



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



Colección Health Policy Papers

2017 - 01

POLÍTICAS PÚBLICAS Y ECONOMÍA DE LA INNOVACIÓN EN SANIDAD

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). La Colección Policy Papers se enmarca dentro de un convenio suscrito entre la UPF y Obra Social “la Caixa”, entre cuyas actividades se contempla el apoyo no condicionado de Obra Social “la Caixa” a la divulgación de estudios y trabajos de investigación del CRES-UPF.

"This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium provided that the original work is properly attributed"



<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Barcelona, Enero 2017

POLÍTICAS PÚBLICAS Y ECONOMÍA DE LA INNOVACIÓN EN SANIDAD¹

Guillem López Casasnovas

Resumen

Innovar requiere introducir cambios, renovar. Este texto focaliza la dificultad de gestionar los procesos de cambio en los sistemas de salud. Contextualiza el papel de la innovación desde las posiciones teóricas *shumpeterianas* de los economistas y traduce los rasgos fundamentales que la envuelven al sector sanitario. Sigue un relato crítico sobre la incertidumbre congénita a los cambios y el papel reaccionista de los argumentos de algunos académicos muy cercanos al poder político. Sus consideraciones extemporáneas, inconscientes, a veces interesadas, contribuyen a la confusión y a los temores contrarios al cambio, negando así o dificultando la innovación. Este 'entorno sistémico' actúa como lastre y politiza más de lo necesario el sistema sanitario a favor de un status quo que anquilosa al sector. Con ello, lejos de consolidar el sistema, el entorno reticente ante las posibles consecuencias de cualquier innovación, lo impermeabiliza a los cambios que la sociedad demanda. Y dicha pasividad puede acabar deslegitimándolo, al entenderse que el sanitario es un sector que 'pertenece' a sus profesionales, y ellos y sólo ellos son amos de su futuro. El mantenimiento de los actuales mecanismos de provisión provoca, en las actuales circunstancias, el distanciamiento entre el discurso de la innovación y la realidad del día a día en la que prevalece la capacidad de decisión de los sanitarios sin asunción de responsabilidades financieras y rendición social de cuentas, sea cual sea la gobernanza que se quiera dar al sistema de salud. El texto concluye con elementos propositivos que huyen de lo declarativo y que buscan insertar el gasto sanitario en los ejes del nuevo estado del bienestar que la realidad social requiere.

Introducción

Resulta tradicional enfocar la economía de la innovación y del cambio tecnológico desde la aproximación 'schumpeteriana'. Paradigma del enfoque disruptivo, dicha aproximación alberga diferentes categorías. A saber, la innovación consistente en (i) la introducción de un nuevo bien o de una variante de calidad de éste que lo hace distinto; (ii) la incorporación de un nuevo método de producción, no necesariamente resultado de una invención, sino simplemente de gestionar de modo diferente un sistema de producción preexistente; (iii) la apertura de un nuevo mercado, ya interno o externo al tradicional anterior, que amplíe las fronteras de producción, consumo o intercambio; (iv) la obtención de una nueva fuente de aprovisionamiento de materias primas o de productos manufacturados; y (v) la creación de una nueva organización dinamizadora de alguno de los procesos anteriores.

¹ El texto es un capítulo que lleva el mismo título en un libro de próxima publicación, editado por J del Llano *El binomio innovación-regulación en Medicina* para la Fundación Gaspar Casal.

Advierte J. Schumpeter sobre los obstáculos que deberá sortear el agente innovador; entre ellos, la incertidumbre en cuanto a los datos a tomar en consideración para la decisión innovadora, los obstáculos psíquicos dada la aversión al cambio de la mayoría de los afectados, las dificultades comúnmente procedentes del medio social contra quien busca innovar afectando de este modo el status quo y, por último, el riesgo financiero o comercial y en su caso el temor al fracaso.

