

---

Este capítulo se publica bajo Licencia [Creative Commons BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)

## Tema 4. INTRODUCCIÓN A LA ECONOMÍA DE LA SALUD.

### Introducción

El sector sanitario se ha convertido en uno de los sectores prioritarios de las modernas economías occidentales, al hilo de la consolidación del llamado Estado del Bienestar. A lo largo del siglo XX y sobre todo después de las dos guerras mundiales, los gobiernos han asumido la necesidad de que todo ciudadano pueda acceder, en menor o mayor igualdad de condiciones, a la sanidad.

El aumento en los niveles de cobertura, el progresivo envejecimiento de la población y la constante introducción de nuevas tecnologías son algunas de las razones que explican que el gasto sanitario sea la partida del gasto público que más haya crecido.

Sin embargo, y a partir de la década de los ochenta, las tasas de crecimiento del gasto sanitario tienen que enfrentarse a cambios políticos y sociales que han puesto en cuestionamiento mantener la tendencia de este gasto específico, cuando no la misma configuración de los sistemas sanitarios.

Estas circunstancias han impulsado la necesidad de realizar una reflexión respecto a la correcta gestión de los recursos sanitarios y a la formación en esta materia a los profesionales sanitarios, en los que recae cierto grado de responsabilidad en la gestión del gasto.



## El papel de la economía

Si la economía *“es la ciencia que estudia la forma en que las personas resuelven el problema de cómo satisfacer sus necesidades materiales ilimitadas frente a la disponibilidad escasa de recursos”*, la economía de la salud *“es la ciencia que estudia la asignación de recursos con el objetivo de maximizar el bien social”*.

La economía de la salud cobra especial relevancia cuándo se acepta el fenómeno de la escasez a la luz de las ilimitadas necesidades humanas, en contraste con la limitación que imponen los escasos recursos disponibles. Es a partir de esta desigualdad cuando se impone la conveniencia de establecer mecanismos mediante los cuales se facilite la adopción de decisiones seleccionando las alternativas dentro de un conjunto de oportunidades.

Desde una perspectiva histórica, la introducción formal de los principios económicos en el ámbito sanitario se remonta a los años sesenta y se justifica por las tres principales razones:

1. La explosión del gasto sanitario registrada en la mayor parte de los países desarrollados.
2. Las sucesivas crisis económicas mundiales, singularmente a partir de los años setenta.
3. La aparente escasa relación existente entre los crecientes recursos aplicados en servicios sanitarios y los resultados obtenidos en términos de salud, y de los deficientes instrumentos utilizados para medir la ganancia en salud de las diferentes intervenciones sanitarias.

El desembarco en el mundo universitario se produce a mediados de los ochenta y su aplicación más conocida es la evaluación y la gestión, que requiere unos conocimientos técnicos e institucionales de los problemas de salud y de los servicios sanitarios.

Los estudios de la economía de la salud van más allá de la visión simplista de asociar problema-crecimiento-gasto sanitario, ya que se ocupa tanto de los determinantes de la salud, como de la industria farmacéutica en su papel relevante en el sector por su financiación en la investigación, estudia las decisiones en la incertidumbre, la asimetría en la información y sus consecuencias, medir el rendimiento de los profesionales y los incentivos, etc.

En estos años los avances teóricos en los conceptos económicos aplicados a los problemas de salud hacen que tengan una presencia destacada en su ámbito natural: el de la gestión pública sanitaria y más a largo plazo, en el de la *gestión clínica*.

## Análisis económico de la salud

### ¿Qué es la salud?

Definir la salud ha sido y continúa siendo motivo de controversia. Desde la definición de la OMS en 1946 que en algunos aspectos tiene elementos innovadores como el hecho de considerar la salud como algo positivo, sin embargo también ha sido criticada por ambigua y poco operativa, han habido otras cuyo elemento central ha sido bien el *equilibrio*, bien el *bienestar* hasta la actualidad en la que el eje principal es la *capacidad*. Casi todas estas definiciones siguen siendo ambiguas, utópicas y se instalan en un concepto ideal, mucho más que su reverso, la enfermedad que es algo más tangible.

El interés actual está en la incorporación de la medición de la calidad de vida relacionada con la salud, de esta manera queda situada en contexto la salud tanto a nivel individual como social, poniéndose de manifiesto el carácter multidimensional de ésta.

En resumen, entendemos por salud el estado caracterizado por la integridad anatómica; la habilidad para actuar personalmente de acuerdo a los valores, cumpliendo los roles laborales y sociales; la habilidad de manejar el estrés físico, biológico y social; un sentimiento de bienestar y el estar libre de riesgos de enfermedad y muerte (Hidalgo 2000).

