

El futuro de la economía de la salud**

-Introducción. -I. Las dos facetas de la Economía de la Salud. -II. La Economía de la Salud como ciencia del comportamiento. -III. La economía como insumo para la política pública y la investigación sobre servicios de salud. -IV. ¿Continuará el mercado de la Economía de la Salud?. -V. Consejos a manera de conclusión. Referencias.

Introducción

El futuro de la economía de la salud depende fuertemente de qué tan bien los economistas de la salud lleven a cabo dos misiones, distintas pero relacionadas: a) mejorar la comprensión sobre el comportamiento económico, y b) proveer insumos valiosos para la política de salud y la investigación sobre servicios de salud. Este artículo examina ambos papeles y sugiere cómo hacerlos más fructíferos en los próximos años.

Aunque el artículo se centra en el *futuro*, resulta útil destacar la gran expansión que ha tenido esta área en los últimos 35 años. En Estados Unidos, el número de Ph.D. graduados anualmente en economía de la salud se ha incrementado en más de 12 veces desde 1965. En la actualidad, los economistas de la salud regularmente se emplean como profesores en

** Traducción del Inglés por Jairo Humberto Restrepo Zea y Johanna Vásquez Velásquez. Grupo de Economía de la Salud -GES- del Centro de Investigaciones Económicas -CIE-, Universidad de Antioquia. Este artículo fue adaptado de la conferencia que el autor presentó en el Segundo Congreso Mundial de la Asociación Internacional de Economistas de la Salud (iHEA), Rotterdam junio 9 de 1999, fue publicado en: *Journal of Health Economics*, Vol 19, No 2, 2000, pp 141-157. Derechos reservados en lengua española © Centro de Investigaciones Económicas -CIE-, Universidad de Antioquia.

El futuro de la economía de la salud**

-Introducción. -I. Las dos facetas de la Economía de la Salud. -II. La Economía de la Salud como ciencia del comportamiento. -III. La economía como insumo para la política pública y la investigación sobre servicios de salud. -IV. ¿Continuará el mercado de la Economía de la Salud?. -V. Consejos a manera de conclusión. Referencias.

Introducción

El futuro de la economía de la salud depende fuertemente de qué tan bien los economistas de la salud lleven a cabo dos misiones, distintas pero relacionadas: a) mejorar la comprensión sobre el comportamiento económico, y b) proveer insumos valiosos para la política de salud y la investigación sobre servicios de salud. Este artículo examina ambos papeles y sugiere cómo hacerlos más fructíferos en los próximos años.

Aunque el artículo se centra en el *futuro*, resulta útil destacar la gran expansión que ha tenido esta área en los últimos 35 años. En Estados Unidos, el número de Ph.D. graduados anualmente en economía de la salud se ha incrementado en más de 12 veces desde 1965. En la actualidad, los economistas de la salud regularmente se emplean como profesores en

** Traducción del Inglés por Jairo Humberto Restrepo Zea y Johanna Vásquez Velásquez. Grupo de Economía de la Salud –GES– del Centro de Investigaciones Económicas –CIE–, Universidad de Antioquia. Este artículo fue adaptado de la conferencia que el autor presentó en el Segundo Congreso Mundial de la Asociación Internacional de Economistas de la Salud (iHEA), Rotterdam junio 9 de 1999, fue publicado en: *Journal of Health Economics*, Vol 19, No 2, 2000, pp 141-157. Derechos reservados en lengua española © Centro de Investigaciones Económicas –CIE–, Universidad de Antioquia.

muchos departamentos de economía importantes, así como en escuelas de negocios, políticas públicas, medicina y salud pública. También ocupan posiciones destacadas en agencias de gobierno que toman decisiones relacionadas con salud. Esta expansión se ha dado en todo el mundo. Por ejemplo, la Conferencia Mundial de la Asociación Internacional de Economía de la Salud –iHEA–, realizada en Rotterdam en junio de 1999, atrajo a más de 800 participantes de 55 países, una cuarta parte de ellos provenientes de los Estados Unidos. Creo que las principales razones para este rápido crecimiento han sido los progresos intelectuales, la mayor disponibilidad de información y, posiblemente la más importante, el constante aumento del gasto en servicios de salud (Fuchs, 1996).

También se ha presentado una gran expansión de la economía de la salud como insumo de la política de salud y la investigación sobre servicios de salud. Esta expansión no fue tan fácil como la primera. Por ejemplo, mis contribuciones al Comité Presidencial sobre Salud Mental y la Sección de Investigaciones de Servicios de Salud en los Estados Unidos, a mediados de la década de 1960, fueron recibidos con sorpresa y recelo por muchos médicos, sociólogos, psicólogos y otros miembros tradicionales en esos dominios. Sin embargo, a mediados de la década de 1980, los economistas de la salud de Estados Unidos jugaban un papel dominante en la política de salud y en la investigación sobre servicios de salud, ya que ellos estaban particularmente bien preparados para ayudar a los tomadores de decisiones, en los ámbitos público y privado, a encarar las difíciles elecciones a su cargo. Seguramente, la fuerte resistencia a la aplicación de la economía a los problemas de salud permanece. Como diré más adelante, alguna de esta resistencia es justificada.

I. Las dos facetas de la economía de la salud

Para el gran científico británico, Lord Kelvin, “cuando no podemos medir, nuestro conocimiento es escaso e imperfecto”.¹ Con el propósito de ofrecer alguna luz cuantitativa sobre las “dos facetas” de la economía de la salud, he clasificado algunos datos sobre citas y publicaciones en cinco tipos de revistas académicas: 1) economía (excluyendo salud); 2) otras disciplinas

1 Al oír esto, el economista norteamericano, Jacob Viner, diría “aunque podamos medir, nuestro conocimiento es escaso e imperfecto”.

(excluyendo economía de la salud); 3) economía de la salud; 4) políticas de salud e investigación sobre servicios de salud y 5) medicina.² La tabla 1 muestra la frecuencia relativa de las citas que en 1996³ se registraron en las dos revistas académicas más importantes en economía de la salud, para cada tipo de revista: el 42% de las citas en el *Journal of Health Economics* provenían de revistas de economía (excluyendo economía de la salud), mientras los artículos en *Health Economics* presentaron un menor peso en economía, con sólo el 24% de las citas provenientes de este campo. En contraste, en los artículos de *Health Economics* registraron una mayor participación las revistas académicas de medicina y política de salud e investigación de servicios de salud.

