

# GASTO SANITARIO: ¿ES MÁS SIEMPRE MEJOR?

**Pedro Pita Barros**

*Universidad Nova de Lisboa*

Nos hemos acostumbrado a exigir siempre más de los sistemas sanitarios. Cuando eran evidentes los beneficios en salud y las restricciones no demasiado estrictas (es decir, en el sector público), casi no se discutía que había que proveer cada vez más atención sanitaria. A medida que cambian las premisas básicas, comienza a ser relevante la pregunta, "¿más es siempre mejor?". Desde un punto de vista individual en una situación de necesidad y con los beneficios de un seguro de salud, la respuesta es un "sí" rotundo. Sin embargo, desde el punto de vista económico, la existencia de rendimientos decrecientes en la producción sanitaria, junto con el aumento de los costes marginales implican una respuesta diferente. Ello justifica también el ajuste del enfoque de la política en el sector sanitario de "más asistencia sanitaria" a "más eficiente asistencia sanitaria". Se ha extendido la búsqueda del marco adecuado para inducir una provisión más eficiente de la asistencia sanitaria. Lo anterior se ilustra con la inserción de las normas de la gestión privada en los hospitales portugueses de la Sanidad Pública.

*Palabras clave:* eficiencia, atención sanitaria, rendimientos marginales decrecientes.

## 1. INTRODUCCIÓN

Al seguir los debates sobre los sistemas sanitarios, a la gente se le ocurre mentalmente la pregunta, "¿más no es siempre mejor?". La respuesta sencilla y breve a esta pregunta es "no", aunque esto no suele ser la respuesta implícita en la pregunta. La respuesta se aplica tanto si se habla de más salud como de más atención sanitaria, aunque el debate gira en torno a la atención sanitaria.

La razón para una respuesta tan firme es verdaderamente sencilla desde un punto de vista económico: aceptada la noción de rendimientos

marginales decrecientes en cuanto a la cantidad y/o a la calidad de la asistencia sanitaria, dar más y más nos lleva casi hasta el punto donde el beneficio adicional de una unidad de atención o un poco más de calidad tiene poco impacto en la salud de la población o en la del individuo. No obstante, entregar esa unidad extra de atención y/o calidad conlleva costes. Por tanto, intentar proveer más y más cantidad y/o calidad puede traer consigo sólo más costes sin conseguir ningún beneficio extra o, dicho menos dramáticamente, tener costes en exceso sobre los beneficios. Además, proveer más atención sanitaria implica afrontar costes crecientes. Así, no es sólo que la salud extra obtenida a partir de más atención sanitaria tenga rendimientos marginales decrecientes, sino que adicionalmente dicha producción de atención sanitaria se enfrenta a costes marginales crecientes. Esto conduce inevitablemente a un punto donde más atención sanitaria tiene beneficios inferiores a sus costes.

En consecuencia, la pregunta que debe hacerse es “¿cuándo debemos proveer más atención (o calidad de atención)?”. Ésta es una pregunta menos simple. Aunque pudiéramos determinar la respuesta, quedaría resolver el problema de cómo conseguir el nivel “óptimo” de atención sanitaria. Consideremos cada pregunta una por una. Dado que el argumento económico depende de las propiedades de los rendimientos marginales decrecientes en beneficios sanitarios y en los costes marginales crecientes en proveer tales beneficios, en el apartado siguiente revisamos las amplias pruebas globales que apoyan estos supuestos. Después, presentamos algunas de las particularidades del sector sanitario que dificultan la definición de qué constituye la cantidad “correcta” de atención sanitaria y a continuación discutiremos brevemente por qué caminos hemos intentado conseguirla. Se presenta un ejemplo del sector hospitalario y en el apartado final algunas observaciones concluyentes.

## 2. EL PAPEL DE LOS RENDIMIENTOS MARGINALES DECRECIENTES

El concepto de rendimientos marginales decrecientes desempeña uno de los papeles principales en la argumentación sobre por qué más no es siempre mejor, lo que constituye un supuesto en la teoría económica ampliamente avalado desde el punto de vista empírico. Por rendimientos marginales decrecientes se entiende que unidades adicionales de consumo de atención sanitaria, sean de cantidad o calidad, hacen que los rendimientos disminuyan a medida que aumenta la calidad (o cantidad) ya provista. Dicho de otra manera, por el mismo aumento en cantidad (o calidad) de atención, el beneficio extra es mayor cuando no se ha provisto aún ninguna atención que cuando ya se ha consumido una cantidad considerable de atención sanitaria.

