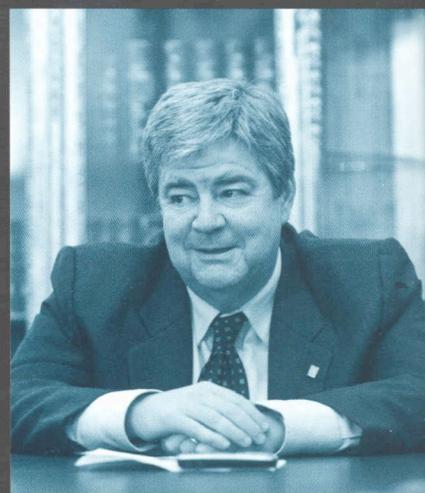


GUILLEM LÓPEZ CASASNOVAS



**T**odo lo que suponga un mayor traslado de responsabilidad a los ciudadanos y a los profesionales sanitarios en el ejercicio de su autonomía merece ser explorado

# “Las desigualdades sociales deberían medirse en términos de salud y no sólo de renta”

GUILLEM LÓPEZ CASASNOVAS

*Catedrático de Economía. Universidad Pompeu Fabra*

**D**esde hace muchos años, Guillem López Casasnovas enseña economía en la Universidad Pompeu Fabra, una actividad que le apasiona y que combina con otras, entre ellas la de consejero del Banco España y la de asesoramiento en distintos ámbitos de la política pública. Especialista en economía de la salud, su punto de vista sobre la sanidad es sorprendentemente humano. Habla de costes y beneficios, pero también de pacientes que deben soportar horas de espera y de profesionales sanitarios que cuentan con muy poco tiempo para realizar su trabajo de consulta personal. Una visión “humanista” de la economía que aporta una mirada reflexiva.

**Uno de sus artículos menciona 25 tópicos sobre desigualdades y salud ¿no son demasiados? ¿desconocemos tanto la relación entre la salud y la desigualdad social?**

La salud es un componente importantísimo de la desigualdad social. En vez de mirar la desigualdad sólo según la renta, deberíamos observar las desigualdades en cuanto a la morbimortalidad. La renta es flujo: cuando eres joven tienes menor renta; cuando entras en el mercado de trabajo puedes aumentar tu capital, y cuando se es pensionista, se beneficia uno del sistema del bienestar. Lo interesante sería medir la renta a lo largo del conjunto de la vida de una persona, longitudinalmente, y no en un momento dado, vista la influencia que en ello tiene la edad. Sin embargo, la salud tiene un mayor componente de *stock*. Las desigualdades de salud se relacionan con la renta, pero se trata a menudo de comparacio-

nes heterogéneas marcadas por la falacia de la agregación: ¿si se mejorara la renta media de los españoles, mejoraría la salud? Pues lo cierto es que no se puede afirmar sin conocer las varianzas (¿beneficiar la renta y salud de quién?). Esto es, no está comprobado que a mayor aumento de la renta media mejore también la esperanza de vida media: depende de cómo éstas se distribuyan. Es un ejemplo. ¡Hasta 25!

**¿Pero se podría decir que hay enfermedades ligadas a un peor nivel de vida?**

Lo que genera un nivel de vida bajo no es sólo tener poca renta, sino tener mala salud. Me resisto a aislar la salud de los problemas sociales. Esto es importante para generar los mecanismos de corrección de las políticas sanitarias adecuados. Hay gradientes de salud que tienen que ver con la etnia, con el género... Son factores exógenos y conllevan diferencias por las que las políticas sanitarias no pueden exigir responsabilidad a los ciudadanos para su corrección; pero, por ejemplo, dentro de la cohorte de personas de idénticas cohortes etarias, étnicas y de género, sí se ha de res-

ponsabilizar de la diferencia observable en los niveles de salud, en mayor medida, a los afectados. La responsabilidad pública en las políticas de salud se ha de centrar en corregir las diferencias en las medias exógenas, con la educación por ejemplo, pero para las endógenas, internas en cada cohorte, la responsabilidad individual debiera de ser mayor.

### **En su llamada contra los prejuicios ¿supone la inmigración un mayor gasto sanitario o se trata de otro tópico?**

En términos absolutos, sí. En términos relativos, no. La mayor demografía afecta al gasto sanitario; pero por población, no por el hecho de que al ser ésta inmigrada tenga un consumo relativo *per cápita* más alto. Al revés, los inmigrantes que entran como turistas y se quedan o vienen en pateras, a la fuerza deben estar más sanos. También por su edad. Si se estandariza por edad, consumen menos y no más servicios. El tópico abunda entre algunas personas al visualizarlos más en urgencias, y por las críticas ciertas de los gestores autonómicos que han visto como los aumentos de población no modificaban suficientemente la financiación sanitaria estatal. Si se hubiera seguido un criterio estrictamente cuantitativo -tanta población tienes, tanto financia, con los parámetros convencionales- la llegada de inmigrantes incluso hubiera resultado ventajosa para aquellas Comunidades mayormente receptoras, dado que el coste de los inmigrantes se sitúa, en general, por debajo de la media de los autóctonos. Un simple dato confirmatorio. Recuérdese que entre los autóctonos hay una importante cantidad de pasivos por cada activo, mientras que entre los inmigrantes activos el ratio es menor.