Tabla 1. Distribución de citas en *Journal of Health Economics* y *Health Economics* en 1996, por tipo de revista

Tipo de revista académica	Porcentaje de citas ^a	
	JHE	HE
Economía (excepto salud)	42	24
Otras disciplinas (no económicas o de salud)	16	11
Economía de la Salud	16	16
Política en Salud e investigación en servicios de salud	16	23
Medicina	10	26
	100	100

^a Las revistas académicas con una sola cita en JHE o HE no fueron incluidos en la distribución.

Fuente: *Journal Citation Reports* 1996, Social Science ed.

En otro sentido, las citas⁴ en otras revistas para referenciar artículos de *Journal of Health Economics* y *Health Economics* (tabla 2), también revelan diferencias significativas entre ambos: en 1996, no aparecieron citas para *Health Economics* en revistas académicas de economía o de otras disciplinas como estadística, demografía o investigación de operaciones; en contraste, más de una cuarta parte de las citas para el *Journal of Health Economics*

2 Las fuentes, *Journal Citation Reports* y *Social SciSearch at LANL*, incluyen documentos y citas desde 1973 a 1999. Hay aproximadamente 1700 revistas cubiertas, las cuales están escritas predominantemente en inglés.

3 Este año fue elegido porque los datos estuvieron disponibles en formato electrónico.

4 Las citas aparecen en 1996, pero podrían haberse referido a algunas publicaciones en *Journal of Health Economics* -JHE- y *Health Economics* -HE- entre 1973 y 1996.

estuvieron en estos tipos de revistas que no tienen conexión directa con el campo de la salud. Por otra parte, las revistas académicas de medicina contaron con más de una tercera parte de las citas (36%) para *Health Economics*, pero sólo 7% de las citas para el *Journal of Health Economics*.

Tabla 2. Distribución de citas para el *Journal of Health Economics* y el *Health Economics* en 1996, por tipo de revista

Tipo de revista académica	Porcentaje de citas *	
	JHE	HE
Economía (excepto salud)	20	0
Otras disciplinas (no económicas o de salud)	7	0
Economía de la Salud	30	31
Política en Salud e investigación en servicios de salud	37	34
Medicina	7	36
	100 ^b	100 ^b

a Las revista académicas con una sola cita en JHE o HE no fueron incluidas en la distribución.

b Los totales pueden no ser iguales a cien por el redondeo.

Fuente: *Journal Citation Reports 1996*, Social Science ed.

Las tablas 3 y 4 también ilustran la naturaleza de “dos facetas” de la economía de la salud, mostrando las distribuciones de los artículos y las citas para los artículos de tres economistas de la salud americanos sobresalientes, a quienes identifiqué a través de encuestas informales a expertos.

Tabla 3. Distribución de artículos^a de los tres principales economistas de la salud Americanos^b por tipo de revista académica

Tipo de revista académica	Economistas (porcentaje de artículos)		
	A	B	C
Economía (excepto salud)	51	30	18
Otras disciplinas (no económicas o de salud)	13	4	6
Economía de la Salud	15	14	10
Política en Salud e investigación en servicios de salud	13	41	36
Medicina	8	10	30
	100	100 ^c	100

a Publicados después de 1972.

b Ph.D. recibido después de 1965.

c Los totales no siempre serán iguales a cien por redondeo.

Fuente: Social SciSearch at LANL, versión 1.0 librerías Universidad de Stanford.

La encuesta preguntó, a cada participante, el nombre de cuatro o cinco economistas de la salud cuyo trabajo haya tenido “mucho impacto”, teniendo libertad de definir el impacto al responder la encuesta. De acuerdo con las respuestas, los economistas representados en las tablas son los tres principales economistas de la salud de su generación, pero dada la informalidad de la encuesta y la naturaleza subjetiva de las respuestas, solo puedo afirmar que, ciertamente, se encuentran entre los académicos más importantes en este campo. También merece notarse que elegí solamente a los economistas que recibieron su Ph.D. después de 1965 y aquellos quienes han formado su reputación, completa o casi completamente, en economía de la salud.

Tabla 4. Distribución de citas para los artículos^{a,b} de los tres principales economistas de la salud Americanos^c por tipo de revista con citas visibles

Tipo de revista académica	Economistas (porcentaje de artículos)		
	A	B	C
Economía (excepto salud)	30	27	16
Otras disciplinas (no económicas o de salud)	23	21	9
Economía de la Salud	16	12	16
Política en Salud e investigación en servicios de salud	14	29	41
Medicina	18	12	18
	100 ^d	100 ^d	100

a Primer autor del artículo solamente.

b Publicados después de 1972.

c Ph.D. recibido después de 1965.

d Los totales no siempre serán iguales a cien por redondeo.

Fuente: Social SciSearch at LANL, versión 1.0 librerías Universidad de Stanford.

Los tres académicos han publicado del 10% al 15% de sus artículos en revistas de economía de la salud. Pero la distribución de sus artículos varía enormemente, destacándose el economista A que publicó cerca de dos terceras partes en economía y otras disciplinas diferentes a salud, mientras el economista C publicó sólo una cuarta parte de su producción académica en estos dos tipos de revistas. En contraste, C publicó dos terceras partes en revistas de política de salud, investigación sobre servicios de salud y medicina, comparado con una quinta parte de A en estos tipos de revistas. Por su parte, la distribución de artículos del economista B es intermedia

entre A y C. No sorprendentemente, las mismas diferencias cualitativas se encuentran en la tabla 4, para la distribución de las citas⁵ de los artículos de los tres economistas, pero las diferencias no son tan grandes como en la tabla 3. Una posible explicación para esta diferencia es que en la tabla 3 los resultados incluyen *todos* los artículos, mientras la distribución de las citas en la tabla 4 está basada solamente en el primer autor del artículo. También, porque las citas para el trabajo de un autor tienden a estar concentradas en un conjunto relativamente pequeño de artículos, de manera que no sería sorprendente si el patrón de citas difiere sustancialmente de los patrones de publicaciones.

