



**Universitat
Pompeu Fabra**
Barcelona



Colección Health Policy Papers

2018 - 04

EL INTERFAZ ENTRE LOS RESPONSABLES DE LA ECONOMIA Y DE LA ASISTENCIA SANITARIA

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 Novartis entre cuyas actividades se contempla el apoyo no condicionado de Novartis 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, Abril 2018

EL INTERFAZ ENTRE LOS RESPONSABLES DE LA ECONOMÍA Y DE LA ASISTENCIA SANITARIA

Guillem Lopez i Casasnovas¹

Introducción

La tirantez de las relaciones entre los responsables de la economía y la asistencia sanitaria suele ser en muchos países un clásico en toda regla. La narrativa suele operar como sigue: El presidente del país se vanagloria del bienestar de sus ciudadanos enarbolando las bondades del sistema sanitario. El responsable de Economía se añade con las prebendas de una sociedad que funciona con una sanidad fiable y un sector proveedor creador de riqueza. Y el ministro de hacienda muestra su cara menos amable, cicuta del gasto sanitario y enervador de unos ministros y consejeros de sanidad que desde su club particular de afectados (asociaciones de pacientes, grupos profesionales, industria...) reclaman más y más gasto. Entre bambalinas, observa el sector sanitario privado, al acecho de entender cuáles serán los próximos movimientos de la cobertura pública en asegurar la financiación ante nuevas prestaciones, y así valorar su capacidad de acceder a los recursos privados de los usuarios.

¿Qué está pasando aquí? ¿Es dislexia de no saber interpretar lo que se lee? ¿Es esquizofrenia de quien redacta la propia narrativa? ¿Sanidad, sector de gasto, fagocitador de cualesquiera sean los recursos puestos a su disposición? ¿Sanidad como sector generador de riqueza y del valor máspreciado en el bienestar de los ciudadanos? ¿Cómo quedamos? ¿Es una historia en minúsculas de policía bueno y policía malo? ¿Una gran comedia, distribución de roles para ensalzar las posiciones intermedias? ¿O una *performance* de quienes saben el precio de todo pero ignoran el valor de lo más mínimo y acaso de quienes atribuyen un valor absurdo a todo e ignoran el precio de lo más mínimo? El malogrado ministro Lluç me lo reiteraba ante mi crítica de incredulidad del instrumento presupuestario en sanidad: ‘no le echas una mano al sector que te pillan el brazo’, tal es su capacidad de inducir demanda, nuevas necesidades, más servicios, más gasto.

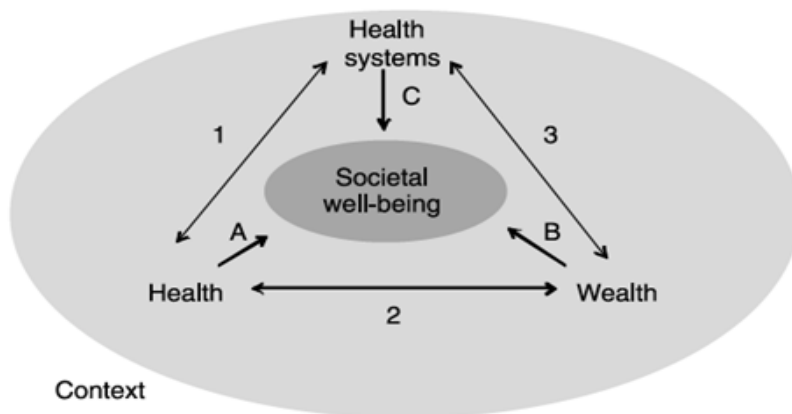
El texto que sigue surge de una reflexión producida en razón de mi participación en un grupo de diez expertos economistas de la salud en la OMS (Copenhague, Abril del 2018), encuentro preparatorio del *High Level Meeting* de Junio que ha de recordar los diez años de la declaración de Tallin en Junio en esta misma ciudad. Decía la *Tallinn Charter* en 2008: ‘*Beyond its intrinsic value, improved health contributes to social wellbeing through its impact on economic development, competitiveness and productivity... High performing health systems contribute to economic development and wealth*’.

¹ Agradezco los comentarios de R Meneu y C Campillo a una versión preliminar de este texto y la ayuda de Marc Casanova, investigador del CRES-UPF

Las preguntas eran obvias: con tan claros reconocimientos, ¿por qué razón todo este entorno de relaciones contrapuestas entre los responsables fiscales de reorientar recursos privados a públicos y sanitarios de retornar aquellos en especie para el máspreciado de los valores? ¿Es un problema de lenguaje? ¿Se pierden sus protagonistas en la traducción de sus intereses propios en detrimento de los conjuntos a los que supuestamente sirven? ¿Existen mensajes que sean denominadores comunes en su máximo nivel, más allá de comunes múltiplos capaces solo de abarcar frases eufemísticas sin fuerza de aplicación?

