

Joaquín F Mould Quevedo¹Iris Contreras Hernández¹Juan Garduño Espinosa¹Guillermo Salinas Escudero^{II}

El concepto de *willingness-to-pay* en tela de juicio

The willingness-to-pay concept in question

RESUMEN

La idoneidad del concepto de *willingness to pay* (disponibilidad a pagar) es revisado en las evaluaciones económicas que se realizan en el campo de la salud. Por un lado, existe dentro de la literatura económica un número importante de investigadores que señalan los múltiples problemas metodológicos que entrañan las estimaciones de *willingness to pay*. Por otro lado, aún el debate teórico-conceptual acerca de la agregación de las preferencias individuales dentro de una demanda agregada no ésta del todo resuelto. Sin embargo, durante los últimos 20 años la estimación de la disponibilidad a pagar dentro de las investigaciones económicas ha aumentado de forma significativa, siendo en muchos casos uno de los principales factores de la toma de decisión en políticas de salud. Plantease alguna de las limitaciones de esta técnica, así como el posible efecto distorsionador que podría tener sobre las evaluaciones económicas que se realizan en el área de la economía de la salud.

DESCRITORES: Método de Control de Pagos. Recursos en Salud, provisión & distribución. Técnicas de Estimación. Economía de la Salud.

ABSTRACT

The adequacy of the concept of willingness to pay within health economics evaluations is reviewed. A considerable number of researchers in the literature have pointed out multiple methodological issues involving willingness-to-pay estimates. On the other hand, the theoretical discussion about the aggregation of individual preferences within an aggregate demand remains open. However, over the last 20 years, willingness-to-pay estimates alongside health economics research significantly increased and in many cases they are one of the key factors for decision making on issues of health policies. The article describes some limitations of this approach as well as the potential distorting effect that it might have on health economics evaluations.

DESCRIPTORS: Accounts Payable and Receivable. Rate Setting and Review. Health Resources, supply & distribution. Estimation Techniques. Health Economics.

¹ Unidad de Investigación en Economía de la Salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. México DF, México

^{II} Dirección de Investigación. Hospital Infantil de México Federico Gómez. Secretaría de Salud. México DF, México

Correspondencia | Correspondence:
Guillermo Salinas Escudero
Hospital Infantil de México Federico Gómez
Dirección de Investigación
Dr. Márquez # 162 - Colonia Doctores
C.P. 06720 México D.F.
E-mail: gsalinas@himfg.edu.mx

INTRODUCCIÓN

El concepto de willingness to pay (WTP) o disponibilidad a pagar durante los últimos veinte años se ha vuelto muy popular en los estudios de evaluación económica en el campo de la salud.³⁵ El WTP es una herramienta metodológica que busca estimar la capacidad de pago de determinados colectivos sociales en búsqueda de conocer la valoración monetaria hipotética por programas, intervenciones o tratamientos médicos específicos. Su aplicación dentro de las evaluaciones de costo beneficio y en la toma de decisiones en otros modelos de evaluación económica han hecho de esta herramienta una de las más solicitadas en el área de la economía de la salud. Sin embargo, aún falta mucho por analizar en éste tópicos ya que su utilización es discutible en algunos casos.³⁹ Por ejemplo, algunos autores centran su preocupación en la forma como se presenta la información en los cuestionarios (orden y características) los cuáles se ha mostrado que son factores decisivos para los resultados de las estimaciones posteriores de WTP.^{29,34,37} Por otro lado, no sólo este tipo de problemas metodológicos podrían sesgar una estimación de WTP sino que la experiencia directa e indirecta de los encuestados sobre los tratamientos en análisis son también la fuente de estimaciones significativamente imprecisas.¹⁷ Drummond & Mc Guire señalan que en el caso de que los individuos no contasen con información adecuada y suficiente, es difícil que asignen un valor monetario razonable a algo tan complejo como es la salud.¹⁵

Más allá de los problemas metodológicos mencionados existen otros problemas conceptuales que podrían ser tomados en cuenta en el momento de decidir utilizar esta técnica.²⁸ Uno de ellos es la discusión acerca de si las preferencias individuales son agregables dentro de una función social.¹⁵ De igual forma, lo imperfecto de los instrumentos para lograr un buen acercamiento a la realidad disminuye la validez interna y externa, generando con ello serios problemas de confiabilidad y credibilidad de las mediciones.

