

R E V I S T A D E

# 3 ECONOMIA 4

Consejo General  
de Colegios  
de Economistas  
de España

Número 12  
1992  
900 ptas.



Salud, servicios sanitarios y economía



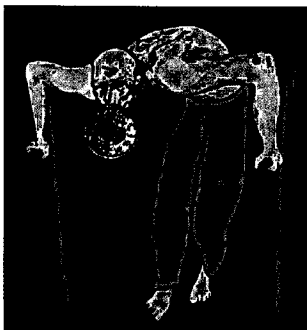
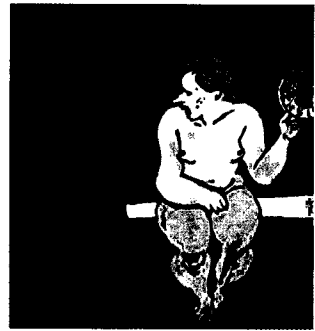
# Salud, servicios sanitarios y economía

La crisis iniciada en los setenta no sólo afectó a los ritmos de crecimiento de las economías occidentales, sino también a las formas de organización de las actividades públicas que habían estado vigentes durante las décadas precedentes.

La recesión económica afectó a los fundamentos mismos del estado del bienestar. Tal vez la reforma de los servicios sanitarios ejemplifica como pocas las dificultades que rodean a este esfuerzo de redefinición de los servicios públicos y de sus sistemas de organización y gestión. España, aunque tardíamente incorporada al club de los países desarrollados, está obligada a enfrentarse a esta inaplazable reforma. Las orientaciones seguidas en países cercanos sirven como referencia y contraste pero, al cabo, la opción ha de ser propia. A este importante y polémico

asunto ha querido dedicar REVISTA DE ECONOMIA esta sección monográfica, cuya coordinación se debe a Vicente Ortún Rubio, profesor titular de Economía Aplicada en la Universidad Pompeu Fabra.

Las ilustraciones que acompañan los textos se deben al trazo personal de Federico del Barrio. Un contrapunto, una historia fabricada de secuencias que humaniza, con un fondo negro, el aparentemente neutro discurrir del discurso sanitario.





MONOGRAFIA

# Productividad y salud: la bolsa y la vida

VICENTE ORTUN RUBIO

La salud de la especie humana ha estado históricamente relacionada con la oferta alimentaria y ésta con las disponibilidades energéticas (1). El tamaño de la población puede tomarse como indicador de salud: la capacidad de una especie, la humana en este caso, para reproducirse y aumentar de tamaño. El tamaño de la población depende de la oferta alimentaria, la cual a su vez viene condicionada por las disponibilidades energéticas. Con esta perspectiva los grandes cambios en las disponibilidades energéticas, variable explicativa última de la «salud» de la humanidad, son la Revolución Agrícola (el control por el hombre de los convertidores biológicos de energía, animales y plantas) y la Revolución Industrial (explotación de energía acumulada, carbón, mediante un convertidor inanimado, la máquina de vapor).

Las mejoras en la nutrición, junto con las vacunaciones, las medidas de salud pública, una mayor educación y un mejor cuidado médico son las que han posibilitado la espectacular reducción de las enfermedades infecciosas y parasitarias. Todavía en la actualidad el nivel de renta y el grado de equidad en la distribución de esa renta son las dos variables más explicativas de las diferencias en esperanza de vida al nacer entre países del mundo. Entre los países desarrollados, la variable con mayor poder explicativo de las diferencias en estado de salud entre individuos pasa a ser la educación. Se aprecia en conjunto, no obstante, que la fuerte asociación histórica entre renta y salud (medida como ta-

maño de la población o como esperanza de vida al nacer) mantiene su vigencia en un análisis transversal de los países del mundo.

Lo que impulsa el desarrollo económico es una productividad creciente. Las mejoras en la productividad son consecuencia del progreso tecnológico que se difunde por inversiones en capital de equipo, capital humano y a través del comercio. Hay datos convincentes que vinculan la productividad a las inversiones en capital humano: educación primaria, atención básica a la salud, nutrición y planificación de la familia.

## Impacto de la salud sobre el desarrollo económico

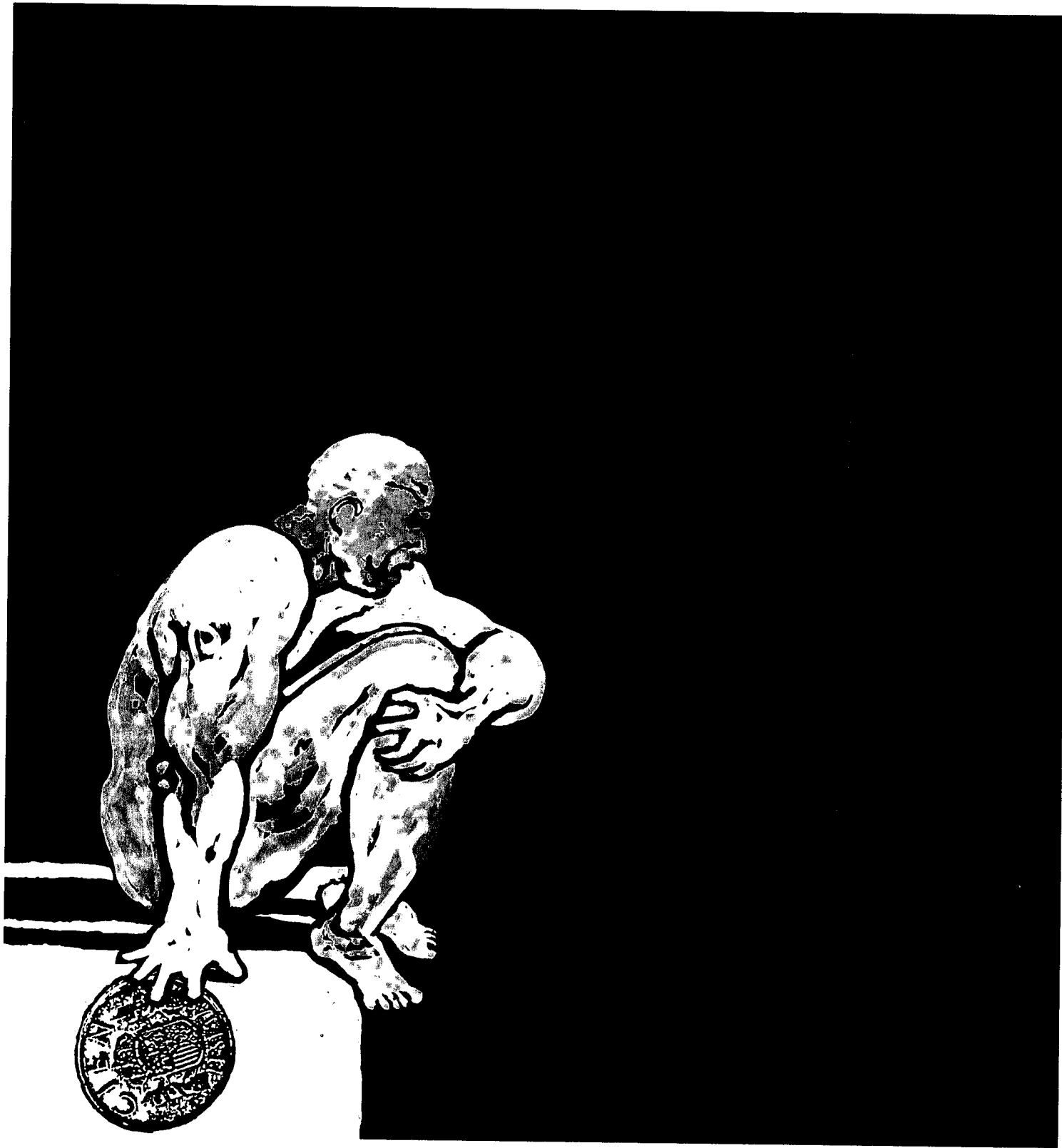
La buena salud, además de ser un objetivo en sí mismo, trae aparejados importantes beneficios económicos. El mejoramiento de la salud y la nutrición aumenta la productividad de los trabajadores, reduce el número de días que se sienten enfermos y prolonga su vida económicamente activa. El programa de erradicación del paludismo emprendido en Sri Lanka en las décadas de 1940 y 1950, al reducir la morbilidad y el debilitamiento de la población, tuvo por resultado un aumento del 10% de la renta. En Sierra Leona, un aumento del 10% en la ingestión de calorías de los trabajadores agrícolas que consumían 1.500 calorías al día aumentó la producción en un 5%. Se han obtenido resultados análogos entre los obreros que trabajan en la construcción de caminos de Kenya con un consumo diario de

2.000 calorías. Se ha estimado, en países en desarrollo, que es posible perder por enfermedad un promedio de 2,1 a 6,5% de la renta anual (2).

La salud y la nutrición también influyen a largo plazo en la productividad y la producción porque afectan a la capacidad y motivación del niño para aprender. La morbilidad y la malnutrición en los primeros años de vida pueden retrasar el desarrollo mental, y las enfermedades y los episodios de hambre pueden reducir la capacidad de concentración del niño e impedir que asista a la escuela.

Sobre una población limitada y enferma no puede construirse un desarrollo económico sostenido, condición a su vez necesaria para mejorar el estado de salud. Por otra parte, las malas condiciones sanitarias restringen el poblamiento de áreas ricas en recursos naturales: la oncocercosis limita los asentamientos humanos, la tripanosomiasis (la «guardiana» de Africa) impide el desarrollo pecuario, el paludismo dificulta el desarrollo agrícola y turístico... De ahí que en muchos países desarrollados exista concordancia entre los objetivos del desarrollo económico y los de mejora del estado de salud de la población a través del saneamiento básico, la prevención y la atención primaria de salud en general. El paludismo es el paradigma histórico de interrelación entre desarrollo económico y sanitario.

Esta concordancia entre objetivos de mejora del estado de salud y objetivos de desarrollo económico en muchos países subdesarrollados explica que incluso los programas de ajuste estructural



auspiciados por el Fondo Monetario Internacional contemplen el gasto sanitario como una inversión prioritaria para el desarrollo económico.

El enfoque clásico del gasto sanitario como inversión productiva en recursos humanos pierde validez en los países desarrollados con gran capacidad laboral no utilizada y funciones sanitarias predominantemente de cuidado (cuidado versus curación) a población no activa.

De la concordancia histórica, y actual en muchos países subdesarrollados, entre objetivos de crecimiento económico y objetivos de mejora del estado de salud de la población, se ha pasado a una mayor contradicción entre ambos. La bolsa o la vida.

## Gasto sanitario y productividad

Dos argumentaciones, macroeconómica la una, microeconómica la otra, presentan la expansión del gasto sanitario como contraria a la mejora de la productividad.

El sector sanitario absorbe unos recursos reales (doctores, sábanas, equipos...) que podrían ser destinados a otros sectores industriales considerados más estratégicos o a la acumulación productiva. El dilema, no obstante, es válido pa-

ra cualquier consumo y no requiere mucha imaginación nombrar sectores cuya contribución al bienestar pueda juzgarse más dudosa que la efectuada por el sector sanitario (tabaco, publicidad, joyería...). El argumento macroeconómico contra el aumento del gasto sanitario descansa en el alegato de que el sector sanitario es, entre los múltiples sectores de la economía, especialmente despilfarrador al absorber unos recursos para producir servicios sanitarios de un valor social que no cubre su coste de oportunidad (3). Verificar la validez del alegato pasa por el problema de siempre: establecer si se producen al menor coste social los bienes y servicios que más valora la sociedad, recordando que la sociedad, frecuentemente, juzga la disposición a pagar por los servicios sanitarios como criterio insuficiente de valoración de los mismos.

En el plano microeconómico la argumentación acerca del perjuicio para la competitividad de un país causada por su gasto sanitario se basa en la repercusión de éste en los costes empresariales. En España el 30% del gasto sanitario público se financia con las cotizaciones a la Seguridad Social y el 70% restante con impuestos generales. Aceptando la traslación a precios de los

impuestos, el gasto sanitario financiado públicamente constituiría un componente del salario y repercutiría en la evolución de la competitividad de las empresas del país igual que cualquier otro componente salarial. Se podría pues despachar la preocupación por el argumento microeconómico diciendo que es una cuestión de composición del salario —entre sus partes directa, indirecta y diferida— y de su evolución global. No obstante, el carácter de bien tutelar de los servicios sanitarios, su magnitud (el gasto sanitario financiado públicamente representa en España un 5,1% del PIB) y el hecho de que su cuantía sea decidida colectivamente aconseja recordar que las alternativas más claras al gasto sanitario son el gasto educativo —también tutelar— o el gasto en bienes públicos como las infraestructuras. Y que, especialmente el gasto educativo, puede repercutir más favorablemente que el gasto sanitario tanto en la salud de la población como en la productividad del trabajo.

## La productividad de los servicios sanitarios

Cualquier país desea, razonablemente, unos servicios sanitarios que no supongan «demasiado gasto», satisfagan a la población y ofrezcan unos indicadores de resultado, en términos de cantidad y calidad de vida, aceptables. Todo ello puede resumirse diciendo que se trata de conseguir unos servicios sanitarios eficientes en lo suyo —producir salud— y financiados conforme a lo que parezca ser el consenso social sobre lo que es justo, esto es, la particular idea que la sociedad en cuestión tenga sobre la equidad. Desafortunadamente no pueden establecerse todavía comparaciones fáciles relativas a la eficiencia de diversos sistemas en la producción de salud (véase cuadro 1) fundamentalmente por: primero, las dificultades de definición y medida del producto salud, y segundo, por la multicausalidad de la salud y el insuficiente conocimiento de sus funciones de producción lo que impiden precisar la importancia relativa de los servicios sanitarios en la producción de salud.

Hay que limitarse, pues, a medidas de «productos intermedios» de los servicios sanitarios (consultas, hospitalizaciones) y los correspon-

Cuadro 1. Comparaciones sanitarias internacionales

	Gasto sanitario en % PIB 1989	% gasto sanitario financiado públicamente 1989	Gasto sanitario per cápita 1989 \$ PPC	Muertes en 1 <sup>er</sup> año x 1000 nacidos vivos, 1988	Años de esperanza de vida al nacer, hombres 1988	Médicos por 10.000 hab. 1988	Admisiones hospitalarias x 1000 hab. año 1988
Alemania	8,2	72	1.232	7,6	71,8	29	215
Bélgica	7,2	89	980	9,4	71,4 <sup>(1987)</sup>	33	158
Canadá	8,7	75	1.683	7,2	73,0 <sup>(1986)</sup>	22 <sup>(1987)</sup>	145
Dinamarca	6,3	84	912	7,5	71,8	27	209
España	6,3	78	644	8,1	73,2 <sup>(1987)</sup>	36	94 <sup>(1987)</sup>
EEUU	11,8	42	2.354	10,0	71,5	23	138
Francia	8,7	75	1.274	7,7	72,3	26	223
Grecia	5,1	89	371	11,0	74,1 <sup>(1987)</sup>	32	121
Holanda	8,3	73	1.135	6,8	73,3	24	109
Irlanda	7,3	84	658	8,6	71,0	15	152
Italia	7,6	79	1.050	9,3	72,7 <sup>(1987)</sup>	—	166
Japón	6,7	73	1.035	4,8	75,5	16 <sup>(1987)</sup>	78
Portugal	6,3	62	464	13,0	70,7	27	96
Reino Unido	5,8	87	836	9,0	72,4	14	159

Fuente: Schieber, G, Poullier, JP y Greenwald, L. «Health care systems in twenty-four countries». *Health Affairs*, otoño 1991: 22-38

dientes ratios de productividad bruta (intervenciones por cirujano, consultas por médico...) sin ninguna consideración ni a variaciones en calidad ni al impacto en el bienestar. Para acabar de complicar el que la mayor parte de los servicios sanitarios no se destine a la venta, y su precio no se forme en el mercado, quita sentido a la consideración del valor añadido por el sector sanitario y a los ratios de productividad que a partir del mismo puedan derivarse (4). El valor añadido del sector sanitario está compuesto fundamentalmente por salarios y refleja *inputs* de tal forma que sube tanto como lo hagan los salarios.

*No gastar «demasiado».* Pese a que carezca de sentido juzgar si un país gasta poco o mucho en sanidad, con independencia de lo que obtiene de ese gasto, la comparación del porcentaje del PIB dedicado a sanidad es de las pocas que puede efectuarse entre países y tal vez por ello la más usual. El gráfico 1 aparte de mostrar esta relación da una explicación implícita del aumento del gasto sanitario: el aumento de la renta. Otros factores explicativos del aumento del gasto sanitario son: los cambios en mortalidad y morbilidad, el envejecimiento poblacional, los cambios en las costumbres sociales y la organización familiar, la mayor especialización y consiguientes mejoras de sueldo para el personal sanitario, los intereses de la industria farmacéutica y electromédica, el carácter tutelar de los servicios sanitarios y los débiles avances en productividad bruta por persona empleada en el sector sanitario.

Los débiles avances en productividad bruta por persona empleada en el sector sanitario son consecuencia de la naturaleza artesanal y personalizada de los procesos de atención, poco susceptibles a la sustitución de trabajo por capital. Los costes relativos de este tipo de servicios deben crecer forzosamente y la proporción de la población activa dedicada a la sanidad aumentar incesantemente como consecuencia de una demanda de elasticidad renta superior a la unidad y una oferta que apenas aumenta su productividad bruta. Así, la población ocupada, en España, en el sector sanitario ha pasado de 300.000 personas en 1970 a 470.000 personas en 1991 (el 3,7% de la población ocupada). Y lo que es más, todos los factores explicativos del aumento del

gasto sanitario continúan actuando (se discute únicamente acerca del grado de protección del consumo sanitario por parte del Estado) por lo que es obligado mantener el pronóstico de aumento del porcentaje del PIB que se dedica a sanidad.

*Tener a la población satisfecha.* La satisfacción se deriva de la comparación entre expectativas y comportamiento. Y con frecuencia han crecido más las primeras que el segundo por varias razones: Primera, los avances en la atención sanitaria han contribuido a la disminución de la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas, lo que resulta en un aumento relativo de la prevalencia de enfermedades degenerativas y crónicas. Segunda, la mayor preocupación social por la salud propicia el autoescudriñamiento y amplifica los síntomas y las percepciones de enfermedad. Tercera, la creciente comercialización de algunos servicios y la atención de los medios de comunicación, morbosa en ocasiones, contribuyen a la creación de un clima de aprensión, inseguridad y alarma acerca de la enferme-

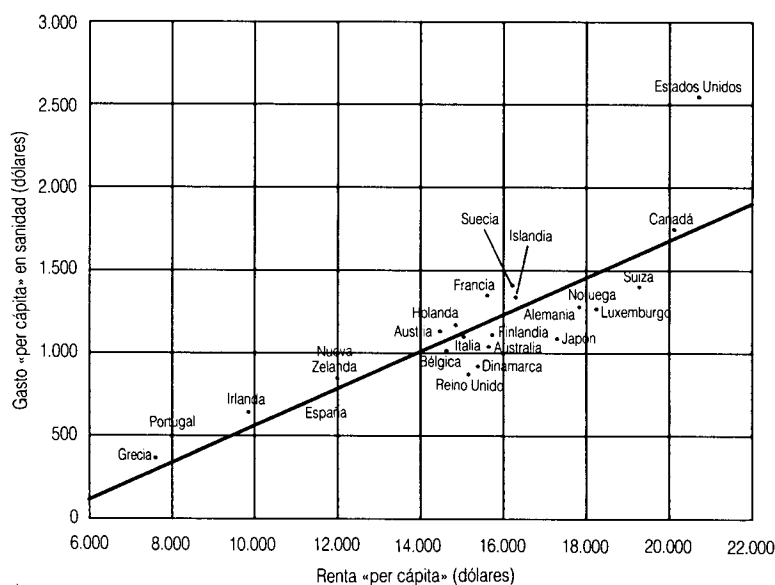
dad. Finalmente, la progresiva medicalización de la vida cotidiana ha comportado la creación de expectativas desaforadas de curación que hacen a las enfermedades sin tratamiento efectivo y a las deficiencias e incapacidades no evitables parecer aún peores (5).

En cualquier caso, los votos dependen de la satisfacción... lo que explica que en España, Australia, Italia, Estados Unidos, Francia... se hable de reforma sanitaria: calma la ansiedad de los votantes. El problema es que detallar reformas tiene importantes costes políticos... lo que explica que en España, Australia, Italia, Estados Unidos, Francia... las reformas se aplacen (6).

*Ofrecer buenos indicadores de salud (cantidad y calidad de vida).* Salvo que se tenga el síndrome de Münchhausen (7), los servicios sanitarios no son un objetivo en sí mismos. Por otra parte, si todas las sociedades desarrolladas los financian públicamente —aunque Estados Unidos con tibieza (véase cuadro 1)— es por su contribución al estado de salud.

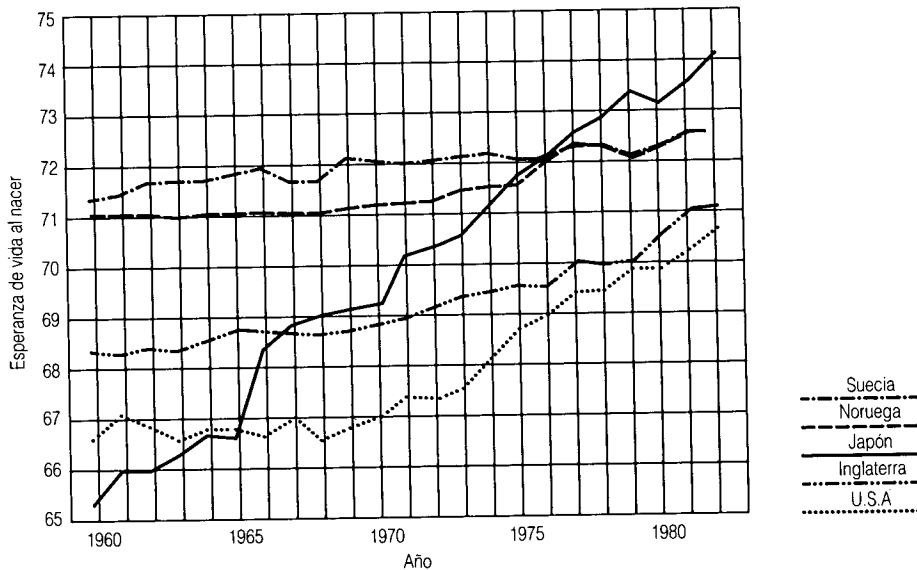
No cabe, pues, otro producto de los servicios

Gráfico 1. Comparación de los gastos per cápita en sanidad y renta por habitante (1990) en los países de la OCDE



Fuente: OCDE J. P. Paulier. Recogido en Informe Abril

Gráfico 2. Evolución de la esperanza al nacer en algunos países (hombres)



Fuente: M. Yanagishita y J. Guralnik. Demography 1988; 25: 614

sanitarios que el de su impacto en la cantidad y calidad de vida: el estar y el bienestar. Medidas como la del Año de Vida Ajustado por Calidad (AVAC) permiten valorar productos finales y ordenar actuaciones sanitarias de menor a mayor coste por AVAC.