Las comparaciones entre las revistas o entre economistas de la salud no intentan sugerir que un patrón de publicaciones o citas es “mejor” que otro. A mi modo de ver, ambas “facetas” son importantes. Los economistas de la salud deberían esforzarse por hacer y respetar la investigación de alta calidad, bien sea que faciliten el avance de la economía en general o contribuyan más directamente a la política de salud y a la atención médica.

II. La economía de la salud como ciencia del comportamiento

Como sugieren los datos de la sección anterior, algunos economistas de la salud toman la economía como una ciencia del comportamiento económico, mientras otros dan mayor énfasis a la política de salud y la investigación de servicios de salud. Además, los mismos investigadores pueden desarrollar un portafolio de investigación que cambia de énfasis de tiempo en tiempo. Para quienes investigan en la dirección de la economía como ciencia de comportamiento, quiero sugerir cinco áreas en las cuales creo que los economistas de la salud pueden hacer contribuciones importantes: tecnología y preferencias endógenas, normas sociales, problemas de principal-agente, economía del comportamiento y medición y análisis de la calidad de vida.⁶

Tecnología y preferencias endógenas. Tradicionalmente, los modelos económicos estándar se enfocan en aspectos normativos y positivos de maximización y toman la tecnología y las preferencias como dadas. El

5 Las citas que aparecen en 1990-1999 cubren el primer autor de los artículos publicados de 1973 a 1999.

6 Esta lista no significa que sea exhaustiva. Estas cinco áreas las considero particularmente promisorias.

supuesto de tecnología y preferencias exógenas puede ser razonable para una buena parte del análisis económico, pero hay una conciencia creciente de que para algunos problemas no está justificado. Hace cincuenta años, Jacob Schmookler comenzó un ambicioso programa de investigación empírica sobre cuestiones de tecnología. Él concluyó que “el cambio tecnológico [...] usualmente no está fuera de los procesos normales de producción y consumo, es parte de ellos” (Schmookler, 1966, p. 207).

Recientemente, economistas interesados en el crecimiento económico han enfatizado en la endogeneidad de la tecnología, pero ha sido poco el esfuerzo de aplicar este concepto en los servicios médicos. No sería difícil mostrar que el carácter, la forma y las velocidades de las innovaciones médicas están influenciadas tanto por fuerzas de mercado como por descubrimientos científicos exógenos.

La investigación sistemática sobre la endogeneidad (parcial) de las preferencias es más reciente (Lindbeck, 1995), pero es ya evidente en el trabajo de numerosos economistas la expansión de los espectros ideológico y metodológico (Becker and Mulligan, 1996; Bowles, 1998). Intentos por aplicar los aspectos endógenos de la tecnología y las preferencias a la salud y los servicios médicos, podrían ser muy fructíferos; los resultados empíricos generados por economistas de la salud podrían enriquecer la literatura existente.

Normas sociales y profesionales. La endogeneidad de las preferencias está estrechamente relacionada con una excitante y relativamente nueva área de investigación económica: el papel de las normas sociales en el comportamiento económico. Hay un convencimiento creciente de que las normas sociales pueden afectar la demanda del consumidor, la participación de la fuerza laboral, las relaciones empleador-empleado y muchos otros tipos de interacciones económicas (ver Akerloff y Yellen, 1990). De acuerdo con Assar Lindbeck, las normas sociales en Suiza en la segunda mitad del siglo XIX estuvieron fuertemente influenciadas por las políticas económicas del Estado del Bienestar (Lindbeck, 1997; Lindbeck, Nyberg, Weibull, 1999). Sociólogos y antropólogos han reconocido ampliamente que las normas sociales afectan las actitudes hacia la salud y el uso de los servicios médicos. Los economistas de la salud podrían incorporar provechosamente esta perspectiva en sus análisis.

Las normas profesionales son un aspecto de las normas sociales, particularmente importante en los servicios de salud. Ellas pueden jugar un papel clave en aminorar muchas imperfecciones en los mercados médicos, como lo anotó Arrow en 1963, pero este tema no ha sido desarrollado adecuadamente en la literatura de economía de la salud. Además, muchos analistas de política ignoran equivocadamente tales normas en su preocupación por debatir los méritos de la competencia versus la regulación gubernamental. Dada la naturaleza compleja y dinámica de la tecnología médica y el carácter personal y emocionalmente cargado de muchos debates médicos, ni la competencia ni la regulación, ni una combinación de las dos, pueden proveer una base adecuada para el control social de la atención médica (Iglehart, 1998). Así pues, las normas profesionales son un tercer elemento crítico.

Problemas de agencia. A diferencia del papel relativamente inexplorado de las normas sociales, el problema de principal-agente ocupa un nicho muy bien establecido en la teoría económica (Pratt and Zeckhauser (eds), 1985; Krebs, 1990) y ha sido aplicado exitosamente a problemas que comprenden desde la compensación ejecutiva hasta el desarrollo económico. La relación médico-paciente representa el problema principal-agente y garantiza el estudio intensivo por los economistas (ver McGuire, 1999). Más recientemente ha surgido otra forma del problema principal-agente en los servicios de salud, concretamente a partir de la relación entre los médicos y sus organizaciones de atención administrada (*managed care*). La investigación sobre los médicos como agentes de sus pacientes y de sus organizaciones puede complementar muy bien la investigación sobre normas profesionales.

Economía del comportamiento. El trabajo pionero en economía del comportamiento fue hecho principalmente por psicólogos, en especial Daniel Kahneman y Amos Tversky (Kahneman y Tversky, 1979; Tversky y Kahneman 1991). El economista Richard Thaler también merece crédito por motivar a los economistas a confrontar comportamientos que no están encuadrados adecuadamente en los modelos estándares (Thaler, 1991a; Thaler 1991b). Esta literatura enfatiza la importancia de los niveles de resultados más relativos que absolutos, una desproporcional aversión a las

pérdidas comparadas con deseos por ganancias, el papel de la justicia, el altruismo recíproco y la venganza, los sesgos sistemáticos en la justicia y la importancia de las estructuras. Una excelente revisión de esta literatura fue publicada recientemente por Rabin (1998). No creo que la economía del comportamiento vaya a reemplazar los modelos estándares para la mayoría de problemas, pero hay algunas áreas en donde nuevas percepciones podrían aumentar sustancialmente su comprensión. La salud y los servicios de salud parecen ser los primeros candidatos para beneficiarse de la atención a la economía del comportamiento, porque la incertidumbre es excesiva, el riesgo es comúnmente alto y los intercambios son mucho más difíciles.

