la relación más favorable (por diferencia o por cociente) entre beneficios y costes.

En el primero de los casos (diferencia) se suele utilizar como regla de decisión el valor actual neto. Y en el segundo caso (cociente), se utiliza el índice coste-beneficio.

Beneficio de la intervención	-	Coste de la intervención	=	Beneficio neto
<u>Beneficio de la intervención</u>		Coste de la intervención	=	Beneficio/unidad monetaria asignada

Las limitaciones más importantes son:

- Puede conducir a una falsa seguridad decisoria. El enfoque económico de la atención sanitaria es una ayuda a la decisión y no un sustituto de ella, siendo la equidad otra consideración muy importante;
- La imposibilidad de poner precio a los múltiples intangibles derivados de los proyectos sanitarios (y por ello las desigualdades a que puede dar lugar).
- Los desacuerdos respecto de la estandarización metodológica, especialmente en la determinación de tasas y en la consideración de los beneficios y costes indirectos.
- La inconsistencia vinculada a los proyectos a largo plazo (y por tanto a los límites temporales del propio análisis).
- Tiende a favorecer a aquellos proyectos que tienen un gran impacto sobre el desarrollo económico.

4.3. Análisis coste-efectividad

Tiene como misión identificar y cuantificar los costes y los resultados de diversas opciones o procedimientos alternativos para alcanzar un mismo objetivo.

Los costes vienen expresados en términos monetarios, y las consecuencias (efectos) se miden en unidades físicas o naturales (número de vidas salvadas, disminución de la incidencia de la enfermedad, número de casos correctamente diagnosticados, etc.), que pueden referirse tanto a productos como a resultados finales.

Sirve para determinar cuál de entre varias alternativas disponibles para alcanzar un cierto objetivo es más eficiente en términos relativos; es decir, cuál de ellas es más coste-efectiva, en el sentido de que ofrece una más favorable relación entre costes y efectos. Dicha relación suele expresarse en términos de costes incurridos por unidad de efecto o, menos a menudo, en términos de efectos alcanzados por unidad de coste.

$\frac{\text{Coste de la intervención}}{\text{Unidades ganadas}} = \text{Coste/ unidad ganada}$

Este análisis permite la comparación entre proyectos de diferente naturaleza, siempre que los efectos de todos ellos vengan expresados en unidades naturales comunes.

Los principales inconvenientes de este análisis de derivan de:

- La no consideración de los aspectos subjetivos de los pacientes: costes y beneficios denominados intangibles (la ausencia de dolor, la ausencia de incapacidad, el efecto de estar sano, etc.).
- La imposibilidad de hacer comparables proyectos que tengan efectos de diferente naturaleza.
- La desinformación sobre si las consecuencias (monetarias) exceden o no a los costes.
- Su escasa utilidad cuando se aplica a proyectos y opciones que producen de forma simultánea diversos y desiguales efectos.

4.4. Análisis coste-utilidad

Se trata del método de evaluación económica de más reciente aplicación en el sector sanitario, que trata de identificar y cuantificar los costes y los resultados de procedimientos alternativos para alcanzar un mismo objetivo (mejora de la calidad de vida apreciada por los pacientes), en donde los costes vienen expresados en términos monetarios, y las consecuencias (utilidades percibidas y valoradas subjetivamente por los usuarios, que siempre son resultados finales) se miden en términos de calidad de vida o períodos de tiempo saludables.

Es, por tanto, una forma de evaluación económica más amplia que el análisis coste-efectividad.

Una medida de la utilidad es la de los años de vida ajustados según calidad que mide los beneficios tanto por los aumentos en la esperanza de vida (en años) como por las mejoras en la calidad de vida (en una escala de cero a uno)

El análisis coste-utilidad es un método de evaluación económica que se basa en la valoración de las preferencias o utilidades de los individuos. Una vez determinadas esas utilidades se calculan y comparan los ratios (coste/utilidad) de cada una de las alternativas, y luego se elige la ratio

de menor coste/utilidad. En rigor, este análisis puede ser considerado como un caso particular del análisis coste-efectividad, en el que las efectividades se miden desde la perspectiva o el punto de vista subjetivo del paciente.

