

icade

NÚMERO

99

SEPTIEMBRE | DICIEMBRE [2016]

Monográfico

Economía de la Salud

PRESENTACIÓN DEL MONOGRÁFICO

“El germen de la Economía de la Salud puede situarse en la confrontación de Prometeo con Malthus. Prometeo encarna la conquista de la tecnología, mientras que Malthus simboliza la consciencia de dos fuerzas contrapuestas, la demografía y la escasez” (Avorn, 1984: 1295).

El primer referente de la andadura conjunta del análisis económico y la salud se sitúa en fecha tan temprana como finales del siglo XVII, cuando el médico sir William Petty se aventuró a calcular el valor de las vidas humanas perdidas por diferentes causas en Inglaterra.

“Supongamos que en Inglaterra la población sea 6 millones de habitantes, que el gasto a 7 libras por cabeza sea 42 millones; supongamos que la renta de todos los territorios sea ocho millones, y el beneficio de toda la propiedad mobiliaria otros ocho millones; se sigue necesariamente que el trabajo de este pueblo debe haber producido los 26 millones restantes; y multiplicando esta última cifra por veinte (poseyendo la masa de la humanidad lo mismo que la tierra un precio de compra correspondiente a 20 años de rendimiento) se obtienen 520 millones, lo que representa el valor de la población entera. Este número dividido por seis millones hace una cifra superior

a 80 libras que representa el valor medio por cabeza de un hombre, de una mujer y de un niño, y debe doblarse si se consideran sólo los adultos. Con base en estos cálculos podemos aprender a evaluar las pérdidas que hemos sufrido por la peste, los muertos frente al enemigo y el envío de soldados al servicio de los príncipes extranjeros” (Petty, 1690: 291).

Sin embargo, tuvimos que esperar hasta finales de los 50 y primeros 60 del siglo pasado para la incursión de la Economía en cuestiones relacionadas con la salud, con la publicación de un conjunto de trabajos pioneros convertidos en clásicos. Selma Mushin en su artículo “Toward a Definition of Health Economics” de 1958 puntualizaba que el dinero no era el problema central de la Economía de la Salud, sino el uso óptimo de los recursos escasos para la atención de la enfermedad y la promoción de la salud, habida cuenta de los usos alternativos de esos recursos.

Pero el bautismo de la disciplina coincide con la aportación seminal de Kenneth J. Arrow “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”, publicada en *American Economic Review* en 1963. En este trabajo el autor expone las singularidades del mercado de los cuidados de salud en comparación con el ideal de los mercados competitivos. Una de ellas, la presencia de incertidumbre respecto a la incidencia de las enfermedades y a la eficacia de su tratamiento, a la que se une la información asimétrica en la relación entre médicos y pacientes por un lado y, por otro, que los individuos adversos al riesgo no encontrarán un seguro ideal para cubrirse frente a las posibles contingencias de salud. La relevancia de esta publicación, que otorga al Premio Nobel la paternidad de la disciplina, ha sido constatada en el número especial de 2011 de la revista *American Economic Review*, al declararlo uno de los 20 artículos más importantes de los 100 primeros años de esa publicación.

En *The Demand for Health: a Theoretical and Empirical Investigation*, publicado en 1972 y heredero de la Teoría del Capital Humano, Michael Grossman considera la salud como un stock de capital duradero que produce un resultado en términos de tiempo saludable. Los individuos heredan una cantidad inicial de ese capital salud que se deprecia con la edad y puede ser aumentado por inversión. Esta aportación revolucionó el análisis económico de la salud al definirla como el output de la función de producción de salud individual, siendo los cuidados médicos uno de los muchos inputs que la producen.

