



**Universitat  
Pompeu Fabra**  
*Barcelona*



**Colección Health Policy Papers**

**2022 – 04**

# **LA ECONOMÍA DE LA SALUD ‘EN CUERPO Y ALMA’**

**Guillem López Casasnovas**

**Catedrático de Economía de la UPF**

**Director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF)**



La Colección Policy Papers, engloba una serie de artículos, en Economía de la Salud y Política Sanitaria, realizados y seleccionados por investigadores del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universitat Pompeu Fabra (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, febrero 2022**



## LA ECONOMÍA DE LA SALUD ‘EN CUERPO Y ALMA’<sup>1</sup>

**Guillem López Casanovas, Catedrático de Economía de la UPF y director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF).**

Durante mucho tiempo no se ha oído hablar de economía en los temas sanitarios si no era para debatir los problemas asociados a su sostenibilidad financiera. Hoy los economistas de la salud reivindicamos que, tras el test de estrés que ha significado la pandemia, del sistema sanitario cabe valorar sobre todo su solvencia. Esto es, para bien o para mal, su capacidad para responder, solventar y solucionar los problemas de salud de la población. Especialmente cuando, como ha demostrado la Covid-19, aquellos son también los problemas de la economía.

Ciertamente, sin economía no hay suficiencia financiera para el gasto público. Renta y riqueza, vía recaudación fiscal, nutren la protección social. Pero sin esta, la economía pierde su único referente de justificación, que no es otro que el mejorar el bienestar de las personas. Para ello, la economía tiene una base muy primaria: *oikos nomeia*, como señala su raíz etimológica: reglas para el buen funcionamiento de lo propio, del hogar, de los negocios, de la cosa pública, según sea su adjetivación. El criterio de asignación es el del coste de oportunidad. Valoramos *ex post* que hemos acertado con la decisión tomada cuando, una vez aplicada, esta ofrece mejores resultados que cualquiera de las alternativas disponibles que hemos dejado de hacer. Es el criterio del análisis del coste efectividad, de la evaluación coste beneficio. Y como guía *ex ante*, previo a la decisión, rige en economía el criterio incremental: lo relevante a la hora de decidir es lo eludible, lo que pueda variar dependiendo de lo que decidamos: lo que tengamos que aguantar tanto si hacemos como si no, al menos en el corto plazo, no es relevante. Este el criterio del coste (o beneficio, como coste evitado que pueda ser) incremental, marginal. Evaluación y decisión incremental son el ‘arma’ de la economía, o su ‘alma’ como diría alguien del sur.

### El cuerpo

El ‘cuerpo’ de la Economía de la Salud (sus ámbitos de aplicación) es prolijo. Y suele segmentar, cargado de barreras léxicas que aparentan dotar de robustez a la ‘Ciencia Económica’ alejándola de la ‘administración del hogar’. Dichos campos constituyen su cuerpo. Así, el estudio microeconómico de la Economía de la Salud se mueve en la racionalidad individual: ¿por qué demandamos asistencia sanitaria? En realidad demandamos salud, su restauración cuando ésta se pierde; aunque todos sabemos que es mejor prevenirla, lo que en parte depende de nosotros mismos. Pero la salud no es, pese a que comúnmente se diga, la prioridad única y excluyente, aunque cuando la perdemos, efectivamente lo perdemos todo. Transaccionamos de hecho nuestra salud ‘por dinero’ (tipo de ocupación, estrés en el trabajo...) y ‘por amor’ (desde conductas de riesgo a sacrificios dañinos). Y cuando fallamos en nuestra *oikos-nomeia* particular

---

<sup>1</sup> Texto preparado para la Editorial de *Medicina Clínica* marzo 2022. Agradezco a Albert Prades, investigador del CRES/UPF la revisión del texto.