La utilidad es la preferencia o valoración que el ciudadano tiene respecto a un estado de salud. Hay que considerar las preferencias o utilidades:

- a) De un grupo de personas (enfermos) con ese determinado estado de salud (se ahorra el tiempo de explicación).
- b) De personas que no padecen determinado estado de salud, pero a los que previamente se les ha informado sobre ese determinado estado de salud que se quiere estudiar.

El QALY o AVAC es la unidad de medida de las utilidades, es decir, años ganados ajustados por calidad de vida. Se trata de una unidad de medida de las preferencias de los ciudadanos respecto a la calidad de vida que se ha producido o evitado combinada con los años ganados o perdidos de vida respecto de un determinado estado de salud.

Las fases por las que transcurren los análisis coste utilidad son:

1. Medición de las utilidades de los estados de salud o determinación de la calidad de vida.
2. Confeccionar tabla utilidades medias de la población encuestada sobre esos estados de salud, para los distintos horizontes temporales y las alternativas.
3. Confeccionar QALYS con los datos anteriores de las tablas. De ahí obtendremos las tablas de QALYS con descuento o sin descuento.
4. Lo mismo que en 3) realizaremos con los costes de cada una de las alternativas.
5. Elaboramos las tablas LEAGUE o tablas costes/Qalys con descuento o sin descuento, según los datos.
6. También podríamos realizar un análisis en términos marginales de estos datos de QALYS y costes.
7. Y por último se realizan los análisis de fiabilidad, validez y sensibilidad aplicando diferentes pruebas estadísticas.

Para calcular los QALYs se combinan dos variables: calidad de vida y cantidad de vida.

QALYs: (Util estado salud o calidad vida estado) x (tiempo o años ganados)

U (Q,T)=	U (Q)	x	T
----------	-------	---	---

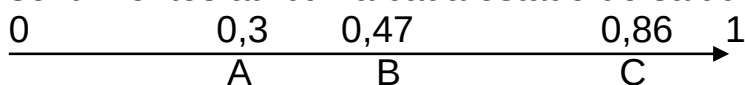
Los valores de calidad de vida se pueden determinar a través de los siguientes métodos específicos:

1. Método de TORRANCE G.W; BOYLE, M.H. and HORWOOD, S.P.
2. QWB, escala de calidad del bienestar o (Quality of well-being Scale, Kaplan and Bush)
3. Escala de discapacidad y aflicción (Disability/distress Rosser Scale)
4. MHIQ, índice de salud de McMaster (McMaster Health Index Questionnaire)
5. PSIP, perfil de impacto de la enfermedad (Sickness Impact Profile)
6. NHP, perfil de salud de Nottingham (o Nottingham Health profile)
7. DUHP, perfil de salud de Duke o Duke-unc health profile
8. FSQ, Functional Status Questionnaire
9. MOS-SF o Medical Outcomes Study-form General Health Survey
10. Euroqol (EQ-5D)
11. SF-3

Los métodos de cálculo genéricos son:

1. Escalas de puntuación o de categorías. En este método el enfermo asigna un valor a sus preferencias según una escala que va desde el estado de salud más deseado (1) al menos deseado (0).

Ejemplo: Se realiza una entrevista a una persona y se le pide que señale cuál es su valoración sobre los estados de salud A, B y C. Su valoración la expresará señalando con una flecha a qué altura del termómetro de sentimientos atribuiría cada estado de salud:



La utilidad del estado de salud A es de 0,3. La utilidad del estado de salud B es de 0,47. La utilidad del estado de salud C es 0,86

Cuando a estas utilidades se las multiplique por el tiempo de duración que implica ese estado de salud habremos calculado los QUALY.

$$\text{QUALY} : U_A \times T_A$$

Por ejemplo: Si el estado de salud A es tomarse la tensión con asiduidad, ¿Cuántos años de vida ajustados por calidad se ganan si se toma la tensión durante 6 años?

$$\text{QUALY}_A = 0,3 \times 6 = 1,8$$

2. Lotería normalizada o Riesgo estándar (standard gamble).

El usuario elige entre dos alternativas. La probabilidad (p) se va variando hasta que el sujeto es indiferente entre la alternativa 1 y 2. En ese punto de indiferencia el valor de p indica el peso de utilidad asignada al estado de salud que se estudia.