Contra el entorno anterior se erige, de acuerdo con Aghion y Cage (2011, *Rethinking Growth and the State*, Mimeo), el Estado como 'inversor' (facilitador), a través del favorecimiento de procesos de formación de capital humano (educación, salud) e infraestructuras, y ciertas garantías de estabilización macroeconómica, contra la excesiva volatilidad macroeconómica que en manos privadas puede ser dañina para la innovación. Añaden dichos autores otros aspectos que se relacionan con la política industrial y fiscal, pero sobre todo, con el mantenimiento del contrato social, resultante de la inversión del Estado en confianza, estabilidad y lucha contra la corrupción. Todo ello puede verse facilitado por políticas públicas descentralizadas, fuera de la jerarquía estatal centralizada, a menudo generadora de desconfianza y negación de la diversidad y de la potencial experimentación.

La definición del Estado-palanca para la innovación es condición sin embargo no suficiente, como señala W. Lazonick en un texto presentado a la Conferencia Anual del 2011 del *Institute for New Economic Thinking*, destacando las condiciones de éxito organizativo requerido para la empresa innovadora (*'The Innovative Enterprise and the Development State: Toward an Economics of 'Organizational Success'*). Su argumento es que el éxito en la innovación requiere la confluencia de un conjunto de factores que sólo determinados tipos de organizaciones pueden provocar. Se reconoce que la inversión en innovación no resultaría de un proceso de mercado, no siendo la respuesta de productores a las señales de precio de los mercados que así demandasen productos de capital innovador. El mercado no puede demandar lo que aún no existe. El desarrollo de mercados en productos o factores son siempre 'resultado', no 'fuentes de' inversión en organizaciones innovadoras. Estas deberán de focalizar en su éxito tres elementos diferentes: (i) una estrategia que asigne recursos a la inversión en capital humano y a las capacidades físicas, con la expectativa de mejora competitiva; (ii) una organización que transforme tecnología, acceso a mercados y valor en productos que los usuarios estén dispuestos a financiar; y (iii) una financiación sostenible en las etapas en las que las inversiones se deban realizar. El compromiso financiero (*financial commitment*) es necesario en el proceso acumulativo que la innovación a menudo exige. Todo ello configuraría el denominado 'modelo de negocio' de la empresa innovadora, actuando como pivotes las capacidades y los incentivos. La organización exigiría integración (coordinación, coherencia, consistencia) y serían sus enemigos un mercado de títulos especulativo, un sistema que de valor a la acción en el corto plazo, unos CEOs que se muevan por compensaciones desmedidas y el incentivo de *stock options* no calificadas y cierta manipulación del precio de las acciones por la vía de la reinversión de los beneficios en la recompra de los propios títulos de la empresa. El debate radicaría en que el *shareholder*, como *stakeholder* principal, apreciase el valor residual de la empresa innovadora y no fuera un proveedor más de capital externo, exigente de una retribución anual en dividendo requerida en el corto plazo. En otras palabras, la 'financiarización' excesiva de las fuentes corporativas resulta contraria a la inversión en innovación al privilegiar el corto plazo. Notemos que, a causa de ello, incluso en la financiación

pública, las cotizaciones de las empresas de la Nueva Economía están en el NASDAQ que es mucho menos exigente que el New York Stock Exchange, mucho más especulativo a efectos de menores requerimientos de pago en dividendos, soslayados por aquellas empresas más innovadoras en reinversión corporativa. Ello resulta de interés en procesos de recompra de acciones, tal como hemos visto en el sector farmacéutico (*Merck, Amgen, Johnson & Johnson y Pfizer* como los peores ejemplos citados), o en el de aseguradoras sanitarias (*United Health Group, Wellpoint y Aetna* entre éstas). Su cadencia permite preguntarnos cuestiones tales como si las empresas estadounidenses, siendo menos dependientes de la financiación bancaria, todo lo demás igual, son por ello más innovadoras y de si entre éstas, las que limitan en mayor medida las recompras de sus propias acciones para manipular el precio de las acciones y las que alinean las compensaciones de sus directores ejecutivos en *stock options* a las consecuciones innovadoras, son de hecho las más exitosas.