Merece una mención especial, tanto por su contribución la aceptación de la Economía de la Salud como en su posterior desarrollo, la labor del profesor de Economía de la Universidad de York Alan Williams, al que no es descabellado otorgarle la paternidad europea de la disciplina. Desde los años 70 el economista decidió dedicar el resto de su carrera profesional a persuadir a la profesión médica y a aquellos con influencia en el funcionamiento de los sistemas de atención sanitaria, un entorno hostil, que la Economía era una disciplina intelectual seria

que podía ayudar en los problemas a que se enfrentaban estos agentes y, aún más, que los economistas de la salud estaban liderando un cambio de paradigma en la Economía (Williams, 2001). Entre sus aportaciones, debemos al autor el ofrecer una visión general de la disciplina condensando sus contenidos en un diagrama de cajas temáticas conectadas por flechas indicativas del caudal lógico entre ellas (Williams, 1987), en un especie de “diagrama de fontanería” (*plumping diagram*).

Las cuatro cajas centrales representan el núcleo instrumental teórico de la disciplina o “sala de máquinas”, mientras que las cajas periféricas contienen las principales aplicaciones empíricas que posibilitan los instrumentos de las cajas centrales. El contenido de la primera caja incluye la definición de salud, la medida de la salud así como su valoración. La segunda tiene que ver con los determinantes de la salud o ¿qué afecta a la salud aparte de la atención sanitaria? La demanda de atención sanitaria representa el contenido de la caja tercera, demanda derivada de la demanda de salud, y que está lógicamente determinada por las dos primeras cajas. La cuarta incorpora los contenidos de la economía de la oferta de atención sanitaria, desde la función de producción hospitalaria hasta los mercados de los inputs, pasando por el comportamiento de otras agencias públicas y privadas destinadas al cuidado de pacientes específicos como ancianos o enfermos mentales.

Estos contenidos son eminentemente teóricos. Por lo que respecta a las cajas periféricas, principales áreas de Economía Aplicada, el recuadro quinto aborda el análisis de los mercados sanitarios o cómo interactúan los agentes implicados en ellos. Las listas o tiempos de espera para la atención médica o el análisis del establecimiento de prioridades pertenecen a esta categoría. La siguiente caja contiene la evaluación microeconómica de los programas de salud mediante las técnicas de Análisis Coste-Beneficio, Coste-Efectividad o Coste-Utilidad, que está directamente influenciada por la definición de la salud. La última caja del diagrama incorpora el nivel macroeconómico de evaluación, desde la evaluación de la eficiencia y la equidad del sistema sanitario de un país hasta las comparaciones internacionales, en términos de diferencias en los objetivos, en los gastos o en los resultados de distintos sistemas sanitarios. Este diagrama, que presenta un todo integrado y otorga a la disciplina el carácter de rama de la Economía, se ha mantenido con ligeras variaciones como descriptivo del alcance de la Economía de la Salud.

El artículo de Alan Williams “Economics of coronary artery bypass grafting” fue seleccionado en 1997 por un grupo de profesionales de Economía de la Salud como el más influyente durante los 25 años de su historia. Los beneficios de las intervenciones de salud tenían que incorporar dos dimensiones, años de vida ganados y la calidad de la vida que el paciente puede disfrutar después de un tratamiento para una enfermedad específica, AVAC (años de vida ajustados por calidad), la traducción al español de QALY (quality-adjusted-life-years). Y el coste

por QALY el criterio para establecer prioridades en los sistemas sanitarios. El autor formó parte del grupo interdisciplinar EuroQol que impulsó de forma decidida la creación de un instrumento comprensivo de las cinco dimensiones más relevantes de la calidad de vida relacionadas con la salud que, junto con los tres niveles definidos para cada una, posibilitó definir la salud en 243 estados. Un método de cálculo de las preferencias por esos estados culminó con una medida de la calidad de vida, EuroQol-5D, que ha servido a lo largo de los años para el cálculo de los QALY. En nuestros días, una mejora de ese instrumento al incorporar cinco niveles en cada dimensión, el EQ-5D-5L, amplía a 3125 (5^5) los estados de salud.

