



Economía y Salud

boletín informativo

ASOCIACIÓN
DE ECONOMÍA
DE LA SALUD

AÑO 18 MAYO 2005

nº Especial

<http://www.aes.es>

en este número

pág.

QUIÉNES SOMOS 1

- Razón de ser de la AES.
- Miembros de la AES.
- Juntas Directivas (1986-2004).
- Guías de Buena Práctica.

LABORES QUE IDENTIFICAN A LA AES 6

- Jornadas AES (1980-2005).
- Becas y Premios.
- Econsalud.
- Nueva web.
- Publicaciones.
- Revisión de Tesis Doctorales:
Economía y Salud (1989-2005).
- Humor.

LA ECONOMÍA DE LA SALUD EN ESPAÑA 19

- El impacto de la Economía de
la Salud en la Política y en la
Gestión.
- Un documentalista en busca
de la Economía de la Salud.

VERSIÓN ESPAÑOLA 25

- Hágase según arte (h.s.a.).
- Más cine, por favor.
- ¿Qué hace la Economía por
nuestra Salud?

25 años de Economía de la Salud



ECONOMÍA DE LA SALUD
¿DÓNDE ESTAMOS 25 AÑOS DESPUÉS?

XXV aniversario Jornadas AES

A.E.S.
Sardenya, 229 - 6º 4ª
Teléfono 93-231 40 66
Fax 93-231 35 07
08013 BARCELONA

HORARIO
Lunes a Viernes:
de 10 a 2 y de 3 a 7

Editora:
Laura Cabiedes (lcabie@uniovi.es)

Comité de Redacción:
Laura Cabiedes, David Casado, Josep Fusté, Anna García-Altés, Jaime Pinilla, Fernando San Miguel y Oriol de Solà-Morales.

Han colaborado en este número:
Beatriz González López-Valcárcel, Pere Ibern, David Casado, Laura Cabiedes, Jaime Pinilla, Vicente Ortún, Manuel Arranz,
Josep-Eladi Baños y Félix Bosch.

El impacto de la Economía de la Salud en la Política y en la Gestión

Vicente Ortún

Departamento de Economía y Empresa y CRES
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona
<http://www.econ.upf.es/~ortun/>



¿Cómo la Economía de la Salud (ES), una parte de la Economía Aplicada, que no se configura como área de conocimiento -concepto por otro parte anacrónico y superado- ni facilita la identificación profesional -no existe el 'cuerpo de economistas sanitarios'- ni goza de otras bases de poder, puede plantearse su impacto en la política y la gestión sanitaria?

Porque lo tiene, aunque no pueda afirmarse si gracias a Nyami-Nyami o propiciado por:

- Un desarrollo de la base disciplinaria económica, de las bases de datos y de los métodos econométricos muy acelerado durante estas dos últimas décadas. España obtiene una muy buena calificación en Economía en el *ranking* mundial, como se verá.

- La apertura de la ES en España tanto al mundo como a otras disciplinas, lo cual unido a una temprana internacionalización atrajo talento diverso y estimuló una masa crítica que auto-alimenta el proceso.

- La orientación a objetivos socialmente apreciados como la producción de salud y de servicios sanitarios, así como el interés científico del sector sanitario, más avanzado que el resto de sectores con financiación predominantemente pública a la hora tanto de hacerse preguntas difíciles -¿para qué sirve lo que hacemos?- como de contestarlas.

- La disponibilidad de ciertos recursos para investigación, provenientes tanto de organismos públicos como de fuentes privadas (fundaciones e industria).

- La relevancia de los temas trabajados por la ES en España lo que ha dado audiencia, y protagonismo en ocasiones, a sus autores en la configuración de la política sanitaria. Curiosamente la política sanitaria -con alguna excepción- no ha afectado todavía la agenda de investigación en ES, aunque resulta muy previsible que lo haga en un futuro cercano.

Cualquier afirmación sobre la contribución de la ES a la política y gestión sanitarias requeriría:

1. Aislar las medidas de política y gestión sanitarias con impacto favorable en el bienestar social, evaluación de la que en general se carece (ya que no se trata de recoger todas las medidas ni de contribuir a la maleficencia).

2. Establecer la proporción de la mejora atribuible a la ES, para lo cual se precisan dos datos: Riesgo relativo -probabilidad de mejora con exposición a la ES dividida por probabilidad de mejora sin exposición a la ES- y exposición al "factor de riesgo" ES.