EL CONCEPTO DE WTP EN EL CAMPO DE LA SALUD

El análisis de costo-beneficio compara los flujos futuros descontados de los beneficios de un determinado programa frente al flujo de sus costos; la diferencia entre ambas corresponde al beneficio social neto del programa.¹⁶ Considerando que el análisis de costo-beneficio estima los costos y los beneficios en salud en términos monetarios, algunos autores emplean WTP (aunque no sin problemas) para informar decisiones dentro de distintos sectores de la economía. Asimismo, el análisis de costo-beneficio tiene la ventaja de captar los efectos positivos o negativos externos al área de aplicación que se conocen en economía como externalidades.¹⁶

Dentro de los modelos de análisis de costo-beneficio, la valoración monetaria de los resultados de salud puede hacerse principalmente mediante tres abordajes: 1) capital humano; 2) preferencias reveladas; y 3) preferencias formuladas por medio del WTP. En este trabajo se discutirá el último enfoque revisando sus puntos fuertes y débiles, teóricos y prácticos.²¹

El WTP es un método de encuesta que presenta a los entrevistados escenarios hipotéticos sobre una determinada intervención o programa específico que se pretende evaluar. La encuesta consulta a los participantes, con base a un mercado real para un programa o beneficio de salud específico, cuanto es lo máximo que estarían dispuestos a pagar por dicho servicio.^{6,16} Dentro del campo de la salud la gran mayoría de investigaciones que utilizan esta metodología se les denomina estudios de valoración contingente,⁶ e intentan ponderar los bienes que se encuentran fuera de un mercado, como por ejemplo un programa sanitario potencial, cuyo valor real se busca estimar por medio de un financiamiento colectivo. Es por esta razón, que dentro de los estudios de valoración contingente, se pide a los consumidores reales o potenciales plantearse cuánto de sus ingresos estaría dispuesto a sacrificar por los beneficios de un programa de salud en particular, si estos estuvieran dentro del mercado.

El concepto de mercado contingente es poderoso y se puede usar para asignar valores monetarios a todos los elementos surgidos de un programa de salud y no simplemente al valor de la salud como tal. Esto es relevante para los tomadores de decisiones que podrían usarlo como una medida amplia de resultados de salud.³³ Drummond et al¹⁶ señalan que es importante recordar que esta es una técnica de medición muy variable y que depende de la estructura y diseño de los cuestionarios. Esta técnica recoge únicamente las percepciones y las preferencias de los encuestados sobre un escenario hipotético el cuál se encuentra vinculado con las distintas alternativas de intervención médica y la información previa que posea el entrevistado. Sin embargo, en la actualidad existe un significativo desacuerdo en el ámbito académico de cómo se debe medir el WTP de una sociedad.³³

Existen interesantes sugerencias metodológicas que concentran sus esfuerzos en evitar los potenciales sesgos que pueden producirse al momento de estimar el WTP. Las estimaciones que aparentemente suelen contener un menor sesgo son aquellas encuestas de WTP que utilizan preguntas abiertas ya que la presión de una respuesta monetaria sobre el encuestado es menor. Aunque este tipo de diseño genera una mayor imprecisión con respuestas muy variables o ausencia de respuestas (personas que no desean revelar sus preferencias).²⁶ De igual forma, la literatura suele señalar que en muchas encuestas con preguntas cerradas tampoco se llegan a resultados concluyentes,³⁸ principalmente, si estas

preguntas se efectúan de forma dicotómica.⁶ En muchos casos es preferible utilizar preguntas con respuestas con algún tipo de gradiente (escala de Likert).

Como se mencionó previamente, la técnica de medición de WTP plantea la aplicación de un cuestionario para medir la disponibilidad a pagar (correspondientes a una primera ronda de medición). Considerando que los resultados podrían encontrarse potencialmente sesgados, se han planteado la aplicación de varias técnicas para tratar de corregirlos y acercarlos más a los valores reales. Dentro de ellas encontramos la realización de una segunda ronda de obtención de WTP posterior a una breve plática o explicación de los resultados y sus impactos,^{8,13} y hasta la realización de una tercera ronda donde se ajuste la selección de los resultados de WTP de acuerdo al nivel de certidumbre de compra y/o adquisición del programa. En estos casos sólo se utilizan los resultados de WTP obtenidos de los compradores que se encuentren con un nivel muy alto de realizar la compra,^{5,42} ya que de otra forma, los valores de WTP estarían sobreestimados.³¹ Así, se reduce su nivel de sesgo aunque no se corrija por completo.¹⁹