La preocupación de Alan Williams por la maximización de los QALY unida por la necesaria consideración de justicia distributiva de los sistemas sanitarios, le llevó a concluir que los economistas de la salud estaban liderando un cambio del paradigma neoclásico en la totalidad de la Economía. Este también era el punto de llegada de Blaug (1998), quien ya a finales del siglo pasado, reconocía que la Economía de la Salud había sido más que la mera aplicación de las herramientas económicas y econométricas de la Economía. Culyer y Newhouse (2000), en su *Handbook of Health Economics*, reconocen esa contribución sustancial en los ámbitos de la teoría del capital humano, la medida y valoración de los resultados de los programas de salud, la metodología del análisis coste-efectividad, la economía del seguro, la relación principal-agente, la información asimétrica, la teoría de los mercados incompletos, la demanda influida por la oferta o en los fundamentos de la economía del bienestar, por citar algunos frentes.

Como medida adicional del éxito de disciplina puede añadirse que la Economía de la Salud cuenta desde temprano con dos publicaciones internacionales de primer nivel dedicadas específicamente a su materia, *Journal of Health Economics* (desde 1982) y *Health Economics* (desde 1992). Número de publicaciones que han continuado ampliándose, *Journal of Mental Health Policy and Economics* o *European Journal of Health Economics* o *Nordic Journal of Health Economics*, son algunos ejemplos. Pero el impacto de la Economía de la Salud trasciende a la disciplina y se hace sentir fuera, por ejemplo en publicaciones en otras revistas multidisciplinarias como *Social Science & Medicine*, *PharmacoEconomics* o *European Journal of Public Health*, en las que ocupa un lugar destacado. Además, la mayoría de los países cuentan con asociaciones profesionales especializadas en Economía de la Salud a las que se unen las organizaciones internacionales, *International Health Economics Association* (iHEA) o *European Health Economics Association* (EuHEA), que impulsan la realización de encuentros y jornadas bianuales que acogen un número cada vez más elevado de investigadores de los cinco continentes.

Fuchs (2000) atribuyó la tremenda expansión de la disciplina en los últimos 35 años a la naturaleza dual, de “dos sombreros” de la Economía de la Salud. Por un lado, como ciencia del comportamiento, la investigación en este campo avanza la disciplina de la economía en general y, más ampliamente, en todas las

disciplinas de las ciencias sociales. Por otra parte, proporciona conocimientos y evidencia empírica sobre cuestiones de política sanitaria y de investigación en los servicios de salud, un campo en el que están comprometidos expertos en práctica clínica y en salud pública. Además, la fuerte demanda de Economía de la Salud en ambos frentes auguraba un futuro brillante a esta disciplina “intelectualmente estimulante” y “socialmente útil” (Fuchs, 2000: 156).

Resulta de especial interés el recorrido bibliográfico a lo largo de las últimas cuatro décadas de Economía de la Salud, desde 1971 a 2011, de Wagstaff y Culyer (2012). Las bases de datos de EconLit y Google Scholar han posibilitado identificar 33.000 publicaciones con contenido de Economía de la Salud. Entre los cinco primeros trabajos de los 300 más influyentes (por número de citas) se encuentran los antes citados de Arrow (el segundo) y de Grossman (el cuarto). A partir de estas aportaciones se sistematizan los contenidos más influyentes en 12 grupos temáticos: (1) salud y su valor; (2) eficiencia y equidad; (3) determinantes de la salud y la mala salud; (4) salud pública; (5) la salud y la Economía; (6) estadísticas de salud y Econometría; (7) demanda de salud y atención médica; (8) seguro médico; (9) oferta de servicios de salud; (10) recursos humanos; (11) mercados en el cuidado de la salud; y (12) evaluación económica. Además, el análisis de las 50 publicaciones más citadas en cada una de las décadas posibilita apreciar la evolución de los contenidos en el tiempo. Por ejemplo, los temas seguro médico y oferta de servicios de salud muestran una clara tendencia a la baja, mientras que los temas determinantes de la salud y la mala salud y estadísticas sanitarias y Econometría muestran una clara tendencia alcista.

La relevancia de la investigación se mide por el impacto acumulado a través del Índice-h. Entre las cinco revistas más relevantes se cuentan *Health Services Research*, *FarmacoEconomics* y *Journal of Human Resources*. En el análisis por países, Estados Unidos domina la Economía de la Salud mundial, con un 71% de los mejores investigadores del mundo y con un amplio margen en términos de indicadores de impacto sobre los siguientes: Reino Unido, Canadá, Holanda o Suecia. España ocupa un décimo puesto en el ranking mundial, aunque nuestra posición mejora ligeramente si consideramos el número de publicaciones o de citas.