Calidad de vida: medición y análisis. El quinto y último aspecto en mi lista de áreas promisorias para el trabajo futuro se refiere a la medición y el análisis de la calidad de vida. Ésta no es una materia, sin embargo, en la cual la economía dominante tenga muchos aportes disponibles. Por el contrario, los economistas de la salud que trabajan en asuntos de calidad de vida están probablemente delante de sus colegas en economía (Dolan, 1999). El desafío para los economistas de la salud consiste en usar sus resultados para dar sustancia a la vasta pero mayoritariamente amorfa literatura sobre la utilidad.

III. La economía como insumo para la política pública y la investigación en servicios de salud

La economía es un insumo necesario para una buena política (macro o micro), pero para que sea más efectiva, usualmente debe ser complementada con las ideas de otras disciplinas y por la atención explícita a los valores.

Fortalezas de la economía. Las mayores fortalezas de la economía y de los economistas son una estructura teórica sistemática, un orden de conceptos y asuntos que son particularmente relevantes en la toma de decisiones de los hacedores de política, y la habilidad para hacer inferencias a partir de datos imperfectos. Como a menudo los economistas de la salud toman la teoría económica estándar como dada (parecido a ser capaz de caminar o hablar), es fácil entender las ventajas que ofrece esta estructura sobre otras ciencias sociales y del comportamiento. Cuando los economistas encuentran

un nuevo problema, uno con el que ellos no hayan tenido experiencia previa, ellos inmediatamente tienen un modo de comenzar a pensar en la cantidad de datos antes de pensar en su recolección. Académicos de otras “ciencias políticas” no lo hacen;⁷ ellos comúnmente necesitan algún conocimiento detallado del problema particular antes de poder comenzar a pensar productivamente acerca de él. Es así como la estructura teórica de los economistas facilita la transferencia de conocimiento desde otros campos de estudio al campo de la salud.

Los economistas de la salud también han heredado de la economía un conjunto de conceptos y asuntos que han probado ser particularmente relevantes para los problemas de política de salud que han emergido durante las tres décadas pasadas: escasez, sustitución, incentivos y análisis marginal, entre otros, fueron “justo lo que ordenó el médico” aunque en muchos casos el “paciente” encontró la medicina amarga y se equivocó al seguir el consejo prescrito.

Otra fortaleza de los economistas es la habilidad de hacer inferencias a partir de datos imperfectos. Ciertamente, un chiste típico entre sociólogos dice: “no hay datos tan malos que un economista no pueda usar”. Los economistas aceptan orgullosos el hecho de que frecuentemente son capaces de manejar datos de mala calidad y sacar alguna inferencia razonable de ellos. Pero tales hazañas estadísticas tienen sus desventajas, y es que muchos economistas abandonan la importante tarea de conseguir mejores datos. Aunque las conclusiones no cambien, los resultados basados en mejores datos podrían tener más respeto en círculos de política y esto por sí solo justifica el esfuerzo.

Debilidades de la economía. Los economistas tienen muchas ventajas, pero los investigadores de otras ciencias del comportamiento son mejores en algunos aspectos de la investigación. Por ejemplo, los psicólogos han llevado a cabo exitosamente experimentos controlados por generaciones. En años recientes, algunos economistas (ver Kagel y Roth, 1995) han estado desarrollando economía *experimental* y esta aproximación amerita una vigilancia

7 Esta parte está basada en mi experiencia de dos años como investigador asociado al Centro de Estudios Avanzados en Ciencia del Comportamiento, en donde regularmente interactué con algunos importantes psicólogos, sociólogos, científicos políticos y antropólogos.

para ver si de allí emergen hallazgos importantes. Las *investigaciones* basadas en trabajo de campo, particularmente a través de encuestas, son otro método del cual los economistas de la salud podrían aprender de otros, especialmente de sociólogos y politólogos, quienes tienen gran experiencia en el diseño y administración de encuestas, selección de muestras, etcétera. Algunas veces los economistas de la salud podrían, preferiblemente, incorporar trabajo de campo en sus esfuerzos por contribuir a la política de salud.

También, muchos economistas no ponen suficiente atención a las instituciones. Las instituciones importan, y en ocasiones mucho, particularmente en el campo de los servicios de salud, y algunas veces ellas importan bastante. Ilustro esto considerando dos métodos alternativos para financiar un plan nacional de salud: un camino es a través del pago de un impuesto sobre la nómina del 7% destinado a los servicios de salud; el segundo, es una contribución obligatoria de 7% de la nómina. La mayoría de los economistas verían muy poca diferencia entre las dos alternativas. Muchos dirían incluso que son idénticas,⁸ pero en el mundo real podrían ser muy diferentes. ¿Por qué? Porque el primer plan probablemente es administrado por el Ministerio de Finanzas (el Departamento del Tesoro en los Estados Unidos), mientras el segundo plan podría ser administrado por el Ministerio de Seguridad Social o su equivalente (el Departamento de Salud y Servicios Humanos en los Estados Unidos). Dependiendo del país, las personas pueden tener diferentes juicios sobre si su plan de seguro de salud sería mejor administrado por uno u otro organismo. He conocido en el mundo personas que dicen, "yo no podría confiar en el Ministerio de Finanzas de mi país, prefiero que mi dinero vaya a la seguridad social". En cambio, en Estados Unidos muchas personas tendrían más confianza en el Departamento del Tesoro que en el Departamento de Salud y Servicios Humanos. Además, en un mismo país se pueden encontrar individuos y grupos de interés que difieren en sus preferencias.

