

«ECONOMÍA DE LA SALUD:

El estado de la cuestión»

Palabras clave: Economía de la salud.

Nº de clasificación JEL: I1, I11

1. La salud de los sistemas nacionales de salud (y el español no resulta posiblemente una excepción), pese al afán que los propios analistas muestran para su mejora es, en realidad, mejor de lo que resulta de su simple valoración por parte de sus usuarios. Ello no puede suponer, sin embargo, una autoconfirmación en favor del dirigismo burocrático que impregna en buena medida nuestro sistema sanitario, ignorando los importantes problemas que de su operativa se derivan.

La anterior constatación viene referida a la *disociación hoy existente entre los factores relativos a la aparente efectividad, en términos de resultados de gasto-salud, de nuestro sistema sanitario, y los relativos a la apreciación subjetiva que de su utilización expresan los ciudadanos.*

En efecto, una comparación (por ejemplo, a través de la *Health Data File* de la OCDE), de los distintos indicadores globales de los sistemas sanitarios para varios países de nuestro entorno, y la valoración sobre el grado de satisfacción que los usuarios tienen de los servicios sanitarios (Informe Blendon para la Comisión Abril) muestra la naturaleza del problema.

Una interpretación primera y sencilla de dicha disociación puede referirse al hecho de que cuando un tercero a la relación sanitaria elige en nombre de alguna de las partes presentes en la prestación, la probabilidad de que de ello resulte un mayor grado de frustración sobre los resultados derivados de la elección es más alta. La equivocación propia no deja espacio a la queja externa, sino tan sólo al aprendizaje. Sin embargo, cuando la elección es externa a las partes, muchas veces se acaban callando los posibles éxitos y se exageran los errores.

Un antídoto a lo anterior consiste en continuar introduciendo mayores grados de flexibilización en el sistema sanitario, ofreciendo márgenes de elección en favor del usuario al límite de lo que supondría la generalización del modelo MUFACE.

Todo ello puede coadyuvar al complemento de «bienestar» (valor de cambio), que en determinados supuestos continúa hoy sin ofrecer nuestro sistema.

Mantener cierta dinámica en este sentido en nuestro sistema —sin caer en la estrategia del movimiento del balancín—, puede ser una buena prescripción hoy —en el más común de los sentidos—, para nuestro sistema.

2. *Los incentivos a las políticas de contención de costes en los sistemas nacionales de salud muestran graves problemas e indefiniciones.* Por un lado, es conocido que la acción colectiva ofrece un marco muy limitado para fundamentar un «no» a algunos consumos y prácticas sanitarias. Por otro lado, una buena parte de las políticas de contención de gastos equivale, en sistemas sanitarios públicos, a la restricción de sueldos y salarios, monetarios o en especie, de sus profesionales.

El conflicto implícito a que ello ineludiblemente aboca es más probable que se resuelva en una actuación del ciudadano que refleje la lógica relativa a su papel como usuario, actual o potencial, de los servicios, que la relativa a su papel como ciudadano contribuyente. Mientras que los administradores del sistema necesitan un soporte fundado en esta segunda vía, los profesionales sanitarios lo requieren —y lo obtienen con mayor facilidad— de la primera vía.

La lógica, por tanto, de la acción colectiva—y así, de los espacios de decisión que puedan soportar ponderaciones políticas y/o económicas en la gestión de los servicios sanitarios—, requiere el reconocimiento del desigual terreno en el que se mueven promotores y destinatarios de las políticas de contención de gasto.

Para el caso concreto de nuestro país, los actuales escenarios de convergencia europea generan una inquietud adicional acerca del éxito de dichas políticas de contención del gasto, debido a la falta de realismo con la que se han formulado sus instrumentos, al basarse en las premisas de una insuficiencia presupuestaria, ampliamente reconocida por las propias partes presentes en la prestación sanitaria.

Sin un mayor realismo en la presupuestación, la credibilidad de la política de contención pierde referentes, pudiendo incluso generar efectos contraproducentes entre sus profesionales, atrincherados en la generación de demanda y negligiendo sus costes.

3. *La economía de la salud en nuestro país, salvo excepciones, ha adolecido de un excesivo interés por prescripciones de política sanitaria y de una importante falta de contrastación empírica.*

En este sentido, los economistas de la salud españoles hemos de reforzar nuestro conocimiento de la caja de instrumentos de la economía aplicada, en favor de una más clara separación entre lo normativo y lo positivo de las tareas asumidas.

Para ello, la calidad de la información disponible deberá ir aún, posiblemente durante algún tiempo, por detrás de la calidad del instrumental analítico, siendo ello incluso, con toda probabilidad, una condición necesaria no suficiente para su mejora. Nunca puede suponer, sin embargo, un pretexto para la inhibición.

El sector sanitario español permite, para este propósito, un campo de experimentación mucho mayor que el hoy en curso, para la contrastación de hipótesis de comportamiento de nuestro sistema. Para dicho quehacer, el

mejor conocimiento de outputs finales se hace necesario. Los años de vida ajustados por calidad aparecen aquí(como el instrumento más seguro en un ámbito muy complejo en el que, sin brújula, las posibilidades de perderse son elevadas.