Contra la extracción de valor de los CEOs o la liquidación de valor por parte de determinados *shareholders*, cabría así reivindicar a los propietarios del capital como los principales *stakeholders* amos de los derechos residuales sobre los beneficios a largo plazo del capital invertido. Curiosamente Lazonick aboga igualmente, más allá de accionistas y de ejecutivos, por un fuerte componente social que involucre también a los trabajadores y resto de agentes que puedan contribuir a la innovación, tanto a través de contratos explícitos para ello como por la participación en procesos abiertos capacitadores de desplegar sus potencialidades productivas.

La reflexión de esta primera sección ofrece de este modo el terreno de juego de lo deseable y de lo posible, en su traducción primero al entorno concreto de cada país y, segundo, dadas las especificidades del sector aplicado, que en nuestro caso no puede sino ser el del sector sanitario español. Ello evita determinados problemas de los anteriormente vistos, pero añade otros: sería el caso, por ejemplo, del de los 'agentes' decisivos -los profesionales-, el del gestor incapaz de apropiarse de los activos reputacionales de su buen hacer -otros que los monetarios-, un 'principal' de la gobernanza politizado y un 'accionista'- ciudadano que soporta el residuo de los buenos y malos resultados del esfuerzo innovador. A todo ello dedicaremos el resto de las secciones ahondando en los contextos en los que se desarrolla la innovación sanitaria en nuestro país.

La innovación en Sanidad

Los economistas de la salud, en mayor medida que los economistas de la educación o de la economía en general, están muy expuestos a la política y a los políticos, tal es el interés que crea el saltar la valla del análisis a la realidad, ante los buenos propósitos de impactar así directamente en el bienestar de los ciudadanos, y ciertamente congraciarse con los electores. El carácter intersticial de la disciplina, al conjugar aspectos de salud pública y económicos generales, permite una combinación que va de lo mejor a lo peor de ambas áreas de conocimiento. La virtualidad de los descriptivos del 'derecho a la salud' en las antípodas de los virulentos supuestos efectos de la 'restricción financiera' (que es lo que muchos identifican como aporte de la Economía) son campo abonado para réditos políticos y de consecución de complicidades sociales. Siendo múltiples las entradas de los intereses en presencia (tantas

como existen agentes relevantes –*stakeholders*), el ‘chapapapote’ conceptual que se observa entre la Economía de la Salud como disciplina y la Política Sanitaria como guía de la gestión de la innovación, pensamos distingue esta área de sus hermanas más sociales, como son la del trabajo por confluencia con el mercado o la vivienda, cuidado asistencial y sector educativo, eminentemente con menor prevalencia de lo público.

El cambio y la guía de sus timoneles (*stewardship*)

Es liturgia poco compleja identificar en la falta de *gps* los males del sistema nacional de la salud. Y por lo tanto, los ideólogos académico-políticos están siempre tentados a resolver aquel algoritmo de la dirección del cambio ‘deseable’ a partir de sus propios prejuicios. Se contraponen a ello lo que debería ser una gestión más ‘prudencial’, sobre la base del aprender a navegar con vientos favorables y tempestades, para los que ciertamente hace falta un rumbo, pero nunca un dirigismo de piñón fijo que pueda acabar haciendo zozobrar la nave.

Clarificar las grandes palabras que se utilizan en las narrativas de defensa de la consolidación del sistema sanitario permitiría hoy comprobar las dos afirmaciones anteriores. He aquí algunos ejemplos.