Las instituciones importan en parte porque la historia importa. Consideremos, por ejemplo, el seguro de salud en Canadá y en Estados Unidos. No es posible entender por qué estos dos países tienen caminos tan di-

8 Y pueden ser pocos los no economistas quienes ven tal equivalencia.

vergentes si no tenemos familiaridad con su historia (Lipset, 1990). Además, el idioma también importa. Los economistas de la salud no necesitan mirar más lejos de esta frase “seguro de salud provisto por el empleador” para ver cómo el lenguaje puede engañar al público y distorsionar discusiones políticas. Los economistas han sido muy buenos para mostrar al mundo la importancia de los incentivos económicos, aún en salud, pero es un error si pensamos que *sólo* los incentivos son importantes. Para ser más útiles en la arena de la política pública y la investigación en servicios de salud, los economistas necesitan poner más atención a las instituciones, la historia y el lenguaje (Romer, 1996).

Investigación interdisciplinaria y multidisciplinaria. La discusión anterior, acerca de las fortalezas y debilidades de la economía, sugiere que la política de salud y la investigación en servicios de salud requieren insumos de muchas otras disciplinas, es decir, investigación interdisciplinaria o multidisciplinaria. La primera es muy difícil de ejecutar, pero la segunda es bastante factible y a menudo muy necesaria. Para entender por qué la investigación interdisciplinaria es tan difícil, debemos preguntarnos qué es lo que distingue una disciplina de otra. Lo más importante, desde mi punto de vista, son los *conceptos* que usan las disciplinas. Para apreciar este punto, sugiero probar el siguiente experimento: pidamos a algunos economistas importantes que elaboren una lista con los 10 a 20 conceptos más importantes en economía. De igual modo, pidamos a algunos psicólogos, sociólogos y politólogos la misma cosa; podremos, entonces, encontrar que casi no hay coincidencia en la lista de conceptos, de manera que los conceptos que creemos importantes no aparecen en sus listas, y vice-versa. Esta discordancia hace diferente la investigación interdisciplinaria efectiva, como una mezcla y fusión de conceptos.

El rasgo más distintivo de una disciplina es la *pregunta* que busca responder. Nuevamente, preguntemos a representantes de diferentes ciencias del comportamiento “¿Cuáles son las preguntas más importantes, las más centrales y las más constantes de su campo?”, y aparecerán otra vez amplias diferencias en las respuestas logradas a través de las disciplinas. Es posible que haya una pequeña coincidencia, a diferencia de los conceptos, pero básicamente las diferentes disciplinas tienen

intereses diferentes. La filósofa Susan Haack (1998, p.59) menciona que las disciplinas son iguales a los mapas: mapas diferentes responden preguntas diferentes. Supongamos que planeamos un viaje a California del Norte, seguramente desearemos un mapa que muestre los caminos y atajos, ciudades y pueblos, localización de aeropuertos y demás. Pero también podemos interesarnos en excursiones, campamentos y pesca, o un mapa topográfico que muestre altitudes, la localización de lagos, ríos y campamentos. Es posible que queramos consultar un mapa meteorológico para conocer la temperatura esperada y las precipitaciones, y uno puede imaginar aún otros mapas (por ejemplo, alguno podría mostrar lugares históricos y culturales de interés). Un mapa no es "mejor" que otro: ellos simplemente sirven para diferentes propósitos. Esto mismo ocurre en el caso de las disciplinas: ellas apuntan a responder diferentes preguntas, que pueden ser relevantes para una decisión política.

Además de las diferencias en conceptos y preguntas, las disciplinas también difieren en sus métodos. Los economistas son buenos en la construcción de modelos, en econometría y en hacer inferencia a partir de "experimentos naturales". Por su parte, los psicólogos son los maestros de los experimentos controlados, mientras los sociólogos y politólogos tienen experiencia en estudios de campo. La investigación interdisciplinaria en las ciencias del comportamiento, hasta ahora, ha tomado, ampliamente, métodos prestados. Uno de mis colegas en ciencia política, por ejemplo, dijo a sus estudiantes graduados "Nosotros tenemos algunas buenas preguntas, pero si usted quiere aprender cómo responderlas, tiene que tomar la serie econométrica." Muchos sociólogos han comenzado a importar métodos econométricos. Algunos economistas han hecho inversiones considerables en investigación de campo y otros han conducido experimentos controlados. El intercambio de métodos es sin duda útil, pero mientras las disciplinas emplean conceptos diferentes y abordan preguntas diferentes, la verdadera investigación interdisciplinaria permanecerá fugaz.

En cuanto a la investigación multidisciplinaria, es muy factible y a menudo necesaria. Esta involucra analistas de política que se aproximan a los resultados de estudios en diversas disciplinas y luego los integran. Este enfoque proveerá más conocimiento y contribuirá a

mejores decisiones que las que serían posibles por medio de la confianza en una sola disciplina.

El papel de los valores. Finalmente, me aproximo al papel de los valores y ofrezco dos comentarios sobre los cuales debe tenerse precaución. Primero, al hacer investigación debemos estar seguros de nuestros valores y garantizar seguirlos para evitar sesgos en la investigación. Los valores pueden modificar la estructura del problema, la elección de los datos y juicios concernientes a la confiabilidad de los resultados. Un buen investigador tratará tanto como sea posible que sus valores no influyeran en la investigación. Segundo, al hacer recomendaciones de política deben hacerse explícitos, tanto como sea posible, los papeles respectivos del análisis y los valores en esas recomendaciones. Los economistas son ingenuos si esperan que una buena investigación económica, con resultados robustos, pueda trasladarse inmediatamente hacia la política. La política depende de análisis y valores; la sensibilidad a esta interacción hará a los economistas unos aportantes más útiles a la política de salud.

IV. ¿Continuará el mercado creciente en economía de la salud?

La economía de la salud ha tenido varias décadas de crecimiento destacado, pero, ¿este mercado continuará? Varias tendencias sugieren que esto seguirá, al menos por una o dos décadas más.