## Los determinantes de la salud

Aunque los avances en ciencias médicas, sobre todo en fármacos antiinfecciosos tuvieron gran éxito en la reducción de la morbilidad y mortalidad en la primera mitad del siglo XX, hoy las diferencias de salud entre países desarrollados o entre poblaciones de un mismo país no están fundamentalmente relacionadas con la calidad y cantidad de los servicios sanitarios prestados. Se constata que la esperanza de vida no crece al mismo ritmo que el incesante incremento de recursos asignados al sistema sanitario.

A pesar de la creencia generalizada de que la salud está influida fundamentalmente por la asistencia sanitaria, existen abundantes referencias históricas que demuestran que esta afirmación no es del todo exacta, ya que factores tales como la biología humana, el medio ambiente o la conducta ejercen un papel tanto o más importante que los propios servicios sanitarios y que son conocidos como “los factores determinantes de la salud”.

Y estos factores deben ser tenidos en cuenta como marco conceptual para la elaboración de una

política sanitaria fundamentada en las necesidades de salud de la población, esto es en la salud pública. El incremento de la esperanza de vida durante el s. XX ha sido el mayor experimentado en los dos mil años anteriores. Existe un consenso general en que esta mejora se debe más a causas económicas, sociales y políticas que a intervenciones sanitarias. Son famosos los estudios del sociólogo Dever en 1976, en los que demuestra que imputa un porcentaje a ciertos determinantes por su impacto en la disminución de la mortalidad correlacionándolo con el porcentaje de gasto dedicado a cada determinante. A partir de estos estudios han seguido otros como los que demuestran que cuando la ciencia médica y otras variables determinantes se mantienen constantes, la contribución de la asistencia sanitaria a la salud es muy pequeña

Así, las actitudes personales hacia el riesgo afectan a la demanda de los servicios de salud.

El crecimiento de la tecnología médica es otro determinante de la salud a considerar con una efectividad relativa. El papel de la familia como prestador de cuidados sanitarios, especialmente por parte de la mujer, junto con la presencia del gobierno en la regulación de muchos aspectos de la sanidad, son otros factores posibles que explican cómo países con menos gasto sanitario tienen mejores indicadores de salud.

El impacto preciso de los múltiples determinantes de la salud sobre la misma es difícil de cuantificar con precisión, como también el efecto de las intervenciones sanitarias, aunque se está avanzando en el conocimiento de la proporción de riesgo atribuible a cada determinante.

*Solo explicitando objetivos concretos en los planes de salud traducidos en planes de servicios, medibles e incentivables, por parte de los prestadores de dichos servicios, junto con las acciones de otros sectores además del sanitario, se conseguirá ajustar adecuadamente salud y asistencia sanitaria.*

## La medición de la salud

La medición de la salud es el aspecto más importante para valorar los progresos en la mejora del estado de salud de la población. Está ligada a dos aspectos interrelacionados:

- Cómo se define la salud.
- Cuál es el propósito de la medición.

Para ello habitualmente se emplean indicadores de salud que deben representar un intento riguroso de reflejar el estado de salud los tradicionalmente más utilizados han sido las estadísticas de mortalidad y de esperanza de vida al nacer. Los de mortalidad están fácilmente disponibles,

pero están perdiendo importancia porque son poco sensibles. Posteriormente se han utilizado los indicadores de morbilidad basados en la incidencia y prevalencia de enfermedades de acuerdo a diagnósticos médicos (CIE). Aunque reflejan de forma más amplia el proceso de salud-enfermedad, tienen la desventaja de estar menos disponibles y sujetas a una considerable variación en la calidad dependiendo de los registros utilizados y posterior manipulación. En las últimas décadas, en un intento de paliar los defectos observados en los indicadores existentes se han desarrollado indicadores más que han tratado de reflejar otros aspectos de la salud.

Cabe destacar la importancia de los indicadores psicológicos, sociales y de medición de la calidad de vida que, entre otras cosas han intentado reflejar los aspectos positivos de la salud. Así nos encontramos con instrumentos que miden la valoración funcional basados en la repercusión de la enfermedad en el individuo, como por ejemplo el índice de independencia en las actividades de la vida diaria (ADL), los criterios de la New York Heart Association para valorar el grado de funcionalidad de los pacientes cardiopatas, el índice de Karnofsky, que refleja el grado funcional y pronóstico de los enfermos oncológicos o el APACHE, para valorar pacientes ingresados en cuidados intensivos.

## La atención sanitaria

La atención sanitaria son aquellos servicios prestados a individuos o comunidades por los agentes de los servicios de salud con el propósito de promover, mantener, monitorizar o restaurar la salud. Es un evento participativo, donde cada paciente es único y su prestación produce salud o la restablece.

