

**RACIONALIZAR Y OPTIMIZAR EL GASTO SANITARIO. CLAVE DE LA  
APORTACION DE LA ECONOMIA DE LA SALUD AL BIENESTAR SOCIAL**

**Guillem López Casasnovas  
Catedrático de Economía  
Dir del Centro de Investigación en Economía y Salud  
de la Univ. Pompeu Fabra**

**Introducción<sup>(\*)</sup>**

Contrariamente a lo que uno acostumbra a creer -a veces interesadamente-, economistas y profesionales de la salud vamos embarcados en la misma nave. Me gusta pensar que médicos y economistas de la salud, estamos en la misma trinchera, en el mismo esfuerzo por maximizar el bienestar de la comunidad. Y es que, también al contrario de lo que algunos piensan, ni los economistas pueden mirar solamente el lado del coste de las prestaciones sanitarias, ni los profesionales de la sanidad pueden confinarse en los beneficios diagnósticos y terapéuticos de aquéllas. Una de las primeras lecciones que explicamos los economistas es que no se pueden hacer las cosas bien, sin derroche, de manera racional, si no se armonizan los objetivos (el *output de la isocuanta*, decimos) y los costes (la *isocoste*, o restricción presupuestaria, para ser más concretos). El equilibrio entre los dos polos se encuentra (i) cuando el objetivo se consigue con el mínimo coste (con el menor sacrificio de recursos de todo tipo, no sólo monetarios), y (ii) cuando a partir de unos recursos determinados (los socialmente posibles) y -dado que 'tenemos que hacer' (el incremento de actividad es necesaria, hay cuellos de botella, listas de espera ...)-, conseguimos el máximo resultado posible. Por tanto, sin vincular recursos y resultados

---

<sup>(\*)</sup> – Las partes principales del presente texto corresponden a la traducción al castellano del Discurso de ingreso del autor a la Real Academia de Medicina de Cataluña, junio del 2002, y respondido por el prof. Ciril Rozman, del Hospital Clínico de Barcelona.

(coste y output, *isocuantas* y *isocostes*) no puede haber eficiencia asignando los recursos con sentido común.

Vale la pena remarcar que entendemos por eficiencia el cumplimiento siempre, de manera efectiva, de un objetivo bien definido. Dicho objetivo a menudo incorpora en nuestro caso contingentes de equidad, de manera que 'no todo vale' para minimizar costes: es necesario preservar el objetivo socialmente establecido. A veces, lo que acaba haciendo el ejercicio económico es más bien modesto: mostrar 'el coste adicional para alcanzar un determinado nivel de equidad', para que sea la propia sociedad quien valore consiguientemente la adecuación entre los fines y los medios que sus representantes políticos están estableciendo en cada momento.

## **I.- La ética de la eficiencia**

Por todo ello, igual que los economistas de la salud, los profesionales de la medicina también necesitan mirarse en los dos espejos - en el de los resultados de la salud y en el de los costes-, cuando realizan su juramento hipocrático. Dichos costes representan el sacrificio que la sociedad hace para obtener los resultados perseguidos. Dedicamos así el dinero de los contribuyentes, tiempo de los usuarios, incluso tal vez generamos su angustia y sufrimiento como pacientes en la utilización de los servicios sanitarios; recursos que los profesionales, digámoslo claro, 'gestionarán' en su práctica cotidiana, básicamente con la priorización más o menos explícita en la decisión clínica. De otro modo, hacer 'lo que haga falta' por el paciente sin atender al coste, lejos de suponer un paradigma profesional ético, se nos antoja mayormente un comportamiento más cercano a lo 'fanático'. Los profesionales, como todo aquél que 'gestiona' recursos escasos susceptibles de usos alternativos, atender a los costes de oportunidad de las prácticas, a las alternativas perdidas

por no dedicar su tiempo y esfuerzo donde más se necesitan. No hacer caso a este principio de sentido común sería un comportamiento poco ético aunque parezca lo contrario!!.

Así, no sería ni racional ni ético asignar recursos a unas prestaciones, colectivos o pacientes sin considerar lo que aportan en el margen dichos recursos, en términos de beneficios diagnósticos y terapéuticos derivados de la práctica médica que financian. Esto es, la valoración de los beneficios en 'años de vida' y en 'vida a los años'-, respecto de los costes, que la sociedad soporta; recursos que, por otro lado, faltarán a otros que puede que los necesiten más. Será necesario pues valorar una determinada práctica en términos de alternativas: por ejemplo, no sólo para aquellos pacientes que están en espera - con costes que acabarán previsiblemente soportando los mismos individuos-, si no tal vez para aquéllos que no se beneficiarán nunca de los tratamientos disponibles a falta de un programa de educación sanitaria para el que el sistema no encuentra nunca recursos, o para aquellos otros dependientes de nuevas prestaciones, inalcanzables con los presupuestos públicos existentes por falta de inversión, ya que, llegado el caso, todo se destina a gasto corriente.