La política de salud comprende la financiación, organización y gestión de los servicios sanitarios, pero también la promoción de comportamientos saludables y la prevención de los riesgos derivados del entorno, palancas éstas más efectivas en muchas ocasiones que las asistenciales. El hecho de que las políticas de salud dirigidas a los determinantes sociales de la salud (entorno, nutrición, estilos de vida, educación, empleo...), en principio más eficientes, no hayan recibido mayor atención se explica en parte por la confrontación con intereses creados (agrícolas, pecuarios, publicitarios, tabáquicos, profesionales, aseguradores...) y también por la infravaloración individual y social de la prevención así como por la falta de conocimiento y, por tanto, de conciencia sobre la plasticidad de la enfermedad (8). Se sabe, por ejemplo, que una muerte por poliomieltis, meningitis meningocócica, tuberculosis, apendicitis o anemia ca-

rencial es con frecuencia evitable en ciertas edades y un responsable sanitario tendría sonrojos, interiores como mínimo, ante tasas de muerte por estas causas que fueran elevadas. Apenas ministro de Sanidad alguno se ha planteado que una elevada incidencia de enfermedades isquémicas del corazón, ciertos tipos de cáncer o de accidentes es todavía más sonrojante.

## La bolsa y la vida: el frente real

El pronóstico de expansión del gasto sanitario, como porcentaje del PIB, se produce en momentos de creciente competitividad internacional, lo que está llevando a los países desarrollados a adquirir una mayor conciencia de problemas sanitarios comunes e, indirectamente, a homogeneizar las políticas sanitarias. La eficiencia económica se sitúa en el centro de la escena y se producen los primeros avances, a tientas, para combinar lo mejor de los tres mecanismos alternativos de asignación de recursos: mercado, voto e instituciones.

Los pronósticos de aumento incesante del porcentaje del PIB destinado a sanidad no han de conducir al fatalismo: La mejora de la sanidad es tanto un problema de gestión como una

cuestión política de conflicto entre una racionalidad maximizadora del estado de salud y unos intereses creados para quienes el gasto sanitario es una renta y su posible racionalización una amenaza. Existe, sin embargo, gran margen de actuación: la tecnología puede ser evaluada, los problemas de salud admiten muchos tratamientos (desde alterar la oferta alimentaria a redistribuir renta), la prevención tiene grandes espacios por recorrer, la atención primaria admite potenciación, cabe mejorar la organización y gestión de los servicios sanitarios en línea con las preocupaciones del Informe Abril, etc. Conviene, en cualquier caso, no perder de vista:

1.º El carácter esencialmente redistributivo de un sistema sanitario financiado públicamente. Mientras un 4% de la población, identificable en gran parte *a priori*, consume en un año el 50% del gasto sanitario no podrá interrumpirse la financiación pública de la sanidad sin quebranto social. Una financiación fundamentalmente privada originaría un sistema sanitario para los «buenos riesgos», comercialmente interesantes, forzosamente complementado por otro benéfico-caritativo para los «malos riesgos».

2.º La productividad sanitaria definida sobre bienestar. Los servicios sanitarios no son un objetivo en sí mismos. El planteo racional de la política de salud, aquel que maximiza años de vida ajustados por calidad para unos recursos dados, compatibiliza la preocupación por la «bolsa» con la preocupación por la vida. Japón no sólo lidera la liga mundial de mejora en la productividad; también ha encabezado el ritmo de mejora de la esperanza de vida al nacer y de otros indicadores sanitarios como la mortalidad infantil o la esperanza de vida a los 40 años (véase gráfico 2 y cuadro 1) lo que le ha llevado ya al primer puesto de la clasificación absoluta, pese al relativamente reducido porcentaje del PIB que dedica al gasto sanitario. Pero mientras en gestión hace años que se mira hacia Japón, en política sanitaria la idea de asomarse al exterior justo empieza a tomar cuerpo. Y se atiende más al restringido ámbito de la organización y gestión de servicios sanitarios que al de la actuación intersectorial sobre los determinantes de la salud.

3.º Las limitaciones de la Medicina: Su ca-



rácter incierto y el desconocimiento de la efectividad de muchas prácticas. La preocupación por la efectividad (protocolizaciones, consensos, estudios de utilización apropiada) y por la eliminación de barreras para la aplicación del conocimiento ya adquirido constituyen un frente investigador todavía desatendido pese a su extremada relevancia sanitaria y económica.

4.º Los casi treinta años transcurridos desde «Uncertainty...» (9) y todo lo que la Economía de la Salud ha contribuido desde entonces. Apriorismos sin contrastación tipo «la producción sanitaria privada es más eficiente» y fundamentalismos de cualquier signo ignoran seis lustros de permanente estudio de las especificidades del sector sanitario. El caudal de conocimientos desarrollados por los economistas obliga a éstos a una prédica informada y relevante. Esta Monografía parte de esa actitud.



Vicente Ortún Rubio es profesor titular de Economía Aplicada en la Universidad de Pompeu Fabra.

#### REFERENCIAS

(1) Cipolla, C. *La historia económica de la población mundial*. Grijalbo, 1982.

(2) Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1991*. Washington: Banco Mundial, 1991, páginas 61-63.

(3) Reindhardt, UE. «Health care spending and american competitiveness.» *Health Affairs* invierno 1989: 5-21.

(4) Baumol, WJ y Wolff, EN. «Three fundamental productivity concepts: Principles and measurements». En G Feiwel (ed): *Joan Robinson and modern economic theory*. Mac Millan 1989.

(5) Barsky, AJ. «The paradox of health». *New England Journal of Medicine*, 1989; 318: 414-418.

(6) «Dangerous Medicine». *The Economist* 9 nov. 1991, pág. 48.

(7) Evans, R. *Strained Mercy. The Economics of Canadian Health Care*. Toronto: Butterworths, 1984.

(8) Ortún, V. *Economía en Sanidad y Medicina. Instrumentos y limitaciones*. Barcelona: EUGE, 1991.

(9) Arrow, K. «Uncertainty and the welfare economics of medical care». *American Economic Review* 1963; 53: 941-973. Publicado en castellano por *Información Comercial Española* 1981, n.º 574: 47-63.



MONOGRAFIA

# La factura de los comportamientos antisaludables

BEATRIZ GONZALEZ LOPEZ-VALCARCEL

La salud de las personas y de las poblaciones depende cada vez más de factores externos al sector sanitario. Gran parte de esos factores están bajo el control de los individuos, y dependen de sus comportamientos saludables o antisaludables. El tabaquismo es la primera causa aislada de mortalidad en España y en otros países del entorno. El abuso del alcohol, la conducción temeraria, el consumo de otras drogas, y la falta de protección frente al contagio de los nuevos virus «duros» constituyen también importantes factores de riesgo contra la salud.

Regulación, tasas y promoción de la salud son los tres pilares de las políticas que intentan reducir las formas de vida insanas. En España se han aprobado durante los últimos años leyes que prohíben fumar en determinados lugares, y hacer publicidad de bebidas alcohólicas en televisión a ciertas horas, se han establecido impuestos especiales que gravan el consumo de tabaco y de alcohol, y se han llevado a cabo campañas publicitarias contra el tabaco, las drogas y la falta de prevención contra el sida.

Las políticas efectivas de salud son cada vez menos sanitarias y más intersectoriales. Los costes sociales de las conductas antisaludables también son intersectoriales, pero el sector sanitario y el sistema de seguridad social afrontan la mayor parte.

Por otra parte, el impacto de las actividades antisaludables sobre la propia salud está sujeto a incertidumbre, y los costes se difieren a lo largo del tiempo. Los seguros sanitarios surgen como

consecuencia de estas dos características. Sin embargo, puesto que la salud es un bien tutelar amparado por la Constitución, el Sector Público afronta, en España de forma complementaria, el tratamiento de las personas afectadas por las lesiones a la salud autoinflingidas.

Pero las actividades antisaludables también generan beneficios económicos, y sustenta una actividad productiva importante. A diferencia de los costes, esos beneficios económicos no reuven en el sector sanitario.

## La industria del tabaco y del alcohol

En conjunto, las industrias del tabaco y de producción de bebidas alcohólicas generan más de cincuenta y dos mil puestos de trabajo directos, lo que representa un 2,5% del empleo industrial español, y aportan el 4,2% del valor añadido industrial (10,2% el tabaco y 3% el alcohol). La promoción y distribución de esos productos tienen un peso añadido de gran importancia en España, donde el 48%, 81% y 68% del total de vino, cerveza y licores respectivamente se consume en establecimientos públicos (1).

Tabacalera es la cuarta empresa no financiera española en volumen de negocio, con 532.000 millones de pesetas vendidos en 1990. Bajo control público, aunque no del Ministerio de Sanidad, recauda cifras crecientes de impuestos.

La industria vinícola, por su parte, tiene gran tradición en nuestro país, abarca más de 4.500

empresas y ocupa a 22.000 trabajadores, dando salida al mercado a la producción nacional de uva. La industria cervecera ha experimentado un auge durante los últimos años, con aumentos espectaculares de volumen de negocio.

## Herramientas conceptuales

Para analizar cuál es la mejor forma de afrontar las consecuencias de conductas antisaludables, el enfoque neoclásico tradicional se mueve en el terreno de la optimización (de la eficiencia) filtrado por restricciones de equidad. Desde la economía de la salud se ha propuesto como criterio de eficiencia la maximización de la salud total de la población, medida como agregado de los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVACs) individuales. Los AVACs miden la salud mediante los años de vida que quedan por delante ponderados por la calidad de la vida.

Eficiencia y equidad pueden entrar en conflicto. La definición de equidad implica juicios de valor, que dan lugar a distintos criterios. Adoptar uno u otro tiene repercusiones importantes en la financiación y asignación de recursos para la salud. El punto a destacar aquí es que según qué criterio de equidad adoptemos resultará una prescripción diferente respecto al pago de los costes originados por comportamientos antisaludables.

Unos criterios de equidad se basan en los resultados del reparto (de salud o de servicios sanitarios), y son independientes del grado de utilidad que proporcione dicho reparto a las perso-

nas, y de los órdenes de preferencias que éstas tengan. Son posiciones igualitarias, donde lo equitativo se asocia a lo *igual*. Entre sus variantes se encuentran las máximas de «igualdad de tratamiento para necesidad igual», «igualdad de acceso a los servicios sanitarios», e «igualdad de salud».

Otro enfoque basa la equidad de una asignación en las preferencias de las personas implicadas, y no en las cuotas del producto total con que se las dote. Un reparto equitativo está por definición exento de envidia. Además de los bienes y servicios con que se dota a cada uno, tiene en cuenta su «mérito», es decir, el tiempo y esfuerzo que dedica a la producción (de salud). Equidad y elección forman parte de un binomio. Dentro de este planteamiento, una política sanitaria equitativa no habría de asignar necesariamente a los fumadores todos los recursos necesarios para igualar su nivel de salud al de los no fumadores, pues los primeros dedican tiempo a destruir salud, dada su estructura de preferencias. Si la sociedad valora la salud de las personas de acuerdo con el esfuerzo que hayan hecho para alcanzarla, la función objetivo a maximizar ya no sería el agregado simple de los AVACs sino una suma ponderada. Hay alguna evidencia empírica que sostiene la validación social de una discriminación del sistema sanitario en contra de los fumadores (2).

Le Grand (3) es un representante paradigmático del vínculo equidad-elección. Las disparidades en niveles de salud provienen del ejercicio de actividades no saludables por decisión propia, con información completa y de acuerdo con las preferencias. El sistema debe discriminar. Sin embargo, Le Grand argumenta que la discriminación no debe hacerse a nivel de tratamiento sanitario, sino a nivel de financiación del tratamiento. Además, otro comportamiento entraría en conflicto con el código deontológico de la profesión médica. Es equitativo que tanto fumadores como no fumadores afectados de cáncer de pulmón reciban la misma atención médica, pero las personas antisaludables deben pagar el coste adicional esperado de su tratamiento. Un recargo en la póliza de seguros, o el pago de una tasa por consumo de tabaco son posibles articulaciones de esta financiación en sistemas privados y público respectivamente.

Todo este planteamiento se basa fuertemente en la soberanía del consumidor, al cual se supone perfectamente informado y racional. Haciendo uso de su libertad de elección, elige entre «tabaco» y «salud», como dice un slogan publicitario español. Este es un punto débil que puede echar abajo toda la argumentación. La teoría económica de la adicción estudia con las herramientas conceptuales propias del economista los procesos de adicción y deshabituación. Entre sus hipótesis incluye un sesgo sistemático de los consumidores, que infravaloran el riesgo y la velocidad y alcance del proceso de adicción a las drogas (4).

El diferencial de información entre grupos de población puede ser suficientemente grande para invalidar los criterios de equidad basados en el «mérito». Por ejemplo, parece que en España los intentos de dejar de fumar se producen con mayor intensidad en los grupos de renta alta (5). Lo importante sería descubrir si esto se debe a un mayor impacto de las campañas antitabáquicas entre los ricos por ser más permeables a su contenido informativo, o bien a que las personas con rentas altas valoran más su salud. Sea por falta de información, o por las dificultades de superar la adicción, resulta claro que un criterio adicional de equidad consiste en proporcionar igualdad de oportunidades para acceder a los estilos de vida sanos. La promoción de la salud y la educación sanitaria son los instrumentos adecuados para estos objetivos.

En la línea de la Economía Institucional se hace más hincapié en la correcta definición de los derechos de propiedad, en analizar los contratos implicados y en evaluar la naturaleza, cronología y cuantía de los costes de transacción.

El mercado será eficiente, se argumentaría, siempre y cuando los derechos de propiedad de contaminar el ambiente y a los demás con el humo del cigarro o de asaltar farmacias bajo el efecto de la heroína estuvieran perfectamente definidos y pudieran ser objeto de transacciones con costes bajos. El derecho de propiedad correspondiente acabará en manos de quien más lo valore, asegurando la eficiencia (yo te pago por fumar en tu presencia, la comunidad de vecinos paga un canon mensual a la banda local de delincuentes para que no roben en sus coches).

Los derechos de propiedad «especifican (...) quién debe pagar a quién para que unas personas cambien su modo de actuación» (6). Pero el *teorema de Coase* no se deriva en el caso de los comportamientos antisaludables una prescripción de libre mercado, porque entre los valores sociales cuenta con la equidad además de la eficiencia, porque hay efectos externos, y porque la correcta definición y operatividad de los derechos de propiedad sería muy dificultosa y sobre todo los costes de transacción serían muy elevados.

Estas características justifican la intervención pública mediante regulaciones que diriman conflictos de intereses. Por ejemplo, las prohibiciones de fumar en lugares públicos. En algunos casos, el sector público podría aplicar los precios que regirían en el mercado, de poder funcionar correctamente los derechos de propiedad. Por ejemplo, se podría discriminar en precio entre los asientos de fumadores y de no fumadores en los transportes colectivos, aumentando el de los primeros y reduciendo el de los segundos.

En el mercado de seguros privados no hay impedimentos para que las pólizas se encarezcan al aumentar los factores de riesgo, pero el Sistema Nacional de Salud han de asumir los costes sanitarios y las prestaciones económicas de pensiones e ILT provocados por la asunción de riesgos de enfermedad individuales.

## Costes sociales y privados

Los costes sociales de los comportamientos antisaludables no coinciden con los privados debido a la presencia de efectos externos.

Por una parte, son conductas que, ejercidas por unos, repercuten negativamente en la salud de los otros. Son las externalidades físicas, como la soportada por los fumadores pasivos, por las víctimas de accidentes provocados por el exceso de alcohol, y por las víctimas de delitos atribuibles a las drogas. También hay externalidades filantrópicas si la función de utilidad de un individuo incluye en sus argumentos la salud de los demás.

Por otra parte, las conductas antisaludables son susceptibles de externalidades financieras en el sentido de que los costes que generan se financian por otras personas o por toda la socie-



dad. Los componentes del coste externo incluyen: a) los costes de asistencia sanitaria personal al causante atribuible a su actividad nociva, incluida su deshabitación, b) los costes de absentismo laboral y pérdida de productividad, c) las prestaciones sociales y pensiones de invalidez y viudedad atribuibles a la actividad nociva, y d) como coste negativo, el ahorro de gastos sanitarios y de pago de pensiones de jubilación por mortalidad anticipada (7).

## Los ingresos públicos del tabaco y del alcohol

A partir de la entrada en España de la Comunidad Europea, se introdujeron en nuestro país tres impuestos sobre bebidas alcohólicas, cerveza y tabaco cuyos tipos se fueron homologando paulatinamente con el resto de la Comunidad en un proceso de armonización tributaria. Cumplen tres funciones: recaudatoria, disuadir del consumo, y, según el criterio de equidad basado en la elección, pagar los gastos públicos ocasionados por las secuelas del consumo.

La efectividad del efecto disuasorio depende de la elasticidad-precio. La elasticidad-precio de la demanda de cigarrillos es relativamente baja (8). Las personas menos educadas (o más pobres) son más sensibles al precio (9), y la decisión de empezar a fumar es menos sensible al precio que la demanda de los fumadores habituales (10). Sin embargo, la iniciación en el hábito de los jóvenes es mucho más elástica al precio, por lo que aumentar los impuestos puede ser un instrumento eficaz para impedir que nuevos jóvenes empiecen a fumar.

Respecto a la tercera finalidad, la pregunta oportuna sería si los ingresos por el impuesto especial compensan o no los gastos públicos originados por las actividades antisaludables, es decir, si son los fumadores (bebedores) o el Estado quienes pagan la factura. Conceptualmente, esta tercera finalidad sugiere tipos impositivos proporcionales al daño, a la cantidad de alquitrán, nicotina y alcohol puro. El impuesto sobre el alcohol lo hace, pero no ocurre lo mismo con el del tabaco, cuyo componente principal es proporcional al precio y en 1992 alcanzará el 45,5% del precio total.

En España, la recaudación impositiva de los tres impuestos especiales ha aumentado sustancialmente desde su entrada en vigor en 1986 debido al aumento progresivo de la presión fiscal. Si se cumplen las previsiones recaudatorias de los Presupuestos Generales del Estado para 1992, entre 1986 y 1992 la recaudación por tabaco, bebidas alcohólicas y cerveza se multiplica por 2,4; 1,85 y 1,93 respectivamente en pesetas corrientes. Deflactando por el índice de bebidas y tabaco, ese incremento es de 59%, 23% y 28% respectivamente. En 1992 se prevé obtener 271.000 millones del tabaco y 96.000 millones del alcohol.

## ¿Quién paga la factura?

Es el momento de formular la pregunta ¿quién paga las secuelas del tabaco y el exceso de alcohol? ¿Son suficientes los impuestos sobre estos productos para afrontar los costes públicos que ocasionan?

Hay dos enfoques alternativos. El primero consiste en cuantificar, con las actualizaciones financieras pertinentes, cuánto se pagará en el futuro por el tabaco (alcohol) consumidos hoy. El segundo compara los ingresos y los costes actuales relacionados con el consumo de productos nocivos, aún a pesar de que dicho consumo se haya realizado en el pasado. Este es el enfoque que hemos adoptado.

Las siguientes cuestiones son relevantes: a) alcance y distribución personal del consumo, b) evaluación clínica del riesgo de morbilidad y mortalidad por grupos de población (edad/sexo) y por enfermedades, c) cuantificación de los costes sanitarios y no sanitarios financiados públicamente de la morbilidad y mortalidad atribuibles, y actualización financiera, d) medición de ingresos (impuestos especiales), y finalmente e) comparación y costes, y conclusiones acerca de la existencia de externalidad financiera neta.

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, en 1987 el 38% de los españoles mayores de quince años eran fumadores habituales. El consumo medio per cápita de tabaco en España (72,8 cajetillas anuales en 1989) (11) todavía es muy elevado, y ni las campañas antitabáquicas ni la elevación del impuesto han conseguido reducirlo sustancialmente. En promedio cada español se bebió en 1989, 37 litros de vino, 66 li-

tros de cerveza y 5,4 litros de licores (1). Tras las fuertes subidas de precios derivadas del nuevo impuesto especial, entre 1987 y 1989 se ha reducido drásticamente el consumo de vino (20%), y han aumentado los de cerveza y licores en torno al 2,7%.

Las encuestas de presupuestos familiares y sobre todo las encuestas de salud aportan datos sobre la distribución personal del consumo. El de alcohol está muy concentrado: el 75% de los bebedores consumen solamente el 32% de la cantidad total mientras que el grupo del 3% de grandes bebedores consume el 16% del total. La concentración del consumo de tabaco entre fumadores es más reducida. Si a esto añadimos que el tabaco es nocivo en cualquier dosis, mientras que consumos moderados de alcohol se tienen por no perjudiciales se deduce que la mayor parte del gasto público imputable al alcohol se encuentra en un porcentaje reducido de personas.

