

COLABORACIÓN ESPECIAL**IMPACTO DE LA ECONOMÍA EN LA POLÍTICA Y GESTIÓN SANITARIA****Vicente Ortún Rubio (1) y Ricard Meneu de Guillerna (2)**

(1) Profesor Departamento Economía y Empresa y director del Centro de Investigación en Economía y Salud, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona.

(2) Vicepresidente Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios, Valencia, y Director de *Gestión Clínica y Sanitaria*.

RESUMEN

Fundamento: Las disciplinas científicas, como la Economía, tienen valor per se, conviene, sin embargo, aproximar el impacto de sus aplicaciones en el bienestar social, o como mínimo –caso de la Economía de la Salud (ES)– en la política y gestión sanitarias.

Métodos: Se atiende a las tres vertientes relevantes del conocimiento (producción de nuevo conocimiento, difusión y aplicación) utilizando más la perspectiva 'emic' –la empleada en antropología basándose en la experiencia de los integrantes de una cultura–, que la perspectiva 'etic' asentada en descripciones materiales y dudosas estadísticas.

Resultados: La solidez de los principios y resultados de la ES depende de la base disciplinaria en la que se apoya, mientras que su relevancia –que no su traslación a la práctica– está vinculada a la de las cuestiones a las que atiende. Se registran las aportaciones relevantes de la Economía al ámbito sanitario. El grado de desarrollo de la ES en España resulta notable: séptima posición mundial pese a los relativamente menores contenidos de ES en las revistas clínicas y de investigación sobre servicios sanitarios de España. La ES tiene en España más presencia que influencia, no habiendo logrado impregnar suficientemente la práctica diaria.

Conclusiones: Los conocimientos de Economía que necesita un político o un gestor sanitario o un clínico son limitados; el impacto de la ES pasará, sobre todo, por educarles el olfato.

Palabras clave: Economía de la Salud. Política de Salud. Gestión Sanitaria. España.

ABSTRACT**The Impact of Economics on Health Policy and Management in Spain**

Background: Despite the intrinsic value of scientific disciplines, such as Economics, it is appropriate to gauge the impact of its applications on social welfare, or at least –Health Economics' (HE) case– its influence on health policy and management.

Methods: The three relevant features of knowledge (production, diffusion and application) are analyzed, more from an 'emic' perspective –the one used in Anthropology relying on the experience of the members of a culture– than from an 'etic' approach seated on material descriptions and dubious statistics.

Results: The soundness of the principles and results of HE depends on its disciplinary foundations, whereas its relevance –than does not imply translation into practice– is more linked with the problems studied. Important contributions from Economics to the health sphere are recorded. HE in Spain ranks seventh in the world despite the relatively minor HE contents of its clinical and health services research journals. HE has in Spain more presence than influence, having failed to impregnate sufficiently the daily events.

Conclusions: HE knowledge required by a politician, a health manager or a clinician is rather limited; the main impact of HE could be to develop their intuition and awareness.

Key words: Health Economics. Health Policy and Management. Spain.

Correspondencia:
Vicente Ortún Rubio
Universidad Pompeu Fabra
Ramon Trias Fargas 25
08005 Barcelona
Correo electrónico: vicente.ortun@upf.edu

ECONOMÍA Y SALUD

Afortunadamente cada vez es menos necesario explicar a los profesionales de la salud que el objeto de la economía no son los costes de las intervenciones sanitarias. Según los manuales al uso la economía estudia el modo en que eligen los individuos, las empresas, el Estado y otras organizaciones de nuestra sociedad cómo esas elecciones determinan la manera en que se utilizan los recursos. Para ello busca dar respuesta a algunas preguntas comunes:

- ¿qué se produce y en qué cantidad?
- ¿cómo se producen estos bienes?
- ¿para quién se producen?
- ¿quién toma las decisiones económicas y por medio de qué procedimientos?

Así entendida, como disciplina que se ocupa de la mejor manera de asignar recursos siempre escasos, resulta evidente la utilidad de su **aplicación** a las decisiones orientadas a la mejora de la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones.

Sin embargo, conviene recordar en este punto que hasta la irrupción del keynesianismo en la teoría y del *New Deal* de Roosevelt en la práctica, la economía como disciplina no pasó de constituir «algo» que se debatía en la universidad y que su principal contribución al bienestar social durante el siglo XX ha sido el control macroeconómico de las fluctuaciones económicas. A partir de la década de los setenta el crecimiento del gasto público, particularmente el sanitario, se convirtió en una importante preocupación para los gobiernos. La asociación simplista entre problemas con el gasto y soluciones económicas, dio entrada a los economistas en las cuestiones de la salud.

Con el paso del tiempo se percibió que la expansión del gasto sanitario era un falso

problema y que su abordaje no debía ser exclusivamente económico, pero para entonces la economía había ganado posiciones en el sector, aunque reorientando sus preocupaciones y cometidos, adaptando sus modelos a las características de incertidumbre e información asimétrica intrínsecas al sector sanitario, o buscando respuesta a cuestiones sobre medición del rendimiento, financiación e incentivos.

En definitiva, la aplicación fundamental de la economía en el campo sanitario se orienta hacia el análisis de la producción y consumo de bienes y servicios para obtener la máxima cantidad de salud posible con los recursos disponibles. Sin embargo el impacto de la economía en el ámbito de la salud desborda los límites de la traslación de su instrumental a un sector específico y conforman un conjunto de aportaciones esenciales para la adecuada comprensión de los determinantes de aquella y las estrategias para su mejora. Así, quién casi sin excepciones sería señalado como «El economista de la salud» por antonomasia –Amartya Sen– difícilmente se reconocería encuadrado en una subdisciplina tan restringida.