Corresponde por tanto, a la economía de la salud, acompañar las decisiones clínicas afanándose en asegurar que la racionalidad en el margen y el objetivo de la mejora de la salud poblacional no resten oscurecidos por la inmediatez, la inercia profesional, la presión corporativa o la propia sectorialización organizativa asistencial en la asignación de los recursos. Tanta es la importancia de la tarea encomendada para el bienestar social que profesionales sanitarios y economistas se necesitan mutuamente.

## **II.- Economía y medicina: asíntotas en el mismo eje de la salud**

En efecto, Economía y Medicina, tanto como disciplina como cuerpo de conocimientos, a pesar que fluyen de ejes diferentes, son asíntotas a la coordinada de la salud. De manera que contrariamente a los tópicos absurdos (según los que el economista miraría siempre el dinero y el sanitario la salud), el trabajo de ambos se parecen mucho. Los dos buscan sacar el máximo partido a los recursos que la sociedad pone al alcance del dispositivo asistencial; los profesionales sanitarios trabajan para aligerar el dolor y los economistas de la salud para aligerar o disminuir la escasez. Y el beneficio al que ambos aspiramos sólo será máximo si sabemos aplicar los recursos con rigor, sin derroche. Para dicho propósito deberemos poner, si se tercia, 'plomo en las alas' de la ingenuidad de quien piensa que 'lo que vale no cuesta', y pese a que resulte más fácil ignorar la escasez a favor de 'gastar más' y complacer así, aparentemente a las partes directamente implicadas. Sin embargo, el discurso de la Economía de la Salud no es de complacencia. La racionalización es un objetivo. La priorización una necesidad. La mejora de la gestión no es una 'alternativa' coyuntural, sino una obligación permanente. Como resultado de todo lo que hemos mencionado, la exigencia del trabajo común que antes comentaba es ingente. Priorizar es incómodo, sobre todo cuando explícitamente el político no lo hace (casi nunca lo hace). Implica pensar no sólo en términos del enfermo que uno tiene delante es complejo en un sistema sanitario público en el que todos piensan tener derecho a todo y de la mejor calidad. Supone mantener conocimientos clínicos al día sin dejarnos llevar por la inercia ni embaucar por la novedad es costoso. Requiere mantener una visión holística de los problemas de salud poblacional, sin que esto nos lleve a la inanición individual, es prácticamente una misión altruista.

Por lo demás, todo lo anterior no es algo evitable a golpe de 'más dinero'. Los recursos que se dedican a la sanidad responden a una decisión social, especialmente en sistemas que queremos públicos como el nuestro, y que tiene base política. Ante esta decisión, los profesionales y/o expertos de la salud y la economía podemos informar la asignación propuesta. Así, la podemos referenciar, por ejemplo, a cómo la solucionan en otros países, tal vez en aquellos que tienen sistemas sanitarios parecidos al nuestro, que muestran niveles de renta y desarrollo similares, estructuras geo-demográficas y necesidades sociosanitarias parecidas, etcétera. Pero de todas formas, en democracia, la decisión es siempre finalmente política. Y para ello, nuestra capacidad definitoria es similar a la de muchos otros ciudadanos y se expresa en el derecho a votar para hacer posibles las opciones que mejor representen nuestras preferencias como miembros de la comunidad.

Por tanto, resulta ineludible para todos partir de una restricción financiera dada, bajo una percepción de coste de los recursos en sentido amplio, de coste de oportunidad diremos -resultado de valorar lo que hacemos en términos de las alternativas posibles que dejamos de hacer- y de coste social: no tan sólo el relativo al coste financiero, presupuestado: también los costes indirectos, los intangibles, las externalidades sociales, los que se imponen sobre otros sectores... Y dada la labor que la sociedad nos atribuye, profesionales sanitarios y economistas de la salud necesitamos encontrar las complementariedades, compartir el mismo tren, al servicio del bienestar social.

En las dos secciones siguientes propongo aplicar la argumentación anterior a dos excursiones discursivas, que puedan ayudarnos a entrever y reforzar el horizonte que es común. El primero de los terrenos es el del *valor de la salud*: Esto es: ¿los recursos que utiliza la sanidad se justifican plenamente en el bienestar que de esta deriva la sociedad? El

segundo ámbito se basa en una cuestión mucho más abierta: ¿podremos continuar ejerciendo nuestras capacidades mañana sobre la base de lo que aprendimos ayer?, *resulta apropiada la estructura de nuestro sistema sanitario -la manera en que se organiza, se financia y gestiona- para poder afrontar el futuro que se nos avecina?*. De nuevo una pregunta delicada, sin una respuesta única, pero a la que contestan bien los hombres del mar: *'nunca el viento es bueno para quien no sabe hacia dónde se dirige'* ...