En una actividad como la sanitaria lo más importante es la *calidad* del servicio o del cuidado prestado. Calidad entendida como balance de los beneficios y daños a la salud como consecuencia de la prestación de esos servicios. Dados unos determinados recursos destinados a la asistencia sanitaria, la más alta calidad de la atención prestada sería la que produjera la mayor utilidad neta para el conjunto de la población. Esta regla es difícilmente sostenible como criterio general de asignación de recursos, tanto por sus fundamentos como por sus implicaciones. Sólo basta ver que con este criterio no deberíamos prestar cuidados a enfermos terminales ya que la esperanza de vida es cercana a cero, o deberíamos discriminar negativamente a los ancianos. Esto demuestra que a la hora de tomar decisiones no es suficiente fijar objetivos de eficiencia económica, sino de *eficiencia redistributiva*.

## Gasto, crecimiento y salud

Newhouse estableció en 1997 una ley empírica aceptada por la inmensa mayoría de los economistas de la salud: *A medida que los países se desarrollan y crece su renta per cápita, el gasto sanitario per cápita crece más que proporcionalmente, es decir, el gasto sanitario crece a mayor ritmo que el PIB.*

¿Supone ese mayor gasto en sanidad una mejora en los indicadores de salud?

Las estadísticas sugieren que existe una relación directa entre el desarrollo y gasto sanitario y entre éste y salud. Sin embargo, los gráficos son muy expresivos de cómo la efectividad del gasto sanitario es muy fuerte en el tramo inicial, pero tiende a anularse a partir de cierto nivel. De estos datos parecería desprenderse que un nivel adecuado de gasto sanitario es condición necesaria para alcanzar ciertos niveles de salud, pero llegados a ese nivel los incrementos de gasto podrían resultar superfluos. Otra regularidad empírica demuestra que: *El incremento del gasto sanitario hace mejorar significativamente los indicadores de salud hasta un punto a partir del cual parecen estancarse, aunque siga elevándose el gasto.*

## Mercado

El mercado es el lugar donde se encuentran los oferentes y los demandantes de un mismo producto. Esta definición no implica un encuentro físico o un lugar determinado, más bien una mera relación entre unos agentes que desean comprar un bien y otros que desean venderlo. Las características de los bienes y servicios y de quienes los compran y venden en cada caso, son muy diferentes. Por eso nos encontramos con estructuras de mercado muy distintas.

La clasificación de los mercados es muy diversa, ya que en ellos intervienen muchos factores y circunstancias. Los más relevantes son:

1. *El número de participantes:* es un elemento esencial y una de las clasificaciones más conocidas es la de Stackelberg según la cual los mercados sanitarios suelen ser monopolísticos, como son los medicamentos patentados, u oligopolísticos, como el de los seguros médicos privados.
2. *Por las características del bien producido:* si es un producto estandarizado será un mercado perfecto y si los bienes no son homogéneos, estamos ante un mercado imperfecto. En el caso de la asistencia sanitaria, la gran parte de los bienes y servicios están diferenciados, ya sea por marca o por el prestigio o la cualificación.
3. *El precio de los bienes:* esta clasificación depende de la existencia de un único precio o

varios para un mismo bien. Si sólo existe un precio el mercado será transparente; en caso de lo contrario, se dice que presenta fricciones o rozamientos. De nuevo, lo más habitual en la asistencia sanitaria es que existan fricciones y rozamientos.

4. *La capacidad de influencia sobre los precios:* en este sentido se clasifican en función de la capacidad que poseen los agentes que intervienen en ellos para influir en el precio. Si los participantes consideran el precio como dado, los mercados son normales, mientras que si éstos pueden alterarlo, el mercado se denomina forzado. En la asistencia sanitaria los mercados son generalmente forzados.
5. *La regulación del mercado:* si los consumidores y oferentes pueden relacionarse sin trabas ni intervenciones públicas, el mercado será libre. Mientras que si los poderes públicos regulan la actividad fijando precios máximos o mínimos, el mercado será intervenido o regulado. Los servicios sanitarios son de las actividades económicas más reguladas en todos los países del mundo. Incluso en países como EEUU en los que la asistencia sanitaria está más orientada al mercado, el sector sanitario es el más regulado de todos los sectores que componen la actividad económica del país.

Podríamos decir, en términos generales, que los mercados de atención sanitaria suelen ser mercados *imperfectos, forzados, intervenidos y con fricciones*, motivo por el que la competencia perfecta suele ser más la excepción que la norma.