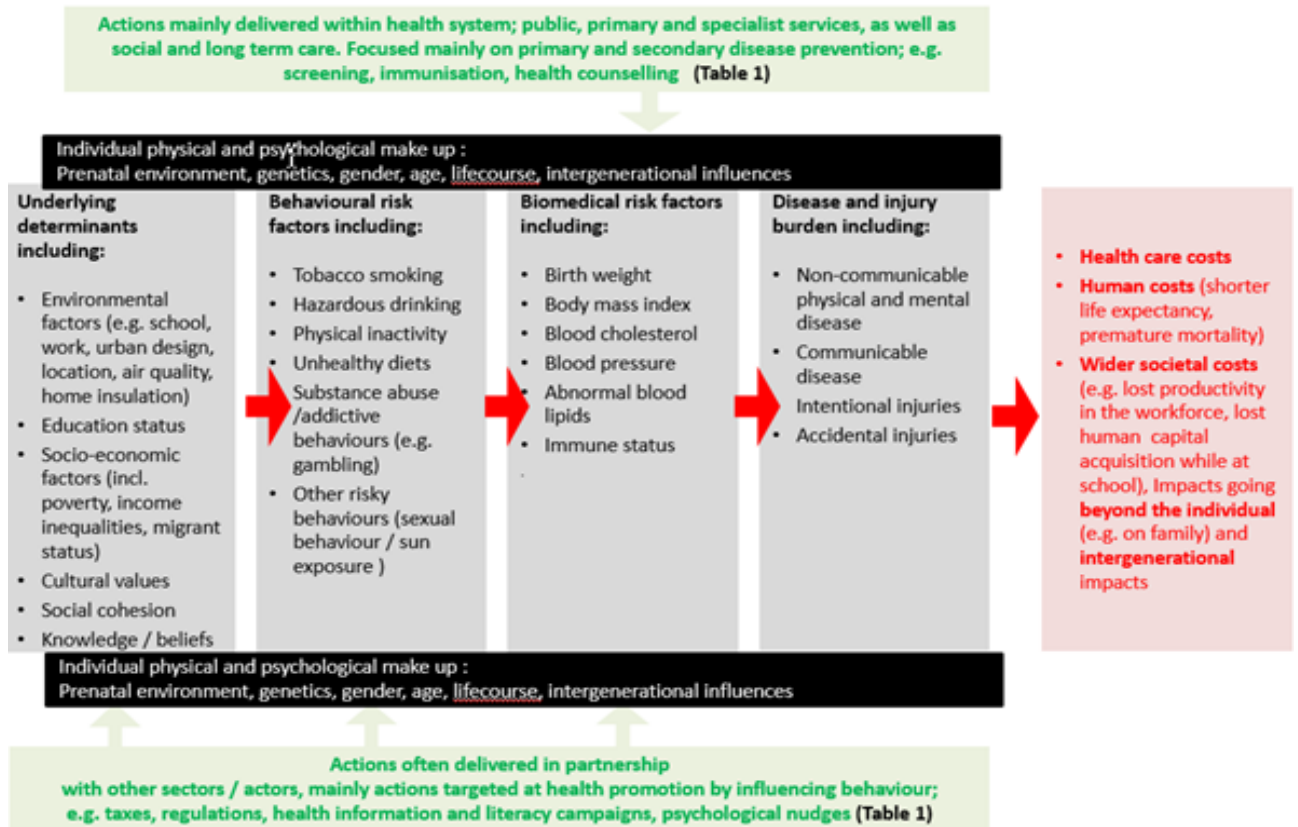
La narrativa en Infográficos

Estadio 1. Los reconocimientos de la importancia de la salud en el bienestar: *Health systems, health, wealth and societal well-being: a triangular relationship*



