

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

Tema 5. CRITERIOS ECONÓMICOS APLICABLES A LOS SERVICIOS DE SALUD.

Necesidades en salud

El enfoque epidemiológico contempla el término “necesidad en salud” desde algo muy preciso hasta un cajón de sastre donde quepa casi todo. Necesidad “es la diferencia que existe entre un estado de salud observado y un estado de salud deseado”, a diferencia de problema de salud que sería “la presencia de un estado de salud deficiente en la consideración del individuo, la comunidad o los expertos”. Las necesidades en salud se clasifican según Bradshaw en:

1. *Necesidad normativa*. Se define en relación a una situación ideal o norma, establecida por los expertos en salud. ayudan, por ejemplo, a discernir las enfermedades a partir de datos epidemiológicos.
2. *Necesidad sentida o percibida*. Tiene relación con lo que los individuos perciben o experimentan personalmente acerca de su situación de salud. Este tipo de necesidad depende en gran medida de la información de que dispongan los usuarios acerca de los problemas de salud y sus causas así como sus expectativas en materia de atención sanitaria.
3. *Necesidad expresada*. Significan la petición concreta y es la consecuencia lógica de la necesidad percibida para la que se busca atención sanitaria. Sin embargo, es frecuente que no la expresen.
4. *Necesidad comparada*. Se establece al tomar como referencia los datos de una persona o comunidad, definiendo así la necesidad que un individuo o grupo debería presentar al ser sus condicionantes similares a los de otros cuyas necesidades ya se conocen.



Por lo tanto una demanda de salud potencial es equivalente a necesidad frente a una demanda expresada que ya se transforma en utilización de servicios. La prioridad asociada a la necesidad refleja implícita o explícitamente los costes de oportunidad de la ordenación de prioridades. La necesidad sin priorización no tiene valor operativo ni como demanda ni como objetivo de política sanitaria. No existen formulaciones neutrales de la necesidad ni de los planes de salud, si bien se debe trabajar con un concepto de necesidad que reconcilie la aproximación epidemiológica con la aproximación del análisis económico.

Eficacia, Efectividad, Eficiencia y Equidad

Eficacia: es la medida del impacto de una intervención sanitaria en condiciones ideales o de laboratorio. Representa la probabilidad de que un individuo o población definida se beneficie de la aplicación de esa intervención en condiciones ideales. Normalmente se establece de forma experimental a través de ensayos clínicos y tiene validez universal.

Los ensayos clínicos aleatorizados y controlados miden la eficacia y seguridad de los medicamentos. Son los que nos dan mayor evidencia científica. Se distinguen de los demás tipos de estudios fundamentalmente por dos características: la existencia de una intervención o tratamiento y la asignación aleatoria de los participantes al grupo experimental y al grupo control. Tiene inconvenientes, como son ciertas limitaciones éticas.

Efectividad: es la medida del impacto de una intervención sanitaria en condiciones reales. Representa la probabilidad de que un individuo se beneficie de la aplicación de esa intervención en condiciones reales.

Evaluar la efectividad de las tecnologías preventivas, diagnósticas y terapéuticas es clave. El movimiento de la Medicina Basada en la Evidencia parte de la Universidad de McMaster en Canadá y entra de lleno en la epidemiología como disciplina base y pretende, básicamente, que las decisiones clínicas estén basadas en evidencias sólidas procedentes de la mejor investigación clínica. Propugna un modelo para la toma de decisiones que incluye la experiencia del clínico, las preferencias del paciente y la evidencia procedente de la investigación clínica. A los profesionales sanitarios lo que más les interesa es la efectividad de lo que hacen.

La eficacia de las intervenciones sanitarias explican cinco años de los ganados en esperanza de vida al nacer, de los cuales, se atribuye un año y medio a los servicios preventivos y entre tres y medio y cuatro, a los curativos.

Se consideran altamente efectivos en cuanto que prolongan la vida a:

Actividades Preventivas:

- Las vacunaciones
- Los cribajes de HTA y cérvix

Actividades Curativas:

- Intervenciones en Enfermedades Cardiovasculares. Los hipolipemiantes, el bypass coronario, los fibrinolíticos y las unidades coronarias
- El tratamiento a los diabéticos
- Apendiceptomías
- Tratamientos antituberculosos
- Tratamientos de la neumonía
- Servicios de traumatología
- Tratamientos de la insuficiencia renal

Y para mejorar la calidad de vida:

- El tratamiento del dolor
- Las intervenciones de cataratas
- Las prótesis articulares
- El tratamiento de la angina de pecho
- El tratamiento de la depresión unipolar.

Eficiencia: Conseguir el máximo beneficio con los mínimos recursos. Esa definición es puramente económica y por lo tanto no válida para la economía de la salud.

Esta disciplina distingue entre dos tipos de eficiencia:

1. Eficiencia productiva: cuando minimizamos el coste al alcanzar un nivel de provisión adecuado, es decir, cuando se elimina el despilfarro.
2. Eficiencia asignativa o redistributiva: se ocupa de asegurar que el conjunto de bienes y

servicios producidos sea tal que con los recursos existentes no puedan reasignarse para producir un mayor bienestar que el ya alcanzado.