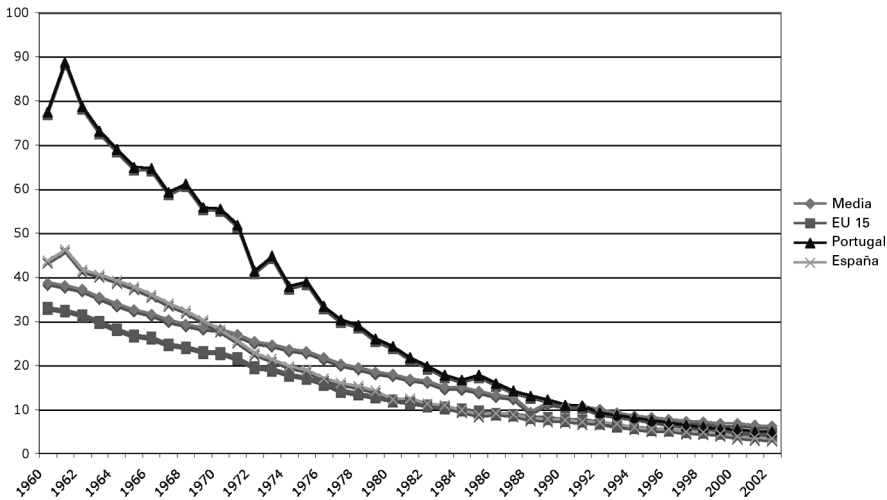
Un ejemplo sencillo y corriente puede aclarar lo anterior. Realizar un análisis de sangre cada mañana (o cada lunes por la mañana, para que sea menos oneroso) con seguridad aumenta la probabilidad de descubrir un problema de salud que necesita atención. Así ¿por qué no se realiza tal prueba cada mañana (suponiendo que es gratis)? Incluso si la considera-

ción del coste monetario –pagar al proveedor el análisis– no tuviese importancia, nos abstendríamos de hacerlo, básicamente, porque la información provista por un análisis de sangre una semana después del previo será, en general, mínima. El beneficio marginal es realmente pequeño, virtualmente cero para la mayoría de la población, excepto en circunstancias especiales como las referidas a aquéllos que ya siguen el tratamiento y están siendo controlados. Sin embargo, realizar el mismo análisis una vez al año cambia considerablemente la situación. La información extra provista por el análisis ya puede ser bastante relevante y probablemente es útil efectuar la prueba. El beneficio marginal de la primera prueba del año resulta claramente más alto que el de la trigésima, semana tras semana. El mismo razonamiento puede aplicarse prácticamente a todos los campos de la atención sanitaria y además en la literatura médica se sugiere, cuando se recomiendan, que las pruebas de chequeo sean espaciadas entre sí.

Además, es posible detectar la presencia de un beneficio marginal decreciente en los datos agregados que se presentan en los siguientes gráficos.

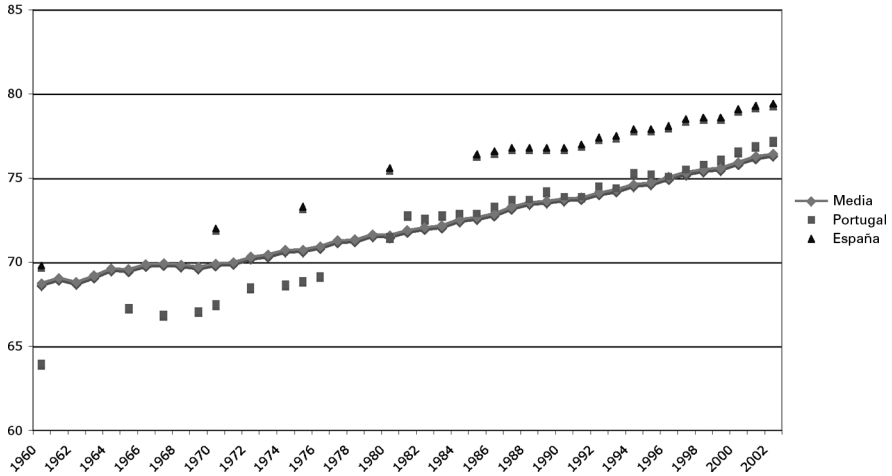
En el gráfico 1 mostramos la evolución de la mortalidad infantil, una medida de resultados ampliamente utilizada por los sistemas sanitarios, en Portugal, en España y el valor medio de un conjunto de países de la OCDE para los que se dispone de la información requerida. En el gráfico 2 se presenta la esperanza de vida al nacer.

**Gráfico 1**  
**LA MORTALIDAD INFANTIL:**  
**MUERTES POR CADA 1.000 NACIMIENTOS**



Fuente: OECD Health Data 2004.

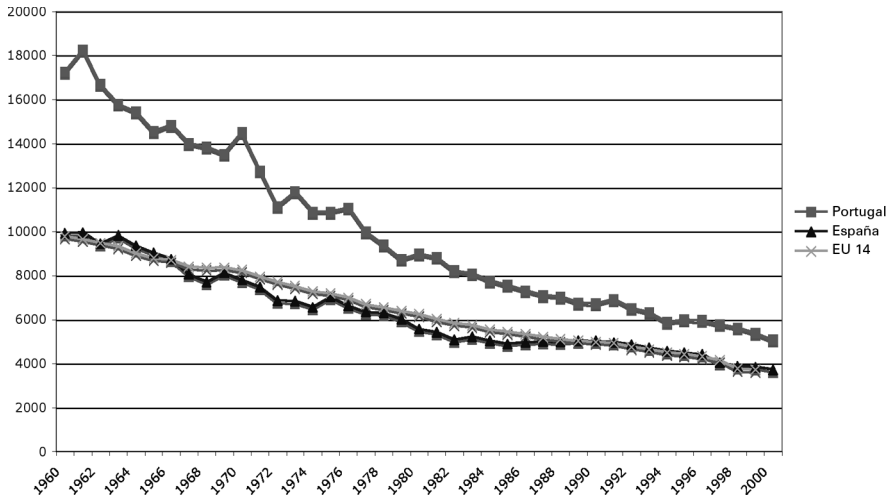
**Gráfico 2**  
**ESPERANZA DE VIDA AL NACER (AÑOS)**



Fuente: OECD Health Data 2004.