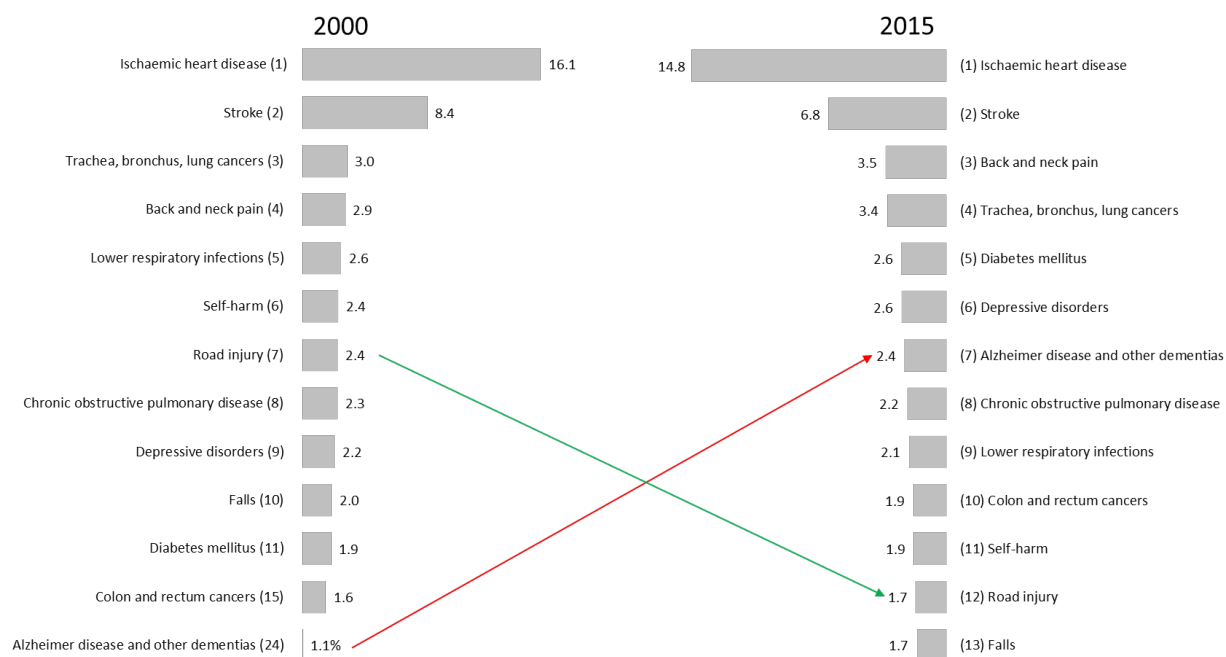
Fuente: Making J Cylus, G Permanand y Peter C. Smith the economic case for investing in health systems: What is the evidence that health systems advance economic and fiscal objectives? Mimeo WHO Abril 2018

Estadio 2.- La identificación de los problemas generales: La ampliación de los campos de acción desde los determinantes de la salud y de la perspectiva del sector sanitario



Fuente: David McDaid Using economic evidence to help make the case for investing in prevention and promotion . Mimeo WHO Abril 2018

Estadio 3. La identificación de la carga de los problemas de salud y su evolución: *Percentage of total disability adjusted life years (DALYs) in WHO European Region, 10 leading contributors of disease burden 2015 and their contribution in 2000*



Source: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/

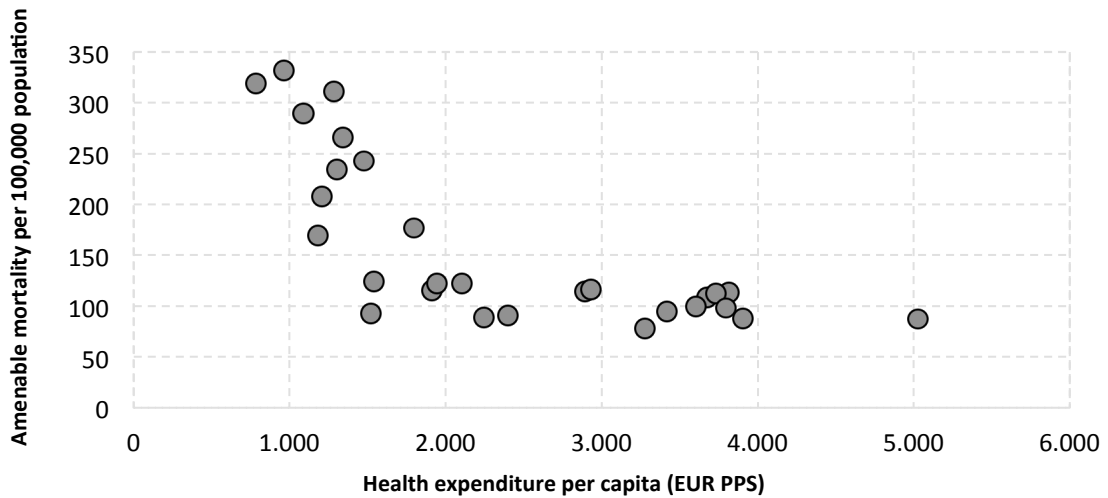
Estadio 3- Postulando las ventajas de las acciones sanitarias: *Uso de herramientas de retorno de la inversión para ayudar a la toma de decisiones en Inglaterra*

Public Health England ha encargado el desarrollo a los economistas de la salud de una serie de herramientas de retorno de la inversión. Estos tienen la intención de reunir en un solo lugar la mejor evidencia disponible sobre costos, ahorros y beneficios de salud para una variedad de intervenciones para diferentes problemas de salud, con el fin de ayudar en la toma de decisiones sobre prevención y promoción de la salud por parte del gobierno local y la salud servicios. Hasta el momento se han publicado diez modelos mirando: • Cáncer colorectal • Programa de Prevención de la Diabetes del NHS • Cuidado al final de la vida • Control de peso • Salud oral en niños en edad preescolar • Promoción de salud mental • Condiciones musculoesqueléticas • Movimiento al empleo • Prevención de caídas • El mejor comienzo en la vida

Cada modelo calcula el rendimiento de la inversión para diferentes intervenciones a sectores seleccionados diferentes en diferentes marcos de tiempo. Por ejemplo, el modelo de prevención de caídas informa un retorno de la inversión a servicios de salud y asistencia social de £ 3.17 por cada £ 1 invertida en servicios de evaluación y modificación del hogar, mientras que en la herramienta de promoción de la salud mental la inversión en servicios de asesoramiento y gestión inversión de £ 2.60 a servicios de salud, legales y empleadores por cada £ 1 invertida