-Universalización del derecho a la salud. Digamos de entrada a la asistencia sanitaria: es un derecho limitado a la condición de ciudadanía. ¿Sólo a la residente? ¿Cómo se mantiene cruzando fronteras comunitarias? ¿También se garantizan para el residente ilegal? Dar derechos de ciudadanía a inmigrantes ilegales es cuanto menos discutible: tiene efecto llamada, es poco solidario –al premiar a los más atrevidos que no suelen ser los más necesitados-, se consolidan con la permanencia (la retención en el país de destino es un drenaje de los más capaces del que se ven privados sus países de origen) y los motiva un residuo neto que fuera de las prestaciones contributivas motiva la elusión fiscal y la economía sumergida. ¿Estamos seguros que universalizar derechos a residentes sin otro adjetivo es pues la mejor estrategia? Sin duda en el ‘mientras tanto’ de la clarificación nadie debe ser privado de atención sanitaria, pero consolidarla para las distintas categorías como derecho universal es un salto que se nos antoja poco reflexivo. En lo que atañe al criterio universal, cabe replantear cuando menos su acepción de barra libre, sin priorizar, sin atender a necesidades relativas, tipología de enfermedades y/o de pacientes. ¿No tenemos dudas que en un mundo de dualidad fiscal de tendencia regresiva (la tributación indirecta tendencialmente gana peso sobre la directa, y dentro de ésta la que grava las rentas del trabajo sufre mayor presión fiscal que la que puede afectar a las del capital) no convendría más, ni que fuera marginalmente, atender a políticas más selectivas que del viejo corte del universalismo ‘de acceso’ equitativo?

-Derechos ‘iguales’. Hace tiempo que el concepto de igualdad está en revisión, siendo ya muchos los pensadores que se esfuerzan en discernir resultados de oportunidades y capacidades y, dentro de éstas, los diferenciales de ‘circunstancias’ que matizan las consecuencias de los ciudadanos. Se trataría de igualar factores exógenos a la decisión individual, separándolos de aquellos endógenos. Las políticas se centrarían en igualar medias *inter* categorías y dejar a responsabilidad individual, sin corregir, las diferencias *intra* grupo. De todos estos ajustes hacen tabla rasa aquellos autores académico-políticos, o políticos

directamente, que se arropan en argumentos parcialmente académicos para mantenerse en posiciones más populistas, cómodas políticamente y que exigen menos gestión. Pero se trata de posiciones que a su vez devienen menos útiles para la implementación práctica de innovaciones en política sanitaria.

-Las miradas de la observación de 'los mejores'. ¿Existe para los proponentes un sistema sanitario 'mejor' que los demás? ¿No es algo prepotente seleccionar datos para, entresacando algunas cosas a proteger, o a cambiar, tomar ejemplos de otros países con realidades, objetivos, preferencias diferentes? ¿Es lógico comparar, por ejemplo, valores medios de gasto sin discernir si es el total o sólo su componente público, siendo éste financiado ya exclusivamente con impuestos o neto de tasas y copagos? ¿Sería para ello la muestra de los países de la OCDE la referencia apropiada? ¿Utilizando valores medios sin ponderar por sus pesos poblacionales? ¿Sin separar sistemas eminentemente públicos de los privados? ¿Considerando dentro de los públicos tanto los que se basan en el aseguramiento social –más caros, menos restricciones, más libre elección, más satisfacción- como lo sistemas nacionales de salud (servicios administrados y regulados)? ¿Es lógico criticar aquellos sistemas diferentes al propio y utilizar después sus indicadores medios para tomar sus referencias a conveniencia? ¿Es coherente valorar la mortalidad perinatal de un sistema con aborto y sin aborto autorizado, o en una sociedad que intenta 'salvar' sus prematuros más que en otra? ¿O comparar entre sociedades que cuentan con peores índices de obesidad, siendo ésta una plaga social difícilmente imputable a los sistemas de salud?