acudimos al sistema, no con una demanda infinita, sino valorada según los costes que debemos asumir, ya sean de acceso o financieros. Las elasticidades, las respuestas a las 'necesidades' vividas de modo diferente por cada cual, dependen como todo en la vida, de la renta y del coste a pagar. ¿Y los supuestos beneficios? Aquí por asimetrías en la información nos dejamos guiar por el mejor conocimiento de los profesionales sanitarios, nuestros agentes de salud, desde la relación de agencia que iniciamos cuando pedimos cita o entramos por urgencias. Con 'elasticidad' diferente (rigidez de la demanda a la oferta presentada), domina la respuesta asistencial: la recomendación, la prescripción, la intervención del profesional. Sin embargo, en sistemas públicos la oferta, los dispositivos asistenciales, están intervenidos por la regulación administrativa, los circuitos establecidos por parte de quien representa en democracia a los pagadores, los contribuyentes; un grupo más amplio que el del subconjunto de 'pacientes'. Los profesionales, ya por cuenta ajena o cuenta propia de los sistemas sanitarios, deciden casi siempre sin soportar plenamente las consecuencias de sus decisiones. Si el sistema cuenta con ingredientes de compatibilidad laxa público-privado, con dos almas, el cuerpo padece. De ahí que la Economía de la Salud necesita enfundarse de un revestimiento ético colectivo. Ello se expresa, en planificación sanitaria, a la vista de las muertes innecesariamente prematuras y sanitariamente evitables, los déficits de educación para la salud, insuficiencias en salubridad pública, etc. con la mirada puesta en la población más frágil. Una vez definidos los objetivos, el despliegue de compra y prestación de servicios los sistemas se ponen el mono empresarial, para una buena gestión sanitaria, buscando prestaciones coste-eficientes con beneficios incrementales superiores a sus costes.

Aquí aparecen los AVACs: una medida de resultados en salud que supera la identificación de outcomes con inputs (actividad) y outputs (altas). La psicometría ofrece valores desde la consideración de parámetros como dolor, sufrimiento, angustia, restricción de movilidad y/o de actividades de la vida diaria. Un QALY (*Quality Adjusted Life Years*, como se conocen los AVACs en terminología inglesa) pondera años de vida ganados con las intervenciones sanitarias, ajustados por calidad según los parámetros anteriormente comentados, y asociables a diferenciales de tratamientos del status quo. El impulso de los AVACs en todos los órdenes de la Economía de la Salud es enorme ya que resuelve de buena manera el binomio beneficio/ costes incrementales. Desde la *farmaeconomía* al 'not to do' de las priorizaciones de las agencias de evaluación sanitaria, e incluso en versiones menos sofisticadas para macroproyectos de inversión en salud, con los DALYs (*Disability adjusted Life Years*) moneda común en las ayudas del Banco Mundial entre otros.

La microeconomía, desde un ingente número de decisiones clínicas tomadas cada día en millones de actos, deriva por agregación de medios y objetivos finales al campo de la 'macroeconomía de la salud'. Valorar la diferencia entre lo dicho y lo hecho es el propósito principal: en el conjunto del sistema, desde la planificación a la provisión. Y de su análisis, derivar si bien vale un cambio en las estructuras organizativas imperantes. En esta parte del cuerpo de la disciplina de la Economía de la Salud, más allá de la evaluación global acerca del funcionamiento de los sistemas, los economistas estudiamos el impacto de la inversión en sanidad como fuente de crecimiento, desarrollo económico y cohesión social. Y ello no sólo desde el gasto en I+D, sino sobre todo desde las externalidades positivas de la salud pública; esto es, su impacto en el funcionamiento económico procedente de la mejora en la salubridad, educación para la salud, hábitos y prevención. En lo que se refiere a cuestiones de financiación,

los nuevos desarrollos, muy relacionados con la naturaleza en concreto del sistema sanitario de que se trate, se centran en materias tales como el papel de los seguros sanitarios privados, substitutivos (*'a la Muface'*) o complementarios (¿a subsidiar?). Y en los copagos, ya en su función de acompañamiento al aumento de ingresos públicos (afectados así a servicios con demanda inelástica) o a una reducción de gasto, en su papel de tiques moderadores (no recaudan, previenen gasto estimado menos necesario de demandas elásticas). La macroeconomía de datos y resultados permite comparaciones entre sistemas, aunque de ello difícilmente se puede derivar un diagnóstico acerca de cuál es 'mejor', ya que los objetivos aceptados socialmente en cada sistema difieren con la cultura del país y la ideología prevalente.