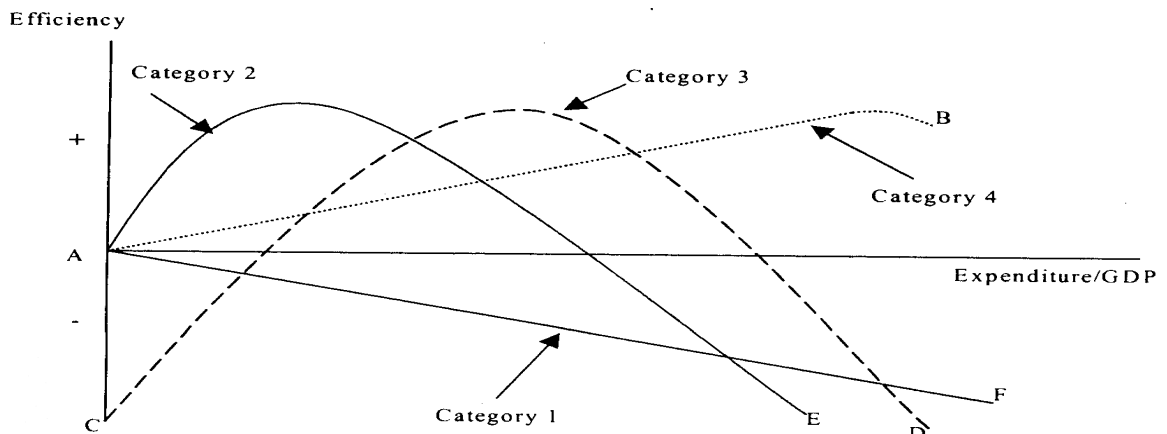
Fuente: David McDaid Using economic evidence to help make the case for investing in prevention and promotion Mimeo WHO Abril 2018

Estadio 4- Las cifras del gasto, su evolución y sus relaciones. Inicio de dudas: *Health spending relative to amenable mortality in the EU countries, 2014*. Fuente: Making J Cylus, G Permanand y Peter C. Smith the economic case for investing in health systems: What is the evidence that health systems advance economic and fiscal objectives? Mimeo WHO Abril 2018



Estadio 5- Para el crecimiento económico, poco gasto es malo. Mucho es ineficiente. Gasto sanitario en categoría 2. Los contenidos de la aplicación del gasto son decisivos. Fuente: A Afonso WP BCE 2001

Graph III.10. A graphic illustration of the links between efficiency and spending



Estadio final: Debate sobre el alcance, dudas sobre estrategias, dislexia argumental, dicotomías de parte. Sólo el trazo grueso del análisis de la importancia de la salud en el bienestar social prevalece.

La línea argumental. Una aproximación operativa

Suena bien

Suena bien el sector sanitario como vector de arrastre de actividades valiosas: especialmente fuera del consumo público, centrado en la compra de bienes y servicios, concertación y contratación externa, I más D, innovación tecnológica. Sin embargo, todo ello necesita precisar contenidos, ya que en ausencia de mercados, mayormente, y de voluntariedad a contribuir por ello, no se dispone de evaluación implícita de si vale lo que cuesta.

Suena bien la salud pública como inversión facilitadora del crecimiento y del desarrollo económico. Favorece inversión en capital humano al reducirse la morbimortalidad por mejor amortización, más renta/ ahorro, creación de capital tecnológico. El *Special Report sobre Universal Health Care: An affordable necessity*, publicado por *The Economist* (28 de abril del 2018) es paradigmático este respecto. Sin embargo, ello dirige la atención a través de los determinantes de la salud hacia las acciones alternativas o complementarias al gasto sanitario.

Suena bien el argumento del valor de la salud, la longevidad, la ausencia de discapacidad funcional, la valoración dada a una vida estadística, datos incontrovertibles. Por su contribución al capital social (la seguridad de que el sistema sanitario funciona, tanto para autóctonos como visitantes, trabajadores y empresarios, activos y pensionistas. Sin embargo este 'aprecio' al valor de la salud no se corresponde siempre con un precio y disposición a pagar.