Factores que impulsan la demanda por economía de la salud. Primero, habrá una brecha creciente entre lo que la medicina puede hacer y lo que es *económicamente factible*. Como el cambio tecnológico es endógeno en parte, la brecha no se ampliará indefinidamente, pero habrá un rezago entre las restricciones impuestas por los límites financieros y sus efectos sobre el flujo de los avances médicos. La gran cantidad de gasto en nuevas drogas y procedimientos que ya están disponibles como resultado de la investigación y el desarrollo, generarán la necesidad de elecciones más severas y urgentes. Los tomadores de decisiones, en todos los niveles, inevitablemente mirarán a la economía, la disciplina que enfatiza los intercambios (*trade offs*) y provee un método riguroso para pensarlos.

Segundo, el envejecimiento de la población impondrá más presión sobre los recursos de los servicios médicos. En Estados Unidos, las personas mayores de 65 años consumen de tres a cuatro veces más servicios médicos por persona, en comparación con las que tienen menos de 65 años, y aquellos que tienen 85 años y más consumen tres veces más de lo que consumen los que están entre 65 y 69 años. Dadas las tendencias en la tecnología médica y en la demografía, el problema del financiamiento de los servicios de salud para la población de mayor edad pronto será igual y sobrepasará el problema del financiamiento de las pensiones (Fuchs, artículo próximo).

Tercero, el gran incremento reciente en los recursos destinados a la valoración de tecnología, la investigación de resultados y los centros de medicina basada en la evidencia, crearon una base de datos mucho más rica. Estos mejores datos harán el análisis económico mucho más confiable y ampliamente aceptado.

Finalmente, creo que las tendencias recientes anti-igualitarias, evidente en la mayoría de las sociedades modernas, también incrementarán la demanda por economía de la salud. Aunque la tendencia dominante, a la que llamo el "oeste", sin mucha cohesión en buena parte de los pasados 100 años, ha sido la igualitaria; creo que los últimos 20 años han estado marcados por un freno e incluso un retroceso de las tendencias hacia una mayor igualdad económica. En su texto clásico *Economía* (1948), Paul Samuleson señaló que cada sociedad enfrenta tres preguntas económicas básicas: ¿qué?, ¿cómo? y ¿para quién? En un sistema de salud completamente igualitario, las preguntas del ¿qué? y el ¿cómo? requieren de análisis económico, pero la pregunta del ¿para quién? es irrelevante. Sin embargo, si el sistema de salud *no* es igualitario, las preguntas distributivas también son importantes tanto para el análisis como para la política. La economía no puede ofrecer soluciones definitivas a cuestiones de distribución, pero los economistas pueden ayudar a analizar las causas y las consecuencias de cambios en la distribución.

Razones para las tendencias anti-igualitarias. Las políticas anti-igualitarias están motivadas por varias fuerzas que aplican a la economía como un todo: el crecimiento de la competencia en el comercio internacional, una conciencia creciente sobre algunas consecuencias

negativas del Estado del Bienestar, el colapso de las economías socialistas en Europa del Este, y la ausencia de guerras de gran escala. Algunas otras razones son específicas a los servicios médicos. Primero, hay un pensamiento creciente de que los diferenciales socioeconómicos en el estado de salud no están fundamentalmente relacionados con el acceso a los servicios de salud. Uno de los principales argumentos para soportar los planes del seguro de salud fue que ellos eliminarían, o al menos reducirían substancialmente, la fuerte asociación entre estado socioeconómico y salud. Sin embargo, muchas décadas de experiencia han demostrado la incapacidad de los planes igualitarios para llevar a cabo esos objetivos (Fuchs, 1991), si bien es posible argumentar en favor del acceso igual a los servicios de salud en otros países o regiones, pero no es posible afirmar que el acceso a los servicios de salud genera resultados iguales en salud.

Segundo, muchas de las innovaciones médicas que han aparecido en años recientes, son dirigidas principalmente a mejorar la *calidad* de vida, no a *extenderla*.⁹ La racionalidad original para el acceso igual a los servicios médicos fue que cada uno tiene derecho a una oportunidad igual para vivir, independientemente de la posición económica. Pero como el énfasis cambia, de extender la vida a mejorar su calidad, es cuestionable si los servicios médicos adquieren la prioridad igualitaria que hoy está dominada por la vieja racionalidad de extensión de la vida. Si la sociedad quiere mejorar la calidad de vida de los pobres, hay muchas otras áreas que requieren atención, como son la educación, la vivienda, el transporte y la seguridad pública.

La tercera razón es una conciencia creciente de la naturaleza *probabilística* de los servicios médicos. Si uno considera intervenciones preventivas, de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, raramente se tendrá certeza en cuanto a los resultados. En un influyente libro pionero Archie Cochrane (1972) escribió "Todos los servicios médicos efectivos, deberían ser gratis para todos". Ningún país puede cerrarse a seguir estos preceptos. Hay gran cantidad de literatura de intervenciones médicas que tienen *alguna* efectividad, esto es, que tienen alguna

9 Ejemplos incluyen, medicamentos para tratar la calvicie y la disfunción eréctil.

probabilidad de hacer algo bueno para algunos pacientes. Los rangos de probabilidad de muy bajo a muy alto, dependen de la intervención y del paciente. En tal mundo, las preguntas de acceso pueden llegar a ser mucho más complicadas para el análisis y para la política. La mayoría de la gente encontrará el caso de igual acceso a intervenciones con una alta probabilidad de éxito, pero no para intervenciones de baja probabilidad. Seguramente, la probabilidad de éxito no es el único criterio relevante: la magnitud del efecto de una intervención exitosa sobre el bienestar también es importante. Adicionalmente, los tomadores de decisiones necesitan tener en cuenta la posibilidad de heterogeneidad en las preferencias de los pacientes en relación con: extensión de la vida, restauración de funciones, alivio de síntomas y los efectos colaterales de la intervención. Entonces, las preguntas sobre dónde trazar la línea, y si la misma línea podría o debería aplicarse para todos, desafiará a los analistas y hacedores de política para el futuro previsible.

V. Consejos a manera de conclusión

Concluyo este ensayo sobre el futuro de la economía de la salud ofreciendo cinco consejos destilados durante cerca de medio siglo de docencia e investigación.