Hemos estimado las cifras de mortalidad atribuible al tabaco y al alcohol en España en unas veinticinco mil muertes anuales por tabaco, más de la mitad de los cuales se producen pasados los sesenta y cinco años. Las muertes anuales debidas al alcohol son unas doce mil.

## La forma óptima de disuadir

Tanto para el tabaco como para el alcohol los costes directos de asistencia sanitaria representan la carga pública de mayor cuantía, superando ampliamente las prestaciones económicas. Sin embargo, la cuantificación de los costes está sujeta a error, por las discrepancias entre los riesgos atribuibles que aportan distintas fuentes, y por la dificultad de conocer de forma precisa la distribución personal del consumo y de imputar ciertos costes. A pesar de ello, se puede concluir que el orden de magnitud de los ingresos por tabaco en España supera a los costes. Por lo tanto, los fumadores pagan su factura. Estos resultados concuerdan con un estudio canadiense (12). En el caso del alcohol es más difícil llegar a una conclusión inambigua porque el mayor componente del gasto son las prestaciones económicas, y no hay suficiente información desagregada para estimar su cuantía (13).

Regulación, fijación de tasas y campaña de promoción de la salud por grupos de riesgo son

tres componentes de una política integral que deben actuar en armonía. La cuestión clave al respecto estriba en conocer el impacto de cada una de ellas, es decir, las elasticidades, por grupos de riesgo y edad.

Determinar el tipo impositivo óptimo tiene dificultades por la imprecisión y falta de concordancia de las distintas estimaciones de elasticidades precio y renta, y por la carencia de cifras fiables para España. Además, un aumento exagerado de las tasas podría tener consecuencia redistributivas en contra de las familias de bajos ingresos que vulnerarían la equidad.

Algunos estudios indican que las regulaciones prohibitivas son eficaces para disuadir del consumo de tabaco, particularmente entre los jóvenes (12). También surten efecto las prohibiciones de publicidad de bebidas alcohólicas (14). Justificadas por los elevados costes de transacción en que se incurría de dejar los derechos de propiedad relacionados con el uso del tabaco (alcohol) en manos del mercado, las actuaciones públicas en materia de regulación son complementarias, más que sustitutivas, en la política fiscal y de las campañas de promoción de la salud.



Beatriz González López-Valcárcel es  
catedrática de Econometría en la Universidad  
de Las Palmas de Gran Canarias.

#### NOTAS

(1) Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Dirección General de Política Alimentaria. *E. consumo alimentario en España 1989*.

(2) Williams, A. (1988). «Ethics and Efficiency in the Provision of Health Care», M. Bell y S. Mendus (eds.) *Philosophy and Medical Welfare*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 111-125.

(3) Le Grand, J. (1987). «Equity, Health and Health Care», en *Three Essays on Equity*. Discussion Paper WSP/23. London School of Economics. Véase también «Equidad, salud y atención sanitaria»: Ponencia presentada a las VIII Jornadas de Economía de la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990, pp. 55-68.

(4) Escribano, M. (1989) «Incentivos y adicción». Comunicación a las IX Jornadas de Economía de la Salud. En *Reforma sanitaria e incentivos*. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud, 1990, pp. 89-109.

(5) Silvestre, A y otros. (1990). «Nivel de renta y estilos de vida: ¿hacia una ley de prevención inversa?». *Gaceta sanitaria*, v. 20 n. 4, pp. 189-192.

(6) Demsetz, H. (1967). «Toward a Theory of Property Rights». *American Economic Review* (mayo). Traducido en *Información Comercial Española* n. 557 (1980), pp. 59-66.

(7) Para una evaluación de los costes sociales del tabaquismo en España, véase, Escribano, M. y J. Rovira (1986). «Estimación del impacto económico a largo plazo de una reducción del consumo de tabaco». Comunicación a las VI Jornadas de Economía de la Salud. Publicado en *Publico-Privado en el sector sanitario*. Valencia. Colegio de Economistas, 1988, pp. 475-480.

El Gobierno Vasco (1986) ha publicado dos monografías sobre los costes sociales del alcohol y tabaco en esa Comunidad.

(8) Wasserman, J. y otros (1991). «The effects of Excise Taxes and Regulations on Cigarette Smoking». *Journal of Health Economics*, vol. 10, n.1, pp. 43-64.

(9) Townsed, J.L. (1987). «Cigarette Tax, Economic Welfare and Social Class Patterns of Smoking», *Applied Economics* v. 19, 355-365.

(10) Jones, A. (1989). «The U.K. Demand for Cigarettes 1954-1986, a Double-Hurdle Approach». *Journal of Health Economics* v. 8 n.1, pp. 133-141.

(11) Instituto Nacional de Estadística (1991). *Encuesta continua de Presupuestos Familiares. Metodología y resultados 1989*. Madrid: INE.

(12) Stoddart, G.L. y otros (1986). «Tobacco Taxes and Health care Costs. Do Canadian Smokers Pay their Way? *Journal of Health Economics*, vol. 5, pp. 63-80.

(13) González, B. (1988). «Equidad, super-equidad y externalidades financieras: los casos del tabaco y del alcohol». VIII Jornadas de Economía de la Salud, publicado en *Salud y Equidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990, pp. 485-500.

(14) Saffer, H. (1991). «Alcohol Advertising Bans and Alcohol Abuse: An International Perspective». *Journal of Health Economics*, v. 10 n. 1, pp. 65-79.



MONOGRAFIA

# Intervención, mercado y reformas sanitarias

FELIX LOBO

Si hubiera que buscar fórmulas autorizadas, breves y claras para expresar lo esencial de las reformas sanitarias en curso en los países de Europa recurriría a dos frases lapidarias. La primera es de Margaret Thatcher en la presentación del famoso libro blanco de la reforma sanitaria inglesa, y expresa la fortaleza del Estado del bienestar: «El Servicio Nacional de Salud continuará siendo accesible para todos, cualquiera que sea su renta, y seguirá financiándose con cargo a los impuestos generales» (Thatcher 1989).

La segunda, escrita hace ya muchos años, es de Hayek y puede traslucir la orientación estratégica de las reformas del Estado del bienestar sanitario: «Hay una diferencia completa entre crear deliberadamente un sistema dentro del cual la competencia opere de la manera más beneficiosa posible y aceptar las instituciones tal como son» (Hayek 1978, p. 45).

La intervención estatal en la asistencia sanitaria ha sido muy característica de los países con amplios servicios sociales. Históricamente surgió por razones de equidad (por ejemplo en el caso del seguro de enfermedad bismarckiano para evitar la subversión del orden establecido). A ellas se unieron luego razones de eficiencia, con el argumento característico de los fallos del mercado. También hubo, curiosamente, justificaciones ligadas con la competitividad de la economía nacional, verbigracia en el Informe Beveridge. La resultante ha sido un compromiso del Estado con la asistencia sanitaria de enormes repercusiones y de una gran variedad.

Ya casi sólo en los Estados Unidos predomi-

na, y no totalmente, la visión de la asistencia sanitaria como un bien privado. En los demás países desarrollados parece que la consideración de la asistencia sanitaria como un bien público es irreversible, si atendemos a las palabras de la propia señora Thatcher. Dentro de esta consideración la distinción entre financiación y producción es fundamental. En Inglaterra, Italia, Suecia o España no sólo es pública la financiación, sino también la propiedad de los activos y el suministro de una parte fundamental de los servicios sanitarios. En Canadá, Alemania o Francia, en cambio, la financiación es pública o casi-pública mientras que, al menos, una parte importante de la producción o suministro de los servicios corresponde al sector privado. Cabe organizar la financiación con cargo al fondo general de impuestos o con cargo a cotizaciones de seguridad social. Aunque de estas alternativas pueden derivarse algunas consecuencias distintas, en lo fundamental se cumple que la generalidad de la población está cubierta de riesgos de enfermedad, los cuales se compensan obligatoriamente en un grupo social muy amplio y no se presentan problemas de selección adversa en contra de quienes más necesitan del seguro y la asistencia, como puede ocurrir si la asignación se confía al mercado.

La consideración de la salud y la asistencia sanitaria como un bien privado que se financia, produce y distribuye por el mercado y por consiguiente, en función de la capacidad de pago, provoca problemas de equidad insoslayables. En los EE.UU., el país que más recursos dedica a

sanidad, existen unos treinta o treinta y cinco millones de personas sin seguro médico de ningún tipo, ni público ni privado.

Para el diseño de sistemas de salud en los años cincuenta y sesenta predominaron los modelos de planificación dirigista, mientras que los últimos años setenta y los ochenta fueron un período en el que el pensamiento dominante osciló hacia los modelos neoclásicos basados en el mercado. Para los años noventa, la cuestión es saber cuál será la síntesis. «Podríamos hablar de mercados planificados en los cuales se incorporan deliberadamente elementos propios del mercado a los sistemas planificados existentes para conseguir objetivos políticos específicos» (Saltman, Harrison y von Otter, p. 66). Esta es la idea del mercado «interno», «público», o «planificado» y de la competencia «dirigida» o «gestionada»: alcanzar simultáneamente los objetivos de eficiencia y equidad combinando las ventajas del mercado con las del Estado del bienestar.

Para ello se trata, por un lado, de hacer funcionar la competencia y mantener un sistema descentralizado de decisiones en los aspectos operativos de la prestación de servicios de asistencia sanitaria; por otro lado, se mantiene en manos públicas, además de la más amplia potestad legislativa y reglamentaria, la financiación pública con igualdad de acceso y trato en función de la necesidad de cuidados sanitarios y — en lo fundamental— la gratuidad en el momento del servicio.

El término, muy discutido, de mercado «interno» deriva de que su funcionamiento no su-

pondría a los «ojos externos» de los consumidores un cambio de las características esenciales de los flujos financieros ni de los reales. El sistema se seguiría financiando con fondos públicos a los que contribuyen los ciudadanos según su capacidad de pago y con independencia del consumo personal que hagan de asistencia. La prestación de servicios se ajustaría a criterios de necesidad y no de disponibilidad de pago. Lo que cambia es la forma en que se organizan y gestionan, en el seno del sistema, tales flujos financieros y reales.

La idea de los mercados «internos» es independiente de la participación del sector privado, y, desde luego, no tiene por qué significar «privatización», en el sentido de transferencias patrimoniales, abandono de responsabilidades por el Estado del bienestar, ni sustitución de la financiación pública con cargo a impuestos más o menos solidarios por el pago por quienes pueden pagar.

Las propuestas, iniciativas y experimentos que estamos comentando, aunque presenten los elementos comunes mencionados, no son uniformes, ni está cortadas por el mismo patrón. Una tipología muy útil las clasifica según dos criterios:

- Participación del sector privado.
- Cuotas de poder decisorio atribuido a los enfermos o a los gestores.

En algunas reformas no se admite la participación de agentes privados en la producción y oferta de servicios, que queda reservada a entes públicos (Suecia, Finlandia), mientras que en otras sí acepta esta participación (Reino Unido).

En relación con el segundo criterio ciertas experiencias insisten en la libertad de elección por los pacientes de los distintos servicios y anudan a sus decisiones la propia remuneración, la percepción de incentivos económicos e incluso asignaciones presupuestarias. En otras experiencias se insiste, en cambio, en el refuerzo de la capacidad decisoria de los gerentes nombrados por la Administración (Reino Unido). También hay fórmulas mixtas en las que la competencia descansa sobre las elecciones de los pacientes en el nivel de la asistencia primaria, mientras que para la asistencia especializada es el médico o el centro de atención primaria quien

actúa como agente de compras. Esta fórmula encuentra inspiración en las Health Maintenance Organizations americanas; en Suecia, alguna propuesta la ha concretado en la atribución a las unidades de atención primaria de responsabilidades sobre los presupuestos de los hospitales.

## Inglaterra

Alain Enthoven, es el padre del «Mercado interno». Profesor de Gestión Pública y Privada en la Escuela Superior de Negocios de la Universidad de Stanford, California, en 1984 visitó el Reino Unido y estudió su National Health Service. Muchas de sus reflexiones fueron recogidas en 1989 por el Gobierno británico en su famoso Libro blanco *Working for Patients* e incorporadas a la National Health Service and Community Care Act cuya entrada en vigor se ha producido el uno de abril de 1991.

La iniciativa más importante para poner en marcha el mercado interno consiste en separar y hacer independientes el lado de la demanda y el de la oferta. Los organismos territoriales a los que antes de la reforma estaba encomendada en bloque la gestión de los servicios (*District Health Authorities*) se convierten en gestores de la demanda de servicios sanitarios y, por tanto, en compradores, manteniendo una estructura jerárquica, no elegida, ligada al NHS central. Sus funciones pasan a ser la valoración de las necesidades de los consumidores de su área territorial y la selección de los mejores oferentes al mejor precio en territorio propio o en otro distrito.

Por el lado de la oferta, la idea a largo plazo es efectivamente desconectar a los productores de servicios (atención primaria y especializada y hospitales) de las DHA; suprimir la correspondencia (existente en el Reino Unido sólo en el nivel primario) entre la población de un área y sus médicos, que perdería así el «monopolio» de asistirla y permitir el suministro de servicios por entidades privadas. Los ingresos de estos oferentes ya no dependería de un presupuesto desglosado por *inputs* sino de la cantidad y calidad de servicios que consiguieran vender. «El dinero seguirá a los pacientes» dice Enthoven. De momento se han constituido 56 hospitales en entidades de gestión independientes (aunque siem-

pre integradas patrimonialmente en el sector público) y a las demás unidades de servicios especializados se les ha dado más autonomía que hasta el presente. Para los médicos generales también se prevén fórmulas para la gestión independiente de las consultas colectivas de medicina de familia.

La relación entre DHA (compradores) y los oferentes de servicios se articula por medio de contratos, pactados con una amplia autonomía de las partes, en los que se establecerán los servicios a prestar y su precio.

El flujo financiero se iniciaría en los servicios centrales del NHS que atribuirían a las DHA su parte correspondiente en función de fórmulas capitativas simples corregidas con criterios de necesidad.

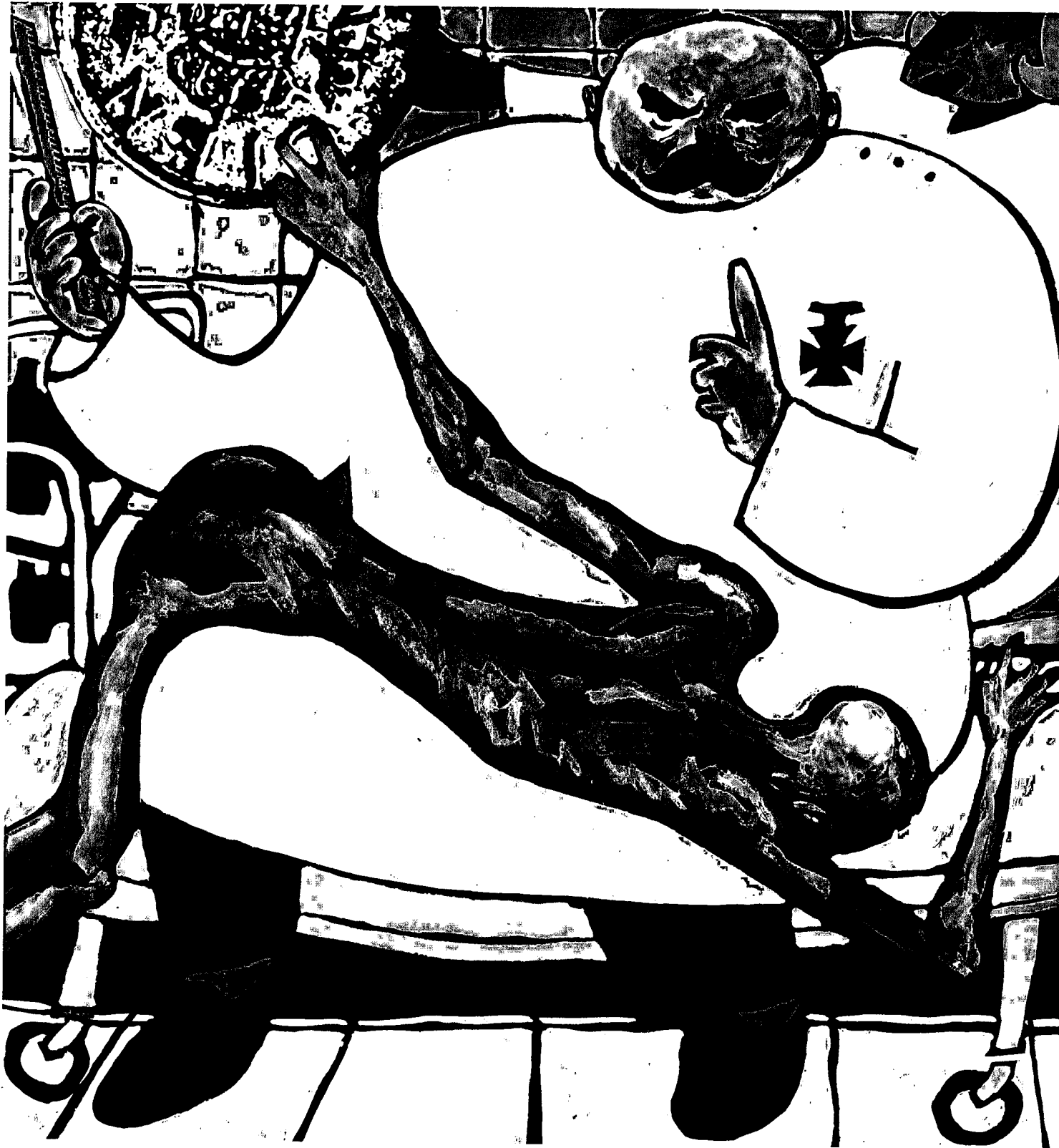
El grado de autonomía que se propone deben tener los distintos agentes es muy importante. Piénsese por ejemplo que los hospitales autónomos tendrían capacidad para contratar y despedir a su personal, fijar sus retribuciones, endeudarse y vender activos —incluso inmobiliarios— dentro de ciertos límites.

Se ha puesto de manifiesto que la reforma tiende a atribuir mayor capacidad de decisión a los gestores y menor a los médicos. La relación de éstos con la NHS pasa «de la confianza al contrato». (Day y Klein, 1991).

La reforma inglesa tiene apenas siete meses de existencia y es, por tanto, imposible realizar ningún tipo de balance. *The Economist* se mostraba el pasado agosto optimista ante los primeros pasos dados por los primeros hospitales autónomos. En un seminario organizado en Madrid por el Ministerio de Sanidad la pasada primavera, pocos días antes de la entrada en vigor formal de la reforma inglesa, Stephen Harrison del *Nuffield Institute for Health Services Studies* de la Universidad de Leeds se mostraba menos optimista y destacaba la distancia entre la magnitud y ambiciones de las propuestas y las pobres medidas preparatorias adoptadas para ponerla en marcha.

En Suecia los indicadores de salud son excelentes y los usuarios están relativamente satisfechos con un sistema de asistencia sanitaria igualitario en lo fundamental y que cuesta, en términos per cápita, una vez ajustados las diferencias





en las pirámides de edad de las respectivas poblaciones, la mitad que el norteamericano.

La responsabilidad organizativa y financiera corresponde a las autoridades locales (tres municipios y 23 condados) que son directamente elegidas y directamente controlan una parte de los impuestos personales. Los problemas no están ni mucho menos ausentes y en los últimos años esta estructura dispersa ha generado una gran variedad de propuestas, iniciativas, y experimentos en los que el componente de promoción de la competencia es fácilmente apreciable.

Una de las experiencias más interesantes es la del condado de Malmöhus, y a menor escala del de Estocolmo, donde el sector privado es excluido y la oferta queda confiada a entes similares a empresas públicas con gran autonomía de gestión. Las decisiones de los pacientes al elegir una u otra determinan presupuestos y salarios, en base capitativa para la asistencia primaria y por episodio para la hospitalaria. La administración queda reducida a fijar los «precios», mantener aquellos servicios socialmente necesarios para los que las decisiones privadas son irrelevantes y decidir las grandes inversiones nuevas.

En el famoso «Dallamodellen» del condado de Kopperberg se admite la participación del sector privado y todos los fondos se atribuyen a los consejos locales electivos, los cuales gestionan los centros de atención primaria y contratan y pagan los servicios de atención especializada y hospitalaria. Los pacientes tienen libertad para elegir el centro de atención primaria y si no seleccionan el de su domicilio se produce la correspondiente transferencia. El hospital, en cambio, viene más o menos forzado por los contratos concluidos por los servicios primarios. Así se espera crear fuertes incentivos económicos para reducir los ingresos hospitalarios, así como sus costes.

Ambas fórmulas suponen una ruptura respecto del sistema planificado tradicional. Entre sí difieren básicamente en la importancia que el primero —llamado «mercado público» por Saltman (1991)— atribuye a los pacientes y el segundo —«mercado mixto»— a los gestores y autoridades locales elegidas.

Ante estos acontecimientos y otros parecidos en diversos países, distintos analistas están destacando —en un reflujó seguramente necesari-

rio— las dificultades que las transformaciones de este tipo pueden encontrar. Tras el entusiasmo que provocan las ideas novedosas y sugerentes vuelve el realismo y se reconoce que no hay panaceas ni respuestas fáciles a los problemas complicados. En particular se recuerda que las imperfecciones de los mercados sanitarios también van a influir en el nuevo contexto y que los costes de administración emergentes (información y tiempo y capacidad de gerencia) no van a ser desdeñables.

## España

Todas estas informaciones y reflexiones son interesantes en el plano doctrinal porque la adaptación de las estructuras planificadas del Estado del bienestar a las necesidades actuales es uno de los temas de nuestro tiempo y la propuesta de los mercados públicos es, por lo menos, atractiva. Pero, además, resulta que la Comisión Abril en su Informe (1991) hace de estas ideas una de las piedras angulares de sus propuestas de reforma del sistema sanitario español. «La introducción progresiva de la separación entre las competencias de financiación y "compra" de servicios sanitarios y las funciones de gestión y provisión permitiría una diferenciación nítida entre los principales actores del Sistema y el reconocimiento de sus respectivas responsabilidades y constituiría un requisito necesario para la mejora de la efectividad y eficiencia del conjunto...». «La Administración Central y los Gobiernos autónomos serían financiadores principales; las áreas de salud, "compradores" de servicios; los hospitales, centros de salud, médicos en equipo o, incluso, individualmente y oficinas de farmacia, proveedores y los usuarios, clientes...». «Este llamado "mercado interno" produciría un cierto estímulo competitivo entre las unidades de provisión de servicios (hospitales, centros de salud, etc.) que debería suscitar mejoras en la calidad y el coste de las prestaciones. Por otra parte, la competencia proporcionaría al usuario un mayor margen de elección entre los proveedores» (p. 27 y 28).