El gráfico 3 muestra los años potenciales de vida perdidos. Esta variable mide la mortalidad prematura, ilustrando, en años, las muertes que podrían evitarse antes de la edad de 70; los valores están estandarizados para cada año y país. En las tres variables, y para todos los países a lo largo del tiempo se ve una evolución positiva. También es evidente que durante los últimos años las ganancias en salud de la población, representadas por

**Gráfico 3**  
**AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS (PERSONAS DE MENOS DE 70 AÑOS, TODAS LAS CAUSAS, POR CADA 100.000)**

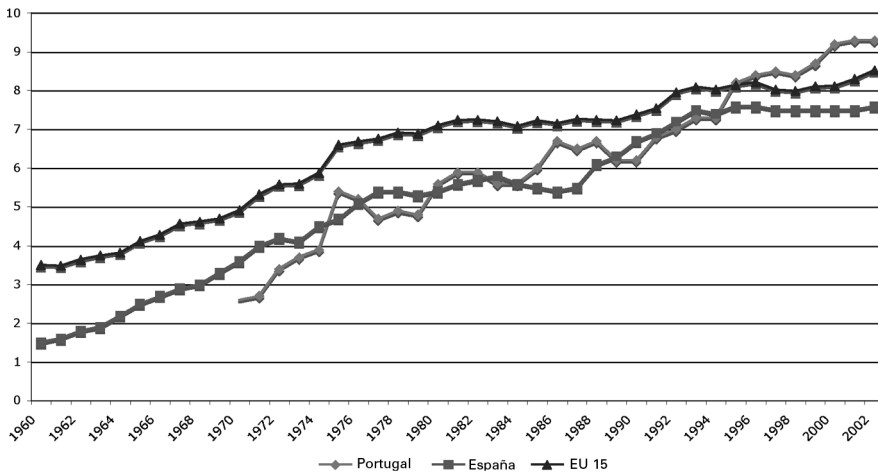


Fuente: OECD Health Data 2004.

la esperanza de vida, años de vida perdidos o la mortalidad infantil, son menores que anteriormente. El beneficio adicional ganado cada año durante la década de los 90 resulta claramente inferior que la ganancia en salud en los años 60 (para hacer más extrema la comparación).

Esta observación no es más que la idea de los beneficios marginales decrecientes. El lector minucioso podría argumentar que la observación empírica es sólo el resultado de dedicar menos recursos a la atención sanitaria. Esta posible explicación está descartada claramente por los gráficos 4 y 5: el gasto en atención sanitaria, medido tanto en términos per capita como en porcentaje del PIB muestra un aumento considerable a lo largo del tiempo<sup>1</sup>. Naturalmente, se podría afirmar que hay limitaciones biológicas a reducciones en la mortalidad infantil o a aumentos en la esperanza de vida. Este razonamiento sólo proporciona más apoyo a la premisa de beneficios marginales decrecientes de la atención sanitaria.

**Gráfico 4**  
**GASTO SANITARIO EN PORCENTAJE DEL PIB**

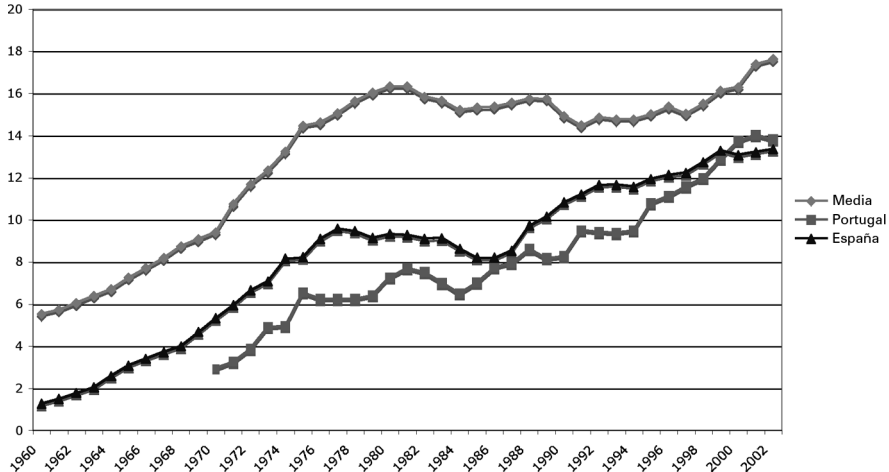


Fuente: OECD Health Data 2004.