## La demanda de salud

Se entiende por demanda individual de un bien o servicio a *la comparación que hace cada sujeto de los beneficios que va a obtener del mismo, y de los costes que el consumo de ese bien o servicio va a implicarle*. En el campo sanitario esta definición choca con numerosas dificultades:

1. La demanda de los servicios sanitarios es una demanda derivada: lo que las personas desean realmente es recuperar bienestar o funcionalidad, pero raramente demandan cuidados.
2. ¿Todos tenemos la misma preocupación por la salud? No. Cada uno hace una valoración en la que influye la educación, el nivel cultural y la información.
3. Los problemas de salud son en unos casos aleatorios y en otros previsibles (la edad genera más necesidades de cuidados, algunos factores de riesgo...). En todo caso, una característica de las necesidades de atención sanitaria es la incertidumbre, y aunque se

haya avanzado en la estimación de las probabilidades de contraer algunas enfermedades, es evidente que cada persona desconoce qué necesidades de atención sanitaria puede necesitar a lo largo de su vida y a cuánto puede ascender el coste de esas atenciones.

4. La demanda de servicios de salud está mediatizada por el hecho de que los consumidores tiene acceso libre y gratuito. Y la teoría afirma que la distribución gratuita de un bien lleva al despilfarro pues se consume mucho más de que sería deseable. Aunque, sin embargo, en el caso de los servicios sanitarios el peligro es notoriamente menor al que la teoría pronostica, ya que como hemos señalado, ellos demandan salud y no un determinado servicio.
5. La relación de agencia hace que tanto la oferta como la demanda ya no sean enteramente independientes.

### La oferta de servicios sanitarios

La oferta la realizan quienes producen bienes o servicios y combinan producción mas capital.

En nuestro país, con fuerte predominio del sector público nos plantea ya la primera peculiaridad:

1. No hay competencia entre el sector público y el privado. La asistencia privada, tanto por su volumen relativo como por actuar asociado al propio sistema público, tiene un campo de competencia muy limitado. Si a esto le añadimos que el sistema público debe atender a los colectivos y necesidades menos rentables para la asistencia privada , que la calidad de la asistencia prestada no puede compararse ya que esta margina determinados tratamientos, los aumentos del coste de calidad se traslada a los precios y con mayores rigideces contractuales laborales y presupuestarias que el sistema público.
2. ¿Quién es el oferente? ¿lo es el financiador, ya sea el Estado o la aseguradora?, ¿lo es el centro hospitalario o de salud?¿o lo son los profesionales sanitarios que actúan como agentes prestadores directos de los servicios? Cada uno tiene unas expectativas diferentes y distintas relaciones con los usuarios que suele llevar a problemas de sintonía. Está claro que todos ellos comparten decisiones típicas de los oferentes y esto supone el factor clave de la complejidad: la complejidad comienza porque en este modelo consumen los enfermos, compran en buena medida los profesionales y pagan las instituciones sanitarias. El hecho cierto es que las decisiones más importantes para los usuarios las hacen los profesionales sanitarios. Esto hace que sean ellos los gestores directos de la mayor parte de los servicios prestados por el sistema sanitario y por tanto el peso fundamental de las

decisiones de los oferentes.

3. En el mercado normal, el oferente sabe lo que cuesta el producto que vende, sin embargo, los profesionales sanitarios desconocen en muchos casos el gasto que comportan sus decisiones. Esto implica que se tengan poco en cuenta las implicaciones económicas en la práctica clínica. Ello no sería especialmente grave si no existiera *el coste de oportunidad: El beneficio perdido de la alternativa no elegida*. Dicho de otra manera, lo que dejas de hacer por elegir otra cosa, siempre que se elige realizar una intervención para atender una necesidad determinada, se deja de atender otra. El coste de una determinada elección no es únicamente el dinero que gastamos al elegir esa opción, sino el sacrificio que nos supone esa decisión. La cuantificación de estos costes no es sencilla, pero su importancia en la evaluación es a veces decisiva, muchas veces habrá que tener en cuenta que son bienes públicos, las externalidades, los monopolios, etc.
4. Otro factor que añade complejidad se deriva de las propias características del bien demandado, ya que mientras el servicio asistencial es claramente definible, las mejoras en salud y en los hábitos de vida de las personas no pueden individualizarse de la misma forma, por lo que este tipo de actividades queda fuera del mercado.
5. La organización del sistema. La demanda específica para cada centro depende no tanto del mayor o menor atractivo de nuestra oferta sino de una serie de aspectos que nos son relativamente ajenos y, desde luego, independientes a nuestra propia producción.

En resumen, en el esquema tradicional de mercado la búsqueda de “beneficios” es el objetivo fundamental de los productores de bienes y servicios y sobre esa premisa se construyen los grandes modelos de la teoría económica. Sin embargo, esa regla no sirve para los oferentes del sistema público, donde quizás los criterios de *equidad, efectividad y eficiencia* pueda entenderse como objetivo que sustituye la maximización de beneficios.