



EDITORIAL

¿La salud no tiene precio?

Is our health priceless?

Autora: María Hoyos Vázquez

3 de noviembre de 2008. Apenas llevaba dos años y medio trabajando en el sector sanitario cuando tuve la oportunidad de dar una clase de Economía de la salud a profesionales sanitarios en el Programa Formativo para Directivos de Organizaciones Sanitarias (PDIS) que se impartía en el Instituto de Ciencias de la Salud de Castilla-La Mancha, en Talavera de la Reina.

“La salud no tiene precio”, decía una de mis diapositivas. Les explicaba que el abordaje de la economía en el sector sanitario durante los años 70 y 80 había originado la aparición de dos corrientes: la primera defendía que la salud constituye un bien absoluto y, por tanto, no resulta ético analizar cuántos recursos se pueden sacrificar en su obtención y mantenimiento, esto es, “la salud no tiene precio”; una segunda línea de pensamiento (que con el paso del tiempo se ha ido haciendo mayoritaria), definía la salud como un bien superior, que los poderes públicos deben tutelar y promover, pero sin dejar de justificar los recursos empleados en sus actividades, frente a otras asignaciones alternativas dedicadas al cumplimiento de otros objetivos sociales igualmente deseables y legítimos (como educación, justicia, seguridad o cultura).

Les definía la economía como “la ciencia de la elección en condiciones de escasez”, que nos ayuda a tomar decisiones de asignación de recursos, siendo el concepto económico de coste el de un “sacrificio”, es decir, el “coste de oportunidad” de destinar los recursos (limitados) a otro fin.

Les contaba que el creciente interés por la economía en el ámbito sanitario iniciado en esas décadas se debía principalmente a tres motivos: las crisis económicas cíclicas, el aumento relativo del gasto sanitario expresado en términos porcentuales del PIB, amenazando con agotar los fondos dedicados a otros objetivos sociales, y la evidencia de que a mayor gasto sanitario no se corresponde de forma inequívoca un mayor nivel de salud o una mejor calidad de vida relacionada con ella.

De hecho, veíamos que la salud es un resultado multifactorial en el que intervienen múltiples factores: nivel de renta, cultura, condicionantes genéticos, riesgos medioambientales, conductas (como ingesta de alcohol o consumo de tabaco) y estados de riesgo (obesidad, hipertensión, diabetes, desnutrición), siendo por tanto los servicios sanitarios solo uno de los factores de “producción” de salud (gráfica de Dever).

Veíamos una gráfica que mostraba que España había visto multiplicar por 5,6 su bajo porcentaje inicial de

gasto sanitario. del 1,5% del PIB en 1960 al 8,4% en 2006, todavía por debajo de la media de los países de la OCDE. Sin embargo, nuestro gasto farmacéutico ese mismo año suponía el 21,7% del total del gasto sanitario, superando la media de la OCDE (17,6%). Otra diapositiva mostraba el crecimiento del % de gasto del SESCAM respecto al PIB de Castilla-La Mancha, habiéndose duplicado el gasto sanitario per cápita en 8 años, de 675 € por persona a 1.268 € en 2007.

Cuando analizábamos dicho aumento encontrábamos múltiples causas: cambios en la mortalidad y morbilidad, envejecimiento de la población y aumento de la cronicidad, el papel del Estado (servicios sanitarios como bienes tutelares), mayor especialización y consiguiente mejora de sueldos, débiles avances en productividad, los intereses de las industrias farmacéutica y electromédica, las expectativas de la población respecto a la potencia del sistema sanitario, etc.

Finalmente, veíamos que algunos problemas comunes a los sistemas sanitarios de los países desarrollados son la falta de información sobre la efectividad y costes de muchos servicios sanitarios, la abundