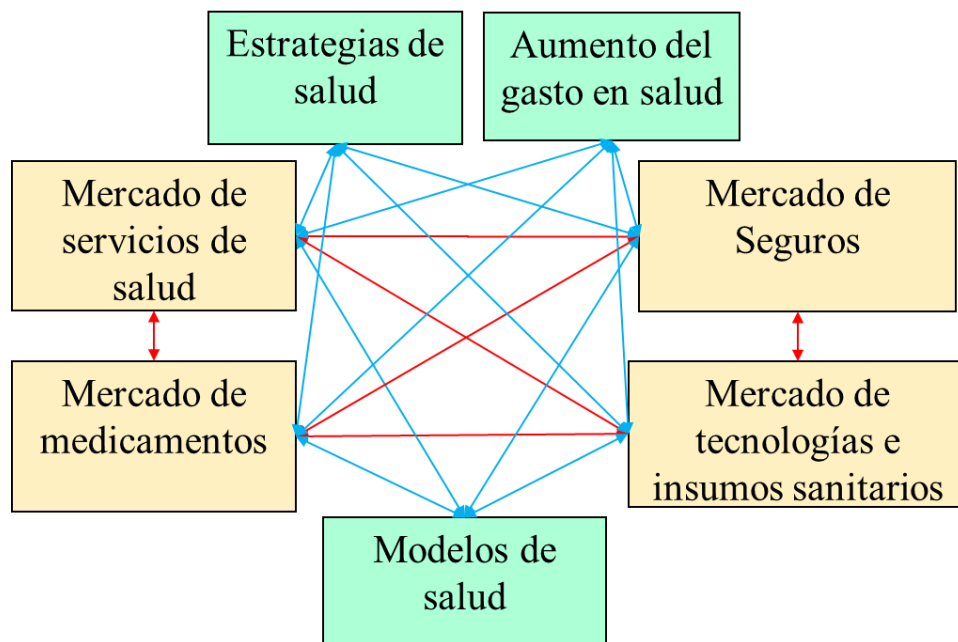


La economía de la salud y el aumento de gastos. ¿Y los costos?

La economía de la salud permite analizar el sector englobando las organizaciones, instituciones y recursos en mercados y analiza su comportamiento como un conjunto de partes interrelacionadas con objetivos en común, es decir como un sistema. Las particularidades de los mercados de la salud se definen como altamente imperfectos, que requieren de una gran regulación y participación estatal en todo el mundo y han sido objeto de múltiples estudios. Sin embargo, las interacciones de estos mercados no son totalmente libres sino que son condicionadas por las estrategias de salud adoptadas por los países, como así también por el modelo de salud preponderante.

En las últimas décadas, ha surgido un tercer condicionante al comportamiento interno del sistema, el “aumento del gasto en salud”. Su impacto cambió el comportamiento de cada mercado componente del sistema, de modo tal que, según sea el nivel de gasto aceptable para el país, tendrá restricciones en el acceso de nuevas tecnologías o medicamentos o, por ejemplo, hay estados que definen coberturas de seguros explícitas, por lo tanto, excluyen intencionalmente prestaciones que son posibles de brindar por el mercado de servicios.



Mercados de la salud, su interrelación y los condicionantes. Elaboración Propia

En los últimos 20 años, todos los países, independientemente de su nivel de ingreso, invierten en salud un porcentaje mayor de su Producto Bruto Interno, captando fondos que tiempo atrás pertenecían a otros sectores. Como se observa en el siguiente cuadro, durante este lapso, el mundo aumento casi un 1,5% del PBI en salud, siendo que en los países más ricos el aumento fue del 2,85% en promedio.