“La utilización del análisis económico en los servicios sanitarios” fue el título de las primeras Jornadas de Economía de la Salud, celebradas en Barcelona en 1980. Estas jornadas, que marcaron el inicio de la Economía de Salud en nuestro país, se han celebrado de forma ininterrumpida a lo largo de toda la geografía española, al tiempo que se creaba la Asociación de Economía de la Salud (AES) en 1985. Las veinticinco Jornadas de Economía de la Salud coincidieron en Barcelona con la celebración del quinto congreso de la International Health Economics Association (iHEA), que acogió a más de 2000 participantes de 60 países, lo que da idea del reconocimiento, fuera de nuestras fronteras, que había adquirido la disciplina en su cuarto de siglo de historia.

La AES, que nació con la vocación expresa de facilitar a sus miembros, alrededor de 900 en la actualidad, de los cuales un 32% son economistas, el ejercicio de las actividades de Economía de la Salud en todos los lugares y niveles donde ésta pueda realizarse, ha experimentado enormes progresos. Por citar sólo algunos, organiza Jornadas Técnicas de ámbito y temario más restringido, publica los trabajos presentados a estas reuniones en un suplemento de *Gaceta Sanitaria*, revista de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), sociedad de la que AES fue cofundadora. Además, *Economía y Salud. Boletín Informativo* constituye el medio de difusión de las actividades de AES. Por otro lado, con el fin de tender un puente entre la investigación en Economía de la Salud y aquellos con responsabilidad en la toma de decisiones en los distintos niveles de gestión sanitaria, se creó en 1999 *Gestión Clínica y Sanitaria*. AES trata de estimular la calidad de los trabajos en nuestro país, premiando las mejores comunicaciones orales y pósters presentados en las Jornadas; en las últimas celebradas en junio en Murcia, se presentaron 90 comunicaciones orales y sesenta y seis comunicaciones gráficas. Y reconocer la excelencia investigadora al conceder cada año el premio al mejor artículo de la disciplina, cuya financiación corre a cargo del Instituto de Estudios Fiscales.

En la actualidad, tratar de elaborar un monográfico sobre la Economía de la Salud, disciplina bien reconocida y asentada, inconmensurable, imbricada entre la investigación académica y la práctica sanitaria y política de salud, y con una pléyade de investigadores de múltiples disciplinas en plantilla, deviene en una tarea hercúlea. Un Monográfico de Economía de la Salud habrá de esforzarse en seleccionar a un conjunto de investigadores representativos del estado del arte en España. Los autores y trabajos que dan contenido a este número 99 de la *Revista icade* lo son.

Comparten el haber presentado sus trabajos de forma continuada en las Jornadas de Economía de la Salud y en las jornadas internacionales y europeas; el haber presidido u ostentado distintos puestos en la Asociación de Economía de la Salud o en SESPAS, incluso el haber dirigido la International Health Economics Association; algunos han sido merecedores de sendos premios al mejor artículo de Economía de la Salud en España; todos han publicado en revistas tales como *Health Economics*, *Journal of Health Economics*, *European Journal of Public Health*, *Applied Health Economics and Health Policy*, *International Journal of Hospitality Management*, *Social Choice and Welfare*, *Journal of Epidemiology and Community Health*, *Management Science*, *Judgment and Decision Making*, *Parmaconomics* o *Journal of Economic Psychology*, por citar sólo algunas internacionales. Como docentes, pertenecen a áreas como Economía Aplicada, Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión, Economía o Dirección y Organización de Empresas de distintas Universidades en el territorio nacional, que han dirigido o impartido Másters en Economía de la Salud, en Gestión Pública o en Salud Pública, que

participan o han participado como consultores nacionales o internacionales para distintos organismos...