Independientemente de las series, descubrimos la misma pauta apuntando a la presencia de rendimientos marginales decrecientes en beneficios y costes marginales crecientes en la atención sanitaria. Naturalmente, hay que hacer ajustes para superar las limitaciones obvias de la mortalidad como indicador de resultados.

(1) La misma característica de fuerte crecimiento positivo puede observarse en el uso de recursos físicos, tales como los médicos, enfermeros o procedimientos (trasplantes, tecnologías de imagen, etc.).

**Gráfico 5**  
**GASTO SANITARIO PER CAPITA**



Fuente: OECD Health Data 2004.

Se puede decir que esta visión global no capta aquellos casos individuales en los que la intervención médica puede ser cuestión de vida o muerte, al menos, en la forma en que lo perciben la persona afectada (y sus parientes y amigos). Esto no es completamente cierto: una intervención que realmente salva una vida tiene ciertamente un alto beneficio, pero normalmente, la misma persona sólo recibe una. Sin embargo, a nivel individual, visitar una vez más al médico o disponer de una prueba más, tal y como se señaló más arriba va generando beneficios decrecientes.

La implicación directa, ya mencionada, de este ejemplo, es: “más atención sanitaria no es siempre mejor”. En consecuencia, la pregunta clave es “¿cuánto?”, cuestión que abordaremos en el siguiente apartado.

### 3. ¿CUÁNTA ATENCIÓN SANITARIA?

Establecido que “más no es siempre mejor”, debemos discutir la cantidad de atención sanitaria que debe proveerse. La respuesta económica característica dice que se alcanza el nivel óptimo de atención sanitaria cuando el beneficio marginal (social) equivale al coste marginal (social). Sin embargo, hay que determinar este principio más cuidadosamente.

La principal preocupación detrás de la pregunta “¿más es siempre mejor?” deriva del hecho de que en muchos países están vigentes mecanismos de seguro, sean privados o públicos. Estos mecanismos de segu-

ro protegen a la población frente a la incertidumbre de cuándo y cuánto gastarán en atención sanitaria (por ejemplo en cirugía cardiovascular). Además, también permiten superar los obstáculos financieros que algunas personas deberían afrontar para acceder a algunos tipos de atención sanitaria muy caros. Cuando este seguro se basa en contribuciones relativas a la renta, como en el caso de los Servicios Nacionales de Salud que se basan en impuestos y no en el riesgo individual, aparece también un elemento de redistribución de ingresos.

La existencia del seguro sanitario, sea público o privado, introduce un sesgo crítico en el análisis y las decisiones de cada agente. En particular, en el momento de consumir atención sanitaria, el paciente asegurado no afronta los verdaderos costes de sus acciones, considerando sólo los beneficios. Por tanto, los pacientes exigirán cantidad y/o calidad de atención hasta el punto en el que el beneficio marginal sea menor que el coste marginal. Así, si dependiese de las decisiones de los pacientes, se proveería demasiada atención sanitaria. El mismo mecanismo de protección contra la incertidumbre genera endógenamente un marco de decisiones que conduce al uso excesivo de recursos, en el sentido que el coste marginal supera los beneficios marginales. Por tanto, no sólo sabemos que más no es siempre mejor, sino que podemos suponer que en la presencia de mecanismos de seguro, se exigirá demasiada atención sanitaria.

Dado que no está disponible el instrumento habitual de racionamiento de la mayoría de los mercados, es decir, el precio pagado en el punto de consumo, se han desarrollado otros modos de racionamiento en los mercados de atención sanitaria. Esto ha ocurrido independientemente de que el seguro sea provisto por el sector privado (como en los Estados Unidos o en Suiza) o por el sector público (por un Servicio Nacional de Salud como en el Reino Unido, Canadá o España, por ejemplo).

El seguro no constituye la única fuente de divergencia entre los beneficios marginales y los costes marginales en la atención sanitaria. En muchos casos la decisión de consumir más o menos recursos se delega a un agente específico: el médico (en términos más generales el profesional sanitario). Este agente, a menudo, no se enfrentará a los costes y beneficios reales de sus decisiones. Como resultado el nivel de atención sanitaria provisto puede diferenciarse considerablemente del nivel óptimo.

Manteniendo los supuestos de que los rendimientos marginales de la atención siguen decreciendo, mientras que están creciendo (o al menos no decrecen) los costes marginales de tal atención, podemos afirmar que más no es siempre mejor en el sentido económico. Podría ser mejor invertir los recursos en otro lugar.

Naturalmente, se plantea la cuestión de cómo conseguir el nivel "correcto" de consumo (y gasto) en atención sanitaria.

Existen dos tipos generales de medidas de política que intentan afrontar el problema. La primera es la evaluación de decisiones, basada en evaluaciones previas, para definir las mejores prácticas a seguir para asegu-

rar que los beneficios compensan suficientemente los costes. En el campo de la economía de la salud esto generalmente se conoce como "evaluación económica". Si bien se aplica a una amplia gama de temas y análisis específicos, el ámbito más popular en el que se aplica es al farmacéutico (farmacoeconomía), la evaluación económica está ganando terreno en otros campos. Cualquier nueva tecnología, sea equipo o procedimiento médico, puede ser analizada minuciosamente según las pautas de la "evaluación económica".