Países agregados por nivel de ingreso	1995	2000	2005	2010	2014
Países pobres muy endeudados	4,48%	4,47%	5,30%	6,33%	5,96%
Países de ingreso bajo	4,54%	4,45%	5,68%	6,50%	5,71%
Países de ingreso mediano bajo	3,68%	3,96%	4,24%	4,27%	4,47%
Países de ingreso mediano	4,62%	4,94%	5,33%	5,52%	5,75%
Países de ingreso mediano alto	4,96%	5,27%	5,69%	5,94%	6,14%
Países de ingreso alto	9,16%	9,80%	10,82%	11,79%	12,01%
Mundo	8,52%	9,02%	9,80%	10,04%	9,97%

Cuadro 2. Países agregados por nivel de ingreso. Elaboración propia en base a datos del Banco mundial.
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS>

Las causas de los aumentos

Diversos autores ^(1,2,3,4) han analizado los motivos del incremento del porcentaje del gasto y lo adjudican a un conjunto de factores entre los que se destacan los avances tecnológicos, la transición demográfica y epidemiológica, la judicialización y las características económicas del mercado de salud.

Como avances tecnológicos definimos a todos aquellos cambios en técnicas, equipamiento y drogas para prevenir o curar enfermedades. A diferencia de la mayoría de los mercados donde los cambios tecnológicos conllevan a una reducción de gastos, en salud coexisten varias causas que motivan que el incremento sea mayor que la reducción del gasto.

- El avance ofrece cada vez más soluciones a las múltiples necesidades de la población. Por lo tanto, surgen tecnologías que no reemplazan a las anteriores
- También los avances han logrado incrementar la calidad de vida con nuevas tecnologías, pero demandan un gasto sensiblemente mayor.
- Otra de las causas es el llamado efecto Baumol. Dado que el sector salud es mano de obra intensiva, muchos de los avances tecnológicos son acompañado de incremento de dotaciones de personal especializado, por lo tanto, no han permitido economizar como en otros mercados.
- Por último, es de destacar que el uso de las nuevas tecnologías no siempre es acorde con las recomendaciones y guías clínicas basadas en la mejor evidencia. Puede deberse a que se utilice por presión de la demanda, por presión de la industria productora o con el objeto de amortizar la inversión económica. Los abusos de las mismas han generado un incremento innecesario del gasto.

Por otro lado, encontramos como causante del aumento del gasto a la transición demográfica y epidemiológica. El impacto directo de la primera es el crecimiento de la población mayor y la disminución de la población activa, conllevando a una mayor demanda de servicios de salud y menos fuentes de

financiamiento. Como consecuencia de la transición epidemiológica, donde se ha pasado de elevados niveles de mortalidad por enfermedades infecciosas a la disminución de la mortalidad temprana, pero con altos índices de enfermedades degenerativas y no transmisibles, donde la cronicidad, la discapacidad y la dependencia se hacen presentes. Paralelamente, se sufre una nueva epidemia conocida como “enfermedades sociales”, que incluyen las adicciones, los trastornos alimenticios, los trastornos mentales, la violencia y las enfermedades ocupacionales.

En tercer lugar, como causa de aumento del gasto se encuentra la judicialización. Se diferencia dos motivos distintos dentro de este punto. Por un lado, los juicios de mala praxis que generan gastos directos de las sentencias más las costas asociadas al proceso, y los gastos indirectos de seguros y de la medicina defensiva (sobreutilización de recursos por miedo a tener un juicio). Por otro lado, el impacto de los recursos de amparo sobre el sector para solicitar prácticas o medicamentos no cubiertos. Los amparos son más frecuentes cuando las legislaciones son vagas en sus definiciones o cuando el sistema de salud no cuenta con evidencias científicas fundadas disponibles.

Por último, analizamos como causa de los aumentos del gasto a las características económicas de los mercados de salud. Podemos destacar el riesgo moral (cuando los usuarios alteran su comportamiento consumiendo más servicios de los necesarios dada la presencia del financiador, quien cubre las erogaciones de la utilización, eliminando así los incentivos para moderar su demanda), las restricciones a la oferta de profesionales, la variabilidad clínica y los monopolios que se derivan de las patentes.

¿Quién evaluó el costo en salud?