Abre el Monográfico el artículo del profesor Guillem López-Casasnovas, de la Universidad Pompeu Fabra, "Crisis económica, gasto sanitario y desigualdades en salud". Con un registro personal de conocimientos y experiencia de casi cuarenta años en la disciplina, nos acerca al impacto de la crisis económica en la salud. Entre los determinantes de la salud se encuentran los factores sociales, uno de los cuales es el desempleo que, en épocas de crisis económica se asocia, por ejemplo, a la mortalidad. Analiza la secuencia: crisis-pérdida de renta y desigualdades económicas-impacto sobre la salud. Su revisión de la literatura le permite concluir la ausencia de base empírica para esa secuencia en las estimaciones econométricas y que tampoco pueden realizarse extrapolaciones de los estudios a otro tiempo y a lugar. De producirse, los efectos sobre la salud serían más de largo plazo. De su estudio, recomienda una serie de medidas de política social general: prestar más atención en la Economía de la Salud a los efectos de largo plazo de la crisis, mediante la cooperación entre la Epidemiología y los determinantes macro sociales, una mayor atención a la inversión en los niños y en su educación, lo que contribuiría a mejorar la eficiencia y, por último, aconseja la adopción de una visión más dinámica de la política social para favorecer la equidad intergeneracional.

El segundo artículo del Monográfico "El gradiente social de la obesidad en España ¿Qué sabemos y qué deberíamos saber?", está relacionado con el primero, al ser la obesidad uno de los principales determinantes de la salud, de la mala salud, y reflejar un problema de desigualdad social. Las autoras Josefina Panetta, del Servicio Canario de Salud y Beatriz López-Valcárcel, de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria realizan una revisión y discusión exhaustivas de la evidencia científica disponible sobre la asociación entre situación socioeconómica y sobrepeso/obesidad en España en niños y adultos, así como de los cálculos del gradiente social de la obesidad (medida de la distribución desigual del problema de la obesidad a lo largo de toda la distribución socioeconómica poblacional). Entre las conclusiones de este estudio, que el gradiente es importante y se mantiene a lo largo de la vida; que es significativamente mayor para las niñas y mujeres; que hay un fuerte gradiente social inverso por nivel educativo; y que la condición socioeconómica desfavorable es un factor de riesgo de la obesidad. Además, las políticas contra la obesidad tienen el virtuosismo de ser políticas de salud y políticas de equidad. Esta aportación, cuya valía es incuestionable ya que se considera a la obesidad la enfermedad del siglo XXI, ahondaría pues en el planteamiento del primer artículo, que las políticas públicas deberían reducir las desigualdades en salud y constituir un área de investigación preferente en Economía de la Salud.

Sophie Gorgemans y Olga Urbina, de la Universidad de Zaragoza, presentan su trabajo "Aproximación al proceso productivo del Sistema Sanitario español", en el que se plantean la cuestión central cómo medir el producto de los servicios

sanitarios. La diferente naturaleza del proceso de producción y del output de la atención sanitaria, les lleva a distinguir entre los dos niveles asistenciales, Atención Primaria, el “portero” del sistema sanitario y Atención Especializada, los hospitales. El propósito del trabajo es analizar todas aquellas dimensiones que permitan obtener una medida del producto viable, mediante la integración de sistemas de clasificación de pacientes y de medidas de calidad técnica de los servicios asistenciales que se prestan en el sistema sanitario. El trabajo tiene gran valía como punto de partida teórico para avanzar en el desarrollo de técnicas evaluadoras del funcionamiento de los servicios sanitarios con miras a continuar su proceso de mejora.

Se presenta en cuarto lugar el brillante artículo de Jorge Eduardo Martínez, Fernando Ignacio Sánchez y José María Abellán, la “colonia murciana” de AES, “Diferencias en los valores de calidad de vida relacionada con salud obtenidos con las “tarifas” SF-6D de distintos países”. Los autores realizan una introducción clarificadora a las técnicas de evaluación económica de tecnologías sanitarias y señalan la necesidad de disponer de medidas de utilidad de los diferentes estados de salud para la obtención de los AVAC. Eligen el instrumento SF-6D, código numérico que identifica el nivel de gravedad asociado a cada una de las seis dimensiones y niveles de gravedad de los estados de salud. Con base en una muestra representativa de la población española, calculan las utilidades para nuestro país, que comparan con los valores para otros cinco países. Las diferencias encontradas les llevan a defender que los estudios de evaluación económica se basen en las utilidades de la población a la que va dirigida la intervención de salud. Demandan pues un sistema de “cuarta garantía”; de lo contrario, dado que los valores de utilidad no son transferibles entre territorios, la validez de los estudios coste-efectividad podría estar seriamente cuestionada y comprometida la asignación eficiente de los recursos a la que sirve.