### **III.- La contribución de la Economía de la Salud en el enderezamiento necesario del foco de análisis: el valor de la salud.**

Tal como comentaba, quisiera dedicar las siguientes páginas a examinar el papel de la asistencia sanitaria en la mejora de la salud de las poblaciones, de manera que podamos comparar el valor de la mejoría en la salud conseguida -en la parte que pueda al menos corresponder a la asistencia médica- con los costes que los servicios sanitarios generan. Esto significa que debemos valorar los recursos que la sociedad aporta a nuestros sistemas de salud en términos de los resultados definidos en términos de la salud de la población. Para ello, no tan sólo deberíamos contemplar el sector sanitario, en vistas a la riqueza que 'crea' o arrastra para el conjunto de la actividad económica como fuente inductora de empleo y renta de muchos otros sectores: no en vano nuestros *National Health Services* suelen ser uno de los empleadores de trabajo y capital más grandes -si no el que más- de la economía. Querría contemplar mejor el sector sanitario en relación al valor del 'capital humano' que crea en si mismo, del 'patrimonio' de bienestar que posibilita la salud en la sociedad, del valor monetario si hace falta, al que contribuye a lo largo del ciclo vital de un individuo.

Para ello es necesario seguir un determinado *iter*: Querremos valorar (i) la esperanza de vida en cada edad, (ii) la prevalencia de las condiciones adversas para aquellos que 'sobreviven' y (iii) la calidad de vida, condicionada a una determinada condición adversa<sup>1</sup>.

Realizado este ejercicio en dos momentos diferentes podemos valorar si, en el período analizado, el beneficio registrado supera o no con creces el aumento de los costes asociados a la asistencia sanitaria, contabilizados en sus diferentes aspectos.

Un ejemplo concreto podría ser el siguiente: Imaginemos la relación positiva, pero a tasas decrecientes, entre el gasto sanitario y los indicadores de salud. Los economistas la denominamos productividad marginal decreciente de las prestaciones sanitarias. Así, en el tratamiento quirúrgico de *bypass* coronario, los beneficios aumentan cuanto más enfermos son tratados, pero extendiendo cada vez más los colectivos a que se destina la intervención, el incremento es cada vez más pequeño<sup>2</sup>. En este punto, limitar en el margen la intervención quirúrgica, puede tener algunas consecuencias adversas para la salud, dado que, a pesar que se beneficiaran menos, los tratados antes de algún modo se beneficiaban. Sin embargo, seguir dicha estrategia puede ahorrar recursos de manera sustancial, de modo muy superior a los beneficios perdidos, y que se pueden dedicar a otras finalidades, ya sean nuevas alternativas terapéuticas o hacia nuevos colectivos destinatarios de los tratamientos.

Además, este cuadro puede cambiar en el tiempo: Supongamos ahora que el sistema sanitario registra en una década determinada un aumento de resultados, pongamos por caso, derivados de la mejora en la intervención quirúrgica comentada. Para enfermos 'similares' a

---

1- Seguimos aquí la metodología formulada por D. Cutler, J. Newhouse y otros, en *American Economic Review Papers and Proceedings*, 1999.

<sup>2</sup> - No digamos ya cuando esta productividad marginal deviene decreciente, de manera que al valor medio de la prestación, la extensión de los colectivos tratados resta y no suma valor en términos de salud y/o calidad de vida.

los de antes, los resultados de la intervención se incrementan, de modo que los médicos pueden decidir si extienden la cirugía (mejorada) a más pacientes. Como consecuencia, más pacientes serán tratados en total y registraremos otra vez mayores beneficios conjuntos, pero todavía para el enfermo 'marginal' (el último tratado para el que el beneficio aunque escaso continúa siendo positivo), los beneficios en términos de salud continuaran siendo pequeños con relación a los costes. Si esto ocurre, el cambio en la tecnología médica debe resultar globalmente valioso, pero todavía estaríamos suministrando recursos médicos en exceso. Por tanto, si limitáramos este tipo de prácticas, perderíamos menos beneficios respecto de los recursos que liberaríamos hacia otras áreas de tratamiento médico. Este es, posiblemente, el reto permanente de la sanidad pública: pensar y actuar siempre en términos de alternativas, de coste de oportunidad, de lo que se podría hacer y no se hace (por que se hacen otras cosas menos adecuadas), a igualdad de recursos, para la mejora de la salud de la comunidad. Claro que ello requiere una estrategia permanente de revisión y duda razonable, al menos para aquellas cosas que, en el margen, generan más incertidumbre sobre su coste-efectividad. Un esfuerzo anti-rutina que, aunque poco agradecido, no deja de ser necesario.

En resumen, la primera cuestión relevante para definir una política sanitaria pública coherente consiste en cómo podemos diseñar un sistema de asistencia que mantenga mejoras valiosas -en términos de salud-, como resultado de la tecnología médica disponible, y al mismo tiempo trabaje para reducir la asistencia de bajo valor. Y ello manteniendo siempre una visión amplia (a largo plazo) sobre las estrategias de salud (también intersectoriales), de manera constante e independiente de los problemas coyunturales de coste y sostenibilidad financiera (que a menudo acostumbran afectar costes de mañana



teniendo en cuenta los presupuestos de hoy). Por tanto, y como resumen, antes de afirmar que la respuesta a los problemas de organización, financiación y gestión de los recursos sanitarios es la correcta debemos asegurarnos que lo es la propia pregunta formulada en primer lugar: el valor que añade en la salud de la población una reasignación o nueva dotación de recursos!.

