



**Universitat  
Pompeu Fabra**  
*Barcelona*



**Colección Health Policy Papers**

**2017 – 02**

**POLÍTICA PÚBLICA, SANITARIA Y DEL MEDICAMENTO**

**Guillem López-Casasnovas**

**Catedrático del Departamento de Economía y Empresa**

**Universitat Pompeu Fabra**

**Barcelona**



La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centre de Recerca en Economía y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF).

**Barcelona, Febrero 2017**



## POLÍTICA PÚBLICA, SANITARIA Y DEL MEDICAMENTO<sup>1</sup>

Guillem López Casasnovas

### Política y racionalidad económica

Un nuevo responsable de la sanidad española, Ministra recién nombrada, ha mirado un árbol del bosque que configura el sistema sanitario español y no le ha gustado. Era el árbol más expuesto políticamente, el menos abrigado de la floresta ideológica: el del copago de los pensionistas. Nació éste al amparo en su día de la Seguridad Social y así se ha recordado -como prestación farmacéutica- cuando el cuidador lo ha querido dejar de las manos autonómicas, por aquello de que era prestación de la seguridad social y no estrictamente sanitaria. No en vano, en su día se podía considerar la exención del copago a pensionistas una prestación en especie substitutiva o complementaria a la monetaria de la pensión. Si el medicamento era gratis, no hacía falta compensación monetaria adicional.

Lo cierto es que la Ministra, con suficiente empuje, se ha fijado en que el copago establecido ya actualmente a los pensionistas, y que bastante costó implantar en su momento -aunque llamaba al cielo la inequidad de su tratamiento respecto del de parados y otras rentas bajas-, es hoy poco 'granular': un pensionista de 18.100 euros es tratado, a la hora de establecer su copago máximo, igual que uno de 100 mil euros y de modo muy diferente a uno de 17.999. Este es un problema general en muchos ámbitos de las políticas públicas que establecen categorías. Así, los dependientes con un baremo (estimación de necesidades) de 24 puntos no tienen derecho a servicios públicos de dependencia, pero con 25 puntos, sí. Y estos que tienen derecho, nombrados "de grado 1", se consideran iguales que los dependientes de baremo 49, ¡también "de grado 1"! Asimismo, estos devengan unos servicios muy distintos a los de 51 puntos, que tienen ya un "grado 2". Y las discontinuidades siguen dañando la lógica de las prestaciones. Dichas clasificaciones, en la medida en que trascienden en servicios, se 'ven' menos, pero si lo hacen en dinero (prestaciones monetarias, o en copago como en nuestro caso), devienen más notorias.

El problema es que cuando la ministra se fija en este punto arrastra a muchos actores del sistema a que focalicen el mismo problema. Y pese a su escasa relevancia -dadas las escasas cohortes de pensionistas en tramos elevados de renta- y aún siendo cierta la cuestión, se trata de un foco equivocado. Hacemos con ello que de la sanidad se hable más por la parte crematística y no de su organización y efectos sobre la salud, desde el prejuicio político ideológico, aunque legítimo, acaba arrastrando cualquier otra consideración más argumentada. Pero, sobre todo, con ello se desvía la atención lejos de otros ámbitos mucho más importantes, que requieren actuaciones mucho más trascendentes: por ejemplo, de cómo pagamos a los hospitales por su actividad (con ello, a menudo 'cuanto peor, mejor: más actividad, más *productivitis* innecesaria); de la existencia de 'silos' en el mundo de los medicamentos, que los impermeabiliza de la relación coste-efectividad respecto de

---

<sup>1</sup> - Agradezco los comentarios de Ricard Meneu, Carlos Campillo y JJ Artells, siendo los errores y omisiones sólo míos.

alternativas terapéuticas u otros tratamientos y de sus costes de oportunidad; cómo crece la factura de farmacia hospitalaria, cómo retribuimos con los salarios a profesionales que quieren cobrar como trabajadores por cuenta ajena y decidir por cuenta propia, o de cómo hablamos de salud global, prevención de enfermedades evitables y coordinación de servicios cuando en realidad no incentivamos suficientemente la integración sociosanitaria, ni la de los propios proveedores sanitarios de asistencia especializada con la atención primaria.