Técnicamente, "la evaluación económica" es otra manera de decir "análisis coste-beneficio" con ajustes especiales para cumplir las necesidades específicas de la atención sanitaria. En particular, la medida de los resultados de las intervenciones sanitarias es problemática. Esto condujo al desarrollo de definiciones más estrechas de la evaluación económica, permitiendo un progreso considerable en la forma en que se confiere un sentido económico a las intervenciones sanitarias, y los beneficios se confrontan, de alguna manera, a los costes.

Los desarrollos más interesantes han tenido lugar en el análisis conocido como coste-utilidad, en el que un concepto específico, QALY (en español, años de vida ajustados por calidad; AVAC) ha sido propuesto para recoger dos dimensiones de resultados: extensión y calidad de vida, de donde, se han derivado otros conceptos, como DALY (en español años de vida ajustados por discapacidad; AVAD). Sin embargo, al final, el objetivo del análisis "evaluación económica" es mejorar la toma de decisiones al asignar los recursos de la atención sanitaria, contribuyendo de esta manera a asegurar que sólo se da "más" cuando es "mejor".

El segundo tipo de medidas de política económica constituye lo que denomino "diseño institucional". Con este concepto pretendo referirme al diseño adecuado de normas que enmarcan el comportamiento de los agentes en el sector sanitario. Aunque se establezcan normalmente las reglas para tomar decisiones por el análisis de la "correcta evaluación económica" (aún suponiendo que esto fuese factible), queda la posibilidad de que los agentes desvirtúen las reglas normativas.

Resulta imposible o muy costoso vigilar muchas decisiones a causa de problemas de información y conocimientos específicos. Por tanto, la mera posibilidad de establecer reglas y normas no es suficiente. En consecuencia, se precisa dotar a los decisores clave de incentivos en línea con los intereses generales del sistema sanitario.

El ejemplo más sencillo de este tipo de medidas es la manera en la que se paga a los proveedores de atención sanitaria. Cuando se paga a los hospitales sobre una base de coste-reembolso, es decir, los hospitales toman la decisión de cuánto gastar y se les reembolsa lo gastado, es evidente que se gasta demasiado. La noción de "demasiado" se utiliza en el sentido definido anteriormente: la atención sanitaria es provista y en el margen los beneficios son menores que los costes. Dado que quien decide, sólo tiene en cuenta los beneficios y no los costes, resulta un gasto excesivo. Cambiando la forma de pago y especialmente haciendo que los encargados de tomar decisiones sean conscientes de los costes además



de los beneficios, el diseño de política en la atención sanitaria aspira a conseguir la mejor asignación posible de recursos con las limitaciones impuestas por el comportamiento individual. Para proveer un marco adecuado para las decisiones, puede que consigamos una mejor asignación de recursos, y no sólo más recursos dedicados a la asistencia sanitaria.

Si “más” no es siempre “mejor”, surge la tentación de imponer un límite sobre cuánto debemos gastar. Esto se aplica especialmente al gasto sanitario público. Sin embargo, no es una tarea fácil. Para imponer tales límites, se necesita tener conocimientos detallados sobre los costes y los beneficios y sobre cómo evolucionan a lo largo del tiempo. En el apartado siguiente discutimos los mecanismos en el sistema sanitario que puedan ayudar a obtener un nivel adecuado de “asistencia sanitaria”.

#### 4. HOSPITALES PÚBLICOS VS. HOSPITALES PRIVADOS Y CÓMO CONSEGUIR EL NIVEL “ADECUADO” DE ATENCIÓN SANITARIA

A medida que los países alcanzan la situación en la que los sistemas sanitarios se ven ya afectados por beneficios marginales bajos, los responsables de formular políticas empiezan a cuestionar hasta qué punto se están utilizando bien los recursos y el centro de atención de la política sanitaria pasa de conseguir más salud a una provisión más eficiente de atención sanitaria.

Este cambio natural de enfoque impulsa la búsqueda de nuevos instrumentos orientados a conseguir una provisión eficiente de atención sanitaria. El cambio de organización, orientado a mejorar las decisiones de consumo de asistencia, puede constituir una manera de conseguir una mejor asignación de recursos en términos tanto de eficiencia como de equidad.

El sector hospitalario ha sido objeto de varias experiencias piloto en diversos países. Se han efectuado también cambios recientes en la atención primaria por ejemplo, en el Reino Unido el experimento con los médicos de cabecera como responsables de fondos. Portugal ha formado parte de esta tendencia hacia reformas hechas con la intención de mejorar la eficiencia. El sistema de asistencia sanitaria portugués se rige desde 1976 como un Servicio Nacional de Salud. Financiar el sistema ha constituido siempre un problema, con déficit recurrentes (los gastos siempre superan los presupuestos iniciales, pero los presupuestos al principio del año han sido a menudo establecidos muy por debajo del nivel de gasto del año previo). Se han introducido varios experimentos localizados.

Las normas típicas de la administración pública han restringido el desarrollo y la evolución del Servicio Nacional de Salud, mostrando niveles crecientes de ineficiencia.