-La pretensión del 'HispaNICE'. Copiar ideas de algunos países europeos no nos hace más europeos ni más civilizados. Abogar por una agencia de evaluación, la llamada cuarta valla, para la priorización es ciertamente una idea meritoria. Pero más allá de sus aspectos declarativos, quien proponga una versión local de la valla basada en la exigencia de 'eficiencia coste utilidad', tiene que mostrar resolución en acompañar sus consecuencias. Un HispaNICE supone hoy reconocer la mejor opción en un mundo imperfecto de valoración de efectividad y de cómputo de costes. Las consecuencias de toda priorización al devenir transparentes y cribables ofrecen múltiples oportunidades de crítica, especialmente de los 'no priorizados' que se van a sentir a este respecto 'postergados', tanto supuestamente en razón del flanco de medición de costes considerados como de sus resultados. Ello requiere un amplio consenso político en agencializar primero dicho tipo de decisiones -que no es sino una sustracción parcial del debate coyuntural político- y en cerrar filas después ante las críticas que se produzcan, impulsadas en los medios con facilidad por algunos de los *stakeholders* afectados. Agencializar la evaluación, la menos mala en principio de las opciones en un mundo como el sanitario, requiere aceptar exclusiones y la posibilidad de que convivan con 'silos' segmentados por razones diversas (ya por sus costes -enfermedades raras que no resisten una evaluación ordinaria precisamente por sus bajos números, sin tratamientos alternativos, de fin de vida; ya por sus beneficios: *blockbusters* que no pueden esperar a que otros tratamientos sean desfinanciados en razón de aquellos de mayor efectividad). Un HispaNICE mostraría los umbrales del coste efectividad, de la disposición a pagar por un año de vida ajustado por calidad, que no serían homologables entre miembros de una misma ciudadanía europea, explicitando que aún con un conocimiento global de los beneficios sanitarios, las restricciones continúan siendo locales (las presupuestarias). Y que lo que se excluye no se prohíbe en una sociedad libre sino que se confina a un copago individual del cien por cien. Y no en razón de su

efectividad, sino de su coste relativo. Sin atender a todos estos elementos que a menudo no se mencionan en las emulaciones de 'mejor práctica', aquellas propuestas de innovación pueden acabar en el dique seco.

-A favor de 'un marco financiero estable'. Esta pretensión parece razonable pero tiene también interrogantes que muchos de sus proponentes no parecen contemplar. Un marco financiero estable requiere presupuestos plurianuales. Ello no deja de ser una medida que coarta la acción política y la confina a determinados derroteros que uno ha de aceptar tanto si la ha propuesto como si no, incluso validar sea la que sea la evolución de las necesidades. En su versión más apetecida, de presupuestación en términos reales (no globales, sino nominales), a la que la financiación monetaria debiera seguir, se exigiría una impermeabilización a las coyunturas económicas y de tesorería que muy pocos –con sentido común– se pueden permitir. Únicamente quizás aquellos que planificaron considerando el ciclo medio, y no la fase álgida, y en ella ahorraron y crearon fondos de reserva o contingencia, incluyendo en ellos las diferencias de inflación en los servicios planificados. La opción de presupuestar sobre la base de '*cash limits*' o restricciones financieras homogéneas puede chocar con la realidad (dinámica de beneficiarios, coste relativo de prestaciones) pero asegura la sostenibilidad. Por tanto, la estabilidad entendida como acuerdos temporales en términos reales y presupuestos plurianuales llevan necesariamente consigo consecuencias políticas que sólo los que consiguen sus *desiderata* en aquellos acuerdos es probable quieran asumir.

-Institucionalizar consensos y apelar a pactos de estado suele ser la opción declarativa preferida por parte de muchos de aquellos académicos-políticos. Sin embargo, el virtuosismo de dichos pactos es cuando menos discutible: fuerza a comunes denominadores muy reducidos si se pretende precisión en las políticas, o se diluyen múltiples comunes en la generalidad de principios y eufemismos. Ello erosiona a su vez los incentivos de ejecución –al disolver responsabilidades entre agentes– y sin vinculaciones presupuestarias como las mencionadas y revisadas en el punto anterior pueden acabar siendo falaces. Abogar para ello a favor de un cierto 'direccionismo' no resultaría congruente con lo comentado en el primer punto por falta de univocidad y asunción de preferencias unimodales y funciones de bienestar socialmente uniformes. ¿Existe en cualquier caso un 'interés general'? ¿Quién lo interpreta? ¿Es sólido en el tiempo como para permitir políticas estables? ¿Es dicho interés general incentivo compatible con el de quienes lo deban llevar a la práctica? ¿Su aceptación diluye las responsabilidades individuales identificando 'general' con 'colectivo' y éste con 'administración pública'?