Un responsable lo que hace con ello es desviar el tiro, no porque no tenga razón con lo que dice sino porque en el pantano en el que se mete hay poco que sacar de raíces fértiles para la mejora de la salud de los españoles. Agita un árbol en el que por otra parte anidan determinados pájaros que conforma un *statu quo*, hábitat confortable en que anidan ajenos a depredadores. Y más allá de la sacudida y el revoloteo generado en medios, en el parlamento, es probable que nada acontezca, las cosas vuelvan a su cauce, más allá del registro que de la cuestión dejemos como fotografías de situación algunos economistas de la salud y se restaure la tranquilidad. De ello quedará la reafirmación de una cultura hostil al cambio en la que se prueba la teoría del balancín, un poco hacia adelante, un poco hacia atrás, para que todo continúe igual, pese al sobresalto de algún que otro vaivén.

Fijémonos además en los instrumentos para atacar lo que no gusta, más allá de las descalificaciones políticas. En lo que se refiere a la cuestión 'granular': quisiéramos un copago mucho más sensible a la renta de cada uno, se dice. De hecho, pasar de tres a cinco tramos tampoco lo arreglaría, con más categorías, más saltos de categoría... por 'gránulo' de un euro adicional. Alguien podría decir que si se quiere graduar pago y renta ya tenemos para ello el impuesto sobre la renta: hacer que todo se pague con tributos y dejar de marear con copagos puede ser una conclusión apresurada. Esto sería sin embargo una falsa solución, ya que un copago busca implicar al usuario en la financiación y no sólo dejarla a cargo del contribuyente. Como he argumentado de manera extensa en otros lugares<sup>2</sup>, la solución razonable radicaría -si acaso- en llevar el copago a la renta y no la renta al copago cómo parece que se propone. De manera que, del mismo modo que en la base imponible de la renta ya se permite hoy restar gastos por comportamientos que se quieren incentivar, a esta misma base se podrían sumar las que se quieren penalizar (evitando consumos abusivos, por ejemplo). Aumentarían así las bases no sólo haciendo un copago vinculado a la renta, sino que ¡lo haríamos progresivo! La propuesta que comentamos tiene varias ventajas más: no estigmatiza 'tipo de pobres' (con categorías, de 18 mil, de 9 o 12 mil euros o la antigua beneficencia) y tiene elementos pedagógicos. Cuando se incorporase a la declaración de la renta el copago por uso de servicios fuera de lo establecido (una urgencia que no era, una especializada sin pasar por primaria, un medicamento de marca frente de un genérico o biosimilar, recordaríamos que las cosas tienen un precio por mal uso y del buen uso aprenderíamos el valor de pagar impuestos.

Como decíamos antes, pese a las buenas intenciones, la nueva responsable de sanidad tiene problemas mayores que el de los copagos de pensionistas. El bosque de lo sanitario, en el que habitan todo tipo de flora y fauna, silvestre y domesticada, abriga múltiples árboles y especies desigualmente protegidas. Zonas reservadas a experimentaciones tecnológicas de futuro incierto, variedades autocuidadas por los propios destinatarios -asociaciones de pacientes en

---

<sup>2</sup> Así en el libro de la Fundación Campalans en el capítulo *Una reflexión sobre la financiación sanitaria y una propuesta de articulación de copagos basados en la renta* (<http://www.fcampalans.cat/uploads/publicacions/pdf/Capitol%208.pdf?phpMyAdmin=it42avIXAnYJTCZUeVrZLa7kSf8>).