Por otro lado, al no existir un mercado real para contrastar los resultados hallados en las estimaciones de WTP, establecer un criterio de validez se vuelve casi imposible.¹⁶

LIMITACIONES DEL CONCEPTO DE WTP

El concepto de WTP muestra claras deficiencias para su aplicación dentro del campo de la salud. Existen diez causas mencionadas por diversos autores,^{15,29,36,39-41} tanto teóricas como metodológicas, que llevan a cuestionar la utilización de esta herramienta:

1. El WTP es un indicador variable que depende del estrato económico y social en el cuál se realice la encuesta. Esto evidentemente tiene un fuerte impacto cuando la toma de las decisiones se basa en una medida de WTP. Por ejemplo, si se considera únicamente un estrato socioeconómico alto, puede que un elevado número de estudios de costo-efectividad que evalúen el tratamiento de distintos medicamentos o programas de salud sean aceptados como costo efectivos si la variable de decisión es precisamente la disponibilidad a pagar. En tanto que si los mismos estudios únicamente consideran estratos socioeconómicos bajos, puede que los resultados tengan conclusiones exactamente inversas a los primeros. Este problema puede conducir a que determinadas alternativas que poseen una eficacia y efectividad comprobada puedan ser discriminados a la población según su capacidad de pago (problema moral). Un ejemplo se presenta con los antiretrovirales utilizados para el tratamiento del VIH/SIDA, los cuales resultarían costo-efectivos en sociedades de altos ingresos (como Europa o Norteamérica) y poco costo-efectivos en otras sociedades de menores ingresos como África,

si la variable de decisión es el WTP. Evidentemente, de tratarse del mismo medicamento ¿Cómo es posible que según la capacidad de pago resulte más conveniente el tratamiento en algunas sociedades y en otras no? La primera limitación del WTP nos señala que este instrumento es netamente discriminador por razones económicas y no sanitarias. Bajo este concepto, pocas intervenciones médicas costosas deberían aplicársele a individuos o a grupos sociales de bajos ingresos, cuando la salud es un derecho en la gran mayoría de países y no un bien transable como en cualquier otro mercado. De alguna forma, este hecho podría hacernos suponer que en determinadas sociedades el concepto de WTP no sería el más aconsejable para la toma de decisiones si es que no se tiene cuidado en su estimación.

2. El Premio Nobel de Economía, Kenneth J. Arrow, en un artículo seminal demostró la imposibilidad de extrapolar las preferencias individuales dentro de una función social.¹ En este sentido, ¿Cuál es la justificación teórica y empírica para usar medidas como el WTP? Los supuestos utilizados por Arrow incluían la eficiencia en el sentido de Pareto, independencia de las preferencias y que éstas fueran no dictatoriales (además de los supuestos de que las preferencias deben ser completas y transitivas). Sobre este punto la literatura económica ha realizado un extenso debate y generalmente se acepta la agregación de las preferencias individuales cuando se impone el supuesto de convexidad y de comparación interpersonal de tales preferencias.¹⁵ Sin embargo, el criterio de Pareto sigue siendo el punto más cuestionable de toda la discusión. La eficiencia de Pareto se basa en que si se establece un orden de utilidades a nivel individual $u > u_1$, entonces en un ámbito social la misma desigualdad se debe seguir cumpliendo cuando esto puede no ser cierto.¹⁵ Por el momento, la polémica aún permanece en la literatura, así como si la agregación de las preferencias individuales son correctas o no.

3. Otro problema vinculado con los instrumentos de WTP se debe a las importantes asimetrías de información que existen entre los pacientes y la práctica médica. Por ejemplo, dentro de las preferencias que emiten los pacientes es cuestionable el conocimiento teórico y práctico que estos puedan tener con relación a la eficacia o la efectividad de diversos medicamentos o intervenciones. Aún cuando la información inicial o previa sea lo suficientemente buena, es discutible la orientación que se le pueda dar. Posteriormente, generar una función social con base en preferencias individuales poco o mal informadas puede conducir a resultados cuestionables. Una demostración de esto último fue hallado en Noruega²⁷ en donde los entrevistados fijaron el mismo costo de implementación para tres programas de salud diferentes (servicio ambulatorio en helicóptero, un incremento del presupuesto para operaciones al corazón y un incremento en el presupuesto para operaciones de cadera). En ese estudio los investigadores mostraron que el uso de WTP era factible para algunas

intervenciones médicas, sin embargo, se concluyó en la necesidad de desarrollar este método aún más para obtener resultados concluyentes.