Ninguno de los dos requisitos se tiene ni será fácil que se tenga. Las horas de que se ha dispuesto para preparar estas líneas permiten, como mínimo, una aproximación, tampoco la primera, al impacto de la ES en la política y gestión sanitarias a través de: Primero. Establecer unos sucintos paralelismos entre desarrollos políticos y contribuciones de la ES; Segundo. Aventurar cuáles son las innovaciones en gestión clínica y sanitaria en las que la contribución atribuible a la ES sea más clara; Tercero. Reivindicar la importancia que ha tenido educar el olfato de los decisores desde la ES. En todo momento se proporcionan sugerencias acerca de cómo continuar avanzando en el tema planteado.

Contribuciones de la Economía de la Salud a la Política Sanitaria

Tomando la cronología de medidas recogidas en el *Health Care Systems in Transition* para España, de Ana Rico et al,¹ se observa que muchas de ellas, desde la transición, han tenido un *input* de ES: Insalud y primeras transferencias a las Comunidades Autónomas 1978, reforma de la atención primaria 1984, Ley General de Sanidad de 1986 (Ernest Lluch), financiación fundamentalmente impositiva a partir de 1989, Informe Abril de 1991, Ley del Medicamento y financiación selectiva de medicamentos de 1993, ordenación de prestaciones del Sistema Nacional de Salud de 1995... No obstante, todavía es temprano para apreciar el impacto de contribuciones de la ES de estos últimos lustros tales como:

- Relación entre crecimiento económico y salud; papel de los diversos determinantes de la salud.

- Evaluación económica tanto a través de preferencias reveladas como declaradas, pese a que -con todo- ésta es posiblemente la contribución de la ES más normalizada. Está llegando el análisis coste-beneficio generalizado y con él la respuesta, no siempre deseada, a cuántos recursos habría que dedicar a la salud.

- Mejora en los indicadores de resultado de los servicios sanitarios.

- Límites a la racionalidad y comportamientos adictivos.
- Eficiencia en la innovación, producción, prescripción y dispensación de medicamentos.
- Estudios de utilización sanitaria, necesidad, demanda y sus determinantes.
- Producción y organización de servicios sanitarios.
- Desigualdades, contradicciones entre eficiencia y equidad.
- Mercados de *inputs* (recursos humanos, tecnología...).
- Adecuación de las instituciones, gestión pública, mecanismos de cuasi competencia y mercado.
- Explicitación de prioridades. Merece destacarse el liderazgo internacional conseguido ya con el sistema de priorización en cirugía electiva empleando valores sociales y consideraciones clínicas (Espallargues, M. *et al*). La importancia de las "recomendaciones" -en un país que no parece apreciar la inequidad e ineficiencia que comportan- le puede conferir a este liderazgo cierta similitud con el que se consiguió al disponer del primer registro informático de la enfermedad de Hansen (lepra) del mundo hace casi 25 años: donde había mucha lepra no disponían de informática y donde la informática estaba desarrollada apenas había lepra.

Cabe mencionar también ciertas influencias perniciosas de la ES, tales como una aplicación indebida del concepto de consumo excesivo a partir de funciones de demanda o convertir la discusión sobre, por ejemplo, organización e incentivos en una finalidad en sí misma olvidando su carácter instrumental respecto a la consecución de bienestar social relacionado con la salud.

Contribuciones de la Economía de la Salud a la Gestión Clínica y Sanitaria

Aquí la "base de datos" para contribuciones bien podrían ser los 23 números aparecidos de la revista de publicaciones secundarias *Gestión Clínica y Sanitaria*³ o alguna obra de amplia cobertura (Juan del Llano et al, *Gestión Sanitaria*. Barcelona: Masson, 1998). De nuevo la mayor parte de las contribuciones apenas comienzan a aplicarse, al mismo tiempo que alguno de los "avances" registrados tiene un indudable *input* de ES:

- Sistemas de ajuste de riesgos, incluyendo sistemas de clasificación de pacientes.
- Indicadores de comportamiento, medidas de eficiencia.
- Contratos programa, perfeccionamiento presupuestario, sistemas de información, cuadros de mando.
- Articulación entre niveles asistenciales.
- Financiación capitativa.
- Nuevas formas organizativas.
- Evaluación económica aplicada a las decisiones clínicas.
- Incorporación de las preferencias del paciente en las decisiones clínicas.
- Medicina basada en la evidencia científica.