convivencia con proveedores- y zonas húmedas en las que proliferan algunas setas venenosas. Una de dichas áreas fangosas es la del medicamento: tras su evolución reciente de pertinaz sequía, las cifras del gasto farmacéutico y la sostenibilidad de la financiación sanitaria en su conjunto pueden volver a estar en entredicho. De la financiación en principio se ocupan otros ministerios, los de economía y hacienda. Suscribió éste último ministerio un protocolo con Farmaindustria. El compromiso alcanzado supone que dicho gasto no crezca por encima del PIB (con una mínima variante). Ello está protegiendo hoy al sector de medidas alternativas más invasivas (desfinanciar, bajar precios, etc.), a cambio de que todo el sector proveedor de medicamentos al sistema mantenga unos ingresos que se correspondan con un gasto público constante en términos de PIB. Sin embargo, si sobrevolamos un poco el bosque para analizar correctamente éste 'árbol', podemos detectar problemas a la vista: la prescripción (recetas) sigue aumentando (a veces -aunque no siempre- con más y mejores fármacos, pero en todo caso muchísimo más caros que su escasa mayor eficacia o seguridad). Y con aquel acuerdo, protocolo con la parte de laboratorios pertenecientes a Farmaindustria, no queda claro cómo se pueden diluir las tensiones de mayor gasto que presionan a la sanidad (la factura de farmacia hospitalaria cuando se agota el efecto anterior del medicamento contra la hepatitis C, está ya subiendo por encima de lo pactado). Hace falta con ello discutir, por ejemplo, cómo repartir las cuotas iniciales entre los partícipes del techo acordado para compensar sus desviaciones. O cómo facilitar que se incorporen innovaciones procedentes de la industria, de dentro o de fuera de la patronal farmacéutica, o cómo poner coto a las aventuras de dispensación hospitalaria o de prescripciones fuera de indicación. Además, si se sobrepasa dicho crecimiento (lo que ya ha ocurrido el 2016 si comparamos cifras comparables de gasto con el 2015) no queda claro qué hacer y qué participación en ello van a tener las Comunidades Autónomas.

El cómo fijar las participaciones en una envolvente de gasto determinado es un viejo conocido en la política pública. Por un lado, se ha de mover la asignación en acuerdos precio-volumen, ya que el factor cantidad y el factor precio juegan en una misma sustituibilidad al igualar el gasto el precio por volumen. Ello obliga a reescalar uno de los dos factores si el otro varía. En países como Alemania, en la fijación de tarifas por actividad respecto de los acuerdos de gasto, se conoce como este re-escalamiento puede romper incentivos a huidas colectivas en favor de mayor actividad -que es el factor que más domina el profesional- a costa de no generar mayores ingresos. Ciertamente la motivación a que los otros respeten el pacto para uno romperlo por su cuenta no deja de ser un peligro. Pero si todos siguen idéntica motivación en el cártel, todos acaban perdiendo (trabajar más sin mayores ingresos). El segundo aspecto problemático tiene que ver con la dinámica de la innovación. Los potenciales entrantes encuentran una dificultad añadida al tener que 'comprar' cuota, supuestamente de quien menor capacidad de negocio tiene. Con ello la prima de innovación se reduce en favor del *statu quo*, que encuentra un beneficio adicional de algo ya no rentable, ya por obsoleto o por pérdida en nuestro caso de patente. Y finalmente, si el acuerdo no cubre la totalidad de los agentes activos en el sector, la presión por generar silos aumenta. Se externaliza la presión financiera al no poder 'internalizar' el conflicto de intereses en un sólo centro de poder compartido. Todo ello hace que en general se juzgue dicho encapsulamiento como una estrategia adecuada, especialmente desde la óptica de los intereses de una política sanitaria que cuente con la innovación farmacéutica y no simplemente con la sospecha del financiador que quiere garantizar lo sostenible aunque sea insolvente.