Sin embargo, la aplicación de criterios de eficiencia económica en la práctica sanitaria habitual choca con problemas de difícil solución:

1. Dificil interiorización del coste de oportunidad. El profesional no suele tener en cuenta que una mayor atención a un paciente, puede implicar una menor atención a otros.
2. Existe un conocimiento desigual de la eficacia y efectividad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
3. El concepto inadecuado de la ética profesional. Diremos que en un contexto sanitario financiado públicamente y dentro de un entorno caracterizado por la escasez de recursos, el profesional sanitario debería preocuparse por la búsqueda del bien común, esto es, no sólo por el bienestar de sus pacientes sino por el bienestar del conjunto de pacientes reales o potenciales de todo el sistema sanitario. Un sistema sanitario eficiente sería aquel que consigue los mejores resultados para el conjunto de los pacientes y no para uno en particular.
4. Presencia de incentivos perversos.

Ante estos problemas se plantean las siguientes soluciones: educación y formación continuada, investigación clínica, guías de la práctica clínica y conferencias de consenso, promocionar la calidad asistencial y retribuciones asociadas a rendimiento.

Equidad: Si bien los economistas parecen estar de acuerdo en qué es eficiencia, la cuestión no es tan clara cuando se habla de equidad, al no existir una noción única de dicho término, sino más bien una amalgama de opciones alternativas. Las personas diferimos en materia de sexo, edad, salud física y mental, herencia genética, vulnerabilidad epidemiológica, entorno sociosanitario, etc. El reconocimiento de la heterogeneidad de estas características, debe ser el punto de partida en cualquier consideración acerca de la equidad.

El juicio y la medición de las desigualdades dependen de la elección de la variable a partir de la cual se realizan las comparaciones. El problema radica en el concepto de justicia social que se emplee. Si identificamos equidad con igualdad, la pregunta esencial es ¿igualdad en qué?, así equidad en términos de una variable puede no coincidir con la escala de otra.

La información relevante a la hora de juzgar si una determinada decisión es acorde o, por el contrario, choca contra nuestra noción de equidad puede ser tan amplia y compleja como nos planteemos. Dicha información trataría de temas como:

1. El conjunto de individuos a tener en cuenta
2. El conjunto de bienes a repartir
3. El conjunto de repartos posibles
4. Las características de los bienes y sus consecuencias para los individuos
5. Las características de los individuos receptores y su capacidad de aprovechamiento de los bienes
6. El método de reparto

En resumen, según los principios distributivos que consideremos en función de nuestra idea de justicia, así serán los criterios de equidad que adoptemos, con el consiguiente reflejo en la política sanitaria.

Por este motivo, conviene repasar las corrientes históricas que han desarrollado un concepto de equidad y la aplicación de éste a la sanidad.

El producto

Es la parte fundamental del mercado, constituye la oferta. En el sistema sanitario el producto lo constituye los servicios específicos que cada institución desarrolle. Previamente a la definición del producto, las instituciones establecen las prioridades en su actuación y lo hacen a partir de unos criterios:

1. *Criterios sociodemográficos.* Según la edad de la población (infantil, adultos, ancianos), el sexo (mujeres) o la situación económica o social (grupos marginales)
2. *Criterios de morbilidad.* Según áreas de especialización. Cirugía cardiovascular, oncología, trasplantes, etc.
3. *Criterios tecnológicos.* Cuestiones relativas a la alta tecnología diagnóstica o terapéutica.

Características del producto sanitario

El producto sanitario tiene algunas características que lo asemejan a otros, tales como su relación con las necesidades, la influencia que recibe del ámbito social o su rentabilidad en términos no enteramente económicos. Sin embargo, el producto sanitario se reviste de algunas características especiales que lo diferencian de otras empresas de servicios, y son:

La *heterogeneidad*. El concepto de producto sanitario abarca una gama prácticamente ilimitada de prestaciones, que engloba desde las prestaciones hoteleras hasta las tecnológicas, pasando por todo tipo de exploraciones y tratamientos.

La *complejidad*. En la consecución de la mayoría de los productos sanitarios se hace preciso la coordinación de varios tipos de profesionales que aportan cada uno su especificidad. La aparente sencillez de un producto, por ejemplo, una intervención quirúrgica, se vuelve enteramente compleja si se identifican todos los componentes.

La *adaptación*. El producto sanitario se confecciona en relación directa con las necesidades de un grupo de pacientes y en cada ocasión debe adaptarse a las condiciones específicas de cada persona.

Tipos de productos

Debido a las características anteriores, los productos son difíciles de agrupar o clasificar, aunque a efectos de conocimiento, se puede hacer la siguiente aproximación:

Desde el punto de vista de la institución

- *Producto final*: podría definirse como el fin último de la actividad que se lleva a cabo. Debe ser fácilmente identificado para cuantificar su coste. Ejemplo: una intervención quirúrgica.
- *Producto intermedio*: lo constituyen las diversas actividades que contribuyen a conseguir el producto final. Ejemplo: las pruebas diagnósticas, la información, la alimentación.