Algunos estudios de WTP han tratado de solucionar dicho problema preguntando al personal médico acerca de la WTP. Aún cuando en estos casos se reduce significativamente los problemas de desconocimiento clínico, generalmente se busca hacer que las opiniones de los médicos sean representativas de toda una sociedad o un sistema nacional de salud lo cual genera un problema conceptual al yuxtaponer las preferencias individuales a las necesidades sociales o de los servicios de salud pública. Un ejemplo de esto último ocurrió en una investigación en Canadá en donde se estimó el WTP para el Docetaxel en cáncer de ovario avanzado, según la respuesta de 80 oncólogos y enfermeras como representantes del sistema de salud del país.¹⁴ Surge entonces la siguiente pregunta: ¿Es conceptualmente válido y representativo que 80 trabajadores de un sistema de salud sean el factor de decisión de un sistema global de salud? ¿Realmente muestran la WTP de una institución?

4. Otro problema de sesgo mencionado en la literatura corresponde a que muchos entrevistados se concentran más en los costos de la intervención médica y no en sus resultados, por lo que estos no son valorados como se requiere.³ Aún cuando estos problemas han sido parcialmente solucionados con la metodología "marginal" (*marginal approach*) aún falta mucho por desarrollar en este sentido.^{35,36} Por ejemplo, si bien este mecanismo reduce los reveses en las preferencias (*preference reversals*), no permite una comparación de todos los servicios de salud que le interesen a un individuo o a la sociedad (sólo se pregunta por los tratamientos a comparar) con lo cual se maximizan o se sobrestiman los resultados del WTP.²⁹ De igual forma, esta nueva metodología aún no arroja resultados consistentes dentro de las respuestas.³⁵

5. Asimismo, los cálculos de estimación de WTP podrían estar sobrestimados desde el punto de vista social en aquellos estudios donde los instrumentos se apliquen únicamente a los pacientes o a las familias de aquellos pacientes afectadas por un determinado padecimiento y no a la sociedad en su conjunto (la cuál evidentemente daría una valoración inferior con respecto a los primeros).

Este último hecho tendería a elevar las estimaciones de WTP para una determinada sociedad y a aceptar algunas intervenciones médicas como costo-efectivas cuando en realidad no lo son. Un ejemplo son los casos donde dentro del instrumento se pregunta por el porcentaje de ingreso del paciente o de la familia que se destinaría para determinados tratamientos según el grado de eficiencia o efectividad del nuevo fármaco. Este es un punto muy discutido, puesto que algunos investigadores señalan que luego de la realización del cuestionario el siguiente paso es derivar una curva de demanda agregada,⁴ lo cual

depende significativamente de la forma como se diseñen las preguntas y aún así sería discutible su validez en una sociedad ya que no se está hablando de una demanda real sino sugerida (hipotética). Esta discusión sobre la yuxtaposición de las preferencias hipotéticas sobre las reales es un viejo debate que lleva más de 60 años en la literatura económica.⁶ En este sentido, el concepto de WTP se sugiere que sea empleado dentro de un contexto de aseguramiento privado más que en uno institucional, en el cuál la participación de los encuestados pueda tener una representatividad potencial sobre la demanda hipotética.^{2,6}

A lo largo de la literatura de la economía de la salud se han realizado numerosos intentos para contrastar si existe una estrecha cercanía entre la WTP hipotética y la real.⁴¹ Los resultados no han sido nada concluyentes. Por ejemplo, en un estudio para el tratamiento del asma realizado en el año 2001 dentro de los Estados Unidos se determinó que la diferencia entre el WTP hipotético y el real era significativo (38% vs. 12%; $p < 0.001$), mostrando una clara sobrestimación de una demanda potencial.⁶ En este sentido, aún empíricamente se han contrastado las dificultades que tiene esta herramienta para inferir una demanda social real para un nuevo tratamiento o una nueva tecnología. Por lo general, como señala la literatura económica, este tipo de tratamientos se encuentran sobrestimados.²⁰ Lo que se encuentra evidenciado en diferentes meta-análisis^{18,25} y que aun con técnicas aplicadas para su corrección, reducen pero no eliminan los sesgos de estimación.