Más allá de la coyuntura se plantean hoy, en la cocina de nuestra política sanitaria y en lo que se refiere al sector del medicamento, otras cuestiones importantes. Estamos en una fase de la innovación en fármacos de tratamientos inmunológicos por la vía de los medicamentos biológicos y oncológicos en la que asoman medicamentos que ‘curan’ (léase hepatitis C) y no simplemente que palian enfermedades crónicas. Los precios de aquéllos pueden parecer disparatados, pero para las compañías son ‘disparos de un solo tiro’: sanado el stock de enfermos, resta sólo lo que sea la incidencia de la enfermedad y si ésta es infecciosa, la tendencia es que dicha enfermedad desaparezca, tienda a cero al dejar de transmitirse. Precios elevados que agotan recorrido, con nuevos tratamientos en el *pipeline*. Ello plantea problemas de sostenibilidad del gasto sanitario, que, en la medida que se deba a tratamientos que curan, no puede ser sino bienvenida. Y requiere de una priorización coste-efectividad que contabilice correctamente las externalidades de evitar lo infeccioso, que contemple el peso de las cargas futuras de los tratamientos que cronifican y que fuerce en la gestión pública sanitaria la capacidad de sustitución de unos costes mayores por otros menores. Para todo ello, con el actual marco regulatorio (protocolo de Farmaindustria incluido) es fácil reconocer que no tenemos a disposición una política sanitaria suficiente para hacerle frente.

### **Ciudadanía y racionalidad económica**

No son pocos los casos sin embargo en el estudio económico de la política pública en los que el diagnóstico de lo analizado permite valoraciones diferentes según se adopte la perspectiva del ciudadano, del contribuyente o del usuario. Se suele tratar, en general, la de la ciudadanía, de una población que contiene secuencialmente aquellos otros dos subconjuntos: no todos los ciudadanos son contribuyentes; no todos los contribuyentes serán usuarios de los servicios. Cuando más reducido es este último núcleo, más se difuminan los intereses sociales y emergen otros de privados, propios de los mismos, que los identifica por la necesidad de que tengan que utilizar el servicio. Y cuando estos intereses se concretan y se contraponen entre usuarios y contribuyentes, sólo con un retorno al interés conjunto de la ciudadanía se puede resolver el conflicto. Está claro, resueltos desde el velo de la ignorancia de sí, siendo ciudadano, se acabará perteneciendo a aquellas otras categorías.

La contradicción anterior la encontramos estos días en el tema de la devolución de los importes que supusieron las cláusulas suelo en los costes de las hipotecas<sup>3</sup>. Cuando el propietario es privado, vemos un comportamiento de los gestores bastante diferente hacia accionistas y clientes, que cuando son gestores del interés del accionista público. Ciudadanos, contribuyentes y clientes usuarios mantienen, pues, intereses diferentes con empatía sólo resoluble desde la perspectiva ciudadana más general posible.

---

<sup>3</sup> - Así, entre las entidades reclamadas, Bankia y BMN -ambas propiedades del Estado por la vía de haber financiado sus pérdidas-, están bastante decididas a compensar indiscriminadamente a todos aquellos que lo reclamen. Contrariamente, el resto de la banca privada se resiste a hacerlo de una manera general, alegando que muchos de los que firmaban aquellas cláusulas difícilmente pueden aducir desconocimiento de sus efectos. De modo que ahora observamos que los gestores privados que gestionan la cosa pública muestran voluntad de congraciarse rápidamente con sus clientes, al coste, sin embargo, de aumentar sus pérdidas o disminuir sus beneficios; beneficios que de otro modo irían al erario público para devolver las ayudas que en su día sirvieron para tapar sus agujeros. Los gestores privados propietarios, que necesitan mejorar el dividendo de sus accionistas son, sin embargo, más reticentes a dar aquellas compensaciones por mor de preservar su cuenta de resultados.