El profesor David Cantarero de la Universidad de Santander contribuye con su trabajo “Sostenibilidad del sistema sanitario en un Estado del Bienestar”. Su reflexión principal se concreta en la necesidad de una evaluación más adecuada del gasto autonómico sanitario, habida cuenta de la realidad de su sistema de financiación y de la coyuntura económica vigente en cada momento. Esto supone la necesidad de nuevos fondos y vincular ese gasto a criterios de coste-efectividad.

Por último, no podría concluirse este Monográfico de forma satisfactoria sin dedicar un espacio al futuro de la disciplina. Beatriz López-Valcárcel y Angelina Lázaro se han encargado de esta labor. Sus principales ideas que recogen en unas líneas bajo el título “¿Hacia dónde va la Economía de la Salud?”

En definitiva, este número monográfico de la *Revista icade* ha nacido con la ambiciosa pretensión de exhibir a la Economía de la Salud, esta rama atractiva de la Economía, “intelectualmente estimulante” y “socialmente útil”. Se concreta en un recorrido, desde sus **orígenes**, hace ya más de siete décadas, que nos permita

entender el **presente**, a través de las aportaciones de un ramillete de investigadores representativos de la disciplina hoy en nuestro país, y que abre una ventana al **futuro**, al aventurar los posibles senderos por lo que transitará en las próximas décadas.

Esperamos haber cumplido con este cometido.

Angelina Lázaro Alquézar
Coordinadora del Monográfico
Zaragoza, noviembre 2016

BIBLIOGRAFÍA

- AVORN, J. (1984), "Benefit and cost analysis in geriatric care: turning age discrimination into health policy", *New England Journal of Medicine*, núm. 310, pp. 1294-1301.
- BLAUG, M. (1989), "Where are we now in British Health Economics?", *Health Economics*, núm. 7, pp. S63-S78.
- CULYER, A. J. y NEWHOUSE, J. P. (2000), "Introduction: The State and Scope of Health Economics", en Culyer, A. J y Newhouse, J. P. (ed.), *Handbook of Health Economics*, vol. 1, Part A, North Holland, Amsterdam, pp. 1-8.
- FUCHS, V. R. (2000), "The future of Health Economics", *Journal of Health Economics*, núm. 19, pp. 141-157.
- GROSSMAN, M. (1972), "On the concept of health capital and the demand for health", *Journal of Political Economy*, vol. 80, núm. 2, pp. 223-255.
- MUSHKIN, S. J. (1958), "Toward a definition of health economics", *Public Health Reports*, vol. 73, núm. 9, pp. 785-794.
- PETTY, W. (1690), "Arithmétique politique ou discours sur l'étendue et la valeur des terres, la population, la propriété batie...", *Les oeuvres économiques de Sir William Petty*, V. Giard y E. Brière, Paris, 1905.
- WAGSTAFF, A. y CULYER, A. J., (2011), "Four decades of Health Economics through a bibliometric lens", *Journal of Health Economics*, vol. 31, núm. 2, pp. 406-439.
- WILLIAMS, A. (1985): "Economics of coronary artery bypass grafting", *British Medical Journal*, núm. 291, pp. 326-329.
- WILLIAMS, A. (1987), "Health Economics: The Cheerful Face of the Dismal Science?", en Williams, A. (Ed), *Health and Economics. Proceedings of Section F (Economics) of the British Association for the Advancement of Science, Bristol 1986*, Macmillan, Houndmills, pp 1-11.
- WILLIAMS, A. (2001), "Applying economics in a hostile environment: the health sector", *Gaceta Sanitaria*, vol. 15, núm. 1, pp. 68-73.