6. En contraposición, es posible que las estimaciones de WTP se encuentren subestimadas ya que la disponibilidad a pagar pueden resultar insuficientes para cubrir un óptimo social predeterminado por las instituciones públicas de salud. Este argumento va por el lado de que la salud es un derecho de todos los ciudadanos y que aún cuando la capacidad de pago de su población sea escasa, algunos servicios médicos se tienen que prestar por razones políticas, de ética y de equidad. En otras palabras, el concepto de WTP sólo toma en consideración la disponibilidad individual para pagar de una sociedad y excluye, en la gran mayoría de casos, la capacidad colectiva (social). Por ejemplo, estos análisis suelen olvidar que existen organizaciones gubernamentales y no gubernamentales (ONG) dispuestas a pagar mayores sumas para reducir una epidemia o la morbilidad en regiones de bajos ingresos. El mejor ejemplo de esto son las campañas de vacunación en zonas marginales o rurales en países en vías de desarrollo donde la capacidad de pago es mínima y donde los sistemas nacionales de salud prestan sus servicios con resultados muy favorables.

7. Las estimaciones de WTP podrían mostrar problemas metodológicos de representatividad de la muestra (problemas de validez externa, de tamaño de la muestra, de grupos sobrerrepresentados o subrepresentados, según los estratos socioeconómicos, de edad y sexo) u otro

tipo de sesgos en los cuales se elaboran las preguntas para inducir cierto tipo de respuestas. Aunque en la actualidad ya existen algunas guías metodológicas útiles para minimizar los problemas de sesgo, estos aún se siguen presentando con relativa frecuencia. Sobre este último punto, algunos autores han señalado las distintas consecuencias que genera el orden de las preguntas en los cuestionarios de WTP.^{23,39} Una de ellas es que se produce un problema conceptual ya que la teoría económica de la elección racional (*Rational Choice Theory*) asume que para que se establezca un orden consistente, éste debe mantenerse independientemente de la secuencia de presentación de las distintas alternativas.²² Empíricamente hay evidencias de que esto sucede. Un estudio en Irlanda mostró que el orden de presentación de los distintos tratamientos tenía un fuerte impacto en las estimaciones monetarias que asignaban los entrevistados.³⁹ Esto evidentemente sesgaba la investigación a favor de las primeras opciones en desmedro de las últimas. No obstante los resultados hallados en la investigación irlandesa, el uso en estudios de Análisis Conjunto (Conjoint Analysis) han mostrado una baja importancia del orden de las preguntas sobre las respuestas.³² Algunas investigaciones han señalado que estos modelos poseen metodológicamente una fuerte validez y consistencia interna. Sin embargo, aún con esta metodología la discusión sobre la validez externa de las investigaciones y el uso de las preferencias sigue estando en tela de juicio para generar una función social de demanda agregada. Por ejemplo, diversos autores han señalado los problemas estadísticos para obtener la media del WTP en los casos donde la distribución resulta no paramétrica, sin embargo, tales limitaciones han sido resueltas en buena medida.^{11,12,22,43}

Por último, deben añadirse los aspectos psicológico y técnico de los estudios de WTP.⁹ El primero trata de la dificultad para resolver los cuestionarios que se utilizan para recoger la información, generando una baja tasa de respuesta y el segundo de la robustez del análisis estadístico de estos estudios. El problema viene de los cuestionarios de WTP que presentan un número de respuestas de selección discreta muy pequeño con relación al número de escenarios generados. Esto evidentemente complica el análisis estadístico que podría obtenerse cuando se emplea esta técnica.

8. Por otro lado, muchas veces los precios en el mercado de la salud no se establecen dentro de un marco competitivo (más bien siguen una conducta monopólica u oligopólica) por lo que estos no reflejan ningún tipo de escasez. De esta forma, no siempre el WTP sugiere la conveniencia de una sociedad por un tratamiento frente a otro ya que algunos costos del mercado están distorsionados por factores no competitivos (por ejemplo, el precio monopólico de los medicamentos en algunos casos).

No obstante, dentro de la literatura de la economía de la salud se suele afirmar que los gobiernos toman decisiones con el propósito de maximizar el bienestar social, en

especial cuando se tiene mercados competitivos.¹⁵ Por ello, cuando no existen mercados competitivos (como es el caso del sector salud) se sugiere la técnica de análisis de costo-beneficio que incluye una estimación de WTP. Sin embargo, la mayoría de estas investigaciones aún no distingue los factores económicos que pudiesen estar distorsionando el mercado, centrandolo en la investigación en una demanda agregada hipotética cuando quien define el precio y la cantidad ofrecida de un determinado medicamento o intervención médica en el sector salud proviene generalmente del lado de la oferta, excepto las que se consiguen por medio de convenios internacionales o locales entre las empresas farmacéuticas y los sistemas nacionales de salud. Bajo este escenario, el WTP de una sociedad juega un rol menor en la provisión de los nuevos servicios para la atención médica.

