



Economía y Salud

boletín informativo

AÑO 17 ENERO 2004 n°

49

**ASOCIACIÓN
DE ECONOMÍA
DE LA SALUD**

<http://www.aes.es>

en este número

pág.

EDITORIAL	1
TEMAS	3
– El Observatorio del Sistema Nacional de Salud: Nuevas respuestas a nuevas necesidades.	
– La descentralización sanitaria y la equidad: Crónica que he vivido.	
JORNADAS AES	6
– XXIV Jornadas AES – El Escorial, 26 al 28 de mayo de 2004.	
TESIS	8
– Abordaje de unidades de laboratorio bajo el paradigma de gestión clínica en el área de La Plata y Gran La Plata.	
– La demanda de medicamentos en el nuevo marco regulatorio: un enfoque teórico y empírico.	
– Análisis de los modelos tipo consultorio y centro de salud en la atención médica primaria de la Comunidad Valenciana.	
– Análisis retrospectivo de la prestación por incapacidad temporal. Propuestas de gestión.	
LIBROS	12
VARIOS	13
– Convenio marco de colaboración entre la Asociación de Economía de la Salud y la Fundación Salud, Innovación y Sociedad.	
– Becas de Investigación en Economía de la Salud	
NOTICIAS AES	15

editorial

Sección coordinada por **Laura Cabiedes**
(lcabie@correo.uniovi.es)

30.000 EUROS POR AVAC

Vicente Ortún



Para la toma de decisiones colectivas sobre cuánto gastar en servicios sanitarios conviene saber si los beneficios del cambio tecnológico valen lo que cuestan. Contestar esta pregunta requiere información sobre costes y beneficios así como, transformar los beneficios sanitarios (años de vida ajustados por calidad –AVAC– ganados, por ejemplo) en valores monetarios que puedan ser comparados con los costes. Sobre esta transformación versa el editorial.

Lo que hasta ahora podemos avanzar, de manera tentativa, sobre el impacto de la atención sanitaria en la salud es que: 1) En países con elevados niveles de bienestar social la asistencia sanitaria ha contribuido de manera destacada a las ganancias en AVACs registradas en las últimas décadas del siglo XX (las cinco últimas décadas en EE.UU., las tres últimas décadas en España). 2) Si el impacto promedio de las intervenciones sanitarias sobre los AVACs ha ofrecido una relación beneficio/coste de 4 a 1, los cambios favorables en estilos de vida presentan una relación beneficio/coste de 30 a 1. 3) Respuestas como las dos anteriores se obtienen substituyendo el habitual corte transversal (Marmot o Wennberg) por un análisis longitudinal en línea con los realizados por Cutler et al, empleando las series de datos lógicas en función del cambio tecnológico que se quiera analizar. 4) El favorable impacto promedio de los servicios sanitarios es compatible con la presencia de brechas descomunales entre efectividad (lo que se está consiguiendo) y eficacia (lo que se puede conseguir con la tecnología y recursos actuales), brechas magníficamente documentadas en el informe del Institute of Medicine sobre el Quality Chasm.

Los profesionales sanitarios (gestores incluidos) apenas están despertando al conocimiento y abordaje de las brechas entre efectividad y eficacia (inversa de la calidad). Al fin y al cabo no se paga por actuar con calidad, pero este es un asunto que hemos abordado en otros lugares y conviene retomar el tema del editorial: la traducción de AVACs a euros.

Abandonado ya el método del capital humano que consideraba únicamente el impacto en la productividad del trabajo, las actuales técnicas de valoración monetaria de los efectos de una intervención sobre el estado de salud se centran en la disposición a pagar a través de dos familias de métodos: preferencia revelada (comportamientos observados) y preferencia declarada (encuestas hipotéticas).

La valoración de los AVACs permite comparar, en cuanto a eficiencia, cualquier intervención sea o no sanitaria. La dimensión de la equidad, especialmente cuando resulta contradictoria con la eficiencia, se dirime en el proceso social de establecimiento de prioridades, aquel en el que se decide quién recibe qué. Las soluciones analíticas, tipo estimar parámetros de una función de bienestar social para medir la aversión a la

A.E.S.
Sardenya, 229 - 6º 4ª
Teléfono 93-231 40 66
Fax 93-231 35 07
08013 BARCELONA

HORARIO
Lunes a Viernes:
de 10 a 2 y de 3 a 7

Editora del boletín:
Laura Cabiedes (lcabie@correo.uniovi.es)

Comité de Redacción:
Laura Cabiedes, David Casado, Josep Fusté, Anna García-Altés, Jaime Pinilla y Fernando San Miguel

Han colaborado en este número:
Vicente Ortún, Rosa Urbanos, Guillem López Casasnovas, Graciela Etcheverry, Anna Merino, Salvador Algarra, Rosa Romay, Salvador Peiró, José M. Mata, José Oñorbe y Andreu Segura.

desigualdad y encontrar una compensación entre eficiencia y equidad, no excluyen a la política: dado que los parámetros relevantes de una función de bienestar social son inherentemente políticos y muy difíciles de definir y estimar, debe darse mucha importancia a los procesos de formación de valores sociales y de establecimiento de consensos como forma práctica de resolver las contradicciones entre eficiencia y equidad.

El altruismo forma parte de la vida humana (y de la animal en general). Y no sólo el altruismo recíproco. Existe creciente evidencia biológica y económica –métodos experimentales con bienes públicos y juegos de ultimátum– según la cual los individuos valoran más, en ocasiones, la justicia que la ganancia personal. No son infrecuentes los ‘castigadores altruistas’: personas que premian a quienes actúan de forma cooperativa y castigan a quienes no lo hacen aunque pierdan con ello. La razón evolutiva tal vez estribe en el hecho de que para un animal social, como el hombre, la unidad para la selección natural no siempre es el individuo; en ocasiones lo es el grupo: guerras, hambrunas, catástrofes ambientales... Aquellos grupos con muchos individuos fuertemente altruistas se adaptarían mejor a la supervivencia pues forzarían incluso a los individuos más egoístas a una actuación propiciadora del bien común¹.