3. Técnica del compromiso o compensación temporal (Time Trade Off). En este método no se emplean las probabilidades y por ello es más sencillo. Lo importante en este método es el valor del tiempo de vida que se está dispuesto a vivir con un determinado estado de salud. Se calcula la utilidad cuando se llega a un punto en el que el valor del tiempo de vida es indiferente para el entrevistado entre las alternativas.

Alternativa 1: tener el mismo estado de salud el resto de su vida (t)

Alternativa 2: disfrutar de una vida más corta (x) pero más sana, y luego morir.

El valor del tiempo de vida se va cambiando hasta que el entrevistado es indiferente entre las dos alternativas.

$$U = x/t$$

Comparando los tres métodos encontramos que a) la escala de categorías es el método más barato y rápido, pero el más complejo de interpretar y además no tiene base teórica; b) que el método del riesgo estándar es el más caro, lento y complicado ya que usa las probabilidades y c) que el método del compromiso temporal es más fácil de pasar, pero es lento y caro.

En los tres métodos se realizan entrevistas con unos requisitos que necesitan:

- Buenos entrevistadores, que sepan utilizar una jerga especial para expresarse.
- Hay que definir bien el escenario.
- Utilizar técnicas visuales.
- Mucho tiempo para realizar la entrevista.
- Conocimiento por parte del entrevistado.

De cara a realizar comparaciones entre estudios, los métodos de cálculo de los QALYS presentan una serie de inconvenientes:

- Cada tabla de QALYS se ha determinado en función de una muestra y en un momento determinado del tiempo.
- Las enfermedades pueden presentar diferencias de síntomas según áreas geográficas.
- Las prácticas médicas varían de un lugar a otro.

- A medida que transcurra el tiempo las preferencias de los ciudadanos cambian.
- Los costes que se recogen en cada tabla suelen ser calculados de manera distinta.
- No sólo hay que incorporar los costes monetarios y directos sino también otros.
- Tener en cuenta el colectivo al que va dirigido el análisis. No son iguales los resultados según la edad.

La principal ventaja del uso de los QUALYs estriba en que introduce una vía racional para comparar distintos procedimientos sanitarios teniendo en cuenta la calidad y cantidad de vida de las personas, pero presenta estos inconvenientes:

- Es complicado de obtener y traducir los resultados para que los entiendan los expertos y ciudadanos.
- Los procedimientos están por perfeccionar, algunos de ellos son difíciles de calcular, otros necesitan de muchas formalidades como las explicaciones previas a las encuestas.
- Los resultados derivados de la comparación entre utilidades obtenidas por diferentes métodos son dudosos.
- Se aplica casi siempre a procesos de enfermedad crónicos con un período de evolución larga, pero no a enfermedades transitorias. Se cuestiona el cero de la escala de categorías.
- No toma en cuenta cuestiones de equidad, ya que no trata por igual a todos los ciudadanos.

Por estas razones se recomienda que los QUALYs sean abandonados para evitar ambigüedades a la hora de tomar decisiones sanitarias. Aun así, se siguen defendiendo como una herramienta más de trabajo.

En respuesta a esta situación, surgen nuevas figuras para medir la utilidad: SAVES y HYES.

En la práctica sucede muy a menudo que no es posible separar de una manera absolutamente tajante estas distintas formas de análisis en la evaluación económica, existiendo con frecuencia formas o tipos de estudio que son híbridos de dos formas de análisis de las indicadas.