9. Los estudios de WTP para varios países o regiones no son comparables ya que las preferencias son diferentes. Por lo general las preferencias se construyen a partir de las propias circunstancias del individuo, las cuáles van desde la educación, la cultura, el ingreso, la salud, medioambiente, entre otros. En la mayoría de las veces, estos factores que afectan las preferencias varían de una región o de un país a otro por lo que las preferencias multiregionales no parten de la misma escala ni tienen el mismo patrón cultural, en especial sobre temas como la salud. Por tal motivo, este tipo de estudios no son factibles de ser utilizados para hacer comparaciones ni para sacar conclusiones agregadas. No obstante, en Europa se hizo un intento destacado (*EuroWill Project*) en seis países para determinar la factibilidad del método de valoración contingente como una herramienta para medir las preferencias del público general acerca de distintos programas de salud. En resumen, esto es algo que todavía los defensores de esta técnica deben profundizar: la generalización de los resultados.⁹

10. Finalmente, el WTP es sólo útil para algunas perspectivas de la investigación, por ejemplo, desde el punto de vista del paciente. Sin embargo, desde otras perspectivas su uso podría ser fuertemente discutido, como es el caso del proveedor de servicios públicos de salud, donde la prestación del servicio va más allá de la capacidad de pago de los asegurados. Aún cuando los beneficiarios del servicio público de salud tengan altos o bajos ingresos, los servicios requeridos deben prestarse independientemente de la voluntad o capacidad de pago de las familias. Por otro lado, aún cuando los beneficiarios de un determinado sistema de salud desearan destinarle un mayor ingreso al tratamiento de una enfermedad (un mayor WTP) esto bajo el modelo tributario actual sería en el corto plazo extremadamente complicado ya que la recaudación para el campo de la salud es única e indivisible (salvo que este mayor gasto se encuentre dirigido a medicamentos u otras intervenciones médicas en el sector privado).

Otro inconveniente que tiene el concepto de WTP en este sentido es que los individuos en la mayoría de los

países no financian directamente la atención médica. Esto hace que en muchos casos se requiera deducir los costos que implica un sistema administrativo recaudador que permita poner en práctica los nuevos tratamientos médicos. De esta forma, se sobreestimarían las estimaciones de WTP, ya que el encuestado al responder el cuestionario no se percata de este tipo de hechos, sólo podría visualizar los beneficios de las intervenciones (y los costos directos de las mismas) y no los costos indirectos que las intervenciones generan dentro del sistema de salud. Por tal razón, se considera que es mucho más válido el WTP dentro de un contexto privado que uno público.

A pesar de de lo antes expuesto, se mantiene la controversia sobre si el WTP representa realmente la habilidad a pagar o nivel de bienestar por parte de las familias y si estos términos son o no equivalentes. Otros estudios mencionan que, la redistribución de recursos dentro de los hogares al realizar un gasto en salud, la redefinición de las prioridades del gasto de la familia (como pueden ser los gastos en recreación, vivienda, educación, alimentación, y en algunos casos se pospone el gasto en salud, y en algunas situaciones de forma definitiva) y los niveles de vulnerabilidad reales del hogar son factores no observados dentro de las estimaciones de WTP.^{31,40}