Pero las aportaciones relevantes de la economía al ámbito sanitario van mucho más allá de los trabajos de Sen¹ sobre la contribución de la salud al progreso y bienestar, e incluyen, entre otras:

- el estudio de los determinantes de la salud^{2,3}
- la comprensión de la incertidumbre presente en la práctica médica⁴
- la *racionalidad* subyacente en las adicciones al tabaco o el alcohol⁵
- la lógica de la «epidemia» de obesidad⁶
- el conocimiento empírico de las relaciones entre modalidades de aseguramiento y utilización de servicios sanitarios⁷

- el desarrollo de instrumentos para la comparabilidad del producto asistencial⁸ y sus resultados⁹
- la formalización de estrategias de priorización¹⁰
- la evaluación de medicamentos y tecnologías sanitarias¹¹
- la preocupación por las desigualdades en salud y utilización de servicios¹²
- la evaluación global de las intervenciones sanitarias, el análisis coste-beneficio generalizado¹³
- los desarrollos sobre economía de la información, aseguramiento¹⁴ y demanda inducida¹⁵
- la teoría del principal-agente y el diseño de co-pagos óptimos^{16,17}
- la regulación de la industria farmacéutica¹⁸
- así como un importante acervo de métodos econométricos.

La economía de la salud

La economía de la salud trata de la forma en que las personas y las organizaciones utilizan recursos escasos para obtener beneficios en salud, tanto en términos de cantidad como de calidad de vida. La solidez de sus principios y resultados depende de la base disciplinaria en la que se apoya, mientras que su relevancia –que no su traslación a la práctica– está vinculada a la de las cuestiones a las que atiende.

La economía de la salud muestra dos grandes enfoques, no necesariamente incompatibles. El primero está orientado fundamentalmente hacia la disciplina, sus practicantes suelen ubicarse en las universidades y sus publicaciones aparecen en

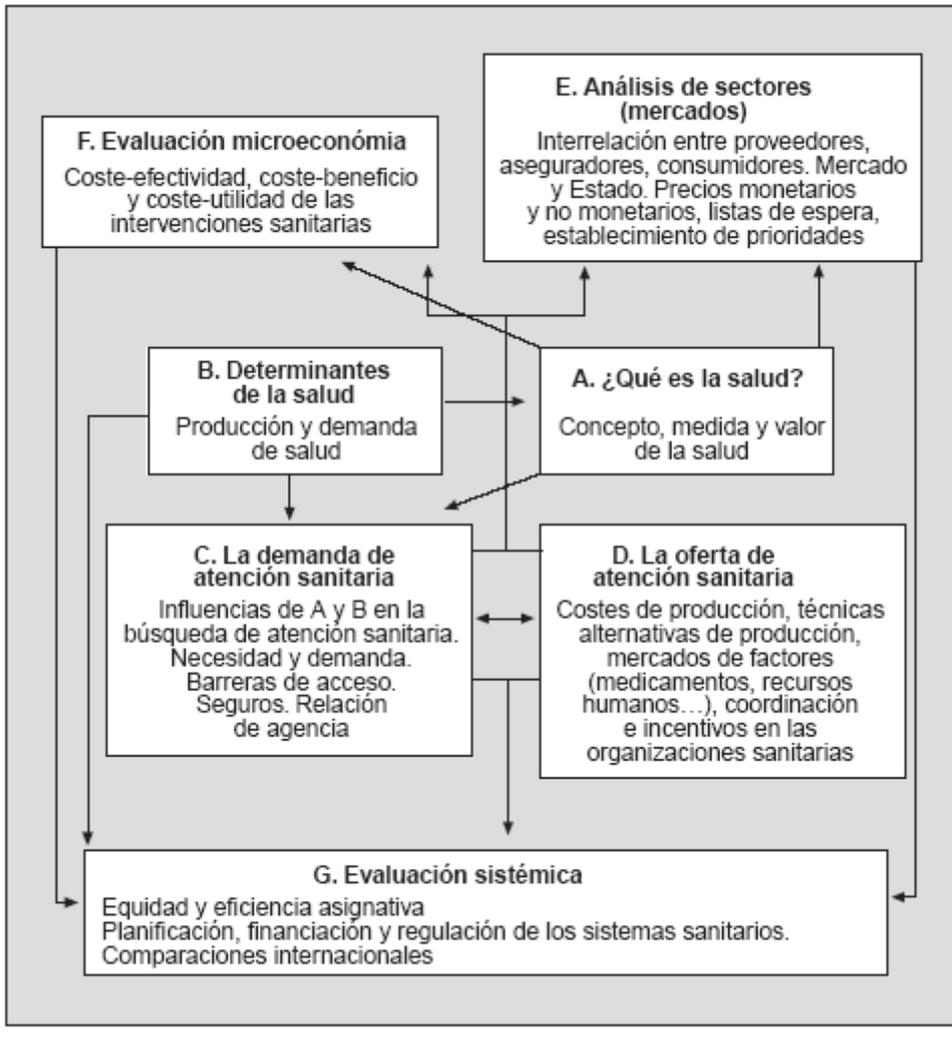
revistas de economía. El segundo enfoque está más orientado a la investigación y resolución de problemas de salud y servicios sanitarios, con sus practicantes repartidos entre departamentos de economía y empresa, de ciencias de la salud, escuelas de salud pública y organizaciones sanitarias, difundiendo sus trabajos tanto en revistas de investigación sobre servicios sanitarios, como en revistas clínicas y en publicaciones específicas de economía de la salud. Ambos colectivos pueden ser ejemplificados por los galardonados en la primera edición del premio español al mejor artículo sobre Economía de la Salud, concedido ex aequo a sendos trabajos aparecidos en *Health Economics*¹⁹ y en el *British Medical Journal*²⁰.

Por tanto, desde el punto de vista disciplinario, la economía de la salud ha sido algo más que la aplicación de conceptos económicos a problemas de salud y servicios sanitarios, ya que se ha convertido en una rama generadora de avances teóricos en la propia Economía, especialmente en algunos de los ámbitos señalados, como las medidas del desenlace, la economía del seguro, la teoría principal-agente, los métodos econométricos y la evaluación. La figura 1 ofrece una panorámica del contenido de la ES. Los cuadros centrales, A, B, C y D, constituyen el núcleo disciplinario y los cuadros E, F y G las principales aplicaciones empíricas. Los sentidos lógicos establecidos por las flechas y las interacciones entre los cuadros hacen de la economía de la salud una auténtica subdisciplina –algo más que una colección de temas– siendo la obra editada por Culyer y Newhouse²¹ su manual de referencia más representativo.

Ciertamente una mayor orientación a la disciplina facilita el intercambio académico internacional con economistas, mientras la orientación a los problemas estimula la cooperación interdisciplinaria en entornos geográficos más acotados. La relevancia, en este caso, aparece como más inmediata, aunque

Figura 1

Panorama de Economía de la Salud



Fuente: Ortún-Rubio V, Pinto-Prades JL, Puig-Junoy J. La economía de la salud y su aplicación a la evaluación. Aten Primaria 2001; 27: 62-4, adaptado de Williams A: Health and economics. Oxford: McMillan, 1987.

el conocimiento generado bajo el segundo enfoque resulta menos universal por las limitaciones de validez externa que imponen las notorias diferencias institucionales entre países.

Al profesional sanitario –político, gestor, clínico– le interesa, sobre todo, el segundo enfoque de la economía de la salud: el que participa de manera más inmediata en la investigación sobre servicios sanitarios en la medida

que los resultados de esta investigación pueden contribuir a sus conocimientos, habilidades y actitudes. Por ejemplo, conocimientos acerca de los determinantes de la enfermedad o sobre la eficiencia relativa de diversas alternativas de financiación, organización y gestión de los servicios sanitarios; habilidades para manejar la incertidumbre; actitudes para orientar eventuales contradicciones entre la persecución del bienestar de un paciente y la consecución del bienestar del colectivo de pacientes.

Desarrollo de la economía de la salud en España

La situación de la economía de la salud en España presenta muchas características comunes con la de otros países de nuestro entorno, pero también algunas especificidades de interés. Abordaremos aquí los rasgos más generales –estado de desarrollo, principales aportaciones– para intentar seguidamente una caracterización de las peculiaridades más relevantes.

La economía de la salud ha alcanzado en España un grado destacable de madurez técnica, con una posición relativa en el escalafón internacional similar o superior a la que ocupa generalmente el país en otros ámbitos. Para avalar esta afirmación atenderemos a su reflejo en las tres vertientes relevantes del conocimiento (producción, difusión y aplicación):

- la producción de nuevo conocimiento y el desarrollo de instrumentos necesarios para ello,
- la presencia de la economía de la salud en programas formativos de variado espectro y
- la impregnación y colaboración con todo tipo de profesionales del ámbito sanitario, lo que en nuestro país supone una especificidad de grado.

España ocupa un buen lugar en el mundo en términos de producción de artículos científicos en economía de la salud. Aun así, es preciso tener en cuenta que el subcampo considerado es minúsculo. En cualquier caso, compara favorablemente con la posición relativa en otras disciplinas. Según *ISI Essential Science Indicators*, España figura en la décima posición en producción científica y en la décimo-segunda si se atiende al total de citas recibidas.

En cuanto a las publicaciones económicas nacionales, éstas han ido acogiendo progresivamente la creciente literatura orientada al sector sanitario. Ya en 1981 *Información Comercial Española* concentró su número 574 en la Economía de la Salud, y volvió a hacerlo en 1990, dedicando el número 681-682 a las reformas sanitarias. Desde entonces se han repetido estas apariciones estelares, hasta el último monográfico recogido en su número 804 de 2003. Otras revistas han ido dispensando una acogida similar. *Hacienda Pública* dedicó en 1993 una monografía al Análisis Económico del Sistema Sanitario Español, *Papeles de Economía Española* publicó en 1998 otro monográfico sobre Economía de la Salud y el pasado año el número 67 de los *Cuadernos Económicos de ICE* estaba dedicado a trabajos sobre la salud. Al mismo tiempo, la presencia de investigaciones económicas sobre la producción de salud y la atención sanitaria ha ido aumentando no tan sólo en las mejores revistas de Economía, sino también –y quizás principalmente– en las revistas de investigación sobre servicios sanitarios, en las de gestión e incluso en las revistas clínicas.

Para afinar la posición relativa de la economía de la salud producida en España dentro del mundo cabe atender a su repercusión en *Health Economics* y *Journal of Health Economics*, las dos revistas con mayor impacto en el campo, que resulta de considerar conjuntamente ‘Economics’ y ‘Health Policy and Services’ en el *Journal of Citations Report*. Este criterio muestra a España

en una razonablemente satisfactoria séptima posición relativa. Por supuesto, a enorme distancia de la que ocupan EEUU., y el Reino Unido, y también por detrás de Canadá, Australia, Suecia y Holanda. Pero nada más. Una presencia mayor que la de Alemania, Francia, Italia o Noruega, país que acogerá el próximo congreso mundial de la International Health Economics Association, tras cinco ediciones previas, la última de ellas organizada en Barcelona por el CRES que reunió a más de 2.000 participantes de 60 países.

Dado que *Health Economics* y *Journal of Health Economics* recogen una parte muy pequeña de la producción científica española en economía de la salud se necesitaría un estudio bibliométrico más amplio. Dicho estudio debería reflejar no sólo los trabajos aparecidos en revistas de ciencias sociales si no también el importante volumen de investigaciones aparecidas en publicaciones biomédicas. Y aun así sería un trabajo para el que se carece de términos de comparación.

En lo referente a la formación en economía de la salud, puede decirse que ha experimentado un llamativo ciclo de fructificación. Partiendo de los cursos pioneros impartidos en la Universidad de Barcelona, antes de la proliferación de maestrías de toda laya, se vivió una eclosión de postgrados en economía de la salud, que derivó en un redimensionamiento hacia titulaciones menos específicas, al tiempo que se convertía en un módulo presente en un sinnúmero de programas docentes de administración, salud pública, gestión sanitaria, etc. Se trata de un aspecto indudablemente positivo en términos de repercusión, ya que ésta no se logra mediante la superespecialización, si no más bien a través de la divulgación, la generalización y la deseable polinización cruzada. Como en el evangélico título de André Gide, «Si le grain ne meurt»...

Pero los papeles científicos y los programas académicos, como las pizarras, son muy sufridos y soportan casi todo, por lo que una descripción exhaustiva de estos no tendría

sentido. Cualquier afirmación sobre la contribución de la economía de la salud a la política y gestión sanitarias requeriría en primer lugar delimitar una serie de medidas de política y gestión sanitarias con impacto favorable en el bienestar social, para después establecer la proporción de la mejora atribuible a la economía de la salud. Ninguno de los dos requisitos se tiene ni será fácil que se tenga. Convendrá pues intentar aproximar la aportación –y su relevancia– de la economía de la salud a la Política y Gestión Sanitaria recurriendo más a una perspectiva «*emic*» –la empleada en antropología basándose en la experiencia de los integrantes de una cultura–, que desde la «*etic*» asentada en descripciones materiales y dudosas estadísticas.

La contribución de la economía de la salud a la Política y Gestión Sanitaria

A primera vista puede parecer improbable que la economía de la salud, una parte de la Economía Aplicada que ni constituye una especialización administrativamente reconocida ni facilita la identificación profesional –no existe el ‘cuerpo de economistas sanitarios’– ni goza de otras bases de poder, pretenda algún tipo de impacto en política y gestión sanitarias. Y sin embargo, no resulta difícil rastrear algunas de sus influencias más notorias.

Frente a esa visión pesimista, posiblemente más fundada en la impaciencia que en la evidencia, distintas aportaciones españolas²² e internacionales²³ intentan establecer los términos razonables en que sustentar cualquier conclusión al respecto. A partir de ellas se toman dos falacias que complican la ya de por sí difícil tarea de establecer los cambios, o la ausencia de ellos, en la política y gestión sanitaria atribuibles a conocimientos generados por la economía de la salud:

- La de la miopía, el corto plazo en el que se pretenden observar unas repercusiones

nes que pueden tardar una década o una generación en producirse.

- La omisión del *input* invisible, que obvia la influencia que ejercen cursos y más aun todo tipo de foros y encuentros –incluso los más casuales–, conversaciones informales y similares, que pueden tener una influencia mayor en la práctica que las investigaciones publicadas.

Contribuciones de la economía de la salud a la Política Sanitaria

Desde la economía de la salud se han producido importantes aportaciones a aspectos clave de la política sanitaria. Las vidas paralelas de la «disciplina» y la moderna configuración sanitaria española muestran notables entrecruzamientos, bastantes injertos e hibridaciones, acordes y disonancias fácilmente identificables. La economía de la salud arrancó en España hace poco más de un cuarto de siglo, de la mano de gestores entre curiosos y perplejos. Aunque en sus orígenes apenas había «Universidad», pronto se benefició del desembarco de un importante contingente de académicos que intuyeron su relevancia. En consecuencia, la corriente principal de las investigaciones en economía de la salud ha recorrido los caminos por los que ha ido discurriendo el devenir de nuestra sanidad.

Así, la preocupación por el desempeño del sistema sanitario ha propiciado todo tipo de estrategias para su evaluación²⁴, desde la importación de los métodos de análisis de eficiencia mediante análisis envolvente de datos²⁵, pasando por un ingente número de evaluaciones económicas^{26,27}, hasta los primeros intentos de realizar análisis coste-beneficio generalizados para establecer longitudinalmente el valor aportado por las intervenciones sanitarias sobre distintos problemas de salud.

Al mismo tiempo, desde fechas muy tempranas un importante número de trabajos se han preocupado por las desigualdades en salud y utilización de servicios sanitarios, llamando la atención sobre problemas de equidad que con demasiada frecuencia pretenden darse por superados con la implantación de una sanidad pública nominalmente universalizada^{28,29}.

Lógicamente desde la economía se han realizado destacadas contribuciones instrumentales para mejorar los mecanismos de asignación de recursos³⁰, tanto refinando los métodos de ponderación de la financiación capitativa³¹, como mediante el desarrollo de sistemas de agrupación y medición del producto del sistema sanitario, a la vez que se han aportado valiosos elementos para el análisis de las características del aseguramiento y evidencias empíricas sobre su influencia en la utilización de los servicios.