Poco juega para ello a su favor el cortoplacismo político (y de la sociedad en general), deja en mala posición los equilibrios intergeneracionales (los intereses de las futuras generaciones no hay quien los defienda) y los cambios intrageneracionales en el status quo se viven de modo diferente entre los nuevos y potenciales beneficiarios que no se identifican como tales y los perjudicados en toda opción de financiación/ desfinanciación a presupuesto neutral.

-Fuera de aquellos marcos *macro*, a menudo proto-estructuras propias de otras épocas, **el recurso al profesionalismo y a la potenciación de instrumentos de gestión** ofrecen mejores bazas propositivas. Sin embargo, para la liturgia declarativa, conviene precisar si el nuevo profesionalismo se conjuga con o sin asunción de responsabilidades (financieras y de rendición

de cuentas) y márgenes diferenciales de retribuciones y/o condiciones de trabajo. Una ‘carrera administrativa estatutaria y meritocrática’, si es que la concatenación aguanta, requiere discriminar tanto en el mérito como en el demérito. Un Sistema nacional de salud ‘que goce de autonomía económica y de personal’ respecto tanto de los departamentos de finanzas como de la función pública, es un silo en si mismo que se ha de saber y poder gestionar. Potenciar instrumentos de gestión ha de permitir identificar cuáles (en el binomio eficiencia económica – productiva y asignativa –o global), con qué límites, por parte de quién (van a ser ciertamente los gerentes simplemente el apoyo logístico de los profesionales) y, claro está, cómo la autonomía se hace concordar con responsabilidades. De otro modo los condicionantes políticos devienen exculpatorios de la mala gestión –al estar ésta politizada y por ello dependiente de la primera. En el otro extremo, la externalización excesiva supone costes de transacción y alineación más compleja de intereses, especialmente en contextos de prestaciones con ánimo de lucro.

- Finalmente, existen **lugares comunes declarativos** que se deberían evitar la referirse a principios sin cualificar. Así en lo que se deba entender por ‘participación democrática en la gestión’, la ‘transparencia’ ¿ha de alcanzar a la información de costes-tarifas-control financiero de cualquier proveedor público? ¿Cuál es el alcance efectivo que se deba dar a las ‘garantías constitucionales’ ya sea de derechos subjetivos, primarios, substantivos...? Todo un bosque de ideas que sin mayor precisión difícilmente permiten ser traducidas en clave propositiva.

Vías de avance. Esbozo

Innovar en sanidad exige conformar políticas públicas que den coherencia al conjunto de los contenidos anteriores al traducir principios a políticas y éstas en gestión de los cambios. Se trata de generar un ecosistema que favorezca el proceso de traslación de la innovación al mercado. Ello resulta particularmente complejo en el campo instrumental, fuera del tejido empresarial, en el caso de ámbitos de gestión en manos del sector público, y con limitaciones legales a su uso. Sin embargo, dichas innovaciones debieran de beneficiarse de las ventajas de contar con un ‘inverso institucional’ que recoge como propio el beneficio (social) aun con el hándicap de que el ‘gestor’ no puede siempre consolidarlo como beneficio propio. Con estas matizaciones, éstas serían algunas de las propuestas:

-Que focalicen prioritariamente en profesionales, identificando quiénes cómo y cuándo, desde sus roles específicos y contribución a las funciones asistenciales.

-Que hagan coherente su autonomía organizativa y clínica con una consignación efectiva de responsabilidades financieras.

-Que consideren el balance entre una financiación capitativa que sea palanca para la eficiencia, la coordinación, prevención y en su caso integración asistencial sociosanitaria y a su vez aleje sospechas de incentivar la selección de riesgos.

-Que valoren el grado efectivo de transferencia de riesgo, evaluando su credibilidad a través de examinar la evolución de los cambios en el coeficiente de variación en la medida en que la

varianza del gasto per cápita aumenta cuando sus valores medios se calculan para segmentos menores de población.