Seguramente las críticas más serias que se pueden hacer a la aplicación de estas ideas a nuestro país sean dos:

- ¿Conseguirían ellas superponerse a los gru-

pos de intereses que impiden toda reforma que cuestione su disfrute del presupuesto público?

- ¿No constituyen un salto en el vacío que deja atrás, sin haberlos especificado ni resuelto, problemas de menor enjundia pero previos?

Son preguntas relevantes, pero claramente demarcadas de los necios que reciben con aspavientos el Informe sin haberlo leído y de los que identifican la no aceptación de los defectos de las instituciones del Estado del bienestar, tal y como son hoy, con el propósito de liquidarlo.

**R3**

Félix Lobo *es catedrático de Economía Aplicada en la Universidad Carlos III.*

## BIBLIOGRAFIA

Comisión Abril. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (1991), *Informe y recomendaciones*, Madrid, julio.

Day, Patricia y Klein, Rudolf (1991): «Britain Health Care Experiment», *Health Affairs*, Otoño, pág. 39-59.

Gobierno del Reino Unido (1989): *Working for patients*, HMSO, Londres.

Hayek, Friedrich A. (1978): *Camino de servidumbre* (1944), v.e. de J. Vergara, Alianza Editorial, Madrid.

National Association of Health Care Supplies Managers (1990): *Members's Reference Book and Buyers' Guide 1991*, Sterling Pub. Ltd, Londres.

Saltman, Richard B. (1991): «Emerging Trends in the Swedish Health System», Tercer Seminario sobre análisis comparado de sistemas y Políticas de salud, Escuela Nacional de Sanidad, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, marzo.

Saltman, Richard B; Harrison, Stephen; von Otter, Casten: «Competition and Public Funds», en (National Association of Health Care Supplies Managers, 1990).

Thatcher, Margaret (1989): «Prefacio», en (Gobierno del Reino Unido, 1989).



MONOGRAFIA

# La efectividad del ticket moderador

CARLOS MURILLO

La discusión acerca de la composición y evolución del gasto sanitario gira alrededor de cuáles son los elementos determinantes de sus variaciones y las formas para incidir en su contención sin menoscabo de los principios de equidad en la distribución y eficiencia en la asignación de los recursos que comporta la materialización de dicho gasto. La evolución del gasto sanitario y la responsabilidad atribuible a variaciones en los precios, presión demográfica y aplicación de la universalización de la cobertura sanitaria a toda la población, deja un factor residual (1) cuya importancia relativa merece la pena destacar. Este factor incluiría aspectos tan dispares como el volumen de utilización (medido por el número de consultas, frecuencia de asistencia hospitalaria y consumo de medicamentos), la intensidad en el uso (número de pruebas diagnósticas y terapéuticas por episodio), variaciones en la calidad asistencial, efectos de incorporación de la tecnología y modificaciones organizativas y de gestión (mediante la implantación, por ejemplo, de sistemas de citación previa y libertad de elección de médico). Una forma de atajar el crecimiento real del gasto consiste en contener alguno de los elementos descritos en este residual y, más específicamente, el uso y consumo de los recursos sanitarios.

En relación con la magnitud del gasto sanitario, cabe efectuar ahora tres consideraciones: la primera de ellas hace referencia a las afirmaciones acerca de la comprobación de existencia de asociación entre el volumen de gasto sanitario y

distintos indicadores de resultado; la segunda, a los modos de financiación del gasto; y la tercera, muy ligada a las dos anteriores, se refiere a la expresión de las actitudes de la población en relación con este tema.

Existen incógnitas no desveladas sobre los efectos que los aumentos en el gasto sanitario producen sobre los indicadores de salud en términos agregados e incluso sobre la medida de la intensidad en cómo se transmiten en una mejora de la calidad asistencial. Proseguir en la línea de la ineffectividad del gasto sanitario puede venir reconfortado por cuestiones ideológicas que refuerzan las propuestas de limitación del gasto público en materia de lo social (2). Por otra parte, se viene reclamando una mayor participación de los usuarios de los servicios sanitarios en la financiación colectiva del gasto sanitario, al amparo de lo que contempla el art. 80 de la Ley General de Sanidad, mientras que encuestas opináticas recientes (3) informan que los ciudadanos creen que el gasto sanitario es insuficiente en nuestro país y que, en la eventualidad de una posibilidad de incremento del gasto público, la asignación de una parte de este aumento al sector sanitario es prioritario, por encima incluso de destinos tan sensibles como la educación, las pensiones de jubilación y la vivienda.

La decisión política acerca de la proporción del gasto que debe dedicarse a los aspectos relacionados con la salud se enmarca, sin embargo, en una situación de crisis sectorial a la que tampoco es ajena la sanidad española. Las críticas

hacia este sector se pueden enmarcar (4) en tres direcciones: la falta de racionalidad —que exigiría una mejora en la eficacia y en la eficiencia en la provisión de los recursos—, la legitimación del sistema —que entronca con aspectos de índole política, social y cultural— y la relativa a los aspectos financieros que apuntan hacia la necesidad de implementar medidas efectivas de control del gasto. En lo que sigue, nuestro análisis se centrará en la última de éstas cuestiones y, en especial, en las medidas que se conectan con ella por el lado de la contención de la demanda de servicios sanitarios y, en especial en la implantación de un ticket o cuota de coparticipación del usuario de los servicios sanitarios.

## Esperanzas y temores acerca del ticket moderador

La participación del usuario en el pago a los proveedores es una de las formas de financiación del gasto sanitario (gráfico 1). Se trata de transmitir a los individuos que efectúan un uso explícito de los servicios sanitarios parte del coste de los mismos. El objetivo fundamental en la aplicación de criterios de co-participación es recaudatorio y también insinuador de la racionalidad en el uso de los servicios.

Las medidas de contención del gasto por la vía de incidir por el lado de la demanda no son neutrales. Por un lado se espera que incidan reduciendo el volumen de utilización y, en consecuencia, en el del gasto y su estructura, mientras

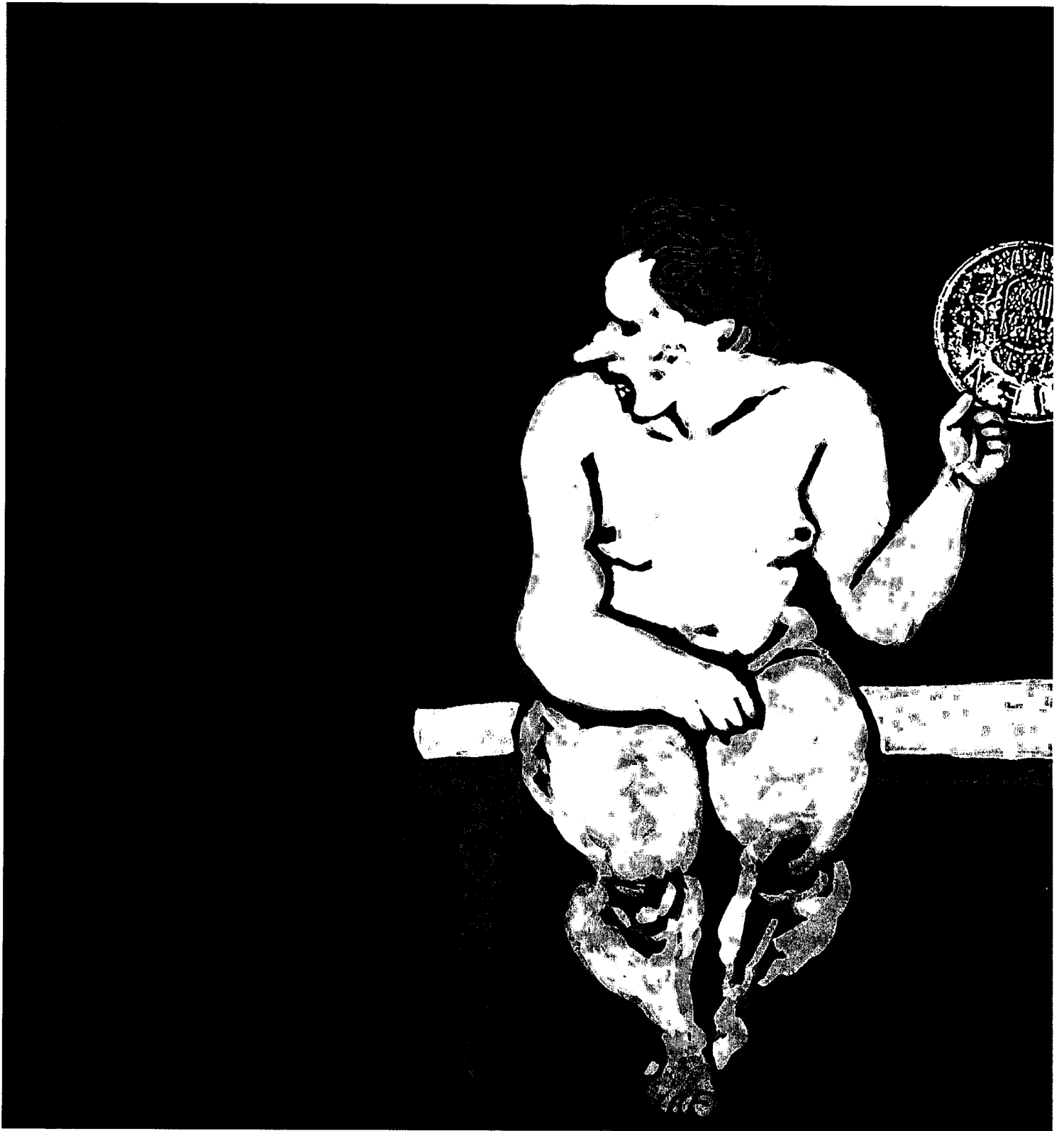
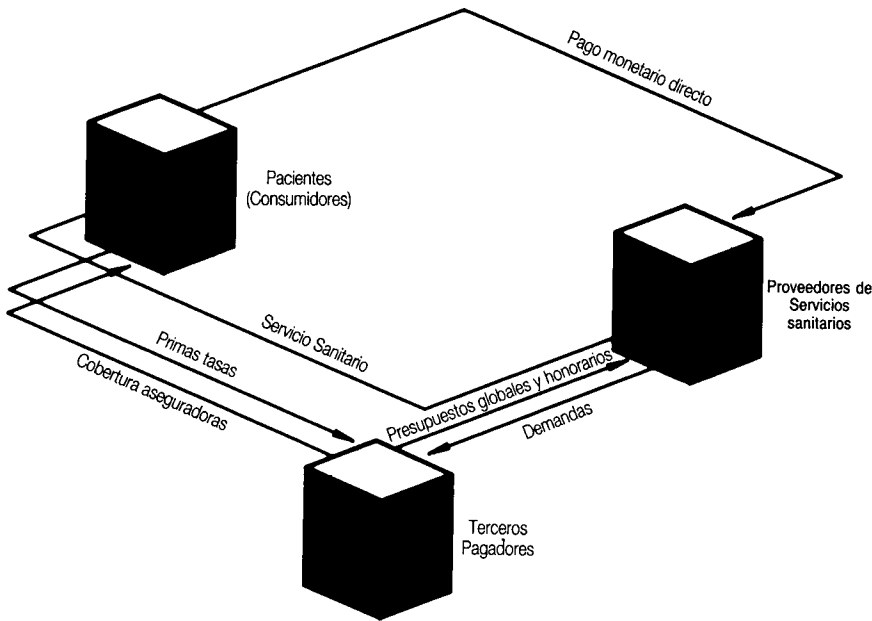


Gráfico 1. Flujos de relaciones económicas y de prestación de servicios sanitarios



Fuente: Reinhardt, U. (1990) (5).

que por el otro lado se permite la modificación de las formas de intervención (por la vía del control de precios, remuneración de los profesionales y presupuestos de los centros y servicios). Además está por comprobar hasta qué punto alteran también los principios de la equidad social.

La participación en el coste supone una contribución monetaria del usuario que puede realizarse mediante el pago de una cuota fija en cada acto o bien mediante un pago variable que represente una parte proporcional del coste total y que suele materializarse en el mismo momento de la provisión del servicio, independientemente de la posibilidad de un reembolso posterior de la totalidad o parte del importe satisfecho. Los efectos de la introducción de estos mecanismos, denominados comunmente tickets moderadores del consumo, dependen de cual sean las elasticidades precio y si éstas son independientes de los niveles de renta de las familias y de cuál sea la respuesta de los propios proveedores que reaccionarán ante las variaciones en la intensidad de utilización de los recursos sanitarios por parte

de la población. Existe una gran variedad de formas de aplicación del ticket en el seno incluso de un mismo sistema sanitario. El pago compartido en el caso de los productos farmacéuticos es uno de los tipos habituales de ticket moderador del consumo, en tanto que en el caso de las admisiones y estancias hospitalarias es frecuente su gratuidad. Finalmente, en las consultas médicas existe una profunda variedad de modos de aplicación del co-pago. En todos los casos suelen existir exenciones, totales o parciales, en función de las características socio-económicas, demográficas y de estado de salud de la población.

Las políticas que aconsejan la introducción de participación en el coste por parte de los usuarios vienen avaladas por la esperanza de crear una sensibilidad colectiva acerca del coste real de las prestaciones que se manifiesta en la respuesta del consumidor ante el conocimiento exacto del coste del servicio. Este hecho se espera que tenga una traducción en una disminución del consumo especialmente de aquél que se considera innecesario y supérfluo. Un planteamiento de estas características precisa de una

definición clara de aquellas prestaciones que se definen como inapropiadas lo cual introduce un elemento normativo en la expresión de la demanda. Este hecho implica a su vez un nivel de discusión previa en el que es imprescindible un consenso entre las partes implicadas: proveedores, financiadores y usuarios.

Las supuestas ventajas de la implantación de co-participación en el coste de los servicios y productos sanitarios vienen sin embargo acompañadas de temores de consecuencias nocivas, en especial en relación a la falta de equidad social en el sistema provocando aumentos de las desigualdades en salud. La insolidaridad entre aquellas capas de la población sin problemas de salud en relación con aquellas con estados de salud deficitarios no haría más que agravar los actuales niveles de desigualdad en salud (cuadro 1).

La disminución del consumo puede no referirse exclusivamente al consumo innecesario y trasladarse también a consumos que, por su naturaleza no urgente, el paciente puede decidir aplazar. Este efecto supondría, por ejemplo, atenuar la utilización de la asistencia primaria, y en general de una atención preventiva, en favor de la asistencia hospitalaria en el momento en que la gravedad de la enfermedad hace ineludible la atención médica, o en el caso de los medicamentos, en la suspensión incluso de los tratamientos prescritos. Este intercambio de prioridades implica revertir los incentivos a la promoción y protección de la salud (que aconsejan hábitos de vida más saludables, conductas colectivas de mayor sensibilidad por la situación medio-ambiental, prevención de accidentes laborales y de tráfico, entre otras medidas) e implicaría efectos contrarios a los esperados puesto que en el largo plazo la atención prestada acabará siendo más costosa, y clínicamente más compleja, de mayor riesgo e incertidumbre en los resultados de la actuación sanitaria.

Por otra parte un ticket moderador implica una posible barrera financiera que se traduce en una limitación más al acceso igual para iguales problemas en salud, puesto que el desembolso de un precio monetario no repercute por igual a todos. Por último no deben despreciarse las complicaciones administrativas derivadas de la puesta en funcionamiento de una nueva maqui-

na de control y gestión de los pagos, lo que sin duda repercutiría en aumentar la sensación de gran aparato burocrático en la gestión de los centros sanitarios públicos.

## La evidencia empírica

La efectividad de los instrumentos racionalizadores del gasto sanitario por el lado de la demanda ha sido valorada a partir de los resultados de estudios diversos. En ellos se han tratado de medir las consecuencias de la implantación de distintos grados de participación de los usuarios en el coste de los servicios sobre el volumen de dichas actividades y sobre el gasto que supone. A pesar de que las investigaciones efectuadas tienen ciertas limitaciones metodológicas y que su traslado cultural no es inmediato existen rasgos comunes que aportan algunas luces y orientan acciones futuras. Un primer grupo de estudios son los que se situarían en lo que se podría calificar de una de las pocas aventuras metodológi-

cas de aproximación a la experimentación controlada en el ámbito de las ciencias sociales. Otros han analizado directamente los efectos producidos en cambios organizativos y normativos en la prestación de los servicios y su financiación por parte de los usuarios, actuando los parámetros existentes antes del cambio como representativos del grupo control.

El trabajo de la RAND Corporation (7) es el más conocido, de entre los experimentos diseñados para estos fines, debido tanto a la magnitud del propio estudio como a la literatura que ha derivado. El experimento tuvo lugar entre 1974 y 1982 en seis zonas seleccionadas de la geografía estadounidense, abarcó 7.706 personas pertenecientes a algo más de dos mil setecientas familias a las que se les asignó un plan de cobertura aseguradora de entre 15 posibles. Los niveles de participación en el coste de los servicios iban desde la exención en el pago hasta una participación del 95%, con máximos anuales de gasto

en función de los ingresos familiares, tanto para visitas como hospitalizaciones. La Universidad de Stanford (8) inició, por su parte, en 1967 un experimento en el que participaron 2.567 de sus empleados. Los sistemas de co-pago se hicieron extensivos a las consultas médicas, servicios auxiliares y cirugía. El experimento Medi-Cal tuvo lugar en California en 1972 y 73, y se refería también al consumo de medicamentos del que trata otro estudio realizado en los Países Bajos (9) de manera exclusiva.

Del lado de los estudios del segundo grupo podemos recordar los realizados en Quebec (10) en 1970 cuando se introdujo un plan de cobertura total para visitas y hospitalizaciones y los efectuados en Francia (11) para valorar los diferentes cambios en las tasas de co-participación y alcance de las exenciones y en nuestro país (12) para medir el efecto de los aumentos del ticket farmacéutico.

Las conclusiones principales que pueden extraerse de estos estudios se resumen en los siguientes puntos:

- Los efectos de la participación de los usuarios en el coste de los servicios sanitarios dependen de la elasticidad de la demanda con respecto del precio y, en especial, de la proporción relativa entre el precio monetario y el precio global que incluye el coste del tiempo invertido y otros costes de oportunidad. Se constata que cuanto mayor es el precio del tiempo menor es el efecto del ticket monetario puesto que su peso específico en el precio global sigue siendo reducido y, en consecuencia, la demanda es inelástica a variaciones en el pago monetario. La elasticidad precio varía con el tipo de consumo: para las visitas los resultados apuntan una elasticidad baja, entre  $-0,1$  y  $-0,2$ , mayor para las estancias, entre  $-0,2$  y  $-0,7$ , mientras que en nuestro país se ha estimado (12) que la elasticidad precio del gasto en medicamentos se sitúa cerca de  $-0,2$ . Con datos relativos al sistema británico (13) se ha estimado una elasticidad de  $-0,33$ , aunque en el subperiodo más reciente alcanza hasta un  $-0,64$ . En las visitas domiciliarias, en donde el coste del tiempo es nulo para el paciente, una participación del 25% supone en promedio una disminución de las visitas del orden del 52% en el experimento de la RAND, mientras

Cuadro 1. Uso de servicios sanitarios ajustados por necesidad según clase social y niveles de renta

Concepto	Clase Social o Nivel de Renta			Total
	1	2	3	
Visitas (a)	100	92,1	85,9	89,5
Visitas (b)	90,3	86,3	89,1	88,4
Visitas (c)	72,8	52,2	60,1	62,3
Visitas (d)	37,5	45,8	43,9	44,7
Hospitalizaciones (e)	31,8	26,3	8,8	16,3
Hospitalizaciones (f)	37,5	26,5	19,0	23,5
Uso/necesidad (g)	1,3	1,5	1,0	1,2
Uso/necesidad (h)	1,3	0,88	0,78	0,9

**Nota:**

- (a): % de visitas en el último año entre aquellos que declararon estado de salud malo o muy malo, por clase social (ESB).  
 (b): % de visitas en el último año entre los que declaran padecer trastornos crónicos, por clase social (ESB).  
 (c): % de visitas en las dos últimas semanas entre los que declaran haber hecho días de cama, por clase social (ESB).  
 (d): % de visitas en las dos últimas semanas entre los que declaran estado de salud malo o muy malo, por nivel de renta (ENS).  
 (e): % de hospitalizados en el último año entre los que declaran estado de salud malo o muy malo, por clase social (ESB).  
 (f): idem., por nivel de renta (ENS).  
 (g): número total de visitas dividido por número total de días de cama en las dos últimas semanas, por clase social (ESB).  
 (h): idem., por nivel de renta (ENS).
- Clase social:  
 1: incluye Directivos Admon. y Empresas, Técnicos Superiores, Directivos y propietarios de empresas comerciales y de servicios y otros técnicos.  
 2: incluye Cuadros Intermedios y Administrativos.  
 3: incluye Trabajadores cualificados, semicualificados y no cualificados.
- Renta: En la ENS aparece como variable cualitativa con 12 niveles distintos ordenados de menor a mayor.  
 1: Los tres niveles inferiores.  
 2: Niveles de ingresos del cuatro al ocho.  
 3: Niveles de ingresos del nueve al doce.
- ESB: Encuesta de Salud de Barcelona.  
 ENS: Encuesta Nacional de Salud.  
 Fuente: ESB, ENS, Alonso et al. (1990) y elaboración propia (6).

que el programa de cobertura total en Quebec se tradujo en un incremento del 59%. Las mujeres dependientes en Standford realizaron menores consumos que el resto de participantes en el experimento. La ausencia de costes específicos en el acceso al consumo de medicamentos determina resultados similares en el gasto farmacéutico, mientras que en la demanda de visitas (14) se ha comprobado la importancia del coste de oportunidad del tiempo.