### *Las estimaciones*

La valoración que para el anterior ejercicio se propone parte de las siguientes premisas: Se considera el gasto médico en cierto momento del tiempo a partir de los datos resultantes de un determinado patrón en la utilización de recursos, específico para grupos de edad y de acuerdo con la tecnología dominante. Sin cambio alguno en pautas de consumo sanitario, ni cambios en incidencia de enfermedades, ni en el coste de los servicios, la población que viva  $x$  años adicionales en el futuro, desde el momento presente, puede esperarse que genere unas necesidades de gasto  $z$ .

Este gasto futuro es el producto del gasto calculado como decimos, condicionado a la supervivencia de la población, por la proporción de esta que se predice sobreviva. Si este gasto futuro lo contabilizamos a valor presente (es decir, lo descontamos), cuantificaremos el valor actual del consumo sanitario futuro. Realizado este cálculo en dos momentos distintos del tiempo (por ejemplo, cada diez años), identificaremos por esta vía la variación en el gasto sanitario para el resto de vida de un individuo actual y de hace diez años, que posean unas características similares. Destaquemos en este cálculo la influencia que, de nuevo, representa la variación en la esperanza de vida, la prevalencia de las condiciones adversas para aquellos que viven y la calidad de vida (las necesidades de tratamiento médico reparador); variación siempre condicional a sufrir la condición mórbida adversa.

En este contexto, la cuestión del *valor* que añade el sector sanitario podría ilustrarse de la siguiente manera: Si hoy tuviéramos un nieto, en cuánto estaríamos preparados a valorar (a pagar) socialmente (en conjunto) para poder disfrutar de la tecnología a la que éste tendrá acceso hoy, por encima de la que disponíamos nosotros al nacer, pongamos que hace ahora cincuenta años?.

Para la anterior valoración conviene recordar que el cambio en la frontera de posibilidades para acceder a más y mejor vida ha experimentado en todo el mundo occidental ha sido espectacular. Así, el cambio en la esperanza de vida ha sido incesante en el decurso del tiempo: La esperanza de vida sin incapacidad representa en torno al 80% del tiempo de expectativa de vida. En lo que a capacidades médicas reparadoras se refiere las cifras más recientes son igualmente impresionantes, vista la evolución de las tasas de mortalidad ajustadas por edades, las innecesariamente prematuras y sanitariamente evitables (IMIPSEs), la prevalencia de enfermos con infección quirúrgica, etc.. Dicho valor, no puede estimarse tan sólo según la mayor supervivencia que hoy dispone la sociedad, sino también por la calidad con que ésta se vive. La calidad se relaciona también con la reducción de la ansiedad que la espera de tratamiento, pongamos por caso, provoca; con la disminución del sufrimiento, derivado por ejemplo, de una terapia concreta (también incomodidad); con el dolor por falta de atención paliativa; con la incapacidad de ejercer las actividades normales de la vida, ya sea por un problema de movilidad, de dependencia funcional, etc., en un contexto social y laboral determinado.

La anterior valoración se puede escalar en un índice sintético. No entraremos ahora en detalle, pero el numerario 'años de vida ajustados por calidad' o *QALYs* en terminología anglosajona, o los indicadores de carga (personal y social) de la enfermedad, pueden servir de ilustración.

La aproximación postulada pretende, por tanto, valorar como capital o 'patrimonio de salud' el valor presente del número hoy esperado de años de vida, ajustados por la calidad con la que los vivirá, para una persona a lo largo de su vida, y de los que no dispondría con las condiciones sanitarias del pasado. Si dicho cálculo lo realizamos en dos momentos diferentes del tiempo, podemos comparar los beneficios en salud y bienestar con el incremento del gasto (recursos sociales afectados en sentido amplio), en un símil de un macro análisis coste-beneficio, y con el detalle de los tratamientos concretos utilizados como referencia<sup>3</sup>. Quiero destacar que para la estimación de ambos extremos (recursos y resultados) utilizamos el patrón corriente de utilización de recursos; por ejemplo, en la manera que valoramos la calidad de vida esperada en cada edad. En otras palabras, asumimos que los niños de hoy, en ausencia de innovación sanitaria (que es lo que tratamos de valorar) cuando tengan sesenta años, tendrán la misma expectativa vital, ajustada por calidad, que la que tienen hoy las personas de sesenta. De manera similar asumimos que el gasto médico de los niños de hoy, cuando tengan sesenta años, en ausencia de innovación sanitaria (que es lo que tratamos de valorar), será equivalente a la que hoy tienen los de sesenta. No se trata pues, de una predicción 'real' en ninguno de los dos casos (cosa por otra parte imposible de realizar), sino