También es fácil rastrear los inputs alegados por la economía de la salud a la toma de decisiones clave de política sanitaria que han definido la configuración actual del SNS^{32,33}, y entre ellas la consideración de los costes marginales a la hora de plantearse la universalización de la asistencia, las consecuencias de la descentralización asociadas a las primeras transferencias del Insalud a las CCAA, los ejes sobre los que se articula la Ley General de Sanidad de 1986, el tránsito a una financiación fundamentalmente impositiva a partir de 1989, la necesidad de analizar y evaluar logros e insuficiencias del sistema que condujo a la elaboración del Informe Abril de 1991, o la necesidad de explicitar el contenido de la póliza pública que supusieron el Decreto de Ordenación de prestaciones del SNS de 1995 o los de financiación selectiva de medicamentos.

Seguramente contribuye a esta capilarización el hecho de que, a pesar de la escasa afiliación de políticos y gestores a las sociedades científicas, el elenco de profesionales con un sólido bagaje económico que han

desempeñado destacadas responsabilidades políticas, gestoras o asesoras resulta llamativo. Si la pesquisa sobre estas influencias se realizase *ad personam*, como en tantos otros aspectos del sector, resultaría sencillo identificar entre los responsables de algunas políticas nombres de bastantes notorios practicantes o «aficionados» a la economía de la salud con cierta influencia política en determinados momentos de nuestra historia reciente que han desempeñado un papel clave en el impulso de algunas innovaciones en España.

Contribuciones de la economía de la salud a la Gestión Clínica y Sanitaria

Curiosamente la «prédica» de la economía de la salud en España ha encontrado un terreno más abonado entre los profesionales inquietos que entre los gestores públicos (políticos). Buena parte de las innovaciones en política sanitaria antes apuntadas se desarrollaron de manera ascendente, a partir de experiencias locales que con posterioridad se generalizaron. De hecho la concreción de algunas innovaciones a las que ha contribuido la economía de la salud sigue confinada en reservas de entusiastas, no habiendo pasado en el resto del territorio de la mera declaración de intenciones o de su encarnación administrativa que es la promulgación de «normativa básica».

La constatación de variaciones aparentemente arbitrarias en la práctica médica³⁴ contribuyó a la formulación de preguntas muy pertinentes: primera, cómo financiar –sin dualizar la sociedad– aquellas innovaciones tecnológicas y organizativas cuyo impacto en el bienestar social sea mayor que su coste y, segunda, cómo reducir las intervenciones de valor marginal escaso, inexistente o negativo, y cómo estimular las intervenciones beneficiosas que no se están produciendo.

La aplicación de la evaluación económica a las decisiones clínicas³⁵ sigue proporcionando, no obstante, la cara más conocida entre las aplicaciones de la ES con un instrumental cada vez más sofisticado³⁶. Los documentos de referencia de las prácticas excelentes, las guías clínicas, incorporan rutinariamente como parte esencial de su argumentario evaluaciones del coste-efectividad de las alternativas consideradas. Objetar las deficiencias técnicas que a menudo se detectan en muchos de estos documentos no empaña la aportación de la economía a los procesos de decisión sobre el uso eficiente de los recursos sanitarios.

Otro ámbito en el que la economía de la salud ha jugado un papel relevante ha sido en la extensión del empleo de sistemas de ajuste de riesgos, incluyendo aquí desde sistemas de clasificación de pacientes para la definición del producto hospitalario³⁷ hasta las nuevas estrategias de ajuste para la financiación capitativa³⁸.

Más previsibles, pero no menos importantes, han sido las aportaciones en el desarrollo y aplicación de indicadores del comportamiento de los proveedores sanitarios, las medidas de eficiencia y el instrumental para guiar la gestión cotidiana de las organizaciones, como los contratos-programa, los cuadros de mando o los programas de mejora de la calidad. Las investigaciones sobre incentivos³⁹, incorporación de las preferencias del paciente a las decisiones clínicas⁴⁰, nuevas formas organizativas⁴¹ o medicina basada en la evidencia⁴² han tenido escasa repercusión en una realidad más preocupada por controlar lo que se gasta que en conocer para qué sirve.

La economía de la salud en España: A propósito de un caso

A diferencia de lo que ocurre en muchos países, la economía de la salud española no es un coto cerrado de economistas. La cons-

tación empírica es sencilla. Es, como poco, sintomático que la Asociación de Economía de la Salud (AES), a diferencia de otras sociedades científico-profesionales no exija a sus socios ninguna titulación de naturaleza económica. En consecuencia basta señalar que de sus más de 650 miembros apenas 250 son economistas. El número de médicos es similar, siendo los restantes socios farmacéuticos, enfermeros, abogados, etc. Sus jornadas, publicaciones y actividades son un espacio de encuentro para profesionales que, con distintos *trasfondos formativos* comparten preocupaciones, análisis y reflexiones. Ese rasgo constitutivo se manifiesta también en el hecho de que la AES fuese una de las sociedades científicas fundadoras de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), y posteriormente de su correspondiente europea, la EUPHA.

Como resultado de esta multidisciplinariedad efectiva puede afirmarse que no existen diferencias en el grado de acuerdo sobre conocimientos en economía de la salud entre los distintos grupos identificables en AES (economistas académicos, clínicos y gestores). La economía, en sus aplicaciones en el ámbito sanitario, pretende generar un conocimiento no sólo válido sino también útil para la mejora de la política sanitaria, la gestión de centros o la práctica clínica. La capacidad de la economía de la salud para contribuir a una política y gestión sanitarias más fundadas en el conocimiento y la constatación científica depende de muchos factores. Para que estos conocimientos puedan trasladarse a la toma de decisiones se requiere, como mínimo, que la investigación aborde temas considerados relevantes. También es precisa su difusión eficiente, empleando canales y medios compartidos con los diferentes actores implicados. Pero el mero conocimiento no consigue trasladarse a la práctica si no logra, además, superar las diferencias en valores que a menudo separan a los diferentes grupos profesionales.