Producir ciencia y aplicarla (inventar e innovar)

El impacto de una disciplina relativamente menor, la ES, aunque aplicada y orientada a la solución de problemas, sobre algún aspecto de la realidad sanitaria española merece un poco de marco general: España ocupa el lugar décimo del mundo en cuanto a producción de artículos científicos según el *Institute for Scientific Information* y el octavo lugar en Economía y Empresa.⁴ Este área de Economía y Empresa es más bien pequeña -representa un mero 1% de esa producción científica española- y el subcampo de ES, minúsculo. Un estudio bibliométrico sobre producción científica española serviría para contrastar la hipótesis de si España ocupa el mismo lugar en la jerarquía mundial de ES que el implicado por haber obtenido la organización del 5º Congreso Mundial de la *International Health Economics Association* (este Julio del 2005 en Barcelona).

La realidad resulta menos risueña cuando abandonamos la producción de nuevo conocimiento y nos trasladamos a la innovación. Innovar supone generar un bien o servicio apreciado o, en ausencia de mercado, valorado por las personas. Y aquí nuestra situación general empeora: la dispersión europea en indicadores de actividad académica, financiados principalmente con dinero público, resulta muy inferior a la dispersión que ofrecen las patentes, un claro exponente de la actividad innovadora. Si España se compara con el país líder europeo en innovación, Suecia, verá sus publicaciones científicas per cápita multiplicadas por tres y sus patentes per cápita multiplicadas por 25.⁵

Innovación en Sanidad parcialmente atribuible a la Economía de la Salud

La innovación en Sanidad se da fundamentalmente en producto y secundariamente en proceso especialmente en entornos, como el español, sometidos a escasa intensidad competitiva (aunque no se precise mercado alguno para que se de competencia). Esta misma falta de intensidad competitiva provocará una menor innovación institucional y organizativa.

La innovación en producto tiene una relación muy lejana con la ES y no será abordada aquí. En cambio, una reciente indagación sobre las innovaciones más significativas en *Gestión Clínica y Sanitaria* durante los últimos veinte años en España seleccionó nueve, seis de las cuales pueden relacionarse con la ES.

1. Actuaciones contra el tabaquismo.
2. Evaluación de medicamentos (y tecnologías en general) sobre bases más científicas.
3. Atención primaria.
4. Los sistemas de ajuste de riesgo (incluye las medidas de producto intermedio ajustadas por casuística tipo Grupos Relacionados con el Diagnóstico).

5. El programa de Médicos Internos y Residentes como innovación y como mecanismo de asignación de recursos humanos.

6. Los programas de gestión de enfermedades.

Aunque los capítulos del libro (Meneu, R, Ortún, V. y Rodríguez Artalejo, F., eds.: *Innovaciones en Gestión Clínica y Sanitaria*. Barcelona: Masson, 2005) que analizan cada una de las innovaciones citadas tienen enfoques bastante diferentes, en conjunto ponen de manifiesto algunas características de la innovación en España que pueden ser tenidas en cuenta para potenciarla en el futuro:

1. Algunas políticas públicas han facilitado la innovación. Ejemplos de ello son el programa MIR, los programas de trasplantes, las actuaciones contra el tabaquismo, la atención primaria de salud, y la evaluación de medicamentos.

2. Una buena parte de la "innovación" en España ha pasado por adaptar innovaciones foráneas, lo cual constituye el significado de innovación más significativo para cualquier institución, empresa o país que no sea líder mundial. Cuando la frontera de posibilidades de producción se desplaza hay que tratar de viajar hacia ella.

3. Algunos investigadores/académicos con cierta influencia política en momentos concretos de nuestra historia reciente han desempeñado, y desempeñan, un papel clave impulsando algunas innovaciones en España. Sabemos que la afiliación de políticos y gestores a sociedades científicas es muy escasa. Por el contrario, entre los 700 socios de AES existen bastantes académicos, clínicos y gestores que podrían proporcionar su valoración sobre cuál ha sido el impacto de la ES en la política y gestión sanitaria utilizando el método del Nobel Stiglitz, aplicable a personas que hayan desempeñado destacadas responsabilidades políticas, gestoras o asesoras (como Joan Artells, Eduardo Bandrés, José Barea, Juan Bigorra, Lluís Bohigas, Juan Cabasés, Enrique Castellón, Javier Elola, Antonio Correia actual Ministro da Saúde de Portugal, Guillem López-Casasnovas, José-Manuel Freire, Ginés González actual Ministro de Salud y Ambiente en Argentina, Javier Hernández, Fernando Lamata, Félix Lobo, Vicente Navarro, Jaime Rabanal, José-Ramón Repullo, Norberto Sanfrutos, Josep Santacreu...).