- En general, los aumentos en el co-pago tienen efectos apreciables sobre la demanda cuando la participación pasa de los niveles más bajos a los más altos. Una de las conclusiones de los experimentos de la RAND es precisamente que los consumos de las familias con participación nula son el doble de los de aquéllas con una participación al 100%. Sin embargo, las diferencias no son tan notables entre familias con participación del 25 o del 50%. Además, la componente inducida—medida por el volumen de actividad no realizada en comparación con la prevista antes del ticket— suele superar la representada por los efectos directos (11).

- Los efectos son variables según el motivo del consumo sanitario: el experimento Medi-Cal calibró un aumento cercano al 10% en el gasto farmacéutico en medicamentos de tipo preventivo y no estrictamente necesarios, mientras que los trabajos de Standford y Quebec hallan una mayor reducción sistemática en las visitas por patologías de menor importancia.

- El co-pago tiene mayor incidencia en la reducción en el consumo en la medida en la que el tipo de utilización va más ligada a la decisión unilateral por parte del usuario, es decir en aquellos casos en los que la relación de agencia ejercida por el proveedor no es el principal determinante de la utilización. En este sentido, de entre las distintas posibilidades, el ticket estaría justificado (15) cuando el demandante estuviera dispuesto a pagar, independientemente del criterio clínico acerca de la efectividad y conveniencia de la prestación. En los experimentos de la RAND encuentran menores disminuciones en el número de servicios auxiliares prestados que en las visitas (un 11% frente a un 24% para casos de co-pago de una cuarta parte del coste), y valoran como inefectivo el co-pago de los servi-

cios hospitalarios una vez el paciente ha sido ya admitido.

- Los efectos varían según las características de la población, en especial, por sus niveles de ingresos. La introducción de la cobertura total en Quebec se traduce en un aumento de las visitas en los grupos de rentas bajas del 18% y una disminución del 9% en las rentas altas. En el experimento de la RAND el número de admisiones hospitalarias de adultos disminuye cuando aumenta el co-pago, pero se muestra inalterado en el caso de las admisiones pediátricas. Efectos similares de disminución del consumo en rentas bajas y en la población infantil ha sido hallada en estudios más recientes que atribuyen parte de estos resultados a la menor tasa de visitas como consecuencia de las barreras en el acceso.

- No existe evidencia clara y contundente acerca del trasvase de gasto evitado en la atención primaria hacia la hospitalaria, al menos en el caso del experimento de la RAND. Sin embargo, el Medi-Cal valora en un 8% la disminución en el número de visitas mientras que las hospitalizaciones se incrementaron en un 17% y, lo que es más importante, el coste global de la operación se cifra en aumentos del 5 al 8%. El caso del consumo de medicamentos en nuestro país es un ejemplo paradigmático de trasvase de las prescripciones de la población activa hacia la población exenta, es decir los pensionistas. Se ha estimado (12) que este traspaso de prescripciones es del orden de un 30 a un 40%, lo que supone un 8% del coste total de las prestaciones farmacéuticas, aunque el efecto total es limitado tanto por lo que respecta al consumo como a las variaciones en el gasto.

El ticket moderador del consumo sanitario es, en definitiva, un instrumento de contención del gasto pero no exclusivamente del considerado como inapropiado. Los efectos de la participación en el coste de los servicios varían ostensiblemente entre grupos de población usuaria lo que alerta acerca del peligro de nuevas barreras al acceso, en especial para las clases más desfavorecidas, lo que agravaría el estado actual de las desigualdades existentes en el uso de los recursos. Es por todo ello que cualquier decisión sobre aumentos de la participación de los usuarios en el coste de los servicios debe venir

acompañada de un análisis profundo de los efectos derivados, teniendo en cuenta que las circunstancias de cada sistema sanitario son distintas y es difícil la generalización de los resultados de la evidencia empírica externa. Finalmente, es preciso reclamar que la responsabilidad en el gasto es una cuestión compartida entre los diversos agentes y, en aras a mantener también aquí el principio de la equidad, se hace inevitable acudir a la solidaridad entre aquéllos. En este sentido, la moderación en el gasto ha de encontrar respuestas en la modificación del comportamiento de los demandantes del mismo modo que actuaciones más eficientes por parte de los proveedores y esquemas organizativos y de gestión que favorezcan los objetivos planteados.

**R3**

Carlos Murillo es catedrático de Econometría en la Universidad de Barcelona.

#### NOTAS

(1) El factor residual es, junto con la evolución de los precios, el máximo responsable del crecimiento nominal del gasto en el período 1974-84 (el 35% del aumento es vía precios y el 19% corresponde al factor residual) y 1986 a 1989 (un 45% por precios y 49% asignado al residual), según estiman Murillo, C. y B. González «El sector sanitario. Situación y perspectivas», *Rev. de Hacienda Pública*, en prensa.

(2) Ortún, V. (1991), *La Economía en Sanidad y medicina: Instrumentos y Limitaciones*, EUGE.

(3) Blendon, R.J. y K. Donelan (1991), «Encuesta sobre el grado de satisfacción de los españoles con el sistema sanitario» para la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud y Ministerio de Sanidad y Consumo.

(4) Elola, F.J. (1991), *Crisis y reforma de la Asistencia Sanitaria Pública en España (1983-1990)*, F.I.S.S.

(5) Reinhardt, U.E. (1990), en *Health Care Systems in Transition*, OECD Social Policy studies, n.º 7, p.105.

(6) Antó, J.M., J. Alonso, C. Murillo et al. (1989), *Enquesta de Salut de Barcelona 1986*, Ajunt. Barcelona; *Encuesta Nacional de Salud* (1986), Ministerio de Sanidad y Consumo; y, Alonso, J., JM Antó y C. Murillo (1990), «Estudio de las Desigualdades de Sa-

lud en Barcelona», en *Salud y Equidad*, ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, p. 387-398.

(7) Newhouse, J.P. (1974), «A design for a health insurance experiment», *Inquiry*, 11, p. 5-27; Newhouse, JP, WG Manning et al. (1981), «Some interim results from a controlled trial of cost-sharing in health insurance», *New England Journal of Medicine*, 305, p. 1501-1507.

(8) Scitovsky, A.A. y N.M. Snyder (1972), «Effect of coinsurance on the use of physician services», *Social Security Bulletin*, 35, p. 3-19; Phelps, CE y JP Newhouse (1972), «Effects of coinsurance: a multivariate analysis», *Social Security Bulletin*, 35, p. 20-29.

(9) Brian, E.W. y S.F. Gibbens (1974) «California's medical co-payment experiment», *Medical Care*, 12, Suppl.; Van de Ven, WPMM y J. Van der Gaag (1982), «Health as an unobservable: a MIMIC model of demand for Health care», *Journal of Health Economics*, 1, p. 157-183.

(10) Enterline, P.E., V. SALTER, A.D. McDonald (1973) «The distribution of medical services before and after free medical care: the Quebec experience», *New England Journal of Medicine*, 289, p. 1174-1178.

(11) Lecomte, T. y F. Tonnellier (1985), «Prescription et diminution du taux de remboursement», CREDES; Rochefort, R. (1989) «L'évaluation du Plan Seguin ou la mesure des effets d'une politique du ticket modérateur», en Launois, R. *Des remèdes pour la santé*, Masson.

(12) Puig, J. (1988) «Gasto farmacéutico en España: efectos de la participación del usuario en el coste», *Investigaciones Económicas*, Vol XII, n.º 1, p. 45-68; Lobo, F (1988) «El Gasto Público en prestación farmacéutica», *Papeles de Economía Española*, n.º 37, p. 255-264; Cruz, I. (1986), «Financiación y control del gasto farmacéutico, en *Uso racional y financiación pública de los medicamentos en Europa*. M. Sanidad y Consumo. Las estimaciones corresponden al volumen de prescripciones y al gasto. En el caso de las prescripciones la elasticidad (0,13) es menor que para el gasto, pero debe tenerse en cuenta las variaciones en las presentaciones.

(13) O'Brien, B. (1989), «The effect of patient charges on the utilization of prescription medicine», *Journal of Health Economics*, 8, p. 109-132.

(14) Calonge, S. (1988), *La Demanda Sanitaria: evidencia empírica en un modelo Tobit*, Tesis Doctoral, Univ. Barcelona, estima una elasticidad de la demanda de visitas sensible a las variaciones en el régimen laboral como medida del coste de oportunidad del tiempo y proporciona un resultado que permite ci-

frar en un 8% la reducción en el número de consultas médicas entre los trabajadores por cuenta propia.

(15) Costas, J.C., G. López (1988) «Aspiraciones colectivas y eficiencia en el sistema sanitario», en *Papeles de Economía Española*, n.º 37, p. 225-236.





MONOGRAFIA

# Información, privatización e incentivos en sanidad

GUILLEM LOPEZ I CASASNOVAS

El presente trabajo formula la necesidad de efectuar una consideración explícita de los problemas de información e incentivos en el actual debate de reforma de la sanidad pública si se quiere garantizar su coherencia con los objetivos propios del sistema de salud. Para ello se centra el foco de atención en tres ámbitos que merecen reflexiones específicas como son los casos: 1) del comportamiento del profesional sanitario, tanto en actividad pública como privada; 2) de la gerencia de las instituciones sanitarias y, en particular de la técnica de los contratos de gestión; y 3) del sistema sanitario en su conjunto cuando en éste coexisten centros públicos y privados.

Con el objetivo de simplificar la argumentación se huye de determinados aspectos que añaden a nuestro entender complejidad —remitiendo para ello a estudios más específicos (1)—, sin pérdida, creemos, de validez.

Resulta poco controvertible que los objetivos de control de gasto que se imponen sobre el sistema sanitario son por definición opuestos a los de mejora retributiva a los que aspiran los profesionales sanitarios, siendo el gasto de personal la partida más importante del gasto sanitario. Puede argumentarse, si acaso, la conveniencia de efectuar políticas de rentas (precios) versus políticas de cantidad (*numerus clausus*) en razón de sus efectos sobre las prestaciones sanitarias, pero existen pocas dudas de que la naturaleza de servicios implícita a dichas prestaciones deja pocos márgenes a la vinculación de las políticas salariales a las variaciones globales de productividad en el sector. Por lo tanto, la coopera-

ción pretendida en los sistemas sanitarios públicos ha de buscar otras premisas más allá de la vinculación contractual del profesional con el sistema sanitario. La cultura imperante en la «tribu» es para ello, sin duda, un importante factor —más allá del altruismo que refleja el juramento hipocrático en favor del paciente. Pero dicha identificación con los objetivos sanitarios públicos es poco realista que se lleve hasta sus últimas consecuencias: por ejemplo, en términos de dedicación, estudio e investigación a costa de renunciar a extremos que afectan al propio bienestar del profesional sanitario.

Como ciudadano, e incluso como miembro del propio conglomerado sanitario, es posible, que se llegue a cuestionar el nivel global del gasto sanitario; pero es poco probable que dicho posicionamiento se ratifique cuando la consecuencia suponga un efecto directo en el profesional (pérdida de poder adquisitivo o una limitación asistencial en los servicios recibidos). En el caso concreto de los sistemas sanitarios públicos, a la observación anterior se añade el conocido principio de que difícilmente se acepta que la acción colectiva pueda generar un efecto negativo directo sobre grupos concretos de población.

En el estudio de las interrelaciones que surgen en el sistema sanitario (véase cuadro 1), el hecho de que la demanda sea inducida por la oferta marca efectivamente el poder de las partes. Esta influencia, que deriva de la información asimétrica, difícilmente puede ser combatida externamente a las relaciones sanitarias (la representación política de los contribuyentes nunca suele superar la fuer-

za de los intereses de los individuos como pacientes), sino tan sólo desde dentro, forzando a que los distintos comportamientos profesionales inductores de recursos resulten rivales entre sí. La implantación de políticas de incentivos en este sentido (tales como las relativas a la presupuestación clínica o por objetivos) no resultan fáciles, pero sí ineludibles si se quiere modificar, por tanto, el comportamiento de los médicos.

Más fáciles resultan las propuestas que afectan financieramente a los usuarios, aunque ello no es óbice para su fracaso: difícilmente cabe esperar que la demanda de los usuarios tenga respuesta autónoma frente a tiquets varios, y si la tiene, lo más probable es que provenga precisamente de aquéllos de quienes menos se desee desde un punto de vista de equidad social. Consecuentemente, todo lo que trascienda a una primera instancia de la visualización de precios relativos o coste de oportunidad en términos de alternativas pérdidas de la financiación derivada del contribuyente es previsible que tenga, en términos de soporte político para la racionalización del gasto sanitario, una efectividad dudosa.

En definitiva, el objetivo de incentivar una práctica más consciente con los costes incurridos en la utilización de los recursos pasa, posiblemente, por la responsabilización del profesional en las decisiones sanitarias. Los supuestos de demanda inducida centran efectivamente en éste y no en el usuario el peso de la tarea. En la medida que goce para ello de autonomía de decisión (viendo enriquecida de este modo su la-



bor), es obligado que el profesional asuma dicha responsabilización, y ello, posiblemente, de manera independiente del vínculo contractual laboral y de la naturaleza pública o privada del sistema sanitario en cuestión.

Sin embargo, para dicho propósito, los incentivos sanitarios perversos en el comportamiento microeconómico individual tienden a ser muchas veces exagerados. Es previsible, además, que su importancia sea cada vez menor en la medida que se mejoren las bandas más bajas de los salarios de los profesionales, con lo que la consideración de los contenidos implícitos al puesto de trabajo pasen a recibir una mayor valoración. En este sentido, la sanidad, como la educación, tiene sin duda una ventaja comparativa.

Las estructuras de gobierno son resultado siempre de las ganancias esperadas de la cooperación; por ejemplo, de la disminución en los costes de administrar los intereses comunes. Es interés de gestores y políticos el diseñar organizaciones eficientes, que permitan mantener las ganancias de la cooperación. En el seno de dichas organizaciones, los profesionales tienen la ventaja, cuando menos, del trabajo en equipo; los gestores, la posibilidad de buscar fórmulas idóneas de minimización de los costes conjuntos de producción y transacción (que garanticen el cumplimiento de los contratos).

En la realidad, al tradicional argumento de los rendimientos crecientes de escala, la innovación tecnológica ha contrapuesto, sin embargo, la mayor complejidad generada en las relaciones interpersonales. A la vez que disminuían, por tanto, los costes de producción se han visto incrementados los costes de transacción asociados a la toma de decisiones.

La cuestión de los incentivos se ha centrado, en el campo de las políticas institucionales, en los problemas de revelación de la información y los efectos dinámicos que la asimetría observada en las relaciones sanitarias provoca en el tiempo (*ratchet effects*). En este contexto, el modelo soviético de incentivos —formulado fuera del ámbito de la planificación central por Martin Weitzman— continúa mereciendo las preferencias de los economistas. La determinación de las variables objetivo (niveles de actividad), a partir del conocimiento de las partes, es punto de referencia para la evaluación de resultados. Para ello se definen los lí-

mites que aparecen como aceptables por el propio sistema y se fijan, en consecuencia, los incentivos que más han de favorecer su cumplimiento. Weitzman y Holstrom para un contexto con incertidumbre, han derivado matemáticamente los valores de los correspondientes parámetros capaces de resolver los mecanismos de asignación con los incentivos compatibles entre las partes.

Sin embargo, el sistema anterior, basado comúnmente en su aplicación presupuestaria práctica en el establecimiento de bonos o porcentajes de productividad variable, tiende de nuevo a sobrevalorar el aspecto financiero como elemento de motivación. El poder como capacidad de influir en el entorno, y la reputación —como capacidad de actuar como centro de referencia—, son también factores de elevada influencia en la vida de la organización.

Como se verá a continuación, abandonar el sistema a las propias organizaciones que lo inte-

gran puede resultar contradictorio respecto de los principios que se pretende preservar en los sistemas de salud. Conviene recordar que los objetivos de un sistema sanitario público no son, por ejemplo, generar actividad —si no realizar la epidemiológica y socialmente necesaria al menor coste—, por lo que cualquier medida de financiación basada en este numerario resulta incoherente.

Para modificar la situación anterior, no deja de ser una solución menos conflictiva el favorecer una reforma de las estructuras más que las relacionadas directamente con los intereses de las partes en que ellas realizan su actividad. Pero incluso en el primero de los casos, las variaciones pueden ser múltiples, afectando tanto a los sistemas de fijación de objetivos, información, control y presupuestación. Sería erróneo afectar, por tanto, tan sólo uno de ellos de manera descompasada de los demás. El mejor de los sistemas de compensación puede resultar un pésimo instrumento de motivación si las medidas de información no permiten su control o no se adecúan a los objetivos que se trata de evaluar (2). De igual modo, sacar de contexto la reforma del sistema de los valores culturales (códigos de comportamiento del grupo) que predominan efectivamente en la realidad puede incluso ser contraproducente. La fuerza del impulso al cambio en un sistema anclado en una cultura muy cerrada puede retrotraer el cambio hacia situaciones anteriores, reforzando como resultado los valores de inercia predominantes.

Cuando es toda la estructura sanitaria la que se somete a revisión, utilizando criterios de concertación externa en la provisión de cuidados asistenciales, las siguientes consideraciones resultan ineludibles.

En primer lugar, los requisitos para que resulte eficiente la producción privada bajo provisión pública, delegando de este modo y de manera íntegra las decisiones de producción en favor del centro privado —siendo éste financiado exactamente por una cantidad igual al valor del objetivo público satisfecho—, como señalan Sappington y Stiglitz (1987) se concretan en: 1) el mejor conocimiento de las posibilidades productivas por parte del sector privado; 2) idéntica o nula aversión al riesgo entre las partes concertadas, y 3) la garantía de que la licitación se morará dentro de los límites preestablecidos.

### Cuadro 1. Interrelación de funciones y agentes en los sistemas sanitarios (1)

#### Funciones

Producción de servicios sanitarios  
 Producción de servicios de seguro sanitario.  
 Asunción de riesgo  
 Gestión de beneficios  
 fijación de precios  
 determinación de los niveles de utilización  
 control de calidad  
 Canalización de fondos y preservación de estándares  
 Gestión de la equidad social deseada  
 Definición de derechos (elegibilidad)  
 Definición de beneficios  
 Asignación de costes  
 Incidencia última de costes

#### Agentes

Contribuyentes  
 Usuarios individuales  
 Productores de servicios sanitarios  
 públicos  
 privados  
 Productores de servicios de seguro  
 públicos  
 privados

(1) Extraído de U.E. Reinhardt, *Journal of Policy Analysis and Management*, 1987, vol 6, n.º 4, pág. 666.

En primer lugar, el problema de la incertidumbre resulta en este contexto de especial interés, ya que plantea la siguiente disyuntiva. Si la financiación pública acaba absorbiendo el riesgo (cubre la prima de seguro) (3), se limitan los incentivos para la eficiencia productiva. Si no se absorben, cabe la posibilidad de que sólo los más atrevidos —y no los que cuenten con unos costes esperados menores—, concurran a la licitación y sean objeto de concertación, lo cual puede generar un elemento de inestabilidad en la garantía de las prestaciones ofertadas. Si el sector público tolera mejor el riesgo que los productos privados (4), es la producción pública y no la privada la que resultaría deseable.

Dichas situaciones no son ajenas al sector sanitario; sector en el que un 4% aproximadamente de la población genera la mitad del gasto sanitario, y menos aún en sistemas públicos, en los que es difícil utilizar las bocas de acceso al sistema como barreras de selección.

Problemas similares los plantean los contratos de gestión (*contract management*) en supuestos de concertación de la gestión. El mercado de riesgo es aquí menos que perfecto, con lo que la asunción de responsabilidades para la gestión no es eficiente debido a la distribución asimétrica del riesgo.

En segundo lugar, la clave de bóveda de todo sistema de incentivos es que quien toma las decisiones —y mientras las tome— se responsabilice plenamente de sus consecuencias. El resultado perseguido con la contratación no se garantiza si existen límites a la responsabilidad efectivamente soportada por el productor (reglas de garantía de fondos, pasividad en la acreditación, avales políticos, etc.). El interés de los agentes en estabilizar su situación, escapando de las eventualidades del sistema competitivo, irían en dirección opuesta a los extremos antes referidos por Sappington y Stiglitz para validar su *teorema fundamental de la privatización*.

Finalmente, la instrumentación de una política de incentivos que afecte directamente al comportamiento de los usuarios ha de acompañarse de políticas de educación para el consumo sanitario. Si la función de beneficios no se conoce perfectamente (como en los casos en que los consumidores parecen revelar sus preferencias de modo inconsistente), de nuevo la delegación completa de

## Cuadro 2. Algunas experiencias o propuestas de reforma: objetivo y medios

ESTADOS UNIDOS: Cambio en los objetivos (mayor equidad) a servir por el sistema sanitario.

*Medio:* Asistencia gestionada a través de la integración de funciones y pago prospectivo (básicamente a partir de la experimentación de Organizaciones para el Mantenimiento de la Salud y otras formas organizativas).

REINO UNIDO: Cambio en la organización interna (mayor eficiencia).

*Medio:* Reubicar el poder monopsonico hacia los distritos sanitarios y médicos de cabecera que se constituyen en práctica asociada, para dar entrada a formas contractuales en las que puedan participar los recursos sanitarios privados.

SUECIA: Cambio en sistema de gestión (mayor eficiencia).

*Medio:* Cambio en la regulación de manera que permita al paciente su libre elección como consumidor de servicios sanitarios provistos por diferentes agentes sanitarios públicos.

HOLANDA: Cambio en el modo de provisión (mayor eficiencia).