Hace una década Victor Fuchs, entonces presidente de la *American Economic Association*, constató la existencia de importantes desacuerdos entre los economistas teóricos y los médicos, no sólo respecto a políticas, si no incluso respecto a cuestiones positivas. Fuchs⁴³ lamentaba que la investigación económica no ha contribuido demasiado a hacer que el debate sobre política sanitaria sea más informado y productivo. En nuestro país se realizó una investigación similar⁴⁴ cuya principal conclusión es que no existen diferencias en el grado de consenso sobre conocimientos en economía de la salud entre los distintos grupos de economistas académicos, clínicos y gestores consultados.

A diferencia de Estados Unidos, en España no parece que exista explícitamente un problema de difusión de los conocimientos de los economistas de la salud hacia los demás grupos, puesto que el nivel de consenso de gestores y médicos no es esencialmente distinto del observado entre los economistas de la salud. Con todo, estas afirmaciones deben ser matizadas dado el importantísimo sesgo de selección que supone que todos los consultados eran socios de AES. Aun así, sigue siendo destacable que no sea el grupo profesional identificado el que determine las discrepancias observadas.

Con los mimbres que se han apuntado —carácter no curricular, multidisciplinariedad efectiva, surgimiento del propio sistema sanitario— es comprensible que la economía de la salud en España esté marcada por una mayor orientación a la resolución de problemas prácticos que al desarrollo teórico. En un proceso autoalimentado, el carácter fundamentalmente aplicado de la Economía de la Salud, su focalización en los problemas de política sanitaria, de gestión pública, de gestión de centros sanitarios e incluso, de gestión clínica, ha dado visibilidad a las investigaciones de estos economistas.

Además, la abundancia relativa de publicaciones en medios que leen otros profesio-

nales más allá de los colegas académicos ha facilitado la metabolización de sus conceptos y saberes básicos, minimizando la generación de anticuerpos. Algo que también ha contribuido a reforzar la relevancia de las cuestiones tratadas, no equivocándose en el objeto de estudio al abordar los verdaderos problemas de la producción y distribución de salud y servicios sanitarios.

Aunque la disciplina de la economía de la salud dispone de prestigiosas publicaciones científicas a nivel internacional, en la medida en que se trata de un campo en el que la interdisciplinariedad tiene muchas ventajas, algunos de los mejores trabajos en economía de la salud han aparecido en revistas sanitarias, ya sea de medicina o de salud pública.

Con todo, la presencia de artículos que aborden aspectos económicos en revistas médicas españolas es muy inferior a la registrada en *BMJ*, *JAMA*, *NEJM* o *Annals of Internal Medicine*, al menos si se computan en Medline las apariciones de «economics» como «MeSH Subheading», una opción intermedia entre el demasiado específico «MeSH major topics» y el extensivo «MeSH Terms». Una sucinta exploración permite comprobar que las apariciones de la economía en *Medicina Clínica* apenas suponen entre un 35% o 40% de las que se encuentran en *BMJ*, *Annals*, *NEJM* o *JAMA*, donde la proporción de trabajos acogidos a ese criterio es del orden del 3,5%. Mayor repercusión parecen tener las cuestiones económicas en *Atención Primaria*, ya que en este aspecto resulta comprable con las revistas citadas.

Si se considera la situación en las revistas de investigación en servicios de salud la realidad española tampoco resulta boyante, sabiendo que en *Medical Care*, *Health Services Research*, *Health Policy* o *Health Affairs* la proporción de artículos que incorporan el descriptor citado va del 22% al 48%. Menos del 9% de los trabajos aparecidos en *Gaceta Sanitaria* se epigrafían así, y apenas el 3,6%

de los recogidos en la *Revista Española de Salud Pública*.

Esta insuficiente presencia de la economía de la salud en las publicaciones sanitarias merece estudios bibliométricos rigurosos y no meras consultas apresuradas. Seguramente convendrá analizar su evolución temporal y los contenidos que han predominado en cada momento, para poder discernir la real generación de conocimiento de la mera rendición al interés coyuntural, tan consustancial a la prensa y al que ni las publicaciones científicas son inmunes.

Pero las publicaciones no son más que un instrumento para difundir el conocimiento y las ideas. Son «productos intermedios» que no deben hacer perder de vista el objetivo final de las prácticas sanitarias: mejorar la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones. A pesar de los logros más arriba apuntados, todavía persiste entre los decisores sanitarios una contumacia en el error, una insistencia en aplicar a problemas recurrentes soluciones cuya ineficacia está teórica y empíricamente documentada. Pero sería insensato, aunque usual, culpar de las limitaciones en la traslación a la política y la gestión sanitaria a políticos indocumentados, gestores de bandería o clínicos miopes. La responsabilidad última debe recaer en la economía de la salud, por no haber aprendido lo bastante sobre los mecanismos retóricos adecuados para hacer realidad sus propuestas⁴⁵.

Cabe diagnosticar que en nuestro país la economía de la salud tiene aun más presencia que influencia, no habiendo logrado impregnar suficientemente la práctica diaria, a lo que puede haber contribuido un exceso de coyunturalismo y de cambios de rumbo al parir de la agenda internacional. La oferta de la economía de la salud no ha creado su propia demanda, como apunta el hecho de que el recurso a ella sea mayor allí donde existe una necesidad manifiesta, es decir, en el área de la farmacoeconomía y las evalua-

ciones económicas de productos y tecnologías en busca de clientela.