El método Stiglitz

Stiglitz comparte la polivalencia de los economistas académicos en EEUU y ha contribuido de forma destacada a la ES como disciplina. Durante un tiempo fue miembro y presidente del Consejo de Asesores Económicos de Clinton. Su artículo "The private uses of public interests: incentives and institutions" [*JEP* 1998; 12 (2): 3-22] proporciona una espléndida reflexión sobre todo lo que media entre "invención" e "innovación" en Economía. De cómo fracasaron la mayor parte de las mejoras sociales que abordó y a que se debió el fracaso. Obviamente,

tanto la política como la gestión requieren capacidades de implantación y para ello las habilidades analíticas tienen una importancia secundaria. Lo "fácil" en la vida, aquello para los que nos formaron y formamos, es encontrar soluciones; ya es mucho. Lo "difícil", no obstante, es aplicar estas soluciones venciendo las resistencias de quienes crean perder con las mismas y no gozando del respaldo de quienes no perciben sus beneficios. Un ejemplo: identificar el trasplante renal como alternativa más eficiente que la diálisis resulta "fácil"; conseguir promover el trasplante -en un país hipotético con el índice de dializados más alto del mundo porque, al pagar por acto, se dializaban casi hasta los cadáveres- resulta "difícil". Difícil, porque quienes tienen que impulsar el trasplante renal son los propietarios de las clínicas de diálisis (ese *moonlighting* en la "competencia" que también se da en países como España, donde hoy por hoy resulta anatema plantear un *moonlighting* leal en el sector público).

Disponemos de un antecedente inmediato del método Stiglitz en nuestro país. Joan Rovira y Fernando Antoñanzas analizaron este preciso tema hace sólo cinco años ("Las repercusiones de la Economía de la Salud en la Política Sanitaria de España", en *AES*, ed: *Avances en la Gestión Sanitaria*. Palma de Mallorca, 2000: 201-212) y de ellos se tomarán dos falacias que complican la ya de por sí difícil tarea de relacionar la ES con los cambios, o ausencia de cambios, en la política y gestión sanitaria atribuibles a conocimientos generados por la ES.

1. La de la miopía, relacionada con el corto plazo en el que se pretenden observar unas repercusiones que pueden tardar más de una década en producirse.

2. La del *input* invisible: cursos, conversaciones informales y similares pueden tener una influencia mayor en la práctica que las investigaciones publicadas.

El impacto de la Economía de la Salud no pasa por que políticos, sanitarios, clínicos y gestores "sepan" Economía

Andreu Mas-Colell reflexionando sobre cuál había sido el impacto de la Economía, como disciplina, en el bienestar social destacaba su contribución a la moderación de las fluctuaciones económicas: "¿Nos podemos apuntar los economistas académicos este tanto? Si en el futuro nos lo atribuyen no seré yo quien lo discuta. Ahora bien, es cierto que los conocimientos de física que un buen ingeniero necesita son limitados. Puede que todo lo que necesite un responsable de la política económica sea un buen olfato. Al fin y al cabo, Alemania y Japón no se han distinguido durante este siglo (el XX) por sus espléndidas escuelas de pensamiento económico... Pienso, no obstante, que la economía académica es parcialmente responsable del éxito. Es ésta la que determina qué libros de texto estudian los futuros ingenieros o, con otras palabras, quién les educa el olfato".⁶ Cámbiese el tercio pensando en el político o gestor sanitario como "ingeniero".

La educación del olfato desde la Economía de la Salud

Se expondrán algunos ejemplos de la que parece haber sido una clara aportación de la ES a la educación del olfato.

A) Transparencias en curso para gestores con 10 conceptos básicos de ES, argumentados y aplicados a situaciones conocidas por la audiencia:

1. Necesidades humanas ilimitadas pero recursos finitos.
2. Economía se refiere tanto a beneficios como a costes (aunque la Economía se introdujo en la política sanitaria de la mano del "problema de la explosión de costes" simplemente porque "costes" suena a economía y apenas empieza a disiparse esa impresión generalizada).
3. Los costes no se reducen al hospital ni siquiera a los servicios de salud.
4. Las opiniones implican juicios de valor.
5. Muchas reglas sencillas del funcionamiento del mercado no son aplicables al caso de los servicios de salud.
6. Considerar los costes no es inmoral.
7. Elección referida a cambios marginales, no a la actividad total.
8. La asistencia, sólo una forma de mejorar la salud.
9. La paradoja de la prevención: beneficio social con poco atractivo para el individuo por preferencias temporales diferentes para costes y beneficios.
10. La equidad tiene un coste muy alto.