-Que entre la consolidación que lleva al monopsonio y la descentralización excesiva que traduce riesgos inasumibles se debería de buscar el equilibrio.

-Que cuenten con instrumentos de reaseguramiento gestionados por los mismos afectados de distintos grupos o categorías.

-Que internalice los conflictos normales de gestión –y en particular los de los costes y beneficios asociables a cualquier decisión- en los agentes clave en cada caso.

-Que permita un mínimo de licitación dentro de envoltentes iniciales de gasto de proveedores que genere incentivos a la eficiencia sobre la base de presupuestos cerrados.

-Que permita el *tendering* de ofertas de proveedores que, a igual monto inicial, permitan nuevas líneas de producto sanitario deseables para el planificador, con el compromiso de financiación *ex post* a tarifa media del sistema, ganando el proveedor la rentabilidad que media entre tarifa y coste medio del sistema y los costes propios.

-Que remitan sus aspectos regulatorios y de control de corrupción a las esferas legales lo más alejadas posibles de las realidades locales (a tribunales europeos si es el caso).

-Que permitan identificar los ‘activos’ específicos de las distintas organizaciones (aquellos que sin su pertenencia a la organización, hacen que ésta pierda función substantiva, legitimación o reputación).

-Que fuera de los casos anteriores opere bajo el *default, nodge*, de que en principio la externalización, esto es, la concertación por la compra de un servicio es mejor opción (si no se demuestra lo contrario, y así se establece la carga de la prueba) que la de producción pública directa, la integración vertical del servicio y la funcionarización estatutaria.

Vías de ralentización

Y unos pocos '*not to do*' en coherencia con lo anterior, podrían considerarse, tales como:

-Utilizar términos eufemísticos que pueden generar confusión, ya sea en lo que atañe a cuestiones de eficiencia y equidad (en el que el componente financiero catastrófico necesita de una mayor identificación).

-Confundir países con sistemas de naturaleza diferenciada/ble, ya por sus fuentes (cotización/ impuestos generales, ingresos locales, pagos complementarios regulados o no), ya por su provisión (descentralizada, con prestación concertada con o sin inclusión de dispositivo *for profit*). Aceptando que cada composición puede reflejar una alternativa social diferenciada, dicha opción permite enjuiciar comparativas de eficiencia más consistentes con opciones ideológicas legítimas.

-No especificar suficientemente los supuestos implícitos a la evolución estimada (p.ej. elasticidades; construidas desde la capitación o por su peso en el PIB).

-No ser claros en qué gastos y con qué impuestos se hayan de cubrir los *gaps* que se estime deseables cerrar. En contextos de dualidad fiscal, nada garantiza un resultado de mayor equidad sin la comparación anterior hecha a la par, de presupuesto equilibrado.

-Mezclar las insuficiencias tributarias procedentes, ya sea de la baja presión fiscal de entre los que pagan (micro), ya de la global (dada la elusión y el fraude fiscal).

-No justificar suficientemente las alternativas expansivas de gasto habida cuenta de destinatarios potenciales (donde se pierden QALYs, DALYs y similares), contra un universalismo de barra libre en que predomina la facilidad de acceso, o ante silos de protección por servicios (normalmente 'gestionados' desde las presiones de sus profesionales) y no por aquellos beneficiarios más necesitados habida cuenta de sus déficits de salud.

-Finalmente, ignorar estrategias de abordaje de las consolidaciones fiscales a las que se sometan los distintos países contra una segmentación de funciones (p.ej. medicamentos) en vez de favorecer la internalización de las distintas funciones de salud y a ser posible con las sociales inclusive.

En resumen, la innovación en sanidad requiere de un contexto estable, no para preservar el status quo sino para impermeabilizar en situaciones probables de aversión al cambio, los temores a lo nuevo, explotados políticamente para la inacción, en provecho de sus beneficiarios.

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

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