Suena bien la preocupación por extender el análisis desde los outputs económicos contables a la economía de la felicidad, índices de desarrollo humano. Ello pasa por reformas en la contabilidad nacional, introducción de elementos de calidad de vida (QALYs), la consideración de efectos indirectos (carga de enfermedad) desde una mayor intersectorialidad. Sin embargo, a falta de un único numerario, introducir factores dispares tales como los propios del multicriterio (*multi criteria decision analysis* MCDA) o del bienestar en particular (*wellbeing*, escalas de utilidad) fuerza a una priorización mucho más compleja y potencialmente confusora e innecesaria que la que contiene la resultante de utilizar los QALYs. Esta última muestra los costes de oportunidad visualizando contribuciones técnicas transversales a sectores, prestaciones y beneficiarios (intra e inter) del conjunto del sector sanitario. En cambio el MCDA visualiza posicionamientos sociales de distintos *stakeholders* que aportan criterios mucho más discutibles para la priorización, y así al sacrificio de intereses identificables fácilmente como agravios sociales, amén de incurrir en doble recuento y omitir el coste de oportunidad. Además, en el caso de utilizar escalas *wellbeing* el coste de oportunidad se expande entre asistencia sanitaria como un todo y el resto de políticas intersectoriales. Estas últimas de modo a menudo disperso y heterogéneo inciden en la salud de la población, y que se han de comparar al resto de activos contenidos en la función de utilidad de los individuos, dada la renta neta familiar, desde la propia capacidad de gasto tras pago de impuestos y beneficios sociales.

No suena tan bien.

No suena tan bien utilizar como argumentos para apuntalar la evidencia cuantitativa tablas input output estáticas (en lugar de modelos dinámicos de generaciones solapadas, por ejemplo, comunes en el ámbito de la modelización económica), proyectar multiplicadores descontextualizados (ignorando la crítica de Lucas de que los contextos institucionales importan), ignorar la financiación que ha de acompañar todo gasto y la incidencia distributiva presupuestaria al completo, especialmente si se pretende financiar el gasto a través de tributos generadores de exceso de gravamen.

No suena tan bien una preocupación exclusiva por la sostenibilidad financiera (no por la cohesión social o la provisión de prestaciones valiosas en términos reales), vincularla al PIB nominal (sin distinción de efectos precio- coste unitario, o de cantidades- prestaciones reales) y no a la propia elasticidad de los ingresos públicos y soslayando la solvencia.

No suena tan bien el vincular los efectos macro enumerados más arriba a la regulación *ad hoc* o a la fijación de precios micro por el lado de coartar el coste efectividad de la provisión a la creación de ocupación, exportación o aumento de inversiones. No existe evidencia suficiente para aceptar la causalidad inversa tampoco; esto es, que trajes a medida a proveedores individuales sean foco de atención para la ubicación de inversores tecnológicas de primer nivel ya que las externalidades globales son para ello más decisivas que las 'internalidades' individuales.

Resulta debatible

El anclaje del gasto sanitario a la evaluación coste efectividad sin translación horizontal a otros ámbitos del gasto social y del bienestar en general (en ausencia de un común denominador de cuenta fuera del análisis de la disposición a pagar).

No resulta claro que podamos argumentar a partir del punto de corte de gasto marginal en una medida de resultado (QALY o DALY) que más recursos significarían más años de vida ajustados por calidad o que los recortes significan renunciar a ellos. O que la falta de investigación en la comprensión de la morbilidad vinculada al aumento de la esperanza de vida no nos permita con claridad hacer el balance de costes y beneficios adicionales de las intervenciones relativas a estos estadios de supervivencia.

Recomendaciones para mejorar el diálogo entre economistas y sanitarios.

1-El argumento no puede basarse en esconderse en argumentos de salud pública para favorecer mayor gasto sanitario de modo indiscriminado para todo tipo de sistema e independientemente del nivel ya alcanzado. Mejor resulta hablar de recursos bien empleados, mostrando casos que funcionan y cómo preservar prestaciones en su caso con menores costes unitarios y siempre

acompañando propuestas de recursos adicionales con contribuciones financieras; al menos en sus márgenes de variación.

2-Si se quiere ligar de un modo genérico la contribución a la salud por el valor del sistema sanitario, mejor hacerlo a través de la salud pública y de la asistencia primaria, identificables transversalmente para todos los países, y no a través de la contribución del sistema sanitario asistencial como un todo. Esta siempre es más errática, con niveles de eficiencia a estimar en cada caso, dependiente de composición de recursos, contextos institucionales, acompañamiento de factores ajenos al sistema y del estadio de desarrollo alcanzados en sus beneficios y costes marginales.

3-Remarcar la importancia económica de la cobertura universal desde los postulados teóricos económicos normativos (Rothschild -Stiglitz, 1970) mejor hacerlo a través de incidir en la red de seguridad que protege contra eventos catastróficos, reducción del ahorro excesivo por menor aversión al riesgo, relanzamiento del consumo (como en el muy conocido caso reciente de China) y en el bienestar general.