B) Salvador Peiró: "El objetivo fundamental de la gestión sanitaria es contribuir a mejorar el nivel de bienestar relacionado con la salud de individuos y poblaciones. Pasar de Humpty Dumpty -lo importante es saber quién manda- y la gestión de lo complementario a la gestión de lo esencial -los cuidados- es hoy por hoy un ejercicio de audacia. No hacerlo, un ejercicio de cobardía no exenta de riesgos".⁷ De aquí sigue el discurso de hacer más gestora la clínica y más clínica la gestión, de reducir la impresionante brecha entre eficacia y efectividad en gestión sanitaria, discurso en el que los economistas se funden con otros profesionales en la multidisciplinar investigación sobre servicios sanitarios.

C) Transparencias sobre qué han de saber los clínicos de Economía:

1. Que la eficiencia es la marca del virtuosismo en Medicina, pero que el camino a la eficiencia pasa por la efectividad.
2. Que la ética médica exige la consideración del coste de oportunidad en las decisiones diagnósticas y terapéuticas.
3. Que las utilidades relevantes son las del paciente, siempre que no olvidemos la paradoja de la salud (mejora de indicadores objetivos y empeoramiento de la percepción subjetiva de la salud) que llevaría a centrarse indebidamente en los usuarios 'www' (*well, wealthy, worried*).

¿Hasta qué punto se ha educado el olfato? En la población de gestores, clínicos y académicos de AES -claramente sesgada- sabemos que no existen diferencias en el grado de conocimientos sobre ES entre los distintos grupos identificables en AES: economistas académicos, clínicos y gestores.⁸ Parece, pues, que puede educarse el olfato.

Recapitulando: la "exposición" a la ES parece ser efectiva aunque no puede establecerse hasta qué punto esa exposición aumenta las probabilidades de mejoras en el bienestar social a través de la política y gestión sanitarias (desconocimiento de riesgos relativos). Los indicios recogidos señalan:

1. Notorios avances en la capacidad de la ES producida por españoles varios de contribuir, lo cual se notará más en un futuro, especialmente cuando política y gestión configuren en mayor medida la agenda de investigación en ES a través de sus necesidades y encargos.
2. Secuencias temporales -con retraso y sin inferencia de causalidad alguna- entre contribuciones de la ES y cambios en política y gestión.
3. Atribución razonable a la ES de cierto papel en las innovaciones en gestión clínica y sanitaria más importantes habidas durante los últimos veinte años en España: actuaciones contra el tabaquismo, evaluación de medicamentos y tecnologías en general sobre bases más científicas, atención primaria, sistemas de ajuste de riesgo, programa MIR y programas de gestión de enfermedades.
4. Un claro rol educativo, de olfato como mínimo, para la ES que ha sabido integrarse en los movimientos salubristas, gestores y clínicos orientados a la mejora de la salud sobre bases científicas.
5. Consolidación de tendencia para la ES en España: líder mundial en alguna ocasión, adaptador de innovaciones foráneas que permitan viajar a la frontera de posibilidades, reduciendo la brecha entre eficacia y efectividad, siempre.

¹ Disponible en: <http://www.who.dk/document/e70504.pdf>.

² <http://www.aatrm.net/pdf/br0402ca.pdf>.

³ Accesible en <http://www.iiss.es/gcs/>.

⁴ Véase <http://isi02.isiknowledge.com/portal.cgi?DestApp=ESI&Func=Frame>.

⁵ Archibugi, D. y Coco, A.: "Europa en la carrera de la innovación". *Cuadernos de Economía y Dirección de la Empresa* 2004; 20: 35-56.

⁶ "La reflexión económica del siglo XX des del siglo XXI". *Revista Econòmica de Catalunya* 1992; nº 17: 11-14.

⁷ *Revisiones en Salud Pública* 1997; 5: 141-147.

⁸ Puig, J. et al: "Conocimientos, valores y políticas en economía de la salud". *Gaceta Sanitaria* 2000; 14(5): 378-385.