---

<sup>3</sup> Una manera de aproximar esta valoración puede consistir en estimar una regresión entre los valores de los estados de salud percibidos de acuerdo con las encuestas disponibles, y un conjunto de condiciones que tienen un registro aceptable en los dos momentos del tiempo que se comparan. Diagnósticos y tratamientos que han influenciado decididamente la salud de la población pueden considerarse el caso de la enfermedad cardiovascular, el cáncer, los problemas de visión, la diabetes, las dificultades de oído, los problemas ortopédicos, parálisis, artritis, amputación, etc. Es probable que la regresión postulada requiera el ajuste por las interacciones que se puedan producir entre condiciones, multiplicando por una escala particular su impacto. Estos factores obviamente deberán considerar su previsiblemente distinta prevalencia en los dos períodos analizados (por ejemplo, ajustada por los cambios en composición en la edad y género de la población) y sobre esta diferencia estimar los parámetros que ponderen la calidad con la que se viven las diferentes condiciones en cada uno de los dos momentos del tiempo analizado. Como resultado, el factor estimado o regresor representaría la reducción en la calidad de vida asociable en cada condición en los respectivos momentos del tiempo -las encuestas de salud pertinentes. Finalmente, uno podría considerara una metodología alternativa consistente en aplicar sobre aquellas diferencias un QALY estimado específicamente para cada uno de los períodos.

que son cifras que resumen y explican el estado presente en términos de salud y de gasto sanitario en la población actual.

Finalmente, vistas las cuantificaciones obtenidas con los numerarios anteriores, necesitamos posteriormente valorarlas (monetariamente) respecto de lo que puede representar en cada caso un año en perfecto estado de salud. Sobre este valor deberemos re-escalar los años de vida ajustados por calidad, tal como lo hemos calculado. Otra vez, el referente de los umbrales considerados para ambos momentos del tiempo pueden ser suficientes: fijamos unos valores, por ejemplo, los que se derivan de las indemnizaciones judiciales, del valor del output perdido o de las valoraciones contingentes<sup>4</sup>, y computamos respecto de estos las valoraciones de las ganancias en salud, y sobre ellos, si procede, realizamos los análisis de sensibilidad oportunos.

Siguiendo la estrategia comentada, algunos autores como Cutler, McClellan, Newhouse, Remler, Cockburn, Shapiro, Heidenrich, Cokburn, Berndt, Busch, Frank y otros<sup>5</sup>, han iniciado ya el ejercicio señalado anteriormente, cuantificando costes y beneficios de diferentes tratamientos que muestran una notoria variación en el tiempo, ya sea en costes o en resultados, de manera que resulta fundamental evaluar los beneficios netos de dichos avances. Así, en materia de enfermedades cardiovasculares y del cáncer, de la cirugía de la catarata, del tratamiento de la artritis y de la fase aguda de la depresión grave, por señalar unas pocas.

---

<sup>4</sup> - Véase para un resumen de posibles cuantificaciones J Pinto y J Puig, Fundación BBVA-CRES, 2002.

<sup>5</sup> - Véase *Medical Care, Output and Productivity* D. Cutler y E Berndt (eds), Univ. de Chicago Press 2001

Está claro que si nuestros cálculos se acabaran aquí, nos equivocaríamos. Es sabido que, además de la tecnología médica, afectan la salud y el gasto sanitario los cambios de estilo de vida, los hábitos alimentarios, la práctica de ejercicio físico, cambios ambientales y de conducta social y, por supuesto, la aparición de nuevas patologías, como el SIDA. Incorporar estos factores en el análisis es esencial para identificar los beneficios netos de la tecnología sanitaria a lo largo del tiempo. En consecuencia, se hace necesario valorar el porcentaje de la contribución concreta de la innovación sanitaria en el conjunto de cambios registrados. Como la neutralización de los efectos anteriores resulta muy compleja, puede recorrerse un camino indirecto: calcular qué umbral mínimo debe representar este avance tecnológico (distinto a las condiciones externas que lo acompañan) para justificar la variación del gasto en relación a la variación en los beneficios (estados de salud). La experiencia demuestra, a partir de los trabajos ya realizados, que no resulta difícil derivar valores pequeños para dicho ratio, sobre todo para intervalos largos en el tiempo, de manera que parece probarse que se justifica sobradamente en valor lo que se 'compra' con el gasto sanitario.