Fuera de este cuerpo que permite considerar la Economía de la Salud como una 'disciplina' económica, subyace la estructura productiva industrial tecnológica y de servicios, embargada en su día por la dificultad en aprender 'a decir no' en aquellos sistemas teñidos de una fuerte impronta pública-política en la que lo fácil es decir siempre 'sí'.

## **El alma**

Con la pandemia todos hemos visto, y algunos padecido en carne propia, que en sus primeros estragos era absurdo, como algunos estaban proponiendo, transaccionar, granular, la aceptación de más muertes por evitar la pérdida de unas décimas adicionales del PIB. En la incertidumbre de los efectos de la Covid-19, sin capacidad de atribuir probabilidades a las consecuencias de las intervenciones y al desarrollo natural de la infección, esto es, sin guía de riesgo/beneficio, lo necesario fue parar la economía. Quien no lo hizo le ha de pesar ahora el exceso de muertes, mejor evaluadas ya hoy, por salvaguardar, sin alma, negocio y posturo populista. Ciertamente la OMS y la Unión Europea se alinearon con el 'alma' de preservar vidas lo mejor posible. Y Europa se situó a la alzada de un verdadero *big brother* (gran hermano) facilitador que la economía del hermano pobre y endeudado no se hundiera. Pudimos así aplicar en España ERTES en el conjunto de la economía, financiados a través de una deuda mutualizada por el Banco Central europeo. Hoy, con la mejora relativa, tras seis olas de experiencia, la economía ya está retornando. Se ha podido mantener en buena medida el consumo, la renta y la capacidad productiva, mucho más de lo que hubieran permitido nuestras propias políticas fiscales, y así podemos empezar a ver con moderado optimismo la salida del gran derrumbe económico. Ahora pues, toca de nuevo acompasar economía y salud en unas cuantas cuestiones. Primero, para mantener la financiación extraordinaria 'COVID' durante un tiempo más para sufragar los daños colaterales que ahora emergen. Como diría un economista de la salud, a la vista de los 'costes de oportunidad' del abordaje en su día de la pandemia en términos de 'lo que dejamos de hacer'. Segundo, porque en la recuperación 'no están todos los que son'. Los efectos han sido y son diversos por grupos sociales y según patologías previas: ya sea por sus efectos en materia de salud y salud mental en particular, o en la recuperación del empleo. Toca ahora ajustar las políticas, sanitarias y económicas. Y si además somos capaces en la recuperación, de transformar la economía por un lado (más resiliente, más sostenible) y establecer una nueva gobernanza en salud por otro, habiendo aprendido a hacer las cosas de manera diferente, cerraremos el desastre de la COVID con un registro menos doloroso.

En conclusión, puesto en valor lo que significa un buen sistema sanitario para la economía, su solvencia y el buen hacer de sus profesionales, la Economía de la salud ha de poder mostrar ahora más que nunca que mejorar la asignación de los recursos en sanidad no es un criterio sólo de eficiencia económica y de ética social, sino que 'vale la pena' para el bienestar de la ciudadanía.

### Referencias:

Las **lecturas** que se ofrecen son del propio autor a modo de complementar el texto. La mayoría se pueden encontrar 'ad extenso' en:

<https://www.upf.edu/web/cres/health-policy-papers>

López-Casasnovas G (2015) *El Bienestar Desigual*. Editorial Península.

López-Casasnovas G, Laia Maynou y Marc Saez (2015). *Another Look at the Comparisons of the Health Systems Expenditure Indicators*. Social Indicators Research, Vol. 121, No 1, 149-175, January. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0628-4>

López Casasnovas G & Héctor Pifarré i Arolas (2021) "Health Care Systems: Organization and Response to COVID-19 with a Focus on Spain", *Forum for Social Economics*, DOI: <https://doi.org/10.1080/07360932.2021.1915835>

López-Casasnovas, G.; Pifarré i Arolas, H. (2021), "The Spanish Health-care System", Baltagi, B.H. and Moscone, F. (Ed.) *The Sustainability of Health Care Systems in Europe (Contributions to Economic Analysis, Vol. 295)*, Emerald Publishing Limited, pp. 189-207. DOI: <https://doi.org/10.1108/S0573-855520210000295016>

López Casasnovas G y JL Pinto (2022) "QALY maximization and the social optimum", *Review of PublicEconomics* 3/22.