También en cuestiones propias de la sanidad, de las prestaciones sociales o del transporte público encontramos casos similares. En la sanidad, como contribuyentes, es de interés exigir prestaciones asignadas con estrictos criterios de coste efectividad y con indicaciones adecuadas a los destinatarios de los servicios. Esa restricción general no se corresponde a menudo en su aplicación particular bajo el eufemismo de 'hacer todo lo que sea necesario por el enfermo'. Pero, como ciudadanos, sabemos que todo para todos de la mejor calidad es imposible. De manera similar, precios que no cubren los costes variables -ni siquiera contando supuestos beneficios sociales- y que acabarán pagando los contribuyentes por los déficits generados son a menudo ineficientes e injustos. La visión como ciudadanos diverge según actuamos como contribuyentes o como usuarios. En temas fiscales o de pensiones no deberíamos mostrar como ciudadanos contribuyentes ninguna simpatía por quienes hacen fraude, haciendo valer lo que 'como que ya hace muchos años que cotizan ...', y, aun así, muchos ciudadanos lo hacen desestimando en el caso concreto, de proximidad, su papel último de contribuyente sufragador residual del engaño o del despilfarro. El ciudadano a menudo no se identifica como contribuyente, propietario accionista de la cosa pública y por tanto último tenedor de los derroches, a veces por considerarse usuario potencial de un servicio, y terminar criticando en abstracto aquellas despilfarros pero favoreciéndolos en el caso concreto.

**En definitiva**, como ciudadanos debemos querer entender e incorporar, más cosas que las que pasan por una cuenta de resultados que soportaremos finalmente la mayoría en nuestra condición de contribuyentes. Pero es la ciudadana y no otra perspectiva la que debería prevalecer. Existe ciertamente una mirada amplia respecto de los intereses de los ciudadanos también como posibles usuarios, pero la racionalidad colectiva debe pesar sobre la individual que es probable busque el máximo aprovechamiento propio.

Quien se erija hoy con una mirada desde esta más justa perspectiva es dudoso vistas las disociaciones entre lo social y lo político, tal como hemos comentado. Resulta tentador construir desde la sociedad civil organizaciones, grupos y círculos de influencia que busquen explícitamente preservar aquellos intereses colectivos. En el mundo sanitario ello resulta tan relevante como complejo. Relevante porque el blindaje debe de confrontar múltiples intereses que inciden en el bienestar de la sociedad en función de la mejor o peor gestión de los cuidados de salud. Y complejo dada la dificultad de conjugar un común denominador de base suficientemente amplia para que permita posiciones significativas (un máximo por tanto y no un mínimo) para prevalecer el interés ciudadano, desde la salud pública, politólogos, industria, economistas, gestores, profesionales asistenciales, epidemiólogos o sociólogos. Puede que sólo consigan el consenso de unos pocos mínimos. Si para conseguir dicho objetivo sin embargo la opción alternativa es la de auspiciar un 'común múltiplo' que albergue tal diversidad de intereses es más que probable que la envolvente del consenso sea vacua, plagada de eufemismos y falsos acuerdos que luego no permitan, cuando se concreten, una acción mínimamente interpretable y efectiva. Como resultado, la falta de un 'máximo común denominador' compartido por todas las partes –*stakeholders* del sistema-(digamos por ejemplo la necesidad de acordar y blindar una priorización de prestaciones que atienda al unísono los costes y los beneficios de los recursos asignados) choca en la realidad con aquellos 'múltiplos' que protegen de los efectos de las aplicaciones concretas de aquellos principios. Más aún, dicha preservación o 'cobertura de daños', parece hoy legitimar la presencia en los

grupos y círculos sociales de cada uno de aquellos agentes, en la capacidad de proteger a los 'suyos' . Esta es posiblemente la razón de que los acuerdos macro no se visualicen a menudo en la sanidad en acciones micro. Una especie de día de la marmota por la que más allá de los diagnósticos no se produzcan actuaciones y los propios agentes que apuntan consensuadamente aquello necesario para la sostenibilidad y solvencia del sistema, confiesen a la vez la nula expectativa de que acontezca. En el paso del criterio conjunto (en el velo como decíamos de la ignorancia) al micro de la realidad concreta de cada segmento (trabajadores, usuarios, empresarios) en sus diversas asociaciones específicas, corporaciones o sindicatos encontramos otra prueba del trecho que existe entre lo dicho y lo hecho, o en palabras más propias, entre la eficacia y la efectividad.

**CENTRE DE RECERCA EN ECONOMIA I SALUT (CRES-UPF):**

<https://www.upf.edu/cres/>