4-Parece oportuno a efectos de favorecer el lenguaje común, ofrecer como soluciones a la externalidad manifestada en la pérdida de salud o en su recuperación (como externalidad positiva o negativa), a través de su internalización. Ésta se puede conseguir, como aboga la teoría a través de un cambio organizativo, con la creación de un holding que integre las consecuencias de las decisiones, positivas y negativas, para que *ex ante* se tengan ambas en cuenta; también estableciendo efectos cruzados de indemnizaciones y premios cuando aquel tipo de decisiones *ex post* muestre sus efectos. Lo primero tendría una recomendación 'técnica' que agencializara aquellas decisiones a un tercero que de modo integrado las contemplara obligatoriamente e hiciera la recomendación prudencial consecuente ('haz o explica por qué no haces'); así a la hora de valorar efectos tales, por ejemplo, de los precios de los medicamentos en la ocupación nacional, la inversión, emplazamientos, etc., o en salarios y VAB con efectos de segunda ronda para el conjunto de la economía; balanza comercial y de servicios, desarrollo tecnológico. Fuera de la internalización técnica, la más 'política' sería remitible a la creación de un super ministerio de mayor rango jerárquico por encima de los identificados como departamentos de gastos o de ingresos, tal como propone el nobel J Tirole, o vinculados directamente a la Presidencia de los gobiernos. La segunda opción (imputación de costes y beneficios externos a los causantes) requiere articular mecanismos indemnizatorios, de modo que quien se beneficia de un efecto externo asuma un coste (de quien lo ha provocado, por ejemplo desde la salud pública o del medicamento que sustituye un ingreso hospitalario o una intervención quirúrgica, o quien sea perjudicado reciba una compensación: por ejemplo entre reducción del absentismo y reducción de lista de espera por mejora en pruebas diagnósticas, menos cotizaciones a cargo de la empresa o usuario si las políticas aplicadas reducen la utilización, o a través de primeras franjas de pago directo a cargo de beneficiarios antes de mutualizar a pago conjunto algunos excedentes; o más simplemente, a través de intermediador público, haciendo tributar por externalidades negativas (impuestos Pigou) o recibir subsidios si son positivas.

5-También es previsible que se consiga empatizar mejor ambas partes y responsables departamentales si se consideran conjuntamente en la argumentación los gastos y los ingresos a la vez, a efectos de apoyar incrementos de financiación (impuestos, por ejemplo, sobre estilos de vida, consumos nocivos, acompañando desde la valoración de la salud los posibles efectos sobre la equidad fiscal), mejora de eficiencia (reduciendo costes unitarios a igual gasto para poder aumentar prestaciones reales) o a través de desfinanciar las prestaciones menos coste efectivas. Cabría aquí también considerar abrirse marginalmente a la disposición a pagar de modo complementario –y recuperar en su caso, vía deducción fiscal selectiva o con copagos vinculados a la renta, los posibles impactos no deseados en la equidad- a efectos de tener un campo de evaluación de análisis coste/ beneficio lo más transversal posible y que trascienda del agujero no ‘welfarista’ en el que la economía de la salud ha dejado al análisis coste utilidad.

6- No parece lógico enfatizar la igualdad como punto final del derecho a la salud. Un economista responsable sabe que muchas cosas en la vida social tienen elementos de libre disposición a pagar que impactan en los individuos de manera desigual, por lo que parece difícil impermeabilizar completamente al sector sanitario del resto de actividades humanas, y más aún desde el conocimiento de la intersección de otros muchos campos de actividad económica con la salud; así se conducen coches menos seguros al ser más baratos, se adoptan conductas de mayor riesgo a menudo por una mayor retribución, se consume más *fast food* y productos super procesados por el mayor coste de sus alternativas ecológicas. Etc. Además para la sostenibilidad financiera siempre se puede hacer notar que es debatible si con una ordenación coste efectividad y una restricción presupuestaria dada acabamos dejando prestaciones efectivas pero relativamente de mayor coste en cada momento y lugar fuera de la cobertura pública, lo que equivale a un ‘copago’ del cien por cien. Y valorarlo, respecto de mantener bajo financiación tutelada de algunas de aquellas prestaciones efectivas bajo acompañamiento público de copagos ordenados por efectividad relativa o coste efectividad con límites a lo que ello pueda suponer por porcentajes de renta (cláusulas tipo *stop loss*).

7-La anterior precaución de no referir a cuestiones de igualdad efectiva el *maximando* de gasto sanitario se ha de aplicar sobremanera si se refiere las políticas que afectan a los determinantes sociales de la salud, ya que la extensión de una determinada concepción universalista sanitaria que alcance a la renta, la ocupación, la edad de jubilación, la mejora de la educación, la vivienda..., bajos esquemas de gratuidad erosiona las virtualidades de las políticas sanitarias en el conjunto de las políticas económicas. El mensaje ha de ser el de *la Salud importa, también a la política económica*, y que para hacer llegar al argumento a todas las partes, la OMS, la OCDE, el Banco Mundial, el FMI y adláteres economistas, auditores evaluadores e interventores deben compartir el argumento central. Para ello se requiere una audiencia debida (*fair hearing*) para el responsable sanitario, con un argumento bien infografiado con casos de éxito, y muestra de fracasos por no planificar correctamente las consecuencias en la economía de la inacción de políticas sanitarias.