### **Y siguiendo con tópicos. ¿Cómo está afectando la crisis a la sanidad?**

Al gasto sanitario por el momento no le está afectando más que al resto de servicios públicos, sino menos. Y ello pese a que los impuestos han

### **Los profesionales de la sanidad, proveedores de cuidados de salud, se mueven en una relativa indefinición, dada su situación intermedia entre políticos y pacientes**

bajado en picado. Un gasto mantenido a piñón fijo, con incrementos del 4% es consustancial, porque en situación de crisis disminuye el consumo privado y aumenta el público. El problema es que ello no puede ser sino transitorio: en cuanto salgamos de la crisis y la Unión Europea

lo imponga tendremos que cerrar el déficit, y eso generará una situación complicada para España ya que estaremos saliendo de la crisis más tarde que el resto de los europeos. ¿Cómo vamos a subir impuestos si la economía española no está aún recuperada? ¿cómo vamos a recortar gastos cuando se requiera todavía actuación contracíclica? Estamos financiando servicios públicos con un déficit que supone 12 puntos por encima del PIB. Imaginemos que esto lo hiciera una familia, gastando continuamente mucho más de lo que ingresa: obviamente esa situación no es sostenible. Esto es, en el futuro, y para equilibrar las cuentas y salvar la solvencia financiera del estado español es probable que hagan falta algunas actuaciones que afectarán sin duda al presupuesto sanitario.

### **¿Por ejemplo?**

Para aumentar los ingresos sin poder recurrir a la imposición penalizadora del crecimiento todavía precario, es probable que se replantee la necesidad del copago. Bueno, como la palabra copago suena mal, hablaremos quizás de tasas

y precios públicos... Y por el lado del gasto, lo que tocará es priorizar. Los economistas tenemos para ello nuestro instrumento que es la evaluación económica, los estudios de coste-efectividad. Las prestaciones se analizan de este modo referenciando su coste al parámetro del beneficio en salud. En nuestro argot, éste se mide en AVACs, años de vida ajustados por la calidad, y se trata de identificar como mínimo cuánto supone una prestación en su coste adicional, respecto a las alternativas ya existentes, en mejora de AVACs.

***Pero los profesionales de la sanidad no se ponen muy de acuerdo en ese sentido***

Los profesionales de la sanidad, proveedores de cuidados de salud, se mueven en una relativa indefinición, dada su situación intermedia entre políticos y pacientes. Por un lado defienden la autonomía clínica y la libertad de decisión pero, por otro, no quieren responsabilizarse de las consecuencias financieras que sus decisiones generan. En este sentido, todo lo que suponga un mayor traslado de responsabilidad a los ciudadanos y a los profesionales sanitarios en el ejercicio de su autonomía merece ser explorado. Por ejemplo, en Atención Primaria se puede pactar una financiación de corte poblacional, no retribuyendo a los equipos por lo que hacen sino por la población que tienen a su cuidado. Y, a partir de aquí, tus menores costes por mejor educación sanitaria o prevención son en principio sus rendimientos, y sus mayores costes por mayor actividad ineficiente no aumentan la factura de la financiación global. En todo caso, lo que no se puede hacer es atender a los beneficios y olvidarse de los costes. En un sistema privado no hay problemas, ya que si la atención vale lo que cuesta, lo decide el mismo paciente; pero en el sistema público,



**Si aparece un nuevo medicamento hay que plantearse qué valor añade, cómo cambia el perfil diagnóstico y terapéutico, qué coste sustituye, etc.**

esta idea hipocrática de que "hago todo lo que haga falta para mi paciente" no es real, porque el paciente no sólo es el que el profesional tiene delante, sino también el que está esperando o al que no se puede atender, bien por falta de tiempo, o por falta de inversión en el sistema sanitario, o el que por falta de recursos de políti-

cas preventivas no tiene educación sanitaria como para reconocerse como enfermo... Son los costes de oportunidad para un profesional sanitario público de no ser eficiente. La economía de la salud ayuda a poner orden en esta situación. La ética y la eficiencia se de-

ben dar la mano para que el sistema de salud sea equitativo.

**Y el gasto farmacéutico, ¿es realmente tan preocupante como se sugiere?**

El porcentaje más alto del gasto sanitario es el que se dirige a sueldos y transferencias, pero esto es bastante inocuo. Cataluña, por ejemplo, que tiene más concertación, tiene menos capítulo 1 pero tiene más capítulo 2. A mí no me preocupa tanto en qué se gasta o en qué capítulo económico se contabiliza éste como en el para qué se gasta. El gasto funcional tiene más interés; esto es, ¿a qué dedicamos los recursos siempre escasos, a prevención, a atención primaria, a crónicos, a larga estancia, a la gestión de episodios integrales, etc.? Desde esta visión el medicamento no es más que un *input*. Si aparece un nuevo medicamento hay que plantearse qué valor añade, cómo cambia el perfil diagnóstico y terapéutico, qué coste sustituye, etc.