*Medio:* Elección del asegurado de proveedor público o privado y del contenido de la prestación, más allá de límites públicamente determinados.

la actividad a manos de los intereses privados no resulta justificada. Dicha proposición recuerda que la soberanía del consumidor sólo en casos de información perfecta resulta fundada, al no permitir posteriormente pretexto alguno para imputar a alguien más que a uno mismo los efectos de los errores en la decisión. El usuario ha de asumir de este modo los costes de información y aprender de los errores. La dureza que ello pueda representar en el ámbito de los cuidados de salud puede que favorezca, consecuentemente, una segunda opinión o reevaluación, de modo previo a considerar las ventajas de las propuestas privatizadoras.

(3) Este es el caso cuando el sector público participa en los costes de los proyectos privados, financiando parte de las desviaciones que se puedan producir. El sector de la defensa nacional es un campo típico en el que este tipo de acuerdos está presente.

(4) Como en el caso en el que los tipos de interés que han de soportar los centros privados son mayores que los que se imputan a los públicos, dado el diferencial de garantía que ofrecen.

### BIBLIOGRAFIA

Holmstrom B.: «Moral Hazard and observability». *The Bell Journal of Economics*, spring, 1979.

Ibern Regàs, P.: «La compra colectiva de los sistemas nacionales de salud» ponencia a las *XI Jornadas de Economía de la Salud* (en prensa), 1991.

López Casanovas, G.: «Incentives in Health Systems». Springer Verlag, 1991 ed.

López Casanovas, G.: «Los incentivos en los Sistemas de Salud» *Hacienda Pública*. (próx. publicac.), Instituto de Estudios Fiscales, 1991.

Martín J. y otros: «Sistemas de incentivos para directivos hospitalarios públicos» (mimeo) *Escuela Andaluza de Salud Pública*. Granada, 1991.

Ortún Rubio, V.: «La economía en sanidad y medicina». Ed. Euge, Barcelona, 1991.

Sappington D.E.M. y J.E. Stiglitz: «Privatization, Information and Incentives» *Journal of Policy Analysis and Management*, vol. 6,4., 1987.

Weitzman M.L.: «The new soviet incentive model». *The Bell Journal of Economics*, vol. 7,1, 1976.

R3

Guillem López i Casanovas es profesor titular de Economía Pública en la Universidad Pompeu Fabra

### NOTAS:

(1) Véase, por ejemplo, *Incentives in Health Systems*, G. López Casanovas (ed), Springer Verlag, 1991.

(2) En el ámbito de experimentación de las reformas sanitarias, no cabe olvidar que éstas se inscriben en sistemas sanitarios de naturaleza pública; esto es, que aún introduciendo la mejor de las lógicas aseguradoras, se trata de mantener un seguro de base social, y así solidario, por lo que atañe a sus fuentes de financiación. En este sentido, algunas de las propuestas de formulación de mercados internos parecen contradictorias con las bases de fundamentación de los sistemas sanitarios públicos (véase cuadro 2).



MONOGRAFIA

# ¿Competencia o cooperación en sanidad?

JUAN VENTURA

La cuestión que se aborda en este artículo es explorar las ventajas e inconvenientes para la sanidad pública de introducir diseños organizativos basados en la rivalidad entre competidores, o si puede ser más conveniente, a fin de garantizar la eficacia, eficiencia y equidad, fomentar los acuerdos de cooperación, como solución intermedia entre el mercado y la organización. El análisis tiene como referencia las reformas que se han introducido en numerosos países como el Reino Unido, Holanda y Suecia y a los que recientemente se ha unido España con la publicación del Informe Abril.

## Mercado, empresa y cooperación

El análisis económico moderno considera la empresa y el mercado como formas alternativas de organizar las transacciones, teniendo cada una sus ventajas e inconvenientes (Coase 1937); el elemento clave radica en los costes de efectuar las transacciones: esto es los costes de transferir el derecho de utilización de bienes o servicios entre agentes. Estos costes se pueden sintetizar en: a) costes de información, consistentes en identificar y contactar las partes que intervienen en la transacción, b) costes de negociación, y c) los costes de garantía en que se incurre a fin de asegurar el cumplimiento de lo acordado o protegerse por el posible incumplimiento de alguna de las partes. Los costes de transacción son elevados, debido a la existencia

de información parcial o asimétrica, o cuando los bienes tienen un carácter idiosincrásico, esto es el uso del bien o servicio es de carácter exclusivo para alguna de las partes, y/o se requieren activos específicos para su obtención. Estos costes, junto a la existencia de economías obtenidas en la producción en equipo, propician el surgimiento de organizaciones jerárquicas (empresas) que internalizan las transacciones en su seno, utilizando la autoridad como mecanismo básico de coordinación. Ahora bien la empresa como solución organizativa tampoco está exenta de costes, *costes de la organización interna*.

Los acuerdos de cooperación se sitúan conceptualmente como fórmulas organizativas intermedias entre el mercado y la empresa, compartiendo alguno de los rasgos esenciales de cada uno de ellos. Así, el acuerdo de cooperación se realiza entre empresas que mantienen su independencia jurídica, sobre alguna actividad concreta y con una vigencia temporal limitada — rasgos característicos de una relación de mercado—. Al mismo tiempo la cooperación entre empresas presenta elementos de continuidad y estabilidad en el tiempo, características de las organizaciones, con lazos de dependencia o presencia en muchos casos de activos específicos (Salas, 1989).

La vía de la cooperación, surge en ciertas circunstancias, como solución organizativa tendente a reducir los costes de transacción en que se hubiera incurrido si esta hubiera tenido lugar mediante el mercado y al mismo tiempo evitar

ciertos costes de organización que hubiera surgido si la transacción hubiera sido totalmente internalizada en el seno de la empresa (Jacquemin, 1989).

## Sistema sanitario: mercado/planificación

El mercado de prestación de atención sanitaria presenta algunas características especiales que dificultan una correcta asignación de recursos. La relación médico-paciente puede describirse como una *relación de agencia*, en la cual el demandante (*principal*), delega en el médico (*su agente*) para que le resuelva una necesidad sanitaria. Esta relación está presidida por una asimetría de información, de ahí que pueda hablarse en última instancia de un acto de confianza. El médico, a su vez, está interesado en señalar al mercado su capacidad técnica y su deseo de no aprovecharse de la falta de información del paciente, mediante su reputación. En este mercado la oferta de asistencia sanitaria puede influir sobre las decisiones de la demanda, destruyendo con ello una de las bases del funcionamiento del mercado.

Otro aspecto a destacar en cuanto a fallos del libre mercado en sanidad son las *externalidades positiva*. Así, es deseable garantizar un consumo mínimo de determinados bienes relacionados con la salud, más allá del consumo determinado por el mercado, dado el efecto positivo que ello tiene sobre la salud de terceros; piénsese en



las vacunas o en las campañas de promoción de hábitos saludables en temas como el sida.

Un segundo mercado directamente relacionado con la provisión de servicios sanitarios es el mercado de seguros sanitarios, cuya eficiencia también ha sido cuestionada. Dicho mercado encuentra dificultades para generar precios —primas— que posibiliten una adecuada cobertura a toda la población. Ello se debe, en parte, a la existencia de amplias capas de la población, como ancianos o grupos de alto riesgo, cuya demanda de atención sanitaria puede considerarse como un suceso seguro. En ese caso, existe un amplio incentivo para la compañía aseguradora a discriminarlos; o bien ocurre la situación contraria, dado que en muchos casos la empresa aseguradora desconoce el estado real de salud del paciente, esta asimetría de información puede provocar una *selección adversa*, esto es que se aseguren aquellos pacientes con mayor probabilidad de requerir atención sanitaria en un futuro próximo (Arrow, 1963), (Akerlof, 1970). En la medida en que esto sea así, las primas acabarán subiendo, para cubrir los costes, y ello traerá consigo que grupos de baja renta o nivel educativo queden excluidos. Finalmente, el asegurado y el prestador de la atención sanitaria no tienen ningún incentivo para ser eficientes en el consumo de recursos, máxime si el asegurador cubre los costes retrospectivamente *riesgo moral*.

Los fallos del mercado enumerados han conducido a que el sector sanitario esté ampliamente regulado en la mayor parte de los países desarrollados. Nuestro país no es la excepción a la norma. El actual Sistema Nacional de Salud, se caracteriza por englobar dentro del sector público la financiación del mismo, y la provisión de la atención sanitaria, mediante una red propia de instituciones sanitarias. Sin embargo, en la práctica, el funcionamiento de la sanidad pública se ha caracterizado por una casi total carencia de incentivos para asegurar un uso eficiente de los recursos públicos a nivel microeconómico. Así, se puede destacar la no utilización del presupuesto como instrumento de gestión. Ello impidió descentralizar recursos propiciando una dilución de responsabilidades. Ante esta disyuntiva cabe preguntarse qué reformas son las adecuadas para paliar las deficiencias del mercado en

sanidad y evitar los inconvenientes de la gran empresa pública sanitaria.

## Rivalidad o cooperación en Sanidad

Un elemento de convergencia en el debate sanitario de los países con sistemas predominantemente públicos estriba en separar la financiación de la provisión de atención sanitaria. Ello replantea el papel del sector público que deberá ser garante de la financiación y de la calidad asistencial final, pero no necesariamente deberá ser al mismo tiempo proveedor de la misma. La oferta, debe ser únicamente eficiente. Su propiedad y su estructura pueden ser cuales quiera que pruebe ser coste/efectivas (Costas, 1991). Dicho con más rotundidad Culyer añade «La oferta no debe ser juzgada por criterios ideológicos, sino prácticos» (1990).

Aceptado este punto, la cuestión a debatir es como conseguir introducir eficiencia en los proveedores de atención sanitaria. Una de las propuestas más difundidas consiste en confiar en la *competencia interna* como instrumento dinamizador de la eficiencia, en la línea de lo preconizado en el documento «Working for Patients» de Gran Bretaña, o sin ir más lejos el «Informe Abril» en España. Propuestas que se inspiran a su vez en las ideas del economista norteamericano Enthoven (1988 y 1991).

El elemento clave de todas las reformas es descomponer el monopolio público de oferta asistencial. El diseño del *mercado interno* requiere como paso previo sustituir la estructura centralizada de la red pública por una estructura descentralizada, compuesta por instituciones autónomas, con las cuales las autoridades públicas negocian contratos para sus pacientes. Se sustituye de esta forma la autoridad central, como mecanismo de coordinación, por la negociación contractual como fórmula más apropiada para alcanzar una especialización de funciones que se espere redunde en una mayor eficiencia. Para ello, se llega a dar plena autonomía financiera, patrimonial y legal a todas aquellas instituciones sanitarias de un tamaño mínimo que lo desean y se abre la posibilidad de contratar no sólo con el sector público autogestionado, sino con insti-

tuciones privadas, con o sin ánimo de lucro. Con ello se espera conseguir: 1) Reducir la ineficiencia provocada por la ausencia de competidores en el mercado; el monopolio y la propiedad pública generan una *laxitud organizativa*, caracterizada por una despreocupación por la relación entre los factores utilizados y los servicios prestados. 2) Explotar los posibles excesos de capacidad entre diferentes instituciones sanitarias. Ello permitirá movilizar pacientes y recursos de forma óptima, evitando listas de espera y 3) Conseguir las economías de escala que puede provocar la ampliación del mercado, lo que permitiría que algunas organizaciones o servicios alcanzaran el tamaño mínimo eficiente (Akerhurst et al. 1988).

El grado de competencia efectiva entre proveedores de atención sanitaria para obtener contratos depende de numerosos factores. Para determinados servicios básicos un hospital en un área geográfica determinada disfruta de una situación de monopolio. La competencia puede ser mayor en las áreas donde se concentran un mayor número de proveedores y para aquellos servicios no urgentes que permiten que los pacientes puedan esperar y desplazarse para recibir atención sanitaria.

El mercado interno puede funcionar de forma regulada o bien con total libertad. En el primer caso las autoridades sanitarias fijan los precios de las diferentes categorías asistenciales y el tipo de contratos que son permisibles (a título de ejemplo los Grupos Relacionados con el Diagnóstico en EE.UU. o las Unidades Básicas Asistenciales en Cataluña ilustran esta situación); esta fórmula introduce unilateralmente un *sistema de pago prospectivo*, esto es, el contratante conoce *ex-ante* los ingresos que va a obtener y la eficiencia del mismo va a determinar el que sea capaz de cubrir sus costes u obtener excedentes, *ex-post*. Una segunda alternativa consiste en permitir el mayor grado de libertad posible a las partes para que negocien sus contratos, y que sea la rivalidad entre proveedores la que permita al demandante obtener las mejores ofertas, medidas por el binomio coste-eficacia. Cabe la posibilidad de combinar ambas propuestas en función de la naturaleza de la actividad objeto de contrato.

El diseño organizativo del marco contractual

que se fije deberá asegurar que se consiga aumentar la eficiencia, pero, al mismo tiempo se garantiza la calidad y la adecuada accesibilidad a los servicios sanitarios contratados. Ello obliga a los gestores del presupuesto a disponer de un sistema de información y de preferencias que les permita conocer y evaluar las posibles relaciones de sustitución entre coste, calidad y tiempo de espera que se oferta para elegir correctamente. En un sistema de precios regulados se elimina parte de la complejidad y los contratos deberán especificar la cantidad de servicios y la calidad de los mismos. Sin embargo, nada garantiza que las tarifas aprobadas no incorporen determinados grados de ineficiencia si se basan en la estructura actual de costes del sector (Culver y Posnett, 1990).

En un sistema con libertad de precios, en la medida que no se den condiciones de monopolio o el mercado sea *contestable* (esto es, un competidor potencial puede ofertar en mejores condiciones y obtener el contrato sin que existan barreras de entrada o salida que lo impidan), es posible pensar que se consiga una mayor eficiencia, pero a cambio se requiere información y capacidad de control para asegurar que las ofertas a precios más bajos no sacrifican la calidad asistencial, o bien, una vez obtenido el contrato el proveedor tenga problemas financieros que afecten a su continuidad en la prestación de los servicios contratados.

Un último aspecto a tener en cuenta para evaluar las ventajas e inconvenientes de la competencia en sanidad hace referencia a si los contratos son completos o incompletos. Un contrato es completo cuando el mismo contempla todas las posibles contingencias que puede surgir e incompleto cuando se dejan contrapartidas sin especificar. Dado el estado actual de información en sanidad no sólo sobre la calidad sino también sobre los costes, muchos de los contratos serán incompletos. En este caso se requiere un mecanismo para resolver los posibles conflictos que no han podido ser previstos como el arbitraje o que una de las partes tenga la autoridad para decidir (Grossman y Hart, 1986). En la medida que se considere que este control debe poseerlo el demandante, estaremos incluyendo elementos organizativos propios de la empresa en una relación de mercado.

## El futuro de la Sanidad Pública

En un sistema sanitario con cobertura universal de la atención sanitaria garantizada por el Estado, como es el caso de nuestro país, el Estado o las Comunidades Autónomas con competencias transferidas tienen *de facto*, una situación de *cuasi monopsonio*. Este poder de mercado va unido a la responsabilidad de los poderes públicos de mejorar los estándares de salud de la población de forma equitativa.

En un futuro próximo el marco que regulará la organización de la provisión de atención sanitaria serán los contratos. De lo expuesto hasta aquí se deduce que dichos contratos se negociarán en un marco caracterizado por: a) la existencia de información asimétrica en cuanto a la calidad y costes, asimetría que no desaparece totalmente cuando el demandante es el área de salud en lugar del paciente; b) las inversiones en capital humano y físico son en muchos casos específicas en la relación contractual con la sanidad pública y los contratos en muchos casos contemplan transacciones frecuentes y recurrentes a largo plazo; c) además, como hemos señalado muchos de los contratos por su propia naturaleza serán incompletos, por lo que alguien deberá tener la capacidad de solucionar las contingencias que se presenten. Todos estos hechos determinan que el mercado incurra en costes de transacción elevados, razón que justifica el diseño de soluciones mixtas, esto es mercados con elementos de organización o bien organizaciones con elementos de mercado.

Para ello una de las soluciones organizativas que a mi juicio puede configurar un sistema capaz de lograr tales objetivos es la cooperación. El logro de la cooperación en la provisión de atención sanitaria se lograría a partir de la creación de *redes*. Las redes preservan la especialización de los participantes y consiguen relaciones a largo plazo que eliminan incertidumbres y permiten a los miembros de las mismas efectuar inversiones en activos específicos a su pertenencia a la red. La red tiene que suponer una ventaja sobre la integración en el seno de la única empresa de forma que se vean compensados los costes de negociar con cada empresa perteneciente a la red, y al mismo tiempo debe demos-

trarse superior al recurso de contratar libremente en el mercado.

El origen de la red está en las autoridades públicas que *subcontratan* la provisión de servicios asistenciales de diferentes modalidades durante un tiempo determinado, por una cuantía que se especifica y con una calidad que se exige para formar parte de la red. La búsqueda de la eficiencia se consigue en la media que la técnica contractual que define las condiciones del intercambio introduzca el grado de presión suficiente para que los miembros de la red sean costes efectivos, y al mismo tiempo las condiciones del intercambio deben asegurar la viabilidad económica de las empresas pertenecientes a la red, que posibilite el mantenimiento adecuado de sus activos. Además la especialización de funciones permite devolver todo el grado de iniciativa para encontrar fórmulas innovadoras de prestación de servicios al lugar adecuado, esto es las empresas.

El problema de toda solución organizativa que se sitúa entre el mercado y la jerarquía de una empresa es que cualquier descuido puede romper el difícil equilibrio que la sustenta. Así, en la medida que las empresas de la red tengan garantizados los contratos de forma continuada se verían anuladas en parte la capacidad de presionar a las mismas, incurriendo en los defectos de las jerarquías basadas en la autoridad. En cambio si predominan los intercambios de mercado, puede peligrar la necesaria estabilidad para disponer de una red de empresas que aseguren una adecuada planificación territorial del continuo de servicios asistenciales que exige una sanidad moderna.

Los argumentos señalados a favor de la creación de redes asistenciales no excluyen que para determinadas prestaciones asistenciales se acuda a la *licitación*, como solución más eficiente, en la medida que el contrato sea completo.

Son muchas las incógnitas que estas propuestas dejan en el aire, entre ellas conseguir que los centros de atención especializada de titularidad pública pasen a regirse por esta nueva modalidad en igualdad de condiciones. La segunda y, no menos importante, es la capacidad de las autoridades sanitarias para cumplir su nuevo rol de forma efectiva. Téngase en cuenta que en este escalón de la jerarquía no existe competencia, razón por la cual los gerentes de las áreas de sa-



lud también deberán ser evaluados de forma precisa.

**R3**

Juan Ventura es profesor titular de Organización de Empresas en la Universidad de Oviedo.

#### BIBLIOGRAFIA

- Akerhurst, R., Blazier, J. y Normand, Ch. (1989), «Internal Markets in the NHS. A review of the Economic Issues». *Centre for Health Economics*, University of York. Discussion Paper, n.º 40.
- Akerlof, G.A. (1970): «The markets for lemons; quality uncertainty and the market mechanism», *Quarterly Journal of Economics* 84.
- Arrow, K.J. (1963): «Uncertainty and the welfare economics of the medical care». *American Economic Review* 53, versión castellana en *Información Comercial Española*, junio 1981.

Coase, R. (1937): «The Nature of the Firm». *Económica*, versión castellana en A. Cuervo, M. Ortigueira y A. Suárez, *Lecturas de introducción a la economía de la empresa*. Ed. Pirámide, 1979.

Costas, E. (1991): «Tendencias actuales de los sistemas sanitarios», conferencia no publicada, *Jornadas sobre Economía y Salud*, Fundación Banco Herrero-Universidad de Oviedo.

Culyer, A.J. (1990): «The Internal Market: An Acceptable Means to a Desirable End». *Centre for Health Economics*, University of York.

Culyer, A.J. y Posnett, J. (1990): Hospital Behaviour and competition. En Culyer, A.J., Maynard, A.K. y Posnett, J. (Editores), *Competition in health care. Reforming the NHS*. Londres: MacMillan, 12-47.

Enthoven, A.C. (1988): «Managed Competition: An Agenda for Action», *Health Affairs*, summer.

Enthoven, A.C. (1991): «Internal Market Reforms of the British National Health Service». *Health Affairs*, fall.

Grossman, S. y Hart, O. (1986): «The Cost and Benefits of Ownership: A theory of Lateral and Vertical Integration». *Journal of Political Economy*, 94.

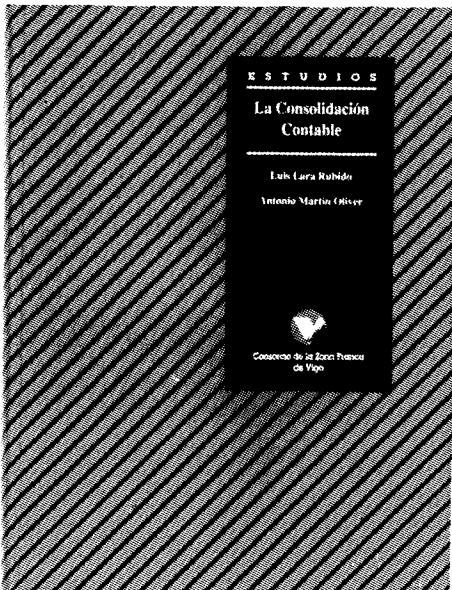
Jacquemin, A. (1988): *La nueva organización industrial*. Editorial Vicens Vives, Barcelona.

Salas, V. (1989): «Acuerdos de cooperación entre empresas: bases teóricas». *Economía Industrial*, 266, marzo-abril.

Williamson, O. (1975): *Markets and hierarchies*. MacMillan Press, Londres.

# La Consolidación Contable

**NOVEDAD**



**MANUAL ADAPTADO A LA NUEVA  
LEGISLACIÓN MERCANTIL**

**CON NUMEROSOS SUPUESTOS PRÁCTICOS.**

P.V.P. 7.000 PTS.

PEDIDOS CONTRA REEMBOLSO  
CONSORCIO ZONA FRANCA DE VIGO  
APARTADO 81. 36200 VIGO.