8-Ello ha de permitir imputar valores sombra colectivos a determinados activos, entre ellos a la salud de la población (véase gráficas adjuntas), que cuenten en el balance patrimonial de una

sociedad y corrijan con ello lo que ahora es una secuencia de gasto/ déficit/ deuda bruta. Se trata con ello de poner en valor el patrimonio, la riqueza, la inversión, el estoc y no sólo el consumo, el gasto corriente, el flujo dinerario. La valoración de activos tiene elementos directos (la reducción de la aversión al riesgo con la cobertura universal) y externalidades de opción (el valor de saber que se puede utilizar un activo en caso de necesidad pese a que en un momento dado no se use) y un valor altruístico de facilitar más y mejor capital humano y social a las generaciones futuras, y también cuando las funciones de utilidad entre las generaciones presentes son interdependientes.

9-Para todo ello, Europa como única entidad comunitaria de referencia desafortunadamente no parece apropiada. Primero por el fracaso de la Europa social tras extensiones varias que han ampliado tanto el mercado como haciendo imposible la convergencia ante tal heterogeneidad de políticas económicas existentes. De modo que la convergencia por aproximación es imposible cuando las ganancias de los que están en inferior situación son in financiables, y por pérdidas de los que están en mejor situación también es impensable. Además, las situaciones de los sectores sanitarios son muy dispares en cuando a tipo de sistemas, niveles efectivos de eficiencia, catálogos de prestaciones. Todo ello se expresa muy claramente cuando se formula un umbral potencial de recursos por año de vida ajustado por calidad entre países, aun tras el ajuste por la diferente capacidad adquisitiva de sus rentas.

Gráfico 1 Las valoraciones monetarias de la longevidad extra en la Fuente IDH 2010. Los cálculos son de Ravallion con datos para 2008 proporcionados en el Informe sobre Desarrollo Humano 2010. La línea ajustada es una regresión localmente suavizada (no paramétrica). Fuente: Ravallion EU 2011

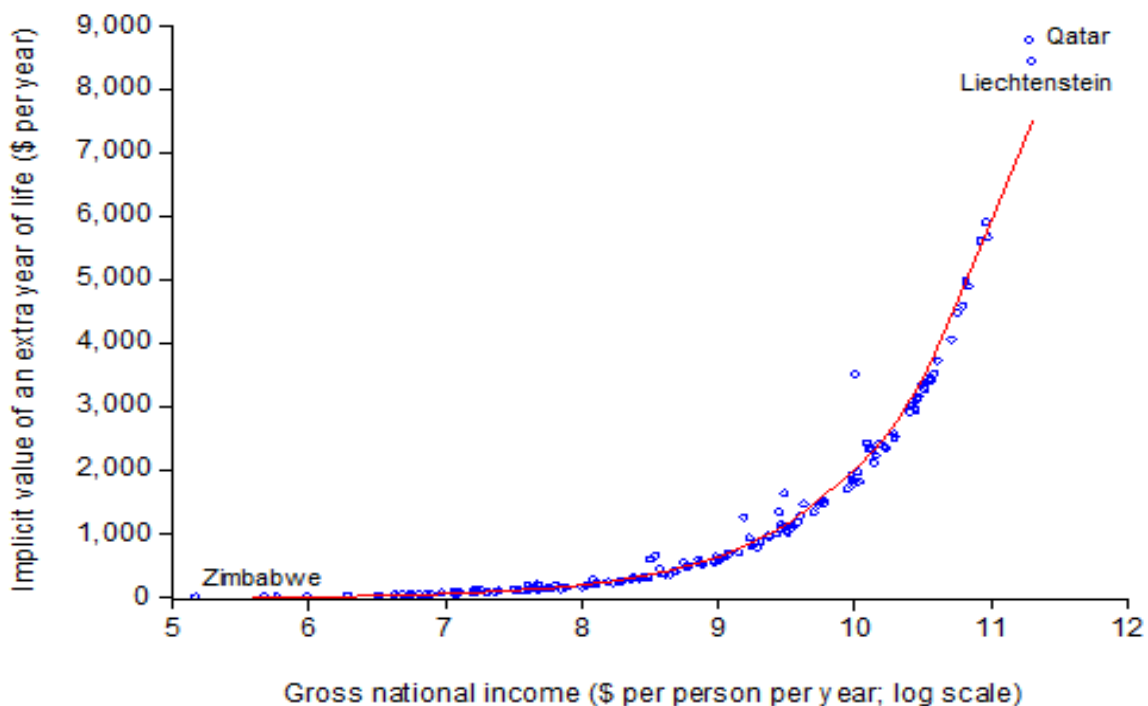
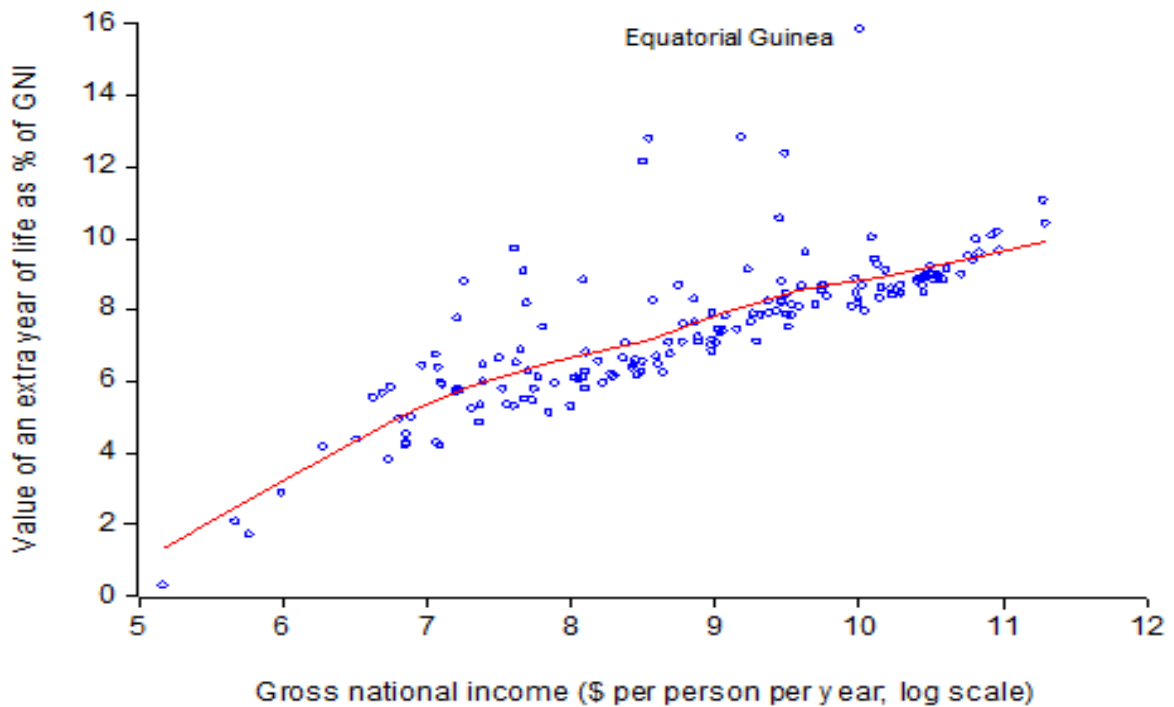