Además, al analista no siempre le es posible, al comenzar a realizar su estudio, decidir con seguridad el enfoque más adecuado que se debe utilizar, por lo que a menudo se puede emplear al comienzo del estudio más de un tipo de análisis.

El enfoque económico ha sido aplicado a muy distintos problemas de atención sanitaria, por ejemplo, comparaciones de pautas terapéuticas prolongadas y breves, distintas modalidades de atención a ancianos (domiciliaria o en centros especializados) y exámenes de salud para la detección precoz de enfermedades (cáncer, diabetes, etc.).

La principal contribución del enfoque económico ha sido el cálculo del coste de recursos para conseguir los cambios deseados en el sentido de salud, así como comparar estos costes con los que serían derivados de utilizar otros métodos alternativos.

El enfoque económico es inadecuado para dar al planificador la respuesta a todas las cuestiones. Además, los propios análisis económicos consumen recursos. Sin embargo, son de utilidad por estas tres razones:

1. Porque proporcionan un método para valorar o cuestionar la práctica corriente, lo cual representa una posibilidad de mejora;
2. Porque, dada la escasez de los recursos, una valoración puramente técnica o médica no es suficiente;
3. Porque ofrece un marco en el que se pueden valorar mejor los datos disponibles, sin que se pretenda con ello que sea un método de adoptar decisiones.

5. EL MERCADO SANITARIO

5.1. El mercado y la asignación de recursos

Si la salud, como se ha dicho, es un bien económico y, como tal, escaso, ¿puede, como sucede con otros bienes, estar sujeto a la elección del consumidor en el libre juego del mercado? Esta cuestión, que tiene gran importancia, no deja de ser objeto de controversia.

El mercado, como mecanismo de asignación de recursos y como punto de encuentro de la demanda y la oferta, establece el equilibrio que se obtienen tanto en el precio como en las cantidades.

El mercado, al respetar la soberanía del consumidor, constituye el mecanismo de elección objetiva y más eficiente. Las condiciones mediante las que un mercado competitivo conduce a la eficiencia económica se dan, en la llamada economía del bienestar y sistema descentralizado, cuando se cumple el óptimo de *Pareto*: cuando no es posible mejorar la situación de una persona, sin que al mismo tiempo empeore la de otra persona.

Existen dudas razonables de que la asistencia sanitaria pueda configurarse con las características descritas del mercado y pueda conducir a un empleo eficaz de los recursos, si buscamos la equidad y la cobertura universal. De hecho, en la mayor parte de los países occidentales, la asistencia sanitaria ha sido sustraída al mercado y el Estado ha asumido, como una de sus funciones, el asegurar a todas las personas dicha asistencia en condiciones de igualdad.

Algunos de los motivos son los siguientes:

- Existencia de interacciones ajenas al mercado o existencia de externalidades. Esto hace que la asistencia prestada a una persona tenga repercusiones en otras.

La difusión de enfermedades contagiosas proporciona un ejemplo claro, al poder existir personas que subestimen el valor de las medidas asistenciales encaminadas a erradicarlas. Algo similar puede suceder con las medidas de salud pública y prevención, que refuerzan la tendencia a socializar, en cierto grado, la asistencia sanitaria.

- Falta de conocimiento por parte de la demanda. Con frecuencia, los consumidores no tienen los conocimientos necesarios para realizar la elección más adecuada y es el proveedor (sobre todo, el personal médico) el que determina la cantidad y calidad de la asistencia en nombre de los pacientes. Se produce una asimetría en la información. Esto explica el importante papel de los profesionales sanitarios quienes, en ausencia de responsabilidad económica, tienden a actuar de acuerdo con sus objetivos, ya sean monetarios, mejora de salud de sus pacientes, prestigio, etc. No es, pues, extraño que se tienda a maximizar los resultados por parte de los profesionales sanitarios, ignorando los costes.
- El riesgo y la incertidumbre. Puede afirmarse, señala Arrow (1981), que prácticamente todas las características singulares de esta industria se derivan de la prevalencia de incertidumbre. La propia demanda de servicios médicos no responde a circunstancias estables, sino a parcelas del todo impredecibles.
- La preocupación por la equidad. Esta preocupación ampara, en no pequeña medida, la conveniencia de que el Estado remedie lo que el mercado, por sí solo, no puede ofrecer.
- Existen problemas reales que limitan los resortes del mercado para resolver adecuadamente una correcta distribución de las provisiones sanitarias. Está demostrada la diferencia que existe entre el nivel sanitario deseado y el realmente adquirido. Si alguien