**Manuales** de Economía de la Salud y **contribuciones** específicas a muchas de las materias se encuentran fácilmente en la red. Son autores básicos: J Cullis y P West, A. Williams, V Fuchs, J Newhouse, A Enthoven, J LeGrand, M Drummond, D Cutler, P Zweiffel, entre muchos otros a la vista de sus aportaciones más seminales.



## Últimos Títulos de la Colección Health Policy Papers:

López-Casasnovas, G; "**A political economy analysis of the Spanish Health System and its reform.**" Colección Health Policy Papers 2022-03\_GL.

López-Casasnovas, G; "**Envelliment, salut i activitat econòmica i empresarial**" Colección Health Policy Papers 2022-02\_GL.

López-Casasnovas, G; "**Análisis de economía política del Sistema de Salud Español.**" Colección Health Policy Papers 2022-01\_GL.

López-Casasnovas, G; "**Les desigualtats socials a l'entorn urbà centre-perifèria de Barcelona**" Colección Health Policy Papers 2021-18\_GL.

López-Casasnovas, G; "**Farmacoeconomía y evaluación de medicamentos: Quo vadis?**" Colección Health Policy Papers 2021-17\_GL.

López-Casasnovas, G; "**A propósito del debate Marmot-López sobre desigualdades en salud.**" Colección Health Policy Papers 2021-16\_GL.

López-Casasnovas, G; "**Reflexiones post covid ¿Qué hacemos con las desigualdades en salud?**" Colección Health Policy Papers 2021-15\_GL.

López-Casasnovas, G; Pinto-Prades, JL; "**Cuan lejos pueden y deben ir los economistas de la salud con el análisis Coste Efectividad**" Colección Health Policy Papers 2021-14\_GL\_JP.

SabaterMezquita, R; López Casasnovas, G; "**Efectivitat de les mesures contra la transmissió de la COVID-19 a l'Europa Occidental. Hi ha influït la "cultura mediterrània" i/o el model sanitari?**" Colección Health Policy Papers 2021-13\_RS\_GL.

SabaterMezquita, R; López Casasnovas, G; "**Efectes de la covid-19 a les llistes d'espera de la Catalunya Central. Quin coll d'ampolla té més influència per a la disminució entre 2019 i 2020 dels diagnòstics de càncer?**" Colección Health Policy Papers 2021-12\_RS\_GL.

Del Llano J, J; Mestre-Ferrandiz, J; Espín, J; Gol-Montserrat, J; Del Llano, A; Bringas, C; "**Public health policies for the common interest: Rethinking eu states'incentives strategies when a pandemic reshuffles all interests.**" Colección Health Policy Paper 2021-11\_JD\_JM\_JE\_JG\_AD\_CB;

López Casasnovas, G; "**La maximización de los AVAC y el óptimo social**" Colección Health Policy Papers 2021-10\_GL\_LP

López Casasnovas, G; "**Mi visión sobre los cambios que llegan a nuestros sistemas de salud de la mano de la digitalización**" Colección Health Policy Papers 21-09\_GL.

López Casasnovas, G; López Seguí, F; Arasanz Goset, A; "**Sustainability and resilience in the spanish health system**" Colección Health Policy Papers 2021-08\_GL.

López Casasnovas, G; "**La salud, la distribución de la renta y los condicionamientos sociales**" Colección Health Policy Papers 2021-07\_GL.

López Casasnovas, G; "**La evaluación económica en su encrucijada institucional. Genética de un Manifiesto**" Colección Health Policy Papers 2021-06\_GL.

<https://www.upf.edu/web/cres/health-policy-papers>