Consorcio de la Zona Franca de Vigo

\* NO INCLUIDOS  
GASTOS DE ENVÍO



# La tecnología sanitaria: ¿héroe o villano?

FERNANDO ANTOÑANZAS VILLAR

En este artículo estudiaremos algunas características de la tecnología sanitaria, los problemas que presenta su introducción en los sistemas sanitarios y algunas soluciones que se aportan desde el campo de la Ciencia Económica. El texto se ilustrará con algunos ejemplos de tecnologías sanitarias muy generalizadas y que son objeto de replanteamientos actuales.

Habitualmente suele entenderse por tecnología sanitaria aquellos equipamientos médicos de sofisticada electrónica. Sin embargo, con objeto de centrar algunas ideas sobre las que luego se harán referencias en este artículo emplearemos unas definiciones mucho más amplias. Así pues, la definiremos como la aplicación de conocimientos a actividades cuyos objetivos están relacionados con la salud, concretamente a mejorar la salud, ya que de lo contrario la definición sería excesivamente general. La OTA (*Office of Technology Assessment* de EE.UU.) matiza más el contenido del concepto al definir la tecnología sanitaria como los medios, instrumentos y procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención sanitaria, así como los sistemas organizativos y de soporte en los que se provee dicha atención.

Por otra parte, la OMS (Organización Mundial de la Salud) emplea una definición más general, de forma que junto a las técnicas, equipos, medios, procedimientos, métodos y sistemas organizativos, incluye en general cualquier medida orientada a promover la salud, prevenir, diagnosticar o tratar o aliviar la enfermedad, cuidar de los ancianos así como rehabilitar a los enfermos e incapacitados. Así, por ejemplo, no deberemos interpretar un medicamento de forma aislada como tecnología, sino como proceso, es de-

cir, para una indicación —tipo de enfermedad y paciente— y en un contexto institucional y social dado, que determina en parte los efectos de la tecnología.

Cuando se aunan todas las fuerzas en la misma dirección el resultado puede ser que se evite una muerte prematura; desde un marcapasos y trasplante de corazón hasta una vacunación infantil que prevenga una enfermedad con riesgo de muerte. De ahí su elevación al grado de héroe o todavía mejor, la sacralización de la tecnología sanitaria y el prestigio de sus sacerdotes según a qué dios sirvan o en cuál confíen.

Por el otro lado, vendrían las dudas sobre la tecnología sanitaria. Dudas que pueden plantearse desde un punto de vista sanitario o económico en el sentido de ¿en realidad sirve para mucho?, ¿se mejora sistemáticamente la salud de los ciudadanos o sólo es aplicable a algunos casos concretos y muy llamativos?, ¿pero cuánto cuesta todo esto?, ¿genera externalidades positivas de investigación o de otras clases en otros sectores?

Estas preguntas y otras parecidas han ocupado a ciertos investigadores del sector sanitario desde hace algunos años. Así surgió la mencionada OTA en la década de los sesenta para intentar conceptualizar el tema y orientar la política sanitaria de introducción de tecnología en EE.UU. Algunos podrían decir que sin mucho éxito, pues según ciertos estudios de la propia OTA (1984), sólo la tecnología en EE.UU. es responsable del aumento en los costes del Medicare (el programa federal de seguros sanitarios para los jubilados) del 30% en el quinquenio 1977-82. Además, la nueva tecnología y el excesivo uso de la ya existente es responsable de

hasta el 50% del aumento en los costes sanitarios, (Institute of Medicine, 1985).

Sin embargo, en ese país no existe un derecho universal reconocido a la asistencia sanitaria como en la mayoría de los países europeos. Todo ello a pesar de que EE.UU. gasta en servicios sanitarios el porcentaje más alto de PIB a nivel mundial (un 12%), destacando ¡cómo no! la tecnología incorporada a la prestación de servicios sanitarios como una de las razones de ese alto valor. Todavía podríamos cerrar un poco más el círculo diciendo que algunos ven en esa apuesta por la innovación parte de la causa de ese gran coste sanitario y la falta de decisión en universalizar el derecho a la asistencia sanitaria, —lo cual podría incrementar todavía más esa abultada proporción—. Más aún, puesto que la tecnología se incorpora con rapidez en ese país, suele ocurrir que pequeñas modificaciones cambian sustancialmente los resultados de la anterior generación de equipos o procedimientos, con lo cual la obsolescencia es rápida y han de volver a adquirir ciertos materiales, mientras que en otros países se tiende a esperar más y se compra directamente la segunda generación. En estos costes crecientes que condicionan e incluso restringen las actividades sanitarias sin aumentar sensiblemente la productividad del sector tendríamos el carácter de villanía atribuido en el título del artículo.

## Peculiaridades de la innovación tecnológica

Llegados a este punto es interesante analizar las características diferenciales de la innovación tecnológica en este sector con respecto a los

otros sectores de la economía y de este modo estar en condiciones de establecer los mecanismos necesarios para llegar a cumplir los objetivos de eficiencia económica y equidad que deben guiar las prácticas sanitarias.

1. La introducción de tecnología sanitaria con garantías de eficacia, efectividad y eficiencia es un proceso técnicamente complejo. Así, por ejemplo, un conductor sin entender de ingeniería del automóvil puede comprobar fácilmente que una mejora en el motor reduce el consumo de gasolina. Sin embargo, una tecnología médica se comprueba mediante ensayos clínicos que suelen requerir un importante soporte estadístico y que a veces dan resultados no concluyentes. Esos resultados sanitarios de la tecnología pueden ser todavía más dudosos cuando se pasa de los ensayos clínicos a la práctica médica habitual (Fuchs, 1991). Incluso durante este período puede que se descubran nuevas ventajas de la tecnología que hagan más atractiva su generalización y por eso una postura bastante extendida entre los partidarios del liberalismo económico consiste en no prohibir o condicionar su utilización, (Friedman, 1982). Sin embargo, esta posición no es sostenida explícitamente a nivel internacional donde se buscan siempre consensos y donde las autorizaciones de ciertas tecnologías se hacen por la Food and Drug Administration de EE.UU., por alguna institución de la CEE o de alguno de sus países miembros. En este último caso, una vez autorizada la tecnología en un país, al no haber barreras comerciales, podría extenderse con facilidad a los otros países comunitarios.

A pesar de ello, las instituciones sanitarias dan muestras cotidianas de «liberalismo» con sus decisiones descoordinadas e incluso temerarias respecto a la introducción y uso de la tecnología (centros sin comités de garantía de calidad asistencial, prácticas individuales y no consensuadas donde la eficacia clínica es dudosa, la efectividad desconocida y la eficiencia económica ni tan siquiera planteada, etc.).

Todo esto nos conduce de lleno a uno de los problemas de la tecnología médica ¿qué se mide como resultado? En teoría, la mejora en la salud del paciente es el fin perseguido, y como tal, suele entenderse el aumento en los años de vida con mejor calidad. Sin embargo, esta mejora

puede suceder a medio o largo plazo y las decisiones sobre la introducción de la tecnología en la práctica médica han de tomarse o desear tomarse mucho antes. Es decir, la introducción de la tecnología sanitaria nos enfrenta de lleno con los problemas de medición de la salud que la literatura científica todavía está investigando. Ante estas dificultades suele optarse por considerar un resultado intermedio que a ser posible esté relacionado con la salud. Ejemplos de lo anterior puede ser la reducción en la duración de la estancia hospitalaria, los ingresos evitados, la reducción en el número de intervenciones, del número de visitas o de actos médicos por proceso, la precisión de los diagnósticos, etc. Es decir, algún resultado relacionado con la llamada eficiencia de gestión o con la productividad.

2. La cobertura de los servicios sanitarios mediante seguros reduce el incentivo del paciente para que como consumidor final evalúe la relación de coste/efecto de las distintas formas de tecnología. Esta situación puede ser común a otros sectores de la economía como el de los seguros del automóvil ante un accidente pero con las diferencias de que el resultado, la calidad de la reparación, es más fácil de medir, y de que existe un perito que inspecciona y presupuesta la actividad del mecánico, (Fuchs, 1991).

3. La relación de agencia existente entre médico y paciente como consecuencia de la información asimétrica lleva al paciente a confiar en las decisiones de aquél sin importar los procedimientos intermedios. Esto es, el consumidor-paciente además de no tener incentivos por lograr la eficiencia porque acude a los servicios en condición de asegurado, no puede medir el resultado general de los procedimientos ni sabe qué hace el facultativo porque las barreras de lenguaje y de conocimientos en la mayoría de los casos se lo impiden.

4. La industria de cuidados sanitarios está muy fragmentada en muchos países de forma que cada institución o empresa controla una parte pequeña del mercado nacional. En estas condiciones, la falta de una entidad que oriente sobre la tecnología y la falta de transparencia en los diferentes resultados que se obtienen según las distintas opciones, dificulta la información y la toma de posiciones sobre la tecnología. Ade-

más, el sistema de precios sobre el que descansa la economía de mercado y que podría informar sobre el producto final o los resultados de los distintos procedimientos, no suele funcionar adecuadamente en este sector.

## En búsqueda de la eficiencia

La introducción de tecnología en el sector privado no sanitario tiene como finalidad abaratar los costes o mejorar el producto. Sin embargo, en el sector sanitario la idea subyacente es que no abarate los servicios. Por tanto, al menos habrá que estudiar si realmente mejora el producto, esto es, la salud de la población.

La evaluación de tecnologías es el estudio sistemático de los efectos sobre la sociedad que pueden ocurrir cuando se introduce, extiende o modifica una tecnología, con énfasis especial en los impactos no deseados, indirectos o aplazados, (Banta, 1987).

La evaluación de tecnologías puede ayudar a contener los costes ya que gran parte de los nuevos cuidados médicos dan pocos beneficios sanitarios adicionales y sin embargo son más costosos que los anteriores. Es decir, la ley de rendimientos decrecientes se aplicaría en este caso a la tecnología sanitaria.

La evaluación de tecnologías ha de ser un proceso continuo que intente estudiar la práctica sanitaria desde distintos puntos de vista y así orientar las decisiones sobre el empleo de la tecnología. Uno de esos puntos de vista es la perspectiva económica. Es decir, que la evaluación de tecnologías podría ser un caso especial de la evaluación económica de proyectos públicos, aplicado al caso sanitario, y así emplearía de hecho las técnicas instrumentales de dicha filosofía (Guyatt, 1986).

La evaluación económica precisa para su ejecución de la determinación de un punto de vista concreto. Por ejemplo, una tecnología diagnóstica podría evaluarse desde la perspectiva de los pacientes que estarían interesados fundamentalmente en la seguridad, en la eficacia clínica y en el caso de que tuviesen que pagar por ello, en los costes. Sin embargo, desde la perspectiva de la sociedad, junto con la eficacia y seguridad, una cuestión trascendental es el coste, ya que generalmente los cuidados sanitarios se finan-



cian con fondos públicos. Por otra parte, para los médicos, la eficacia y seguridad tienden a ser las claves del asunto y la perspectiva económica tiene más que ver con las repercusiones en su posición entre sus colegas, con el prestigio de la institución e incluso con las repercusiones de las potenciales acciones legales que conlleve la utilización de esa tecnología.

El médico en su papel de abogado del paciente, de juez de las pautas que la sociedad trata de establecer en el sector sanitario y de trabajador o profesional de lo que se ha llamado una organización burocrática, puede decantarse por una u otra perspectiva según sus condicionantes en un momento dado (Elola 1991, Ortún 1991). Esto es, como señala (Harberger, 1971) el Análisis Coste Beneficio entendido como una filosofía o guía de las actuaciones del sector público iría en defensa de la sociedad y últimamente asistimos al proceso de discusión sobre qué punto de vista ha de adoptarse para resolver a nivel global el problema de la salud y su coste económico.

## Algunos ejemplos de reevaluación de tecnologías existentes

La evaluación económica de tecnologías precisa entre sus ingredientes de un conocimiento previo de la eficacia y efectividad. Aunque el objetivo último sea la evaluación económica para tomar una decisión sobre la tecnología existente, la información inicial sobre la eficacia puede ser suficiente para tomar la decisión. Como distintos autores han manifestado recientemente, (Ortún, 1991, Goldbloom, 1990) hay muchas tecnologías clínicas de dudosa efectividad. Es decir, que aunque la técnica original para unas especificaciones concretas fuese eficaz, su generalización resulta poco efectiva. Entonces, la evaluación económica tendrá que decir, obviamente, que tal y como se desarrolla la tecnología en cuestión es poco rentable para la sociedad. Esta reevaluación se está llevando a cabo con diversos procedimientos clínicos, (Banta, 1990) entre los cuales destacan por su generalización y por su alto coste por efecto sanitario conseguido, la monitorización electrónica fetal (MEF), la episiotomía, y la electroencefalografía (EEG).

La MEF ha estado disponible desde 1968 y en 1980 ha llegado a emplearse en el 50% de los partos en EE.UU. a pesar de ser controvertida pues tiende a inducir cesáreas innecesarias. La reevaluación de esta tecnología en 1979 llegó a recomendar la auscultación como una alternativa aceptable a la MFE.

La episiotomía se convirtió desde 1945 como rutinaria en todos los partos y se realiza en teoría para prevenir laceraciones de tercer grado, daños en los tejidos de la pelvis de la madre y traumas en la cabeza del recién nacido. Así en EE.UU., en 1979 se empleó esta técnica en un 62,5% de los partos. Sin embargo, en Holanda tan sólo se utilizó en el 8%, sin aparentes diferencias en el resultado final (el estado de la madre y del niño).

En 1983 se reevaluó esta técnica y ninguna de las indicaciones se mantenía por la evidencia científica. En 1989 un estudio aparecido en el *American Journal of Obstetrics and Gynecology* señalaba la poca evidencia clínica para aplicarla de forma rutinaria y concluía que habría que investigar más para llegar a alguna política común sobre este punto. ¡Casi 50 años después de que su uso estuviera generalizado en ese país!

La electroencefalografía se introdujo en la práctica médica en 1929. Desde entonces se ha empleado en el diagnóstico de varias enfermedades cerebrales. También en los sistemas modernos de anestesia y para diagnosticar la muerte cerebral. Aunque se ha estudiado mucho, la EEG no se ha evaluado rigurosamente. Puesto que los patrones de la EEG pueden afectarse por estados psicológicos del paciente, es difícil distinguir entre ellos y los estados patológicos en sí mismos. Es decir, que la EEG es sensible para detectar anomalías pero poco específica, y por tanto incluye bastantes falsos positivos. A pesar de ello, hay un aparato de EEG en todos los hospitales americanos de más de 300 camas y en la quinta parte de los de menos de 100. Aunque la EEG sea esencial para determinadas indicaciones, no se justifica su utilización cuando se dispone de otros aparatos de diagnóstico como el TAC-scanner.

## A modo de conclusión

La Oficina Regional Europea de la O.M.S. estableció en la pasada década las 38 Metas de

Salud para Todos en el Año 2000. Estas metas están relacionadas con la salud pública y destacan principalmente los aspectos preventivos y medioambientales. En la última de esas metas, la n.º 38 precisamente señala que para 1990, los Estados miembros deberían contar con un mecanismo formal de evaluación de tecnologías sanitarias. Es decir, que la propia O.M.S. promueve esa iniciativa quizá con la idea de que no tenga todo el sistema sanitario que abastecer a esa nueva reina de la colmena sin saber si al final pondrá huevos.



Fernando Antoñanzas Villar es profesor titular de Economía Aplicada en la Universidad de Zaragoza, Campus de Logroño.

## BIBLIOGRAFIA

Banta, H.D. et al (1990): «The case for reassessment of health care technology». *JAMA*, July 11, vol. 264, n.º 2

Banta, H.D. et al (1987): «An inquiry concerning future health care technology: methods and general results». *Health Policy*, 8: 251-264.

Elola, F.J. (1991): «Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España». Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social. Madrid.

Friedman, M. (1982): «Capitalism and freedom». The Univ. of Chicago Press.

Fuchs, V.R. y Garber, A.M. (1991): «The new technology assessment». *The New England Journal of Medicine*, vol. 323, n.º 10.

Goldbloom, L. (1990): «Preventive disease: beyond the rhetoric». Springer Verlag, Berlín.

Guyatt, G. et al. (1986): «Guidelines for the clinical and economic evaluation of health care technologies» *Social Science and Medicine* 22: 393-408.

Harberger, A. (1971): «Three basic postulates for applied welfare economics: an interpretative essay». *J of Econ Lit* 9: 785-797.

Office of Technology Assessment, U.S. Congress (1984), *Medical technology and the costs of the Medicare program*. OTA, H-227. Washington, D.C. U.S. Government Printing Office.

Ortun, V. (1991): «La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones». Ed. EUGE. Barcelona.



MONOGRAFIA

# Corrientes económicas y criterios de equidad en Sanidad

MARISOL RODRIGUEZ

En una época dominada por las preocupaciones más eminentemente técnicas sobre como mejorar la eficiencia de los sistemas sanitarios, el concepto de equidad es un tema filosóficamente difícil que nos arroja a la cara preguntas incómodas, cuyas respuestas se dejan subrepticamente en la letra pequeña de las reformas, cuando no se ignoran totalmente.

Y sin embargo, como objetivo, la equidad constituye el fundamento principal de la configuración de los sistemas sanitarios públicos. La intervención pública se justifica por los numerosos fallos que presenta el mercado sanitario impidiendo alcanzar la eficiencia pero, también es cierto que la financiación y provisión de los servicios por parte del sector público no está exenta de fallos. Sólo en las consideraciones de equidad es clara la supremacía del sector público sobre el sector privado, y su consecución aparece bajo una u otra formulación en la legislación básica de casi todos los sistemas sanitarios públicos.

Hablar de equidad significa, en esencia, que lo que queremos es abandonar el criterio estricto de disponibilidad a pagar (demanda) a la hora de distribuir la atención sanitaria, puesto que esa *disponibilidad* está basada en la *capacidad* de pago, y por tanto en la distribución de la renta y la riqueza resultante del mercado, la cual no siempre se considera justa.

Este objeto redistributivo emerge directamente del concepto de equidad o justicia social, el cual ha de distinguirse del concepto de altruis-

mo. Siguiendo a Culyer (1980), el individuo altruista, o compasivo, es aquél que deriva utilidad no sólo de su propio consumo, en este caso de servicios sanitarios, sino también de ver que los demás también los pueden consumir, y para ello está dispuesto a sacrificar parte de su renta para asegurarse que los que lo necesitan reciben atención. Es, por lo tanto, una cuestión de *preferencia*. Exactamente cuanto está dispuesto a sacrificar depende de su grado de compasión y del coste de los servicios, de manera que la cantidad de atención sanitaria que se quiere dedicar a los demás se determina de la forma usual por la igualación de la utilidad marginal y el coste marginal de dicho acto. El concepto de equidad no es, sin embargo, una cuestión de preferencia sino de *derecho*. Los juicios sobre lo que es justo han de ser independientes de los intereses de los individuos que los formulan (actuando bajo «el velo de la ignorancia» rawlsiano) y los principios o reglas que resultan se refieren a aquello que las personas deberían tener por *derecho*, sin importar el coste.

La Constitución española sanciona este «derecho a la protección de la salud» en su artículo 43 y la Ley General de Sanidad de 1986 proclama en sus artículos 3 y 12 que «el acceso y los servicios se llevarán a cabo en condiciones de igualdad efectiva» y que «los poderes públicos dirigirán sus políticas de gasto sanitario a la corrección de las desigualdades sanitarias...».

Aparte de su valor intrínseco para la persona, la protección pública de la salud importa

porque, como reconoce la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (1991), «el sistema de salud y la raíz social que lo nutre constituye un pilar esencial del "Estado del Bienestar" y forma parte importante del pacto social en que se asienta la convivencia pacífica» (p.23).

No obstante, la concreción de este derecho dista mucho de gozar de la cuasi-unanimidad que posee el principio general. Puesto que en la práctica es imposible que los individuos actúen bajo el velo de la ignorancia, el peso que se atribuye a los objetivos de equidad y las percepciones de lo que esta idea significa de hecho difieren mucho entre individuos. En efecto, a pesar de los esfuerzos por desarrollar una definición de consenso sobre la equidad, aún se está lejos de conseguir el grado de unanimidad alcanzado, por ejemplo, con el concepto de optimalidad de Pareto en el área de la eficiencia.

Pero no sólo existen problemas y alternativas en la definición del concepto —a las cuales nos referiremos en los apartados siguientes— sino que existen conflictos con otros objetivos también deseables, como el ya mencionado de eficiencia. Así, gran parte del debate de política macroeconómica en los últimos diez o quince años ha estado centrado en última instancia en la disyuntiva entre redistribución y crecimiento, es decir, entre equidad y eficiencia o, también, entre igualdad y libertad. En la elección ha primado el crecimiento, la eficiencia y la libertad.

Sin embargo, las preguntas incómodas, los

dilemas que preocupan a la gente subsisten. ¿Es el derecho a la protección a la salud una demanda moral de contenido ilimitado, definido simplemente por la extensión de las necesidades o los deseos, que son infinitas?, o ¿existen límites, y si existen cuáles son éstos? La tecnología puede mantener a algunas personas vivas, gracias a las máquinas, durante días, semanas o meses con un gran coste y pocas posibilidades de que vuelvan a su funcionamiento normal: ¿requiere la equidad que todo lo que podría hacerse debe hacerse? o, ¿queremos que todo el mundo obtenga toda la atención sanitaria que necesite independientemente de las circunstancias que le han llevado a necesitarla, que pueden haber sido de su entera voluntad? No menos importante es la cuestión del coste de oportunidad que representa la financiación pública de la sanidad pues, por definición, todos los recursos gastados en sanidad son recursos no disponibles para otros fines, algunos de ellos, como educación, vivienda, nutrición, pensiones, etc., con fundamentos de equidad tan poderosos como en el caso de la sanidad.