Las reformas se han efectuado con el objetivo de mejorar la eficiencia mediante la aplicación de normas propias de la gestión privada en las entidades del sector público. Eso hace que estos experimentos sean rele-

vantes en términos de diseño institucional para los países con Servicios Nacionales de Salud. Dado que uno de los cambios principales es que la mitad de los hospitales del estado vienen a tener casi un status de gestión privada, los efectos tienen también interés para los países cuya provisión de atención hospitalaria es principalmente privada. El cambio proporciona un experimento casi natural que permite comparar la gestión privada y la pública de los hospitales.

Durante los últimos diez años podemos indicar cinco “experimentos” que han sido iniciados en el sector hospitalario portugués:

- a) la gestión privada en un hospital público;
- b) las normas de gestión privada en hospitales públicos;
- c) unidades sanitarias locales (integración de los centros de atención primaria y un hospital en una única unidad para la toma de decisiones);
- d) centros delegados de gestión dentro del hospital (una asignación presupuestaria a un equipo médico dentro del hospital);
- e) cambios en los estatutos de los hospitales pertenecientes al Servicio Nacional de Salud, que forman el 85% de toda la atención hospitalaria: una perspectiva más empresarial de reglas administrativas propias del sector público.

El objetivo de tales transformaciones era mejorar la eficiencia de la actividad hospitalaria y conseguir así el nivel “adecuado” de asistencia sanitaria. Cada uno de los cuatro primeros experimentos sólo involucró a uno o dos hospitales con un éxito mixto. Ni se extendieron ni se terminaron. El quinto experimento se extendió más y vale la pena examinarlo.

En 2002 el gobierno portugués decidió dotar aproximadamente a la mitad de los hospitales públicos de estatutos más empresariales, adoptando estatutos muy parecidos a los de empresas privadas, aunque el capital siguiese siendo totalmente público. Los hospitales empezaron a funcionar bajo los nuevos estatutos en enero de 2003. La extensión y la naturaleza del cambio son tales que esta política es un experimento natural en el diseño institucional de hospitales que puede ser de interés para otros países que tengan un Servicio Nacional de Salud que posee y gestiona hospitales.

Se han llevado a cabo varios estudios que comparan la actuación de los hospitales transformados (“Hospitais SA”) y los hospitales puramente del estado (“Hospitais SPA”), (Harfouche, 2005; Gouveia *et al.*, 2006). El último fue el resultado de una comisión de evaluación establecida por el nuevo gobierno que asumió el poder en marzo de 2005. Jacob (2005) provee un resumen de algunos de estos estudios complementado con un examen más profundo de un hospital en particular.

La conclusión principal que se obtiene de estos estudios es la ausencia de diferencias significativas en la actuación entre los dos grupos de hospitales, en términos de resultados en salud y de cambios en la productividad.

Harfouche (2005) no encuentra ninguna diferencia estadísticamente significativa en los niveles de eficiencia entre los dos grupos de hospitales. Por otro lado, Gouveia (2006) encuentra, con una estimación de función de costes, que los costes son menores para el nuevo formato de organización, aunque para muchos indicadores de actuación física no se detecta ninguna diferencia estadísticamente significativa.

Jacob (2005), en el estudio de un hospital concreto funcionando bajo los nuevos estatutos, sugiere que, según los gerentes del hospital, las restricciones principales a la gestión hospitalaria todavía no han sido superadas por completo. Los puntos fuertes que los gerentes hospitalarios ven en el nuevo modelo son menos burocracia, descentralización de la gestión y mejor planificación y control. Sin embargo, quedan varias restricciones del pasado: la libertad de gestionar se ve todavía muy limitada (el Ministerio de Sanidad estableció una comisión para coordinar los hospitales con nuevos estatutos, que a menudo promulgaba directrices de gestión de obligada aplicación en todos los "Hospitals SA") y sin posibilidad de usar ampliamente mecanismos de incentivos para mejorar la eficiencia. Frecuentemente, o no se dispone de datos sobre la actividad hospitalaria o no permiten comparación entre hospitales. Curiosamente esto significa que a pesar de los nuevos estatutos, las restricciones principales indicadas por Delgado (1999) están aún presentes en la actualidad: financiación inadecuada, burocracia excesiva, profesionales sanitarios trabajando simultáneamente en el sector privado y en el público y el elevado protagonismo de los episodios urgentes en la actividad hospitalaria.

Es preciso indicar, al menos, tres explicaciones diferentes. La primera es que el cambio de estatutos no produjo y no producirá resultados significativos porque el problema principal de la eficiencia en los hospitales se encuentra en otra parte. La segunda se refiere a que no ha transcurrido suficiente tiempo como para que sea posible identificar con claridad diferencias en la actuación. La tercera señala que ambos grupos de hospitales han mejorado su comportamiento porque cada grupo ya tiene un grupo de control visible, lo que implica que a causa del cambio de los estatutos para un subconjunto de los hospitales del Servicio Nacional de Salud, todos ellos, incluso aquellos bajo el viejo régimen del estado, mejoraron sus resultados (Barros, 2005).