1). *Recuerde sus raíces.* La mayoría de los lectores de este artículo fueron economistas antes de ser economistas de la salud. Mucha de su fuerza intelectual y habilidad de hacer bien su trabajo en el campo de la salud, viene de su preparación en economía. Si usted mantiene aquellos vínculos y continúa con los principales avances en economía, será capaz de sostener su eficiencia sobre una larga carrera. Ahora, si usted simplemente vive de su capital acumulado, con el tiempo se agotará su carrera. Además, al menos algunos economistas de la salud deberían nutrir sus raíces económicas retroalimentando sus resultados teóricos o empíricos dentro de la economía convencional.

2). *Entérese mucho sobre la tecnología y las instituciones en los servicios de salud.* Un conocimiento sólido en economía es necesario, pero pocas veces resulta suficiente para ser un economista de la salud efectivo. Cuando pregunté a una muestra representativa de importantes teóricos norteamericanos algunas cuestiones básicas sobre economía de la salud, sus respues-

tas, en promedio, fueron sólo ligeramente mejores a las que podría haber obtenido al tirar una moneda (Fuchs, 1996).¹⁰ Cualquier economista que sea serio en economía de la salud, debe aprender mucho sobre tecnología en servicios de salud e instituciones.

3). *Trabaje duro y, lo más importante, sea ingenioso.* “Manténgase más actualizado sobre economía”. “Aprenda más sobre salud”. ¿Cómo puede una persona hacer todo esto y no obstante terminar alguna investigación? Trabajando duro es una respuesta obvia, aunque probablemente superflua. Es difícil llegar a graduarse en la universidad sin aprender cómo trabajar duro. Trabajar con ingenio y habilidad es diferente; en mi experiencia esto no se aprende en la universidad. Ustedes están con la expectativa de aprender muchas cosas, de asimilar una gran cantidad de técnicas y resultados teóricos con muy poca consideración por su validez o relevancia.¹¹ El trabajo ingenioso es justamente lo opuesto; este requiere la habilidad de discriminar, elegir qué aprender de un torrente de trabajo nuevo. La teoría económica es muy importante, pero mucho trabajo nuevo en un tiempo determinado es moda y hace referencia a sí mismo, como si fuera un equivalente intelectual de flexionar los músculos en la playa.¹² Una historia similar puede ser contada acerca de la investigación médica: decenas de miles de artículos médicos son publicados cada año; muchos de ellos contradicen algunos artículos publicados previamente. El trabajo ingenioso, significa aprender a identificar qué es relevante e importante. Ningún economista de la salud puede abordar toda la literatura que se produce en torno a dos ciencias, medicina y economía; deben cultivar la habilidad de ser selectivos en los seminarios y conferencias a los cuales asisten, en los artículos de revista que lean, en los expertos que consultan. La meta es *capturar* la mayoría de lo que es valioso y relevante en la nueva economía convencional y en medicina.

10 Médicos practicantes (quienes presumiblemente tienen un escaso o nulo conocimiento en economía) fueron igualmente pobres en las mismas cuestiones.

11 Un importante profesor de economía me dijo que él se sentía obligado a enseñar comúnmente a sus estudiantes teoría de mucha actualidad si creía que ésta era fuerte, porque los estudiantes podrían estar esperando saber la teoría cuando ellos entren al mercado laboral.

12 Ver Blinder (1999) para un punto de vista similar.

4). *No intente ser académico y jugador al mismo tiempo.* Un jugador es alguien que participa activamente en un proceso político. Un académico, por su parte, se preocupa por mejorar el conocimiento, sin temor ni parcialidad. Ambos papeles son importantes para la sociedad y una persona puede desempeñarlos en tiempos diferentes,¹³ pero no es posible ser un jugador efectivo y un buen académico al mismo tiempo. Jugadores y académicos exitosos tienen algunas características en común,¹⁴ pero los dos papeles también requieren diferentes habilidades y virtudes. La cualidad más importante para un jugador es la lealtad – lealtad al equipo y especialmente al capitán del equipo–. Un jugador economista que no pueda poner a un lado las reservas, cualificaciones y preguntas sobre el grupo político: pronto será marginado como jugador. Otro atributo importante es la velocidad: un jugador economista puede inventar una nueva iniciativa de política en la oscuridad o identificar las debilidades en las propuestas del otro bando, antes de que los otros lo hagan al comenzar el día. Finalmente, un jugador debe ser duro y astuto, la destreza es necesaria para ganar la competencia, para entrar al equipo y resistir disparos y flechas del otro bando. Lealtad, velocidad y destreza no son necesariamente incompatibles con el papel académico, pero un buen académico requiere un conjunto de virtudes diferente.

5). *Cultive las virtudes académicas.* La excelencia en la investigación requiere muchas virtudes, pero tres son preeminentes. La primera es la honestidad, en dos sentidos: un académico debe ser conscientemente honesto al llevar a cabo una investigación, lo cual significa confrontar las limitaciones y cualificaciones propias de los datos y los métodos; además, un académico debe esforzarse por reportar honestamente los resultados propios de la investigación. Una segunda virtud es el coraje, de nuevo en dos sentidos: los académicos no deberían ser tímidos en cuanto a la elección de problemas o de los métodos de ataque, “Un corazón débil nunca ganará la bella dama” o la gran investigación producida. Una vez

¹³ Muchos académicos buenos se han convertido en jugadores efectivos. Es raro para alguien ser un jugador efectivo por un período de tiempo largo y generar productos académicos de alta calidad.

¹⁴ Por ejemplo, inteligencia, creatividad, vigor y la capacidad para comunicarse efectivamente.

que la investigación esté completa, se requiere valor para presentar y defender los resultados, especialmente cuando ellos desafían la opinión común. La tercera virtud de los académicos es la paciencia, y de nuevo en dos sentidos: pocos grandes avances científicos llegan rápidamente, pero la mayoría son el resultado de años y a menudo décadas de intenso y persistente trabajo. Por eso se debe controlar el temperamento para llegar a ser miembro del club del “artículo del mes”. Si usted ha elegido un excelente problema, dedique el tiempo que sea necesario, un semestre o una década, para conseguirlo. Y finalmente, tenga paciencia en esperar la aceptación de sus resultados. La literatura económica es estudiada con ejemplos de muchos artículos que fueron rechazados cuando se evaluaron por primera vez (Shepher and Gans, 1994). Aún cuando un importante resultado es publicado, a menudo el mundo no responde inmediatamente, pero si su trabajo es válido y relevante, si usted es paciente con el tiempo, las personas tomarán la noticia y su esfuerzo dará frutos.