Gráfico 2 Valoraciones de la longevidad como porcentaje del ingreso nacional. Fuente: M Ravallion (voxEU 2011)



10-A su vez, la formulación de escenarios por inacción, especialmente elaborados desde agencias independientes (léase por la AIREF en España), pueden también aportar información relevante a los decisores y sobre todo, permitir posicionamientos de opinión más claros para la ciudadanía. Por ejemplo, ante el escenario de una previsión elaborada sobre la base de un cambio demográfico o de carga de enfermedad, un cómputo de inflación prevista y cambio en los precios relativos, el que el financiador no contemple la necesidad de articular algunas medidas de financiación, permite que la ciudadanía juzgue a sus gobernantes. De modo similar cuando el financiador planifique sus restricciones financieras con simples flujos de caja (*cash limits*) obviando la doble deflación necesaria (la general y la afectada por la conocida como 'enfermedad de Baumol') y así marcando una disminución en las prestaciones reales medias de los beneficiarios afectados.

11- Resta credibilidad a cualquier argumento conciliador entre la economía y los gastos en salud la escasa reputación de gestores públicos en traducir una propuesta potencial de ahorro en costes (efecto sustitución de factores) en reducciones efectivas; en primer lugar porque no todas las categorías de gasto afectadas están en los presupuestos administrativos, y en su caso por la rigidez propia de la gestión pública, que además se muestra menos efectiva en reducir salarios de empleados públicos que en epígrafes del capítulo 2 (compra de servicios, concertación), 4 (Transferencias a terceros) y 6 (inversiones reales) que son los elementos identificados antes como de mayor generación de impacto económico, así como en recortar el gasto en prevención, verdadera cenicienta del sistema.

12-Notemos finalmente que las percepciones públicas no siempre pueden acompañar la idea de racionalización aquí defendida. Para algunos ciudadanos, la labor real del responsable de gasto es la del enfrentamiento ante el censor de las finanzas siendo la lejanía más que la proximidad el mejor posicionamiento. Al fin y al cabo la eficiencia asignativa global siempre ha de superar la eficiencia técnica micro. Para ello es bueno poner de manifiesto para su corrección cómo elementos tipo monopolios de tabaco, alcoholes y en algunos países incluso de apuestas y juegos, debieran reconsiderar sus ingresos de explotación y la necesidad de su reducción por motivos de salud poblacional, o cómo los impuestos afectos a determinados comportamientos y estilos de vida su éxito no es recaudatorio sino de reducción de conductas.

13- Asimismo conviene algo de precaución para que el argumento analizado en este texto no concluya con un productivismo simplista por el que se identifique una regla 'de rescate' por la que tenga prioridad sólo aquello evaluable por su incidencia en el crecimiento económico; por ejemplo entre una esquizofrenia de difícil reinserción en la esfera productiva versus otros problemas de salud mental más recuperables para la ocupación, llegando a olvidar la idea de la salud como derecho humano y exigente de una asignación proporcionada a las necesidades relativas de las personas.

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

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