Los costos son aquellos esfuerzos económicos en pos de la producción de un bien o de brindar un servicio. Es decir, el costo se define a partir de una relación entre el gasto y el resultado obtenido. Y es aquí donde nos enfrentamos a un gran problema. ¿Cuál es el resultado en salud para los gastos que hemos realizados?

Una respuesta posible es medir indicadores como esperanza de vida al nacer o mortalidad ajustada por edad. Diversos estudios ^(5,6,7,8) han demostrado que no hay relación entre el gasto en salud y estos indicadores, pero si han demostrado que varían con el ingreso, equidad o niveles de pobreza.

Otra respuesta posible es la utilización de los análisis de costo-beneficio que se realizan para las distintas tecnologías. Estudios que, sin lugar a dudas, han sido de gran utilidad a la hora de aceptar o rechazar estas tecnologías, o de definir precios. Sin embargo, no pueden explicar en forma agregada cual fue el resultado del esfuerzo económico que el mundo ha realizado.

Análisis sobre la equidad o solidaridad del sistema tampoco han determinado relación con el gasto total efectuado, ni se puede determinar un nivel de gasto óptimo para alcanzar estos objetivos indiscutidos que deben ser perseguidos por los sistemas de salud.

Ninguna de estas alternativas ha demostrado ser efectiva a la hora de evaluar los costos globales del sistema de salud. Por lo tanto, podemos decir que sabemos cuánto gastamos, pero no sabemos claramente que hemos logrado, y consecuentemente tampoco a que costo.

Conclusiones

El grave problema que se enfrentan los sistemas de salud es la necesidad de muchos gobiernos de disminuir, o al menos detener, el gasto en salud, principalmente en aquellos países más afectados en la disminución de su población activa.

Es innegable que, las causas del aumento de gasto son complejas y difíciles de controlar. Sin embargo, debemos seguir apoyando todas aquellas acciones que hayan demostrado mejorar la salud de la población, la calidad y/o la accesibilidad. También debemos apoyar a los estudios de costo efectividad/beneficio/utilidad como metodologías de sustento válidas.

Como comentario final, creo que es imprescindible encontrar como medir costos con una nueva serie de indicadores de producción innovadores, y de esta manera demostrar que lo que hacemos está bien. En definitiva, debemos lograr que se invierta más dinero en salud, para no limitar la evolución tecnológica ni recortar prestaciones que tengan verdadero impacto.

¹ Pomp, M., & Vujic, S. (2008). *Rising Health Spending, New Medical Technology, and the Baumol Effect*. Discussion Paper No. 115. CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis.

² BID, C. C. (1996). *Impacto de las Tendencias Demográficas sobre los Sectores Sociales en América Latina*. Santiago, Chile: Serie E Nro 45. Centro Latinoamericano de Demografía.

³ Barbieri, A. E. (2010). *Gestión de la salud en la Longevidad. Perspectivas económicas y bioéticas de un fenómeno sin precedentes*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Prentice Hall - Pearson Education de Argentina.

⁴ Teijeiro Mario. La (intratable) economía de la salud. (2006) recuperado el 22 de septiembre de 2016 en <http://www1.rionegro.com.ar/diario/tools/imprimir.php?id=4926>

⁵ Pinzón Florez CE, Reveiz L, Idrovo AJ, Reyes Morales H. Gasto en salud, la desigualdad en el ingreso y el índice de marginación en el sistema de salud de México. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(1):1–7.

⁶ Gerdtham, Ulf-G and Johannesson, Magson (2004). "Absolute Income, Relative Income, Income Inequality and Mortality", *Journal of Human Resources*, Vol. 39, No. 1, enero 2004, pp. 228-248.

⁷ Judge, Ken; Mulligan, Jo-Ann and Benezabal, Michaela (1998). "Income, Inequality and Population Health", *Social Science & Medicine*, Vol. 46, No. 4, February-March 1998, pp. 567-579.

⁸ Temporelli K, Viego V. Relación entre esperanza de vida e ingreso. Un análisis para América Latina y el Caribe. *Revista Lecturas de economía* Nro 74 (2011). Universidad de Antioquia.