En mi experiencia, la economía de la salud puede ser estimulante intelectualmente, útil socialmente y premiada personalmente. Ha sido un privilegio y un placer trabajar en el área. Para este observador posiblemente sesgado, el futuro de la economía de la salud se ve extremadamente brillante.

Referencias

AKERLOFF, G.A., YELLEN, J.L., 1990. “The Fair Wage-Effort Hypothesis and Unemployment”. *Quarterly Journal of Economics*, 105, 255–283.

ARROW, K., 1963. “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”. *American Economic Review*, 53, 941–973.

BECKER, G.S., MULLIGAN, C.B., 1997. “The Endogenous Determination of Time Preference”. *Quarterly Journal of Economics*, 112, 729–758.

BLINDER, A.S., 1999. *Economics Becomes a Science — or Does It?* Princeton University mimeo.

BOWLES, S., 1998. “Endogenous Preferences: the Cultural Consequences of Markets and Other Economic Institutions”. *Journal of Economic Literature*, 36, 75–111.

COCHRANE, A.L., 1972. *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. Nuffield Provincial Hospitals Trust London.

DOLAN, P., 1999. The Measurement of Health-Related Quality of Life for Use in Resource Allocation Decisions in Health Care. En: Newhouse, J.P., Culyer, A.J. (Eds.), *Handbook of Health Economics*. North Holland, Amsterdam.

FUCHS, V., 1991. "National Health Insurance Revisited". *Health Affairs*, Winter, 7-17.

FUCHS, V., 1996. "Economics, Values, and Health Care Reform". *The American Economic Review*, 86, 1-24.

FUCHS, V., artículo próximo. Provide, Provide: The Economics of Aging. In: Saving, T.R., Rattenmaier, A. (Eds), *Medicare Reform: Issues and Answers*. University of Chicago Press, Chicago.

HAACK, S., 1998. Between the Scylla of Scientism and the Charybdis of Apriorism. En: Hahn, L. (Ed), *The Philosophy of Sir Peter Strawson* (Library of Living Philosophers). Open Court, LaSalle, IL.

IGLEHART, J.K., 1998. "Physicians as Agents of Social Control: The Thoughts of Victor Fuchs". *Health Affairs* 17, 90-96.

KAGEL, J.H., ROTH, A.E. (Eds), 1995. *The Handbook of Experimental Economics*. Princeton University Press, Princeton, NJ.

KAHNEMAN, D, TVERSKY, A., 1979. "Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk". *Econometrica*, 47, 263-291.

KREBS, D., 1990. *A Course in Economic Theory*, Chap. 16. Princeton University Press, Princeton.

LINDBECK, A., 1995. "Welfare State Disincentives with Endogenous Habits and Norms". *Scandinavian Journal of Economics*, 47, 477-494.

LINDBECK, A., 1997. "The Swedish Experiment". *Journal of Economic Literature*, 35, 1273-1319.

LINDBECK, A., NYBERG, S., WEIBULL, J.W., 1999. "Social Norms and Economic Incentives in the Welfare State". *Quarterly Journal of Economics*, 114, 1-35.

LIPSET, S.M., 1990. *Continental Divide*. Routledge, New York.

MCGUIRE, T.G., 1999. Physician Agency. In: Newhouse, J.P., Culyer, A.J. (Eds). *Handbook of Health Economics*. North Holland, Amsterdam.

PRATT, J.W., ZECKHAUSER, R.J. (Eds), 1985. *Principals and Agents*. Harvard Business School Press, Boston.

RABIN, M., 1998. *Psychology and Economics*. "Journal of Economic Literature", 36, 11-46.

ROMER, P.M., 1996. Preferences, Promises, and the Politics of Entitlement. En: Fuchs, V.R. (Ed). *Individual and Social Responsibility: Child Care, Education,*

Medical Care, and Long-Term Care in America. University of Chicago Press, Chicago.

SAMUELSON, P., 1948. *Economics*. McGraw-Hill, New York.

SCHMOOKLER, J., 1966. *Invention and Economic Growth*. Harvard University Press, Cambridge, MA.

SHEPHERD, G., GANS, J.S., 1994. "How are the Mighty Fallen: Rejected Classic Articles by Leading Economists". *Journal of Economic Literature*, 8, 165-179, Winter.

THALER, R.H., 1991a. *The Winner's Curse*. Free Press, New York.

THALER, R.H., 1991b. *Quasi-Rational Economics*. Russell Sage Foundation, New York.

TVERSKY, A., KAHNEMAN, D., 1991. "Loss Aversion in Riskless Choice: A Reference-Dependent Model". *Quarterly Journal of Economics*, 106, 1039-1061.

CENTRO DE DOCUMENTACIÓN

CENTRO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS -CIE-

Facultad de Ciencias
Económicas
Universidad de Antioquia
Calle 67 # 53-108
Bloque 13 oficina 104
Teléfonos:
210 58 41 - 210 58 44
Fax:
233 12 49
Apartado Aéreo 1226
Medellín - Colombia
Página electrónica: [http://
agustinianos.udea.edu.co/
centrodocumentacion/](http://agustinianos.udea.edu.co/centrodocumentacion/)

Para desarrollar las labores de investigación, el CIE cuenta con el soporte bibliográfico del Centro de Documentación creado en 1970. Este Centro posee una valiosa colección de más de 350 títulos de publicaciones seriadas y más de 12.000 títulos comprendidos entre libros y documentos nacionales e internacionales, así como una gran colección de *papers* de diferentes instituciones. Es, además, depositario de las publicaciones del Banco Mundial y ahora últimamente del Fondo Monetario Internacional, lo que le permite poner a disposición de los usuarios información muy importante respecto a la economía en el ámbito mundial. Esta importante colección bibliográfica podrá ser consultada a través de internet en la página [http://
biblioteca.udea.edu.co/](http://biblioteca.udea.edu.co/)