El proceso de establecimiento de prioridades resulta sumamente complejo y requiere conjugar política sanitaria con práctica clínica: ambos niveles están comprometidos. Los resultados de la evaluación económica pueden ayudar a establecer unas prioridades sanitarias que respondan a las preferencias sociales. La validez de los resultados dependerá de la legitimidad del proceso, de la plasticidad de los métodos de evaluación económica para incorporar criterios diferentes al de eficiencia (criterios distributivos, variables socioeconómicas, responsabilidad individual), y del grado en que dichos resultados conciten acuerdo social porque se perciba reflejan preferencias sociales.

Todo ello deviene arduo. Pretendemos incorporar las preferencias sociales pero sabemos muy poco acerca de la génesis y consistencia de tales preferencias. Las pruebas disponibles nos hablan más bien de cómo las preferencias de un individuo se alteran en función del marco en que se formula el problema, de su inconsistencia temporal, del impacto de las emociones, y de los importantes límites a la racionalidad.

El umbral de eficiencia se halla implícito en las decisiones sociales, en general, y más específicamente en las recomendaciones que se derivan de las evaluaciones de tecnologías sanitarias.

Los 7.000 a 27.000 euros por AVAC de Pinto y Rodríguez², actualizados, engloban los 30.000 euros de Sacristán et al³ así como la disposición a pagar implícita en otros procedimientos generalizados como la hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal o el pontaje aortocoronario.

Partiendo de los ampliamente utilizados \$100.000 de EE.UU., de las 30.000 libras implícitas en las recomendaciones del NICE, de las elasticidades renta de la disposición a pagar revisadas por Viscusi y Aldy⁴, parece que 30.000 euros podrían constituir un buena guía inicial para España.

Estos 30.000 euros, guía de la disposición social a pagar por conseguir un AVAC, deben irse adaptando al contexto de la decisión de asignación de recursos (proceso político), al

contexto individual (proceso clínico) y a las preferencias del ciudadano (procesos político, clínico y de mercado).

En resumen, el coste por AVAC constituye uno de los criterios que pueden informar la asignación de recursos en sanidad. Las preferencias sociales van más allá de la sanidad, por lo que a la política pública le será útil disponer de una cifra guía que oriente cuántos recursos asignar a sanidad y cuántos a otros objetivos.

El umbral de eficiencia en España en el año 2003–30.000 euros por AVAC– refleja una disposición social a pagar en el margen, claramente por encima tanto de la renta individual como del coste medio por AVAC. Nada impide, no obstante, que para su obtención se incorporen criterios adicionales al de eficiencia (como el de equidad). Los métodos de preferencias declaradas permiten recoger la valoración social de todos aquellos atributos (armonía social, garantía de capacidades individuales para desarrollar el potencial de cada persona, sostenibilidad, responsabilidad social, edad, género...) que en el proceso de formulación de preferencias sociales cada sociedad estime pertinentes. Importante recalcar que la valoración va mucho más allá de los bienes privados (divisibles y de consumo excluyente) que puedan interesar individualmente a cada persona.

Conviene destacar que en toda formulación de preferencias sociales hay que pedir a la investigación lo que la investigación puede dar (rigor, resultados válidos...) y a los procesos políticos y gestores lo que los procesos políticos y gestores pueden dar (cambios en reglas de juego, información pública, decisión compartida, mayor capacidad de elección...). El umbral de eficiencia de 30.000 euros por AVAC orienta las decisiones de financiación pública de servicios sanitarios. Esa financiación pública puede ser total o parcial. Quedarían asimismo algunos servicios sanitarios que no contribuirían al bienestar social (no alcanzan el umbral de eficiencia o, idealmente, de bienestar) para los cuales el criterio de disposición individual a pagar sería pertinente (aquí ya no importa el condicionamiento de renta y riqueza).

Finalmente, el umbral de eficiencia constituye una mera guía para las decisiones públicas de asignación de recursos (y muy especialmente las decisiones sobre grado de financiación pública de servicios sanitarios). La validez y utilidad del umbral de eficiencia dependerá más de la transparencia de los procesos de decisión social y de la legitimidad de los procesos decisorios que de las investigaciones aplicadas que sustenten una cifra u otra. Los actuales valores implícitos resultan más cómodos pero menos democráticos y perjudiciales, además, para el bienestar. No hay que temer al conocimiento precario de una cifra guía para el umbral de eficiencia (la ignorancia es peor). Tiene valor cultural y se contextualizará por el proceso político, primero, y se adaptará a cada individuo en las decisiones clínicas –más o menos compartidas– después.

¹ Fehr E, Gächter S. Altruistic punishment in humans. *Nature* 2002; 415: 137-140.

² Pinto JL, Rodríguez R. ¿Cuánto vale la pena gastarse para ganar un año de vida ajustado por calidad? Un estudio empírico. En Puig J, Pinto JL, Dalmau (dirs.): *El valor monetario de la salud*. Barcelona: Springer-Verlag, 2001.

³ Sacristán JA, Oliva J, Del Llano J, Prieto L, Pinto JL. ¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España? *Gac Sanit* 2002; 16(4): 334-43.

⁴ Viscusi WK, Aldy J. *The value of a statistical life: a critical review of market estimates throughout the world*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2003. Working paper 9487. <http://www.nber.org/papers/w9487>