En definitiva, puede afirmarse que la economía de la salud ha gozado de más éxito instrumental que en la impregnación de algunas nociones básicas. La caja de herramientas de la economía de la salud es compartida y empleada por profesionales de diferentes linajes. Abundan las aproximaciones a la evaluación económica realizadas competentemente por todo tipo de clínicos, mientras los más sofisticados métodos cuantitativos o de análisis de datos (de panel) son un territorio abonado de encuentro para grupos de econométricos y epidemiólogos. Sin embargo subsisten importantes reticencias a incorporar nociones que acompañan o subyacen en dicho maletín. Especialmente algunas centrales en los análisis como el coste de oportunidad, la asimetría de información o la eficiencia en el empleo de los recursos. No todo el mundo interpreta de la misma forma el conocimiento positivo, en ocasiones porque se parte de valores diferentes, lo que reviste especial importancia en evaluación económica ya que no es lo mismo maximizar utilidades individuales que maximizar la salud de la sociedad. De manera similar tampoco puede confundirse la maximización de la salud con la maximización del bienestar.

La insuficiente traslación a la práctica de algunas de las aportaciones de la economía de la salud o la limitación comparativa del número de publicaciones no empequeñecen la realidad de una generalizada y fructífera colaboración entre profesionales de distintas disciplinas. La cohabitación gozosa entre economistas, epidemiólogos, estadísticos, clínicos y gestores se visualiza en las rúbricas de las investigaciones y se percibe en la existencia de «colegios invisibles» en los que el compartir inquietudes, experiencias y referentes enriquece la actividad de sus integrantes y sus respectivos entornos. Probar esta afirmación exige recurrir a diseños de investigación bastante infrecuentes en nuestro entorno, por lo que deberá confiarse en el

olfato –algo a lo que seguidamente nos referiremos– de los firmantes.

Algunas recomendaciones a partir de más de un cuarto de siglo de experiencia

Un economista influyente, como Andreu Mas-Colell, que en EE.UU. contribuyó a la recuperación de Harvard⁴⁶ y en España al avance de la política científica, dice, a propósito de la influencia de la investigación en economía sobre la realidad social, que «*la actividad académica es parcialmente responsable del éxito de una disciplina, ya que es ésta la que determina qué libros de texto leerán los profesionales, es decir, de cómo se les educa el olfato*». Es cierto que los conocimientos de Economía que necesita un político o un gestor sanitario o un clínico son limitados; el impacto de la economía de la salud pasará, sobre todo, por educarles el olfato.

Como recomendaciones finales –una práctica habitual en los estudios del ámbito de la economía de la salud, que suelen terminar con un apartado de implicaciones o recomendaciones para la política y la gestión sanitaria– se exponen algunos ejemplos de la que parece haber sido una clara aportación de la economía de la salud a la educación del olfato. Para no exceder el espacio asignado se presentan meramente como los encabezados de 10 transparencias a proyectar en cualquier curso para gestores sanitarios que deban conocer los conceptos básicos procedentes de la economía de la salud. Su argumentación y aplicación ostensiva a situaciones conocidas por el público queda para tribunas más amplias.

1. Las necesidades humanas son ilimitadas y los recursos siempre finitos.
2. La economía se refiere tanto a beneficios como a costes
3. Los costes no se reducen al hospital ni siquiera a los servicios de salud.

4. Las opiniones implican juicios de valor. Por definición.
5. Muchas reglas sencillas del funcionamiento del mercado no son aplicables al caso de los servicios de salud.
6. Considerar los costes no es inmoral. Lo contrario tal vez.
7. La elección debe referirse a los cambios marginales, no a la actividad total.
8. La asistencia es sólo una forma, entre otras, de mejorar la salud.
9. La paradoja de la prevención *more economico*: el beneficio social resulta poco atractivo para el individuo ya que presenta preferencias temporales diferentes para costes y beneficios.
10. La equidad tiene un coste y estrategias de abordaje con efectividad muy dispar.
6. Cutler DM, Glaeser EL, Shapiro JM. Why have Americans become more obese? J Econ Perspect 2003; 17: 93-118.
7. Newhouse JP and the Insurance Experiment Group. Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Harvard University Press; 1993.
8. Garber AM, Fuchs VR, Silverman JF. Case mix, costs, and outcomes. N Engl J Med 1984; 310: 1231-7.
9. Williams A. The cost-benefit approach. Br Med Bull 1974; 30:252-6.
10. Phelps CE, Parente ST. Priority setting in medical technology and medical practice assessment. Med Care 1990; 28:703-23.
11. Weinstein MC, Siegel JE, Gold MR, Chalet MS y Russell LB por el Grupo sobre Coste-Efectividad en Salud y Medicina. Recommendations of the Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine. JAMA 1996; 276:1253-58.
12. Wagstaff A. QALYs and the equity-efficiency trade-off. J Health Econ 1991; 10: 21-41.
13. Cutler DM. Your Money or Your Life: Strong Medicine for America's Health Care System. Oxford University Press; 2004.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sen A. Mortality as an indicator of economic success and failure. The Economic Journal 1998; 108: 1-25.
2. Fogel RW. The Escape from Hunger and Premature Death, 1700-2100. Europe, America and the Third World. Cambridge University Press; 2004.
3. Evans RG, Stoddart GL. Producir salud, consumir asistencia sanitaria. En Evans RG, Barer ML, Marmor TR (eds.). ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?. Madrid: Díaz de Santos; 1996.
4. Arrow K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. American Economic Review 1963; 53: 941-73. Hay traducción española: La Incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas. Información Comercial Española. Revista de economía 1981; 574:47-63.
5. Chaloupka F. Rational Addictive Behavior and Cigarette Smoking. J Polit Econ 1991; 99: 722-42.
14. Rothschild M, Stiglitz JE. Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. Q J Econ 1976; 90: 630-49.
15. Fuchs VR. The Health Economy. Harvard University Press; 1986.
16. Van de Ven WPM, Beck K, Buchner F, Chernichovsky D, Gardiol L, Holly A, et al. Risk adjustment and risk selection on the sickness fund insurance market in five European countries. Health Policy (New York) 2003; 65: 75-98.
17. Vera-Hernández M. Structural Estimation of a Principal-Agent Model : Moral Hazard in Medical Insurance. Rand J Economics 2003; 34: 670-93.
18. Scherer FM. The Pharmaceutical Industry, capítulo 25 de AJ Culyer y JP Newhouse (eds.): Handbook of Health Economics. Amsterdam: Elsevier; 2000.
19. González P. On a Policy of Transferring Public Patients to Private Practice. Health Economics (New York) 2005; 14: 513-27.