REFERENCIAS

1. Arrow K. Social choice and individual values. New York: Wiley; 1951.
2. Bärnighausen T, Liu Y, Zhang X, Sauerborn R. Willingness to pay for social health insurance among informal sector workers in Wuhan, China: a contingent valuation study. *BMC Health Serv Res*. 2007;7:114. DOI: 10.1186/1472-6963-7-114
3. Baron J, Maxwell NP. Cost of public goods affects willingness to pay for them. *J Behav Decis Making*. 1996;9:173-83. DOI: 10.1002/(SICI)1099-0771(199609)9:3<173::AID-BDM227>3.0.CO;2-F
4. Bishop RC, Heberlein TA. Measuring values of extramarket goods: are indirect measures biased? *Am J Agr Econ*. 1979;61:926-30. DOI: 10.2307/3180348
5. Blumenschein K, Blomquist GC, Johannesson M, Horn N, Freeman P. Eliciting willingness to pay without bias: Evidence from a field experiment. *Economic J*. 2008;118(525):114-37.
6. Blumenschein K, Johannesson M, Yokoyama KK, Freeman PR. Hypothetical versus real willingness to pay in the health care sector: results from a field experiment. *J Health Econ*. 2001;20(3):441-57. DOI: 10.1016/S0167-6296(01)00075-3
7. Borghi J, Jan S. Measuring the benefits of health promotion programmes: application of the contingent valuation method. *Health Policy*. 2008;87(2):235-48. DOI: 10.1016/j.healthpol.2008.01.004
8. Brown TC, Ajzen I, Hrubec D. Further test of entreaties to avoid hypothetical bias in referendum contingent valuation. *J Environ Economics Manag*. 2003;46(2):353-61. DOI: 10.1016/S0095-0696(02)00041-4
9. Bryan S, Dolan P. Discrete choice experiments in health economics: for better or worse? *Eur J Health Econ*. 2004;5(3):199-202. DOI: 10.1007/s10198-004-0241-6
10. Costa-Font J, Rovira-Forns J. Who is willing to pay for long-term care insurance in Catalonia? *Health Policy*. 2008;86(1):72-84. DOI: 10.1016/j.healthpol.2007.09.011
11. Crooker J, Kling CL. Nonparametric bounds on welfare measures: a new tool for nonmarket valuation. *J Environ Econ Manage*. 2000;39(2):145-61. DOI: 10.1006/jeem.1999.1099
12. Crooker J, Herriges J. Parametric and semi-nonparametric estimation of willingness-to-pay in the dichotomous choice contingent valuation framework, environmental & resource economics. *Eur Assoc Environ Resource Econ*. 2004;27(4):451-80.
13. Cummings RG, Taylor LO. Unbiased value estimates for environmental goods: a cheap talk design for the contingent valuation method. *Am Econ Rev*. 1999;89(3):649-65.
14. Dranitsaris G, Elia-Pacitti J, Cottrell W. Measuring treatment preference and willingness to pay for docetaxel in advanced ovarian cancer. *Pharmacoeconomics*. 2004;22(6):375-87. DOI: 10.2165/00019053-200422060-00004

CONCLUSIÓN

El concepto de WTP es un concepto sumamente controvertido dentro de la literatura económica. Por un lado, su uso se ha extendido vertiginosamente durante los últimos 20 años dentro de las evaluaciones económicas en el área de la salud. Por otro lado, la validez interna y externa de dicha herramienta es aún cuestionada de forma teórica y metodológica.

Es común inclusive que en la actualidad distintas agencias de evaluación de tecnologías busquen tomar decisiones en base a valores pre-definidos como es el caso del National Institute for Clinical Excellence en el Reino Unido para definir si se acepta o no una nueva intervención (alrededor de los £25,000-£30,000 por QALY ganado).^{21,27} Sin embargo, estos valores a la fecha se desconocen de donde provienen (su metodología y estimación de los mismos) así como su aplicabilidad a todas las patologías existentes en el campo de la salud. En la actualidad se siguen descubriendo hechos interesantes acerca de la disponibilidad a pagar como por ejemplo que los hombres tienen una mayor disponibilidad a pagar que las mujeres,⁷ o que no existe disponibilidad a pagar por cuidados médicos de largo plazo tal como se halló en una investigación para Cataluña.¹⁰