considera que debe ser atendido médicamente, está dispuesto a pagar todo lo que puede para conseguirlo, con un desconocimiento grande de lo que en realidad necesita adquirir. Esto hace que los proveedores generen su propia demanda y establezcan el precio.

- La constatada escasa información. Esto hace que el mercado sanitario no cuente entre sus requisitos con la claridad. Tanto más cuando se supone que la competencia exige como uno de sus postulados la transparencia.

5.2. La demanda y la oferta en el mercado sanitario

¿Qué características tienen la demanda y la oferta sanitarias? Es bien conocido que la oferta sanitaria tiene una restricción (también sucede en otras profesiones) por el hecho de que la entrada en la profesión tiene que tener una autorización legal.

Se ejerce un control profesional en la práctica médica, con el aumento consiguiente del coste de las prestaciones médicas. Esta circunstancia se aleja de los supuestos de un mercado competitivo. Por otro lado, las relaciones entre el médico y el paciente están basadas en la confianza y en el tipo de comportamiento, que difiere del de los negocios.

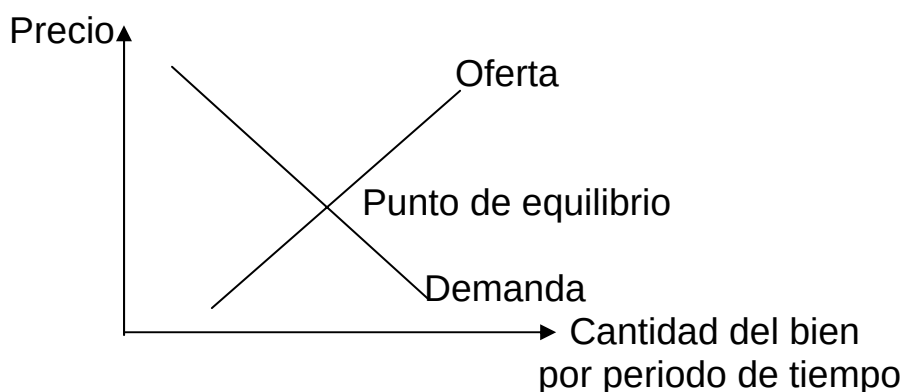
En cuanto a la demanda de los servicios médicos, tiene su origen, como ya se ha dicho, en su carácter impredecible. Se solicita asistencia sanitaria cuando surge la enfermedad y su aparición es incierta.

La demanda de servicios sanitarios, para determinados variaciones de precios, permanece invariable, ya que se comporta como un bien esencial de primera necesidad (por ejemplo, el medicamento en una enfermedad crónica). No sucederá así cuando se trate de cuidados preventivos cuya demanda disminuirá ante subidas de precios. La demanda se verá afectada por la salud que se tenga y, desde luego, por la renta disponible.

5.3. El mercado competitivo de los servicios sanitarios

Aunque existen y coexisten diversos tipos de mercado de servicios sanitarios, nos centraremos en el análisis de uno bien concreto, el mercado competitivo, por ser el modelo a partir del cual o contra el cual se definen los otros tipos. Después de analizar el mercado competitivo de los servicios sanitarios, nos ocuparemos brevemente de otros tipos de mercado.