La prueba empírica de estas explicaciones diferentes queda abierta para la investigación. De acuerdo con sus promesas electorales, el nuevo gobierno (marzo de 2005) decidió volver a cambiar los estatutos de los hospitales otorgándoles una forma legal tal que sea evidente que la privatización de los hospitales no forma parte de la agenda política, sin cambiar la naturaleza de las normas de gestión.

A pesar de la falta de pruebas indiscutibles a favor del experimento de Hospitals SA, el Ministerio de Sanidad ha afirmado el éxito de la transformación, expresándolo en términos de aumentos de productividad, es decir, más intervenciones quirúrgicas, más consultas externas y más casos de urgencias. Es una argumentación curiosa, en el sentido de que parece basarse en el supuesto de que "más es mejor", lo que no es necesariamente cierto como acabamos de argumentar. De hecho, uno de los

cambios necesarios al evaluar el uso de los recursos sanitarios es aceptar que un uso menor de recursos que el actual puede ser óptimo.

Al mismo tiempo, los documentos oficiales del gobierno consideran las ganancias de eficiencia como la principal vía para aliviar presiones financieras derivadas del creciente gasto sanitario. Tales pretensiones van más en la línea de producir esencialmente el mismo output con menos recursos.

En cualquier caso, queda por ver si el cambio hacia una gestión más empresarial de los hospitales del estado logra una mayor eficiencia en la provisión de la asistencia sanitaria.

Según Gouveia *et al.*, el cambio a Hospitais SA no tuvo impacto en la calidad percibida por la población ni en otras medidas objetivas, tal como la proporción de partos con cesárea, complicaciones ocurridas dentro del hospital, re-ingresos o intervenciones quirúrgicas no programadas. Parece que hay unas ganancias pequeñas en términos de la mortalidad, aunque resultan o no estadísticamente significativas en función del grupo de control usado.

Una preocupación expresada por varios adversarios de esta medida era la discriminación de pacientes. Gouveia *et al.* (2006) no encuentran evidencia de "descreme" (*cream skimming*) o de cualquier otro tipo de selección de pacientes. En términos de niveles de producción, por ejemplo, duración de estancia, número de episodios, número de consultas externas, y casos de urgencias, el análisis de nuevo no detecta ningún efecto estadísticamente significativo.

El único efecto estadísticamente significativo ocurrió en la eficiencia de costes. La estimación de una función de costes revela que en los hospitales transformados había una mejora del 8% en la eficiencia de costes. Además, la función de costes estimada mostró un coeficiente negativo estadísticamente significativo asociado con las ganancias en mortalidad. Esto es contrario a las expectativas habituales porque se considera normalmente que conseguir un resultado mejor en cuanto a la mortalidad es costoso, lo que significa que una mortalidad más baja debería asociarse con costes más altos. Una posible interpretación es que las ineficiencias son suficientemente grandes como para hacer posible una reducción de costes y una mejora de la mortalidad.

En conjunto, estos resultados parecen sugerir que las normas de gestión afectan a la eficiencia, aunque la evidencia está lejos de ser concluyente. La otra inferencia relevante es que las mejoras en eficiencia se obtuvieron con un aumento de producción con los mismos (o más) recursos y no por un ahorro en los recursos realmente usados.

No se ha estimado el beneficio marginal del aumento en producción. Por tanto, en términos de indicadores de productividad parece que el cambio es favorable, pero en términos agregados no podemos estar seguros de que se planteó debidamente el problema de que más es mejor. La presión a favor de dedicar más recursos a la asistencia sanitaria

no disminuyó con este tipo de reforma. Sigue la cuestión de una mejor evaluación de los gastos.

## 5. CONCLUSIONES

Los políticos y la población en general se preocupan a menudo de la búsqueda de más atención sanitaria. Sin embargo, desde un punto de vista económico más no es siempre mejor. En términos más sencillos se gasta más dinero para obtener mejoras insignificantes de la salud de la población mientras que el gasto conlleva costes de oportunidad muy significativos.

Esto ocurre dondequiera que la contribución marginal a mejoras de salud que resultan de atención sanitaria extra se sitúa debajo de su coste de oportunidad. En las decisiones privadas de consumo éste no es normalmente el caso, pero, en la asistencia sanitaria, dado que el decisor a menudo no coincide con el pagador de la atención provista, esta situación puede ser la norma y no la excepción.

En términos políticos, los rendimientos marginales decrecientes del gasto en atención sanitaria implicaron, con el tiempo, un cambio de enfoque. De un deseo de obtener más y más beneficios de salud con poca consideración de los costes asociados, cambiaron las preocupaciones a un objetivo general de conseguir una provisión eficiente de atención sanitaria desde el punto de vista económico. Además, una identificación clara de los beneficios sanitarios que justifican el uso extra de recursos viene a ser ampliamente aceptado como un criterio para adoptar nuevas tecnologías y procedimientos.

Adicionalmente, el diseño del marco institucional donde operan los diversos agentes del sector sanitario viene cobrando importancia como un factor para inducir decisiones eficientes.