15. Drummond M, McGuire A. Economic evaluation in health care. Merging theory with practice. Oxford: Oxford University Press; 2001.
16. Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart G, Torrance G. Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria. 2. ed. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
17. Dubourg W, Jones-Lee M, Loomes G. Imprecise preferences and survey design in contingent valuation. *Economica*. 1997;64(4):681-702. DOI: 10.1111/1468-0335.00106
18. Harrison GW. Experimental evidence on alternative environmental valuation methods. *Environ Res Econ*. 2006;34(1):125-62. DOI: 10.1007/s10640-005-3792-9
19. Hole Risa A. A comparison of approaches to estimating confidence intervals for willingness to pay measures. York: University of York; 2006. (CHE Research paper, 8)
20. Johannesson M, Blomquist GC, Blumenschein K, Johannsson P-O, Liljas B, O'Connor RM. Calibrating hypothetical willingness to pay responses. *J Risk Insur*. 1999;18(1):21-32.
21. Johannsson P-O. Evaluating health risks. An economic approach. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.
22. Kahneman D, Tversky A. Choices, values and frames. *Am Psychol*. 1984;39(4):341-50. DOI: 10.1037/0003-066X.39.4.341
23. Klose T. The contingent valuation method in health care. *Health Policy*. 1999;47(2):97-123. DOI: 10.1016/S0168-8510(99)00010-X
24. Laupacis A, Feeny D, Detsky AS, Tugwell PX. How attractive does a new technology have to be to warrant adoption and utilization? Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations. *Can Med Ass J*. 1992;146(4):473-81.
25. List JA, Gallet CA. What experimental protocol influence disparities between actual and hypothetical stated values? *Environ Res Econ*. 2001;20(3):241-54. DOI: 10.1023/A:1012791822804
26. O'Brien BJ, Goeree R, Gafni A, Torrance GW, Pauly MV, Erder H, et al. Assessing the value of a new pharmaceutical: a feasibility study of contingent valuation in managed care. *Med Care*. 1998;36(3):370-84. DOI: 10.1097/00005650-199803000-00013
27. Olsen JA, Donaldson C, Helicopters, hearts and hips: using willingness to pay to set priorities for public sector health care programmes. *Soc Sci Med*. 1998;46(1):1-12. DOI: 10.1016/S0277-9536(97)00129-9
28. Portney PR. The contingent valuation debate: why economists should care. *J Econ Perspect*. 1994;8(4):3-17.
29. Protière C, Donaldson C, Luchini S, Moatti JP, Shackley P. The impact of information on non-health attributes on willingness to pay for multiple health care programmes. *Soc Sci Med*. 2004;58(7):1257-69. DOI: 10.1016/S0277-9536(03)00321-6
30. Rawlins MD, Culyer AJ. National Institute for Clinical Excellence and its value judgments. *BMJ*. 2004;329(7459):224-7. DOI: 10.1136/bmj.329.7459.224
31. Russell S. Ability to pay for health care: concepts and evidence. *Health Policy Plann*. 1996;11(3):219-37. DOI: 10.1093/heapol/11.3.219
32. Ryan M, McIntosh E, Shackley P. Methodological issues in the application of conjoint analysis in health care. *Health Econ*. 1998;7(4):373-8. DOI: 10.1002/(SICI)1099-1050(199806)7:4<373::AID-HEC348>3.0.CO;2-J
33. Ryan M. Discrete choice experiments in Health care. *BMJ*. 2004;328(7436):360-1. DOI: 10.1136/bmj.328.7436.360
34. Sattler H, Volckner F. Methods for measuring consumer's willingness to pay. Research Papers on Marketing and Retailing-University of Hamburg; 2002. N°009.
35. Shackley P, Donaldson C. Should we use willingness to pay to elicit community preferences for health care? New Evidence from using a marginal approach. *J Health Econ*. 2002;21(6):971-91. DOI: 10.1016/S0167-6296(02)00052-8
36. Slothuus U, Larsen ML, Junker P. The contingent ranking method - a feasible and valid method when eliciting preferences for health care? *Soc Sci Med*. 2002;54(10):1601-9. DOI: 10.1016/S0277-9536(01)00139-3
37. Smith RD. Contingent valuation in health care: does it matter how the "Good" is described. *Health Econ*. 2007;17(5):607-17. DOI: 10.1002/hec.1280
38. Stalhammer NO. An empirical note on willingness to pay and starting point bias. *Med Decis Making*. 1997;16(3):242-7. DOI: 10.1177/0272989X9601600308
39. Stewart JM, O'Shea E, Donaldson C, Shackley P. Do ordering effects matter in willingness-to-pay studies of health care? *J Health Econ*. 2002;21(4):585-99. DOI: 10.1016/S0167-6296(02)00003-6
40. Sunstein CR. Willingness to pay vs. welfare. Progressive law and economics? *Harvard Law Policy Rev*. 2007;1(2):303-30.
41. Veisten K, Navrud S. Contingent valuation and actual payment: assessing an induced truth-telling mechanism and elicitation formats for voluntary payments and passive-use. *Appl Econ*. 2006;38(7):735-56. DOI: 10.1080/00036840500400152
42. Volckner F. Biases in measuring consumer's willingness to pay. Hamburg: University of Hamburg; 2005. (Research papers on marketing and retailing, 25).
43. Watanabe M, Asano K. Distribution free consistent estimation of mean WTP dichotomous choice contingent valuation. *Environ Res Econ* [Internet]. 24 Dez. 2008 [citado 2009 ene 28]. Disponible en: <http://www.springerlink.com/content/fq8r0473473nn727/fulltext.pdf?page=1> DOI: 10.1007/s10640-008-9255-3