Para que exista un mercado de servicios sanitarios competitivo, la sociedad debe estructurarse como un conjunto de unidades individuales, productores y consumidores, que se comportan de forma racional (es decir, poseen una estructura coherente de preferencias y objetivos que intentan maximizar) y que entran en contacto con el mercado como vendedores y compradores. El reflejo de sus actividades puede verse en el gráfico siguiente:



Este gráfico expresa el hecho de que, a medida que disminuye el precio, los consumidores estarán dispuestos a adquirir una mayor cantidad de bienes, mientras que los oferentes no estarán dispuestos a ofrecer más cantidad del bien, cosa que harán si aumentan los precios. El consumidor demanda cantidades de bienes y servicios hasta el punto en que el valor marginal que obtiene de ellos se iguala a su precio.

La pendiente decreciente de la curva obedece a:

1. La limitación de recursos de los demandantes.
2. La utilidad marginal decreciente de los bienes (cuando aumentan las unidades de un bien consumidas en un período de tiempo, la utilidad de cada unidad adicional es inferior a la de las unidades anteriores).
3. La salud del individuo;
4. La percepción de la utilidad potencial de los servicios;
5. La renta del individuo: los individuos de inferior renta pueden tener dificultades para mantener el consumo de un determinado servicio sanitario.

En el caso de bienes y servicios sanitarios, podría ocurrir que, para ciertos intervalos de precios, la cantidad demandada del bien permanezca invariable (por ejemplo, bienes y servicios que resulten vitales para el individuo), pero que, a partir de cierto nivel de precio, la cantidad demandada se reduzca, pues la limitación de la renta imposibilitaría al individuo dedicada completamente a la adquisición de dicho bien.

Existe un amplio espectro de modelos de demanda sanitaria, que oscila entre la certeza (el consumidor posee la capacidad e información suficiente para elegir su estado de salud en cada momento) hasta la incapacidad total para realizar la mínima elección exigida por restricción presupuestaria (en los mercados intervenidos por el Estado).

El consumidor solicita normalmente consejo médico para orientarse sobre las acciones que ha de seguir ante un episodio de pérdida de salud. Al no poseer, en general, conocimientos adecuados en el terreno médico, tiene que aceptar la cantidad y tipos de asistencia propuestos por el médico (demanda derivada). La única decisión posible es tomarlo o dejarlo. Si el valor total de los beneficios supera su coste, decidirá aceptarlo. La necesidad de asistencia del consumidor vendrá, por tanto, determinada por el médico en términos de la cantidad y calidad de la asistencia sanitaria que le restaurará dentro de lo posible su salud hasta el nivel esperado por el médico.

Así, pues, en la práctica el consumidor tiene una curva de demanda sanitaria totalmente inelástica.

Por otro lado, la pendiente creciente que presenta la curva de la oferta dependerá de:

1. A corto plazo, algunos de los factores de producción son fijos y los incrementos de producción que deban producirse lo harán aumentando la utilización de los factores variables (personal sanitario, horas de trabajo, etc.), manteniéndose constantes otros como la planta y el equipamiento. Esto hace que el trabajo tenga una productividad marginal decreciente, lo que da lugar a unos costes crecientes de las unidades adicionales de producto. Por ello, sólo podrá ofrecerse más cantidad de producto a precios que permitan cubrir los costes crecientes.

Hay casos en que la oferta puede tener una configuración distinta. Por ejemplo, cuando la oferta de camas hospitalarias es fija y no puede aumentarse rápidamente aunque aumente el precio.

5.4. Otros tipos de mercados

Existen otros tipos de mercados aplicables al ámbito sanitario, aunque minoritariamente.

- Mercado de futuros.

Este es un mercado en el que se pactan contratos a precios especificados hoy para ser cumplidos después de un cierto plazo. Es un tipo de mercado en el que se realiza la contratación de productos para su entrega o prestación en el futuro o de forma diferida en el tiempo, a un precio previamente acordado.

Este tipo de mercado ha sido propuesto para el caso de los trasplantes de órganos.

- Mercado interno.

Se trata de una modalidad de mercado de prestación de servicios sanitarios en el que se encuentran diferenciadas las funciones de financiación, adquisición y producción de servicios, existiendo libertad por parte de los compradores responsables de la atención sanitaria de la población para adquirir aquellos bienes que ofrezcan un mayor grado de efectividad respecto de sus costes.