Por ejemplo, los cálculos realizados recientemente en los EE.UU. demuestran (D. Cutler y E. Richardson, ob.cit.) que sólo que en los últimos cuarenta años un 30% de la mejora en el 'capital' salud de la población se hubiera debido a la asistencia sanitaria, el gasto médico registrado en los EE.UU. -el país que más gasta en sanidad del mundo- estaría más que justificado a la vista de los beneficios conseguidos. Si este es el caso también en nuestro país (lo que resulta probable dado que gastamos la mitad en sanidad, en términos de PIB, de lo que gasta EE.UU., con indicadores agregados de salud bastante satisfactorios), el excesivo foco en el gasto (y su contención, que no su racionalización como veíamos 'en el margen') nos puede hacer perder la perspectiva de la eficiencia social. Para este propósito

la pregunta relevante no puede ser la tradicional de *'qué ha de hacer el Estado si quiere limitar los costes sanitarios para que el sistema sea 'sostenible' en el futuro, con el porcentaje de renta que dedicamos hoy?'*, sino *'cómo podemos conseguir los máximos resultados del gasto sanitario que sí añade valor, evitando el gasto que no lo aporta?'*. Ello equivale a reconocer que el conjunto del sistema sanitario puede conseguir un mayor valor, redirigiendo recursos desde los ámbitos en los que éstos se utilizan de manera más deficiente, como en los casos de utilización inadecuada, infra o sobre utilización de tecnologías que no tienen coste-efectividad probado (y a menudo ni tan sólo su efectividad). Y en esta tarea, profesionales sanitarios y economistas estamos de nuevo en el mismo lado de la trinchera..

Dicho esto, remarcamos ahora la segunda parte de la respuesta: La anterior constatación acerca de las consecuencias de la asistencia sanitaria en la mejora de la salud poblacional y bienestar colectivos, no puede ser un pretexto para bajar la guardia en nuestra común tarea de 'brigada contra el derroche' ni para dar patente de corso a cualquier avance que se pretenda presentar independiente de su coste. Con lo ya dicho, *lo que nos debe preocupar no es tanto el poder justificar un mayor gasto sanitario como de qué manera podemos redirigir éste a efectos de alcanzar los máximos resultados del gasto sanitario que sí añade valor, evitando el gasto que no lo aporta?*, lo que equivale a reconocer que el conjunto del sistema sanitario puede alcanzar siempre mayor valor, eliminando los ámbitos en que éste es deficiente.

#### **IV- La segunda gran área de preocupación de un economista de la salud: ¿se podrán hacer frente a las nuevas necesidades con las alforjas del pasado?.**

Parafraseando la frase de Brecht, puede estar caracterizando la sanidad en el momento presente la imagen *de aquello nuevo que no acaba de nacer mientras permanece aquello viejo que no acaba de morir*. Introduzco así lo que es, a mi entender, la segunda gran área de preocupación de la economía de la salud: poder hacer frente a las nuevas necesidades sociales con los dispositivos técnicos y humanos que hoy tenemos, a partir de un *status quo* tan ‘consolidado’ como poco flexible para enderezarlo ante los retos que imponen los nuevos cambios tecnológicos, de envejecimiento, éticos y sociales. Dicho con otras palabras, se trata de analizar si podemos hacer frente a las cuestiones que el futuro nos empieza a deparar con la dependencia de senda de lo que hacemos hoy, de lo que aprendimos ayer, con las actitudes y aptitudes del pasado.

##### *Lo global y lo local en los servicios sanitarios*

No es necesario que ahonde aquí en las transformaciones en las que se encuentra actualmente la sanidad. Un cambio en la frontera de las posibilidades de curar y tratar a las poblaciones que deviene universal, al ser global su conocimiento: desde la lectura cada vez más extendida de las buenas publicaciones científicas al *e-health*, pasando por la ‘evidencia’ de la medicina basada en la evidencia.

El hecho sin embargo de que los recursos para acercarnos a dicha frontera de posibilidades tecnológicas sean ‘locales’ (aquello que cada país puede financiar), marca los límites entre lo posible y lo realizable. Esta dicotomía hace surgir a veces un importante grado de frustración en las expectativas de los ciudadanos y más a menudo en la de los profesionales, inductores de la demanda para el mejor ejercicio, de su práctica, y que presiona fuertemente

el gasto, particularmente en su componente de financiación pública, al ser éste menos identificable en sus costes. Cabe decir que, a menudo, dicha expectativa no es tampoco neutra, estando quizás, hinchada por la presión de la industria, de los medios de comunicación, de los intereses corporativos; presiones con las que a la sanidad le toca convivir políticamente con mucha dificultad. Todavía más, es probable que muchos de los adelantos deseados no tengan un coste-eficiencia claramente superior respecto de las alternativas existentes, por novedosos que aparezcan. Es probable que estén más relacionados con la calidad-utilidad percibida de los servicios que con una mayor efectividad clínica. No en vano es bien sabido que, respecto de la mejora de la salud, el gasto y los recursos sanitarios tienen, como todo en la vida, una productividad marginal decreciente: no viviremos efectivamente para siempre!.