Como un ejemplo, la reforma reciente en el sector hospitalario portugués cambió aproximadamente la mitad de los hospitales de un carácter puramente estatal a uno más empresarial, aunque dentro del Servicio Nacional de Salud. Esto supone un experimento natural para estimar si una gestión más privada en estilo mejora la asignación de recursos en el contexto de un Servicio Nacional de Salud. Aunque consideremos que es demasiado pronto para obtener una respuesta cerrada a la pregunta, el cambio no produjo mejoras tan grandes como esperaban y afirmaban sus promotores, pero tampoco condujo a los efectos perjudiciales expresados por sus opositores. Si acaso, un efecto positivo en términos de ahorro de costes, alrededor del 8%, parece haberse conseguido después de dos años de cambio (Gouveia *et al.*, 2006). La lección principal que parece emerger es que las normas de la gestión privada sí parecen conducir a más eficiencia, aunque la magnitud económica no parece ser muy grande.

Esta reforma es un ejemplo del cambio de atención política hacia una "mejor" provisión de atención sanitaria en lugar de sencillamente "más"

atención sanitaria. Ilustra también cuán difícil puede ser conseguir la eficiencia deseada en la provisión de atención sanitaria.

De cualquier modo, vemos que “más no es siempre mejor”, tanto desde el razonamiento económico como del proceso de toma de decisiones en política sanitaria. Si bien “más asistencia sanitaria es mejor”, cuando el valor adicional en ganancias de salud obtenido compensa por exceso los recursos extra usados, éste no es siempre el caso y menos ahora que antes. Como el gasto sanitario llega a ser bastante significativo en las sociedades modernas, la valoración de cuándo “más” es “mejor” toma el relevo de la cuestión más simple de que más tiene que ser mejor. Obtener la respuesta sobre “cuánta” atención sanitaria debería proveerse exige pericia técnica (en la estimación de beneficios y costes, en la definición de la manera menos costosa de proveer el nivel deseado de atención sanitaria), pero también en hacer explícitos los valores y prioridades de la sociedad.

Tal cambio de enfoque en la política sanitaria abre un amplio abanico de preguntas a contestar. La investigación económica puede proveer una contribución valiosa a muchas de las preguntas y ayuda en el proceso de toma de decisiones. Hay muchos ejemplos de problemas por resolver. ¿Cuánta asistencia es suficiente? ¿Qué sistema de pago a los proveedores es más probable que dé lugar a innovaciones que supongan un ahorro en costes en vez de aumentos en los mismos? ¿Cómo se debe repartir la atención sanitaria entre la población? ¿Cómo determinar las prioridades para el uso de la atención sanitaria? ¿Cómo alcanzar un equilibrio entre incentivos para tener en cuenta los costes y la asunción de riesgos? ¿Qué marco institucional es más probable que promueva la eficiencia en la provisión de la atención sanitaria? La extensa literatura en la economía de la salud se dirige a estas y otras preguntas<sup>2</sup>, aunque todavía estamos lejos de una respuesta consensuada a muchas de ellas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Appleby, J. y Harrison, A. (2006): *Spending on health care – how much is enough?*, King’s Fund, Londres.
- Barros, P. (2004): “O “mixed-bang” das reformas do sector da saúde pós-2002”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. 4, número temático, pp.51-56.
- Barros, P. (2005): *Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos*, Livraria Almedina, Lisboa, Portugal.
- Culyer, A. J. y Newhouse, J. P. (2000): *Handbook of Health Economics*, North-Holland, Londres.

---

(2) Ver, entre otros, Culyer y Newhouse (2000) y Jones (2006).

- Delgado, M. (1999): "O presente e o futuro dos hospitais portugueses: algumas notas para reflexão", en Barros, P. y Simões, J. A. (eds.), *Livro de Homenagem a Augusto Mantas*, APES, Lisboa.
- Gouveia, M.; Alvim, J. L.; Netto de Carvalho, C.; Meneses, J. A. y Mota, M. (2006): "Resultados da Avaliação dos Hospitais SA", Comissão para a Avaliação dos Hospitais Sociedade Anónima, Ministério da Saúde.
- Harfouche, A. (2005): "Impacto na performance do hospital transformado em sociedade anónima: um estudo comparativo", MSc. thesis, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, enero, Universidad Técnica de Lisboa.
- Jacob, A. (2005): "Modernização do sistema hospitalar português: constrangimentos e ganhos", manuscrito no publicado, diciembre, Universidad Nova de Lisboa.
- Jones, A. (2006): *The Elgar Companion to Health Economics*, Edward Elgar Publishing, Oxford.

#### ABSTRACT

One has become used to demand always more from our health systems. When health gains were evident, and resources constraints not too binding (namely in the public sector), delivering more and more health care was hardly questioned. As the basic premises change, the question "is more always better?" becomes relevant. From an individual point of view, in a situation of need and with insurance coverage, the answer will be a clear yes. However, from an economic point of view, the existence of diminishing returns in health production from health care and increasing marginal costs imply a different answer. This also justifies the change of policy focus in the health sector from "more health care" to "more efficient health care". Searching for the appropriate framework to induce efficient delivery of health care has become widespread. The introduction of private management rules in National Health Service hospitals in Portugal is used as an illustration.

*Key words:* health care, efficiency, marginal decreasing returns.