## Teorías de la sociedad, conceptos de equidad y economía

Desde la economía se han realizado bastantes intentos de operativizar el concepto de equidad,

dándole un contenido concreto que sea aplicable en la toma de decisiones. Las dificultades son, sin embargo, muy importantes, pues como señala Barberá, la información relevante a la hora de juzgar si algo es o no equitativo puede ser de muchos tipos y además aparecer entremezclada. Entre otros destaca los siguientes elementos: a) el conjunto de individuos a tener en cuenta, b) el conjunto de bienes a repartir, c) el conjunto de repartos posibles, d) las características de los bienes y sus consecuencias para el individuo (por ejemplo, la capacidad inmunizadora de una vacuna), e) las características de los individuos receptores o su capacidad de aprovechamiento de los bienes (la efectividad inmunizadora de la vacuna puede ser mucho menor o nula en un individuo desnutrido), f) las necesidades, deseos, gustos, en definitiva, las preferencias, de los agentes, g) el método de reparto y h) el esfuerzo con que ha contribuido cada uno de los beneficiarios potenciales del reparto (Barberá, 1988).

Algunos principios de distribución ponen el acento en las consecuencias y otros en el método o mecanismo de reparto. Si nos fijamos en las consecuencias, el procedimiento lo justificaremos en función de la equidad de las mismas. Si por el contrario fijamos nuestra atención en el mecanismo de reparto, entonces aceptaremos implícitamente como justas las consecuencias que se deriven. Aunque en realidad no se puede eludir la consideración de ninguno de los dos aspectos.

Todo ello lleva a Barberá a plantearse si la equidad no es de hecho materia de opinión, de forma que lo que habría que hacer es descubrir cuales son los criterios que gozan de mayor adhesión en la sociedad y aplicarlos. El mismo advierte que hay que ser prudente al adoptar una actitud tan relativista acerca de lo que significan principios como los de justicia o equidad porque la mejor expresión de lo que es equitativo no tiene por qué coincidir necesariamente con aquella que elegiría la mayoría, pero también advierte que ignorar tal información podría ser fatal para la viabilidad de una propuesta concreta (p.17).

Lógicamente, los diferentes puntos de vista sobre la justicia social están directamente ligados a los distintos enfoques que sobre la organización económica y social (teorías de la sociedad) mantienen los individuos o grupos. A su vez, esos principios de distribución se traducen en formulaciones diferentes del objetivo equidad es política sanitaria, tal como puede verse en el cuadro 1, adaptado de Pereira (1988). Simplificando, subdividimos las teorías en liberales o neoliberales, por un lado, socialdemócratas o marxistas, por el otro.

Los valores fundamentales de los neoliberales son, como es sabido, la libertad, el individualismo y, consecuentemente, la desigualdad. Los principios de distribución asociados a esta concepción que han resultado ser de mayor aplicación en una gran variedad de campos, entre ellos el sanitario, son: estándares mínimos, utilitarismo, maximin de Rawls e igualdad de oportunidades.

El principio de *estándares mínimos* aboga por el establecimiento de un fondo de seguridad de manera que se garantice que nadie caiga por debajo de unos mínimos que repugnarían a la conciencia social. Pero por encima de estos mínimos, los individuos han de ser libres para procurarse todos los bienes o servicios adicionales que quieran y puedan comprar, siempre que lo que poseen haya sido adquirido legítimamente (principio de «habilitación» de Nozick). El punto clave de este principio es que para hacerlo operativo se requiere un juicio de valor que defina lo que se entiende por mínimo digno, y sus proponentes son reacios a hacerlo.

De acuerdo con las reglas del *utilitarismo*,

Cuadro 1, Teorías de la sociedad, principios de distribución y objetivos de equidad en política sanitaria

Tª DE LA SOCIEDAD	PRINCIPIOS DE DISTRIBUCION	OBJETIVOS DE EQUIDAD EN SANIDAD
Neoliberal	Estándares mínimos Utilitarismo Maximin de Rawls Igualdad de oportunidades	Estándares mínimos Maximización de AVAC's Equidad según elección
Socialdemócrata y Marxista	Igualitarismo Necesidad	Tratamiento igual para igual necesidad Igualdad de acceso Igualdad de salud

Fuente: adaptado de Pereira (1988)





una distribución se consideraría equitativa si contribuye a la «mayor felicidad para el mayor número». Pero el hecho de que no se tengan en cuenta las características de los individuos que se comparan ni la distribución interpersonal que se esconde tras la maximización de la suma de las utilidades individuales hace de éste un principio poco atractivo como noción de equidad o justicia.

Por el contrario, lo que caracteriza el principio del *maximin* de Rawls es precisamente su énfasis en la condición individual, y más concretamente, en la de aquellos miembros de la sociedad que están peor. En su *Teoría de la Justicia* (1971) Rawls argumenta que si los individuos tuviesen que escoger principios de justicia tras «un velo de ignorancia» que les impidiese conocer cual sería su propia posición en la sociedad, no buscarían maximizar la utilidad total sino que intentarían protegerse contra la peor de las posibilidades propugnando que la riqueza se distribuyera de forma que se maximizara el bienestar de los más desfavorecidos. A pesar de que el principio del *maximin* parezca conducir directamente a la reclamación de distribuciones igualitarias, el propio Rawls advierte que bajo el mismo se pueden albergar grandes desigualdades, pues la equidad mejora si mejora la situación de los que están peor, sin que ello impida que la situación de los más favorecidos mejore aún más. De hecho, como veremos más adelante, la conexión es con la filosofía de los estándares mínimos.

La defensa del principio de *igualdad de oportunidades* se basa en la bondad del mecanismo de reparto y justifica la equidad del resultado aduciendo que surge de un proceso equitativo por el cual se intenta asegurar que todos entran en la competición (de la vida) con igualdad de oportunidades. Este principio goza de un alto grado de consenso, y la discusión se centra más bien en si llevado a sus últimas consecuencias implica o no la necesidad de medidas de «discriminación positiva». Puesto que los puntos de partida pueden ser bastante desiguales, dichas medidas pueden ser necesarias para compensar las diferencias en otros aspectos ajenos al objeto de reparto en sí.

Los valores centrales de las teorías *socialde-*

*mócratas* son la libertad, la fraternidad y, sobre todo, la igualdad. Su principio básico de distribución es el *igualitarismo*, en el que priman los aspectos de distribución sobre los de maximización. Puesto que el objetivo es la eliminación de las desigualdades, las nociones clave son igualdad de recursos e igualdad de bienestar, aunque una no implica necesariamente la otra. Finalmente, los *marxistas*, aunque no solamente ellos, ponen el acento en las «necesidades» y defienden el principio de «distribución de acuerdo con la necesidad».

## Objetivos de equidad en la política sanitaria

Los anteriores principios distributivos tienen un reflejo en los criterios de equidad propuestos para la política sanitaria. En primer lugar, observamos con Williams (1992) que los enfoques igualitarista y neoliberal dan lugar a sistemas sanitarios diferentes. En el primer caso se deriva un sistema sanitario predominantemente público, mientras que en el segundo se apunta a un sistema esencialmente privado, donde la atención sanitaria se distribuye de acuerdo a la capacidad de pago salvado, en todo caso, un mínimo digno para los más pobres. En la práctica, destaca Williams, en la mayoría de países la sanidad es financiada y prestada bajo una mezcla de sistemas con rastros de ambas ideologías, aunque con predominio del igualitarismo en los países europeos.

Tres son fundamentalmente las definiciones de equidad desarrolladas por los economistas de la salud desde la óptica igualitarista: tratamiento igual para igual necesidad, igualdad de acceso e igualdad de salud.

El criterio de *tratamiento igual para igual necesidad* exige que las personas con igual necesidad de atención sanitaria reciban el mismo tratamiento *independientemente* de todas las características personales que son irrelevantes para la necesidad, tales como capacidad de pago, edad, sexo, raza, lugar de residencia, etc. Ahora bien, la interpretación de esta definición en la práctica tiene bastantes dificultades: ¿cómo se define la necesidad?, ¿cuál es el nivel de salud deseado de un individuo?, ¿si no existe ningún

tratamiento adecuado, podemos seguir diciendo que existe necesidad en el sentido de que es posible mejorar el estado de salud?, determinar que un individuo tiene más necesidad que otro requiere disponer de alguna medida de la necesidad ¿cómo hacerlo? Los inconvenientes no son menores a la hora de concretar qué se quiere decir con «tratamiento»: ¿se refiere a la cantidad de cuidado médico, a los gastos en ese cuidado médico o al valor asignado al tratamiento, y en este caso, el subjetivo o el objetivo?

El anterior principio de tratamiento igual para los iguales (equidad horizontal) que se exige desde el lado de la prestación de los servicios se convierte en *tratamiento desigual para los desiguales* (equidad vertical) desde el lado de la financiación, que implica que la contribución a la financiación sea inversamente proporcional a los ingresos.

La legislación sanitaria de la mayoría de los países europeos expresa sus objetivos de equidad en términos de *igualdad de acceso*. Según Le Grand (1982), ello debe interpretarse como igualación de los costes en que han de incurrir los pacientes para obtener atención médica de una determinada calidad, ya sea el precio del servicio —que puede ser nulo— los costes de transporte o el coste del tiempo. Una variante de este principio es la de «igualdad de acceso para igual necesidad» que justifica mejor, por ejemplo, que una urgencia (mayor necesidad) tenga que esperar menos tiempo para recibir tratamiento que una lesión leve. Por otro lado, Mooney (1983) observa que la igualdad de acceso no garantiza la igualdad de tratamiento para igual necesidad, pues la primera es solamente un fenómeno de la oferta mientras que el segundo resulta de la interacción entre la oferta y la demanda y, por tanto, influye el comportamiento del consumidor/paciente. Aunque esta distinción es útil, algunos autores argumentan que la interpretación correcta de la palabra «acceso» en las declaraciones de política sanitaria es la de «recibimiento de tratamiento» (Wagstaff y van Doorslaer, 1992).

Hasta ahora la definición de equidad como *igualdad de salud* ha recibido poca atención, lo cual puede extrañar puesto que nuestra preocupación por una distribución particular de los ser-

vicios sanitarios debería, presumiblemente, tener sus raíces en una preocupación más básica acerca de la salud de los individuos. La respuesta es que al propugnar una distribución equitativa del tratamiento de acuerdo a la necesidad se está estableciendo implícitamente un nexo directo entre la atención médica recibida y la mejora en la salud. El objetivo de igualar el tratamiento equivaldría entonces al de igualar la salud. No obstante, esto abre la cuestión de la redistribución en los demás bienes que también tienen una influencia directa en la salud; por ejemplo, la renta o la educación. Es posible que el análisis de la equidad en términos de desigualdades en salud obtenga mayor atención con el desarrollo de objetivos como el de maximización de la salud que veremos después.

Asociados a los principios de distribución neoliberales se encuentran los criterios de estándares mínimos, equidad según elección y maximización de los años de vida ajustados por calidad (AVAC o QALY's en terminología inglesa). El primero es la aplicación directa de la filosofía de estándares mínimos vista más arriba y es, por ejemplo, el principio que actualmente propugna el Banco Mundial para los países subdesarrollados. Se trata de definir un paquete mínimo que sería gratuito e incluiría inmunizaciones, provisión de agua potable y asistencia médica en el parto; para el resto de servicios bien se cobrarían tickets moderadores —con los que financiar ese paquete mínimo— o bien se dejarían totalmente al sector privado. Aunque se reconoce que esto da lugar a desigualdades y en ese sentido es inequitativo, se justifica porque de esa forma se consigue un mayor grado de «desigualdad justa», en el sentido rawlsiano del término. Es decir, en los países donde el sistema público garantiza un estándar mínimo y el sistema privado es libre y extenso uno encuentra más desigualdad, pero al mismo tiempo los pobres están mejor que en los países donde el sector privado es menor.

El principio de la *equidad según elección* de Le Grand nace de una pregunta: ¿es toda desigualdad necesariamente inequitativa? El autor razona (Le Grand, 1987) que uno no puede simplemente observar desigualdad y de ahí inferir que hay inequidad, sino que hay que conocer la

historia, el por qué se ha llegado a esa distribución desigual. Concretamente, si la salud o la enfermedad de un individuo resultan de factores que están fuera de su control entonces la situación es inequitativa, pero si resultan de factores que están bajo su control no es inequitativa. El ejemplo típico es el del individuo que conduciendo borracho atropella a un peatón resultando ambos gravemente heridos, ¿no daríamos prioridad a la víctima en el uso de la unidad de cuidados intensivos en el caso de que ambos la necesiten y sólo haya una disponible? La crítica principal que se puede hacer a este enfoque de Le Grand es la dificultad para juzgar hasta que punto algunos factores caen o no bajo el control de los individuos.

La *maximización de los años de vida ajustados por calidad* es más bien un criterio de optimización y, por tanto, de eficiencia. La salud de un individuo se mide en términos de AVAC's y la salud de la comunidad se maximiza maximizando la suma total de AVAC's (Culyer, 1990). El número de AVAC's de un individuo se calcula, mediante una tabla de probabilidades, ponderando cada año de vida que le resta por la calidad de vida esperada en cada uno de esos años. Este número es el mismo para todos los individuos en el mismo estado de salud. Se podría interpretar que puesto que cada AVAC tiene el mismo valor para todo el mundo, utilizar este criterio como guía de asignación de recursos sanitarios entre individuos sería automáticamente equitativo, independientemente del grado de desigualdad en la distribución de los recursos resultante ni del tipo de persona que saliera peor parada (Wagstaff, 1991).

A pesar de esta defensa, su énfasis en la maximización en lugar de la distribución interpersonal recuerda demasiado al utilitarismo, acusación de la que ha sido objeto este enfoque. La exclusión de pacientes o grupos de pacientes con escasa o nula capacidad «objetiva» de beneficiarse del tratamiento es algo que repugna a las conciencias igualitaristas. En efecto, tal como señala Wagstaff, el problema principal es la incapacidad de este criterio para incorporar la preocupación por la *desigualdad en salud*. En definitiva, la cuestión se plantea como una difícil transacción entre los objetivos de equidad y efi-

ciencia. Wagstaff propone una función de bienestar social formulada de manera que podría hacer posible incorporar tanto los objetivos de equidad como los de eficiencia en las decisiones de asignación de recursos. En cada caso sería posible saber cuanta disminución tendría que aceptar una sociedad en la cantidad de salud per cápita con el fin de lograr un mayor grado de igualdad en la salud.

Esta discusión espera haber arrojado alguna luz para enjuiciar en términos de equidad algunas de las medidas de reforma que se están proponiendo en varios países europeos. En el caso español dos de las propuestas más controvertidas de la Comisión Abril son la introducción de un tiquet moderador para los servicios y el establecimiento de distintos niveles de gratuidad, con un «núcleo básico» gratuito, unas prestaciones complementarias y otras libres u opcionales (p.60).

Por lo que respecta al tiquet moderador —cuyo tratamiento se hace más extensamente en otro artículo de esta revista— aquí sólo queremos constatar la violación de los principios igualitaristas que ello supone.

Por un lado, el tratamiento no se corresponderá a la necesidad *independientemente* de la capacidad de pago si se dan casos en que la escasez de medios impida acceder al consumo de servicios. Por el otro, la contribución a la financiación no se relacionará sólo con la capacidad de pago y no será independiente de otras características de los individuos como edad, sexo o nivel de salud pues los individuos que tengan peor salud —que suelen ser los más pobres— consumirán más y por tanto contribuirán también más.

En cuanto a la delimitación de un núcleo básico de prestaciones gratuitas, parece claro que la propuesta se enmarca dentro de los principios de equidad neoliberales. De entrada está en consonancia con las propuestas de establecimiento de estándares mínimos (aunque éstos sean muy altos). Si lo que se excluye son servicios que dependen más de la elección de los individuos —como fertilización artificial, algunos cuidados dentales, etc.— entonces la concepción más próxima es la de equidad según elección de Le Grand. Si razones de eficiencia aconsejaran ex-

cluir servicios cuya eficacia probada fuera escasa o tuvieran un menor impacto sobre la salud el principio aplicable sería el de la maximización de AVAC's. Todos estos criterios tienen las ventajas y los inconvenientes que hemos ido señalando y, en todo caso, es conveniente hacer explícito el apartamiento de los principios igualitaristas que cualquiera de estas medidas supone. Todo el mundo está de acuerdo en que es preciso racionar, lo importante es hacerlo sin afectar a la igualdad.

## Análisis empíricos en España

El aspecto de equidad que ha recibido mayor atención en España es la cuestión de la equidad geográfica. De hecho, la mayoría de los trabajos presentados a las VIII Jornadas de Economía de la Salud dedicadas monográficamente al tema de la equidad la abordaban desde ese punto de vista. Destacamos los resultados de Elola, Mengual y Velayos (1988), según los cuales mientras que la media nacional del gasto en asistencia sanitaria pública por persona protegida era de 44.353 ptas., en 1987, había una Comunidad que sólo alcanzaba las 35.965 ptas., y otra donde se llegaba hasta las 56.727; una diferencia, por tanto, de 20.762 ptas.

Entre los que tratan el tema de la equidad interpersonal merece destacar el trabajo de Bandrés (1990). En él estima como se distribuía en 1980 el gasto sanitario público por niveles de renta y concluye que éste era redistributivo, pues tanto medido en términos de gasto por hogar como de porcentaje sobre la renta disponible los hogares con menores ingresos (las dos primeras decilas de renta) eran los más favorecidos.

Con ser interesante, conocer la distribución del gasto es insuficiente si lo que queremos es saber hasta que punto existe tratamiento igual para igual necesidad. A pesar de que los más pobres reciban más gasto es posible que ello no sea así *relativamente a su necesidad*. Esta es precisamente una de las cuestiones que se analizan en la investigación de Rodríguez, Calonge y Reñé (1992), trabajo enmarcado en un proyecto COMAC—HSR de la CE donde se estima y compara el grado de equidad en los sistemas de financiación y provisión de servicios sanitarios en 10 países de la OCDE. Partiendo de la concepción igualitarista de la equidad que subyace

en la legislación de la mayoría de estos países, se intenta contrastar la premisa de que la atención sanitaria debería distribuirse de acuerdo con la necesidad y financiarse de acuerdo con la capacidad de pago de los individuos o familias.

Mediante el índice de Kakwani (basado en los índices de concentración de Gini de cada una de las variables) se llega a la conclusión de que la financiación de la sanidad tenía un ligero carácter regresivo en España en 1980. Esta regresividad era debida sobre todo a la regresividad de las cotizaciones sociales, principal fuente de financiación del sistema en aquél entonces con casi un 62% del total del gasto sanitario. Por el lado de la utilización de los servicios también se llega a la conclusión de que hay un cierto grado de inequidad en el sistema, a favor de las clases con mayor capacidad económica. Es decir, aunque en nuestro trabajo también se observa que los más pobres reciben más tratamiento medido por la cuantía del gasto sanitario absorbido, este es inferior a su necesidad, medida por diversos indicadores como prevalencia de enfermedades crónicas, percepción subjetiva de la salud y otras. La inequidad reside no tanto en el número de unidades de atención recibida como en su calidad, medida por el grado de especialización de las mismas.



Marisol Rodríguez es profesora titular de Economía Aplicada en la Universidad de Barcelona.

## BIBLIOGRAFIA

- Bandrés Moliné, E. (1990): *Los Efectos de los Gastos Sociales sobre la Distribución de la Renta en España*. Instituto de Estudios Fiscales, Monografía nº 92, Madrid.
- Barberá, S. (1988): *Algunas Dificultades en torno al Concepto de Equidad*, en *Salud y Equidad*, VIII Jornadas de Economía de la Salud, Las Palmas de Gran Canaria, 25, 26 y 27 de Mayo de 1988 (Cord. J. Montserrat y C. Murillo) pp, 11-20, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (1991): *Informe y Recomendaciones*, Madrid.
- Culyer, A.J. (1980): *The Political Economy of Social Policy*. Martín Robertson, Oxford.

Culyer, A.J., (1990): *Commodities, Characteristics of Commodities, Characteristics of People, Utilities and the Quality of Life*. En S. Baldwin et al. (eds.): *The Quality of Life: Perspectives and Policies* Routledge, London, 9-27.

Elola Somoza, F.J., Mengual García, E. y Velayos Florido, J., (1988): *Asistencia Sanitaria Pública en España, Gasto y Cobertura*. En *Salud y Equidad*, VIII Jornadas de Economía de la Salud, Las Palmas de Gran Canaria, 25, 26 y 27 de Mayo de 1988 (Coord. J. Montserrat y C. Murillo), Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 299-314.

Le Grand, J. (1982): *The Strategy of Equality*, Allen & Unwin, London.

Le Gran, J. (1987): *Equity, Health and Health Care*. En: *Three Essays on Equity*, Discussion Paper WSP/23, STICERD, London School of Economics.

Mooney, G. (1983): *Equity in Health Care: Confronting the Confusion*. *Effective Health Care* 1, 179-185.

Pereira, J. (1988): *La Interpretación Económica de Equidad en la Salud y Atención Sanitarias*. En *Salud y Equidad*, VIII Jornadas de Economía de la Salud, Las Palmas de Gran Canaria, 25, 26 y 27 de Mayo de 1988 (Coo. J. Montserrat y C. Murillo), Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 31-52.

Rawls J. (1971): *Teoría de la Justicia*. México, Fondo de Cultura Económica, 1979.

Rodríguez, M., Calonge, S y Reñé, J (1992): *Equity in the Finance and Delivery of Health Care in Spain*. En Wagstaff, A., van Doorslaer, E. Vagstaff y Rutten, F. (eds.). *Equity in the Finance and Delivery of Health Care An International Perspective*, Oxford University Press (en prensa).

Wagstaff, A. (1991): «QALYs and the Equity-Efficiency Trade-off» en *Journal of Health Economics* 10 (21-41).

Wagstaff, A. y van Doorslaer, E. (1992): *Equity in the Finance of Health Care: an Introduction*. En Wagstaff, A., van Doorslaer, E. y Rutten, F. (Eds.): *Equity in the Finance and Delivery of Health Care An International Perspective*, Oxford University Press (en prensa).

Williams, A. (1992): *Equity in Health Care: the Role of Ideology*. En Wagstaff, A., van Doorslaer, E. and Rutten, F. (Eds.): *Equity in the Finance and Delivery of Health Care An International Perspective*, Oxford University Press, (en prensa).