Si esto es así, una vez hecho un reconocimiento previo a los buenos niveles básicos de los que hoy disfruta la población de los sistemas sanitarios de países occidentales, que acreditan una más que aceptable calidad asistencial, profesionales sanitarios y economistas tenemos algunas tareas pendientes. En efecto, después de tantos años de planificación de estructuras -aceptémoslo- más que de innovaciones en gestión clínica, vale la pena empezar a pensar en los ingredientes que nos aporta el cambio de paradigma en la sanidad. Entre éstos, por ejemplo, la irrupción del nuevo 'utilitarismo' en sanidad (el cuidar más que curar, las valoraciones personales subjetivas más que las sociales), y con ello, si se deben financiar éstas de la misma manera que las prestaciones más básicas ofertadas en el pasado. ¿Qué base argumental podemos encontrar para fundamentar una solidaridad comunitaria, pongamos por caso, para el utilitarismo sanitario; por ejemplo, para la prescripción co-financiada con dinero público para la píldora del día después, de las terapias *anti- stress*,



de los tratamiento de la calvicie, de algunos medicamentos de bajo coste-efectividad (e incluso sencillamente de su baja efectividad, visto su reducido valor terapéutico), de los fármacos de estilo de vida, del confort hotelero, etc.?.

### *El tabú de la 'gratuidad'*

La reflexión anterior puede tener su interés en un contexto como el nuestro de crecimientos muy importantes en el gasto público en el pasado (entre 1968 y 2000 España dobla la participación del gasto público en la renta, del 21.3 al 40.5%), y con todavía incrementos recientes de la presión fiscal. Esta se ha basado sobretodo en la imposición indirecta, con el gravamen del consumo, que no es ningún ejemplo de progresividad tributaria (al contrario, viene soportada en mayor medida por la población de menor renta: tanto en el IVA, como, particularmente, en los impuestos especiales).

Dichas constataciones nos pueden ayudar a repensar viejos tabúes de los sistemas sanitarios públicos, visto que nada, desafortunadamente, es gratuito. Si esto es así, tal vez en algunos casos los pagos por servicios mayormente orientados al utilitarismo sanitario, deberían abonarse directamente por parte del usuario o por la vía del seguro complementario –apuntemos que probablemente a prima comunitaria- por parte del asegurado, o a través de co-pagos. Dichos instrumentos financieros, al fin y al cabo, pueden constituir un elemento de financiación no sólo complementario, sino incluso sustitutivo de los crecimientos fiscales. Su regresividad potencial se deberá para ello comparar con los impuestos que sustituyen (posiblemente los indirectos) y con sus aplicaciones de gasto (el utilitarismo se suele vincular a la renta, resultando de nuevo su impacto regresivo). Una estrategia 'blanda' de este tipo ha venido procurada, por ejemplo, por los precios de referencia en la financiación de los medicamentos y la implantación de

genéricos que han aumentado los copagos efectivos en el sector, o por los decretos de financiación selectiva de medicamentos, o la limitación impuesta por el catálogo de prestaciones (ya que, de hecho, una prestación excluida equivale a un co-pago del 100%!!).

Y todo ello sin menoscabo del acceso al 'utilitarismo sanitario, ya que es necesario observar, en todo caso, que la prestación que no se reconoce en la financiación pública de hecho no se prohíbe, sino que el Estado limita su grado de protección financiera!.

En este sentido, como decimos, los pagos de los usuarios, ya por la vía del pago directo, ya por la vía del seguro complementario no tienen por que ser siempre y en todo lugar más regresivos que los impuestos: dependen como mínimo de (i) sobre que servicios se apliquen (tal vez aquellos que muestran, como veíamos, unos beneficios marginales inferiores a sus costes o una menor efectividad clínica), (ii) a qué se destina su recaudación (tal vez a financiar prestaciones efectivas hoy excluidas por la falta de medios, o a mejorar la utilización de servicios para algunos grupos-objetivo) y, por descontado (iii) con qué alternativa de financiación los comparamos (tipo de impuesto). Una mentalidad abierta en este terreno parece del todo necesaria.

Pero vayamos al tema más importante, que no siempre es para un economista es la cuestión de la financiación. A mi entender, el problema clave para afrontar el futuro de nuestro sistema sanitario recae en saber como 'desenganchar' éste en su funcionamiento ordinario de la cultura de la 'universalidad' (no actuando selectivamente) y 'gratuidad' (sin deberes). No interpretamos con esto ningún cambio en la obligatoriedad de la afiliación ni en el modo solidario de resolver la financiación, lo que constituye la base misma de la

intervención pública para la mejora del bienestar social. Me estoy refiriendo al propósito de romper la fútil idea del 'todo para todos de la mejor calidad'.

*Aquello que no termina de nacer*

Para el propósito anterior, resulta extremadamente difícil realizar una prospección de lo que pueda acabar siendo efectivamente la sanidad del mañana, particularmente, si nuestro sistema sanitario continua 'enganchado' en la dinámica que ofrecen hoy los servicios nacionales de salud: 'servicios' como si de un servicio administrativo más se tratara, 'nacional' con pretensión uniformista, y 'de salud', como postulado que no siempre se traduce en la mejor integración de objetivos finales y asistenciales, ni en una buena intersectorialidad entre las políticas del sector sanitario y las del resto de sectores económicos y sociales.