20. Rivero-Arias O et al. Surgical stabilisation of the spine compared with a programme of intensive rehabilitation for the management of patients with chronic low back pain: cost utility analysis based on a randomised controlled trial. *BMJ* 2005; 330:1220-1.
21. Culyer A, Newhouse J, eds. *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier; 2000.
22. Rovira J, Antoñanzas F. Las repercusiones de la economía de la salud en la política sanitaria española, en Asociación de Economía de la Salud (ed.): *Avances en la Gestión Sanitaria*. Palma de Mallorca, 2000; 201-212.
23. Hurst J. The impact of health economics on health policy in England, and the impact of health policy on health economics, 1972-1997. *Health Econ* 1998; 7: S47-S62.
24. González López-Valcárcel B, Barber Pérez P. Changes in the efficiency of Spanish public hospitals after the introduction of program-contracts. *Investigaciones Económicas* 1996; 20: 377-402.
25. Solà Tey M, Prior Jiménez D. Planificación estratégica pública y eficiencia hospitalaria. *Hacienda Pública Española* 1996; 136: 93-108.
26. Artells Herrero JJ. Aplicación del análisis coste-beneficio en la planificación de los servicios sanitarios: eficiencia y equidad en la atención perinatal. Barcelona, Masson; 1989.
27. Rovira Forns J. Evaluación económica en salud: de la investigación a la toma de decisiones. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 293-95.
28. Rodríguez M, Calonge S, Reñe J. Equity in the Finance and Delivery of Health Care in Spain. En E Van Doorslaer, A Wagstaff y F Rutten (eds.): *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. Oxford University Press, 1993.
29. Urbanos Garrido RM. Desigualdades sociales en salud y efectividad potencial de las políticas públicas : un estudio aplicado con datos españoles. *Hacienda Pública Española* 2000; 154: 217-38.
30. López Casanovas G. Los sistemas de financiación en los hospitales. Análisis de tendencias. *Gac Sanit* 1993; 7: 28-36.
31. Ortún V, López Casanovas G. Financiación Capitulativa, Articulación entre Niveles Asistenciales y Descentralización de las Organizaciones Sanitarias. Madrid: Fundación BBVA, 2002. Documento de trabajo num. 3.
32. Murillo Fort C, González López-Valcárcel B. El sector sanitario en España: Situación actual y perspectivas de futuro. *Hacienda Pública Española* 1991; 119: 41-58.
33. López Casanovas G. La regulación del sistema sanitario: estructura y regulación del sistema sanitario español. *Información Comercial Española: Revista de economía*. 1993; 723: 131-148.
34. Meneu R. Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones. Barcelona: Masson; 2002.
35. Antoñanzas Villar FJ, Rubio-Terrés C, Sacristán JA, Pinto JL, Prieto L, Rovira Forns J. Análisis coste-efectividad en la evaluación económica de intervenciones sanitarias. *Med Clín* 2004; 122:505-10.
36. Vázquez-Polo FJ, Negrín M, Cabasés JM, Sánchez E, Haro J, Salvador L. An analysis of the cost of treating schizophrenia in Spain: a hierarchical Bayesian approach. *J Ment Health Policy Econ* 2005; 8:153-65.
37. Casas M, ed. *Los grupos relacionados con el diagnóstico. Experiencia y perspectivas de utilización*. Barcelona: Masson; 1991.
38. García Goñi M. Ajuste de riesgos en los mercados sanitarios. En Ibern P (ed.): *Integración asistencial: fundamentos, experiencias y vías de avance*. Barcelona: Masson; 2006.
39. Pita P, Olivella P. Waiting lists and patient selection. *J Econ Manag Strategy* 2005; 14: 623-46.
40. Pinto JL, Abellán JM, Sánchez FI. Incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones clínicas. Barcelona: Masson; 2004.
41. Martín J. *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias*. Madrid: Fundación Alternativas, 2003. Documento de trabajo 14/2003.
42. Meneu R, Ortún V, Peiró S. Medicina basada en la evidencia: posibilidades y limitaciones. En: López Casanovas G, dir. *La contratación de servicios sanitarios*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social; 1998: 185-207.

43. Fuchs V. Economics, Values and Health Care Reform. *Am Econ Rev* 1996; 86:1-24.
44. Puig-Junoy J, Ortún V, Ondategui S. Conocimientos, valores y políticas en economía de la salud. *Gac Sanit* 2000; 14: 378-85.
45. McCloskey D. Si eres tan listo. La narrativa de los expertos en economía. Madrid: Alianza Editorial; 1993.
46. Anónimo. Universities compared. Cambridge versus Cambridge. *The Economist*, 21 diciembre 1991: 43-45.