Desde el punto de vista del paciente

- *Producto central*: representa el beneficio que busca el paciente.
- *Producto tangible*. Representa las actuaciones concretas para resolver el problema.

- *Producto ampliado.* Tiene que ver con el conjunto de acciones que puede disfrutar el paciente durante el periodo en que recibe los servicios.

Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD)

Consisten en un sistema de clasificación que considera los episodios de ingreso hospitalario, agrupándolos en función de sus características de atención, que producen un consumo parecido, lo que se denomina isocoste. Parte, pues, del principio de que similares problemas originan necesidades de atención también homogéneas y, en consecuencia, costes semejantes, lo que permite, por un parte, predecir la cuantía y tipo de costes y, por otra, constituir una base de tarificación y/o facturación, si es el caso. Su origen es justamente este aspecto de la gestión, ya que surge en EEUU, en la década de los 80, como elemento de facturación para los servicios hospitalarios por parte de las agencias gestoras (MEDICARE los adopta en esa época como sistema prospectivo de pago); actualmente se ha extendido a muchos países, dado su buen poder de predicción del gasto.

El sistema establece unas categorías diagnósticas mayores (CDM) de las que se puede derivar otras menores, tanto médicas como quirúrgicas, lo que unido a otras variables, edad, sexo, complicaciones posibles, etc., forman los grupos de diagnósticos homogéneos o relacionados, en los que se esperan que los pacientes reciban una cantidad y calidad similares de servicios hospitalarios, lo que se asemeja también a sus costes.

El sistema es sencillo de aplicar, ya que no precisa de otros datos que los recogidos habitualmente en los registros hospitalarios, en el CMDDB de implantación general. Precisa un sistema de recogida de datos informatizado y estandarizado, de manera que la clasificación se haga si género de dudas en cuanto al diagnóstico atribuido a cada episodio hospitalario.

Las variables que se consideran en esta clasificación son:

- Edad
- Sexo
- Diagnóstico principal
- Diagnósticos secundarios
- Procedimientos quirúrgicos y médicos
- Complicaciones
- Situación en el momento del alta

Los costes sanitarios

Las instituciones sanitarias, para producir un servicio o actividad que mejore y transforme la situación de salud del usuario, emplean una serie de activos o factores de producción que tienen una valoración económica que se denomina coste. Se define, pues, el término coste como: *“El consumo de bienes o servicios, valorado en dinero, necesario para conseguir un determinado producto que constituye el objetivo central asistencial”*.

El estudio de los costes es relativamente fácil en una empresa de producción de bienes tangibles, como puede ser cualquier fábrica, y se hace más complicado en una empresa de servicios en la que intervienen otros factores, como la satisfacción del cliente. Las instituciones sanitarias presentan en este aspecto una dificultad añadida, ya que su propio producto es difícilmente valorable en términos económicos.

CLASIFICACIÓN DE LOS COSTES

Según la valoración económica.

Tangibles, que se refieren a aquellos que tienen una valoración económica bien delimitada. Se dividen a su vez en:

- *directos*, que son aquellos que se pueden atribuir sin dudas a una actividad o servicio.
- *indirectos*, son los costes que no se pueden atribuir a un solo proceso o actividad.

Intangibles, son los que no pueden cuantificarse de forma concreta.

Según la parte del sistema que reflejen

Totales. Son los que reflejan la actividad total de una institución. A su vez se dividen en:

- *fijos*, que representan aquellos que se producen sin relación directa con la actividad.
- *variables*, que cambian de acuerdo al nivel del trabajo.

Unitarios. Que se refieren al coste de la unidad de producto calculada como promedio.

Evaluación económica

Una vez identificados los costes y los efectos sobre la salud, es necesario elegir el tipo de evaluación económica que se va a realizar. Existen diferentes instrumentos y entre los más utilizados están el ACB y el ACE.

ACB. Es el tipo de evaluación económica más completo ya que cuantifica en una misma unidad, el dinero. El análisis coste-beneficio trata de identificar los recursos empleados en una intervención sanitaria concreta relacionándolo con los beneficios en términos monetarios.

La idea de la ACB es sencilla y se resume en una norma: sólo se deben llevar a cabo servicios o programas cuyos beneficios superen a los costes.

$$\text{ACB} = \frac{\text{Beneficio de la intervención}}{\text{Coste de la intervención}} = \text{Beneficio neto}$$

ACE. Este tipo de evaluación intenta analizar la relación entre el coste económico y las consecuencias, medidas en otro tipo de unidades, esta vez epidemiológicas. Este tipo de análisis se emplea para comparar tecnologías sanitarias alternativas. Al ser procedimientos dirigidos a tratar el mismo problema de salud, los resultados se pueden medir en años de vida ganados, días de sufrimiento evitados, etc.

$$\text{ACE} = \frac{\text{Coste de la intervención}}{\text{Unidades epidemiológicas}} = \text{Coste por unidad objetiva}$$