4. La incidencia real de la Economía de la Salud en la adopción práctica de decisiones —más allá de su importante papel, aunque limitado, de generación de ideas para repensar la operatividad del sistema cara al futuro (y nótese que para ello es lo general —la economía—, y no lo específico, —«de la salud»—, lo que posiblemente incorpora mayores márgenes de creatividad), pasa hoy por una *mayor y mejor profusión de los estudios de evaluación económica*. Esta es una tarea que puede resultar menos atractiva, pero es, sin duda, mucho más decisiva si realmente se quiere incidir en la práctica de los profesionales sanitarios. Y ello ni que sea por la valoración retrospectiva que de los resultados de la evaluación económica se acabe haciendo, codo con codo con los profesionales sanitarios.

En este esfuerzo, el cuidado en la difusión de resultados (formato, ámbito, grado de transgresión de convenciones) es fundamental: los fracasos son siempre a corto plazo y los éxitos, en su caso, a términos más largos.

5. Para que los análisis económicos no se vean permanente obstaculizados en el campo sanitario por un difuso concepto de equidad, parece aconsejable limitar aquellos aspectos no cuantificables de dicha noción —cuya valoración política siempre es legítima en la interpretación «ex post» de los resultados del análisis—, centrándonos en aquellos otros aspectos que sí lo son. De modo similar para los análisis empíricos de eficiencia, aún a sabiendas que un buen resultado intermedio no garantiza siempre un buen output final,

En ambos casos, la adopción de una visión «globalizante» de la equidad (localizando correctamente dónde está la equidad y dónde no está la inequidad de los actuales sistemas nacionales de salud) ha de *favorecer una mayor operativa de base empírica para la buena gestión de los sistemas sanitarios públicos*; nunca, posiblemente de nuevo, un argumento para el «no hacer».

Con el ánimo de una mayor concisión y asentar algunas *propuestas concretas* para su posterior implementación, las siguientes pueden a nuestro juicio destacarse:

1. Un buen análisis del sistema sanitario requiere algo más que los *indicadores* de mortalidad al uso. El terreno más seguro en este campo es el de los AVAC y, a nivel individual, su acompañamiento con medidas de satisfacción de los usuarios. Quizás sea ya tiempo de que construyamos, y validemos en el tiempo, nuestros propios AVACs, así como adoptemos, consecuentemente, sobre dicha base, estándares homogéneos en la evaluación.

2. Que la *presupuestación* sanitaria gane credibilidad, se eliminen prácticas de ampliación automática de créditos presupuestarios, se aflore

definitivamente el déficit encubierto, etc. debieran ser algo más que buenos propósitos. Posiblemente es tiempo ya de dejar de hablar de filosofía de la reforma y comenzar a trabajar algunas reformas selectivas.

3. Parte al menos de los problemas diagnosticados para la generalización de procedimientos de evaluación económica —básicamente en lo que se refiere a su *estandarización* (tratamiento de ciertos costes indirectos, medida de outputs, tasa de descuento a aplicar, etc.)—, podrían pivotarse sobre la propia Asociación de Economía de la Salud. Una especie de *Audit Office*, en terminología anglosajona, para la promoción y difusión de los resultados de la evaluación, en formato asequible a los colectivos destinatarios, dentro quizás de la Oficina para la Evaluación Tecnológica que en el futuro cercano se pueda crear, ha de completar la tarea anterior.

4. La *investigación* en servicios sanitarios se realiza posiblemente con mejores garantías de calidad en las universidades y centros de investigación que desde los gabinetes de los Ministerios. Ello apunta a que se debe realizar una mejor osmosis entre quien tiene responsabilidad de administrar e investigar para ayudar a la adopción de las decisiones. Duplicar puede ser un lujo y un desacierto.

5. La correlación de renta y gasto sanitario explica, aunque no justifica ni tiene capacidad predictiva alguna, la evolución del gasto sanitario de un país (tal como podría de otro modo interpretarse a partir de los valores estimados para la elasticidad renta del gasto sanitario). En términos similares, hablar de universalización, generalización de prestaciones cubiertas y exclusiva financiación tributaria de los servicios, como garantía de cumplimiento de objetivos públicos de equidad acaba generando, en ambos casos, *ambigüedades*. Lo que no se cubre no implica que se prohíba. Lo que no se da no quiere decir que se deje de tener. Lo que se financia con impuestos o cotizaciones no supone gratuidad.

Lo ciertamente relevante es qué tipo de composición del gasto sanitario se ajusta mejor a los objetivos de los sistemas públicos, y si la asignación relativa de las distintas partidas de gasto aprovecha realmente las ventajas que los sistemas integrados de prestación permiten para el cumplimiento de los distintos objetivos.

Para el propósito anterior, reevaluar sobre datos empíricos algunos de los anteriores supuestos, mayormente cercanos a la denominada «competencia gestionada», posiblemente ha de incluirse, sin mayores dilaciones, en la investigación futura sobre los servicios sanitarios en España.

Laura Pellisé Urquiza
Guillem López Casasnovas
Universidad Pompeu Fabra