- Mercado mixto

En el ámbito sanitario es una forma especial de establecer cierto grado de competencia vía producción-oferta entre los proveedores públicos y privados de servicios sanitarios, con la particularidad de que, en la vertiente consumo-demanda, el control y la responsabilidad de la distribución de los recursos corresponde al Estado.

- Mercado administrado.

Modalidad de mercado en el que existiendo libre competencia y libre competencia, se establecen por la Administración ciertas normas de actuación o determinados comportamientos de los agentes que intervienen, orientados a evitar efectos adversos en términos de inseguridades, insuficiencias o inequidades.

- Mercado sanitario regulado.

Tipo específico de mercado controlado aplicado al ámbito sanitario, que puede caracterizarse por la financiación pública, la existencia de normas para la garantía de la calidad, la prevención contra la selección adversa, la libertad de elección del paciente, la descentralización administrativa y la información sobre costes y resultados.

Respecto a la regulación del aseguramiento, se evitan los efectos adversos: bien obligando a todos los aseguradores a aceptar una prima común para todos los individuos con independencia de su nivel de riesgo; o bien obligando a todos los individuos a asegurarse aunque la prima por pagar supera previsiblemente los costes en que han de incurrir.

6. CONCLUSIÓN

La asistencia sanitaria puede tratarse desde el punto de vista económico; existe una oferta, una demanda y un mercado. Sin embargo el carácter especial del concepto *salud*, puede implicar que lo que es normal o aceptable, cuando se trata de bienes o servicios, no lo sea en su caso.

Entre los profesionales sanitarios existe un interés creciente por todos los aspectos relacionados con la eficiente utilización de los escasos recursos de la sanidad pública. La aplicación de la teoría económica al campo de la sanidad permite entender los conceptos, comprender los planteamientos y compartir las estrategias más eficientes para resolver problemas de gestión tan diversos como los relacionados con la evaluación de la tecnología sanitaria, la elaboración y control del presupuesto, el registro e información de la actividad financiera, los costes de los productos sanitarios y de los pacientes atendidos, el análisis de las inversiones... En definitiva, el análisis económico permite conocer los procesos de toma de decisiones en la asignación y gestión de los recursos destinados a mejorar la salud.

La contribución más importante del enfoque económico ha sido el cálculo de recursos necesarios para conseguir los cambios deseados en el sentido de salud, así como comparar estos costes con los que se derivarían de utilizar otros métodos alternativos. Pero no hay que olvidar nunca que el enfoque económico en la atención sanitaria es sólo una ayuda a la toma de decisiones y nunca un sustituto de ella, siendo la equidad otra consideración muy importante.

7. BIBLIOGRAFÍA

- CORTINA, P.; ALFONSO, J. L. *Economía de la Salud*. En: PIÉDROLA, G. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Masson-Salvat. Barcelona, 1991.
- DRUMMOND, MF; O'BRIEN, BJ; STODDART, GL; TORRANCE, GW. *Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria*. Díaz de Santos. Madrid, 2001.
- GISBERT, R; GELONCH, I. *Economía y Salud. Economía, gestión económica y evaluación económica en el ámbito sanitario*. Masson. Barcelona, 2002.
- MARTÍN MARTÍNEZ, F. J. *Economía sanitaria e informática médica*. Autor-Editor16, 1999.

- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, J. *Nociones de Salud Pública*. Díaz de Santos. Madrid, 2003.
- ORTEGA, A. *Organización y gestión del área de trabajo*. McGraw-Hill. Madrid, 2000.
- PUIG-JUNOY, J.; LÓPEZ- CASASNOVAS, G.; ORTÚN, V. *¿Más recursos para la Salud?* Masson. 2004
- RUBIO CEBRIÁN, S. *Glosario de Planificación y Economía Sanitaria*. Díaz de Santos. Madrid, 2000
- VARIOS. *Documentación del curso Economía de la Salud*. Departamento de Economía Aplicada y Gestión Pública. UNED 2005

NOTAS