Es posible que en el futuro el abordaje de los problemas de salud requieran una concepción más de sistema de seguro social. 'Sistema', porque el engranaje de objetivos finales y servicios asistenciales, entre agentes públicos y privados, y entre diferentes agentes públicos, legitimados políticamente sobre el territorio, habrá de ser mayor y su éxito, crucial. De 'seguro', por que resulta ineludible la idea de concreción de cobertura asistencial y limitación selectiva de prestaciones. 'Social', por cuanto continuará previsiblemente la solidaridad implícita en el sistema de financiación, la tutela en la cobertura de toda o parte de la población, y una integración mayor de las necesidades sociosanitarias de la población.

Si el cambio de acepción, percepción y conceptualización no se produce, puede el sector sanitario quedar fácilmente 'enrocado'. Ello puede verse favorecido por las mismas raíces del universalismo (beneficios que se acostumbran a presentar como necesarios para todos), del cortoplacismo de las políticas sanitarias que no suele favorecer grandes cambios, del corporativismo normal de los intereses presente en el *status quo* actual, y la utilización a menudo de la sanidad como arma política electoral.

Es posible, por tanto, que la consideración de un nuevo sistema de 'seguro social' impregne sólo muy lentamente la sanidad del futuro. Sustituya así la concepción inglesa del NHS (importado por la Ley General de Sanidad española con más de cincuenta años de retraso), de un servicio que, en definitiva se creó en una circunstancia muy diferente a la actual: en una etapa post-bélica de extrema pobreza, de gobiernos conservadores 'compasivos' y con fuerte preeminencia de la responsabilidad social sobre la individual. Resulta difícil pensar que este instrumento, que tantos éxitos ha tenido en el pasado para mejorar el bienestar de la sociedad, sea extrapolable para hacer frente a un futuro marcado por potencialidades difícilmente imaginables anteriormente, tales como la aparición de tests genéticos y de tratamientos 'a la carta', la irrupción de nuevos y costosos medicamentos de 'estilo de vida', capacidades tecnológicas en las que prima el 'cuidar' sobre el 'curar' y unas fuertes expectativas para introducir elementos de bienestar individual, y no tan sólo de efectividad clínica, en la prestación sanitaria. Y por descontado, en consonancia con todo ello, la aceptación social de una mayor responsabilidad en la esfera individual frente a la acción estatal colectiva.

*Lo que no termina de morir*

La universalidad es ciertamente intrínseca al nacimiento de los servicios nacionales de salud de corte '*beveridge*'. El contexto de los años treinta, de refuerzo necesario de la cohesión social, así lo obligaba, y sus consecuencias han sido importantes. Pero al mismo tiempo los cambios sociales, de garantía de derechos básicos y efectividad clínica, hacen que la universalidad resulte menos justificable. Nótese en todo caso que la universalidad es políticamente cómoda: no visualiza los costes de exclusión ni identifica los potenciales beneficiarios de una acción más selectiva en los servicios sanitarios. No es necesaria la concreción de prestaciones prioritarias, ni precisar el destino de los recursos (en saco común), ni ajustar las prestaciones a los colectivos más necesitados. Para el universalismo la 'igualdad de acceso' a los servicios es suficiente, no siendo necesario garantizar el buen consumo o el mejor resultado. Además, el *status quo* sanitario lo agradece, ya que les otorga un marco estable dentro del que se sabe mover. Cualquier cambio que se plantea desde la universalidad se lee, en consecuencia, de manera hostil por parte de todos aquellos que piensan que el cambio les afectará negativamente, mientras que los beneficiarios potenciales no se reconocen como tales a efectos de dar su apoyo a dichos cambios. Es probable que estos beneficiarios se correspondan con las clases menos influyentes sociales, de manera que no luchan por sí mismos por las situaciones que les pueden beneficiar, con igual fuerza como seguro que lo harán los potenciales perjudicados. De ahí que resulte relativamente sencillo para los intereses instalados en nuestro sistema luchar contra todo cambio que pretenda 'desenganchar', decíamos, el sistema sanitario del universalismo existente: el *lobby* industrial, las corporaciones profesionales, algunas asociaciones específicas de enfermos, etc. Y es que levantar el temor al cambio, a cualquier cambio, suscitar dudas genuinas a todo cambio resulta sencillo de cara a consolidar la situación que ya se pueda estar disfrutando.

Para esta tarea, la complicidad, el liderazgo profesional y académico resulta fundamental para el cambio de actitudes y aptitudes requeridas. El consenso es deseable, aunque difícil de obtener, pero es el momento de ponernos en marcha sin mayores dilaciones.

### **BIBLIOGRAFÍA CITADA**

- Cutler D, Newhouse J y otros, en *American Economic Review Papers and Proceedings*, 1999.
- Cutler D, Berndt E (Eds.), *Medical Care, Output and Productivity*, *Univ. de Chicago Press*, 2001.
- Pinto J, Puig J, (2002) 'La valoración no monetaria de la salud' Fundación BBVA-CRES, 2002
- Puig J., JL. Pinto y E. Dalmau 'El valor monetario de la salud', MSD-CRES, Springer 2001.