**¿Cuál es su visión acerca del valor del medicamento más allá de una dimensión economicista?**

El economicismo de los economistas es otro tópico muy arraigado entre el *status quo*. El economicismo es un concepto marxista que a muchos no nos identifica en lo más mínimo. Hay economistas de la salud con más discurso de beneficios sanitarios (años ganados en salud libres de discapacidad, carga de enfermedad evitada, AVACs, etc.) que muchos otros analistas que no tienen más liturgia que la de oponerse a los cambios para que todo continúe igual cuando la sociedad y el mundo en general han cambiado. Dicho esto, yo creo que es injusta la crítica indiscriminada que se hace al gasto en medicamentos. Su comparativa no puede hacerse en porcentaje del total del gasto ni en términos de PIB, ya que sus precios tienden a ser únicos, independientes del PIB y del modo en que se organizan los sistemas de salud. En todo caso debiera de ser el gasto *per cápita*. El problema del gasto en medicamentos en España no es "de precio", sino "de cantidades"; esto es, del excesivo consumo que se hace de él, inapropiado a veces, y que muy a menudo

tiene que ver en cómo se sitúa al medicamento como insumo de los tratamientos, en la cadena de valor terapéutica y de cómo sustituye al tiempo de profesional o de espera del paciente.

**¿Sería necesario invertir más en prevención?**

Siempre que un sistema de financiación financiera a los proveedores de acuerdo a la actividad sufre el objetivo de prevención. Hay tres modos de pagar a los proveedores: pagar por ser, por hacer o por resultados. Pagar por ser equivale a pagar *inputs*; pagar por hacer es lo que se inicia con los contratos programa de pago por actividad poniendo un precio a cada visita, de modo que cuánto peor se haga (descontrol primario, hipocondríacos, medicalización social, etc.), mejor para el profesional reembolsado.

El pago que premia mejor la prevención es la financiación capítativa, de base poblacional, a retribuir a los proveedores por responsabilizarse de las contingencias de salud que tienen los

ciudadanos cuyo cuidado tienen asignados.

En Primaria, en Cataluña se pretende conseguir algo de esto mismo. Una entidad básica asociativa

recibe una financiación de base poblacional y a cambio de esa financiación adquiere

**El problema de la sanidad americana no es de equidad sino de eficiencia. No se puede ser equitativo si antes no se es eficiente**

capacidad organizativa y responsabilidad financiera. Los consorcios de base territorial que integran proveedores sobre el territorio seguirían esta misma dirección...

### **¿Qué opina del modelo sanitario madrileño?**

En economía de la salud hay cosas que son normativas y otras no, más bien empíricas, ideológicas, del "yo creo yo pienso". ¿Dónde está el límite de la intervención pública? En la obligatoriedad del aseguramiento. Si tú rompes el equilibrio de riesgos, generas fallos de mercado y todos los ciudadanos pierden bienestar. Es bueno para todos que exista obliga-

toriedad de aseguramiento. En cambio, el modo de provisión es más ideológico. Se puede suministrar un servicio por la vía de la concertación o por la vía de las franquicias, también es posible hacerlo como *leasing*... En un sentido estricto, no es cierto que en Madrid se esté privatizando la

### **No se debiera hacer de la sanidad un arma arrojadiza en política**

sanidad. Mientras la financiación sea pública y todo el mundo tenga la obligación de estar asegurado, seguiremos estando ante un sistema público. Lo que no tengo tan claro es que la estrategia empírico positiva que se está siguiendo sea la adecuada. Yo, personalmente, abogo por los conciertos. Esto implica que el manejo sea público; cuando se hace una concesión se pone demasiada tierra por medio, durante demasiado tiempo, entre el político y el gestor. Creo que el interés público se defiende mejor con la concertación. Si tuviera responsabilidades políticas (por lo que ni "yo creo que" pudiera imponerse) no impulsaría el tipo de concesiones que se hacen en la Comunidad de Madrid, pero ello no justifica que algunos afirmen tajantemente que se está privatizando el sistema público, porque no es cierto, al ser la financiación completamente pública. No se debiera hacer de la sanidad un arma arrojadiza en política. Habría que buscar un pacto de estado en procedimientos para evitar que esto fuera así. Cuando existiera acuerdo en las reglas, no debería importar tanto quien las aplicase.



### **En un artículo suyo publicado en El Periódico de Catalunya, alertaba sobre el espectacular crecimiento de la desigualdad ¿cree que somos conscientes de este hecho?**

Las desigualdades más llamativas se dan dentro de una misma comunidad autónoma, por eso lo importante es gestionar planes de salud que permitan reducir las desigualdades en la propia comunidad. En Andalucía, por ejemplo, hay unas diferencias en la esperanza de vida o en los accesos a los tratamientos mucho más significativas que las que puede haber entre Navarra y Extremadura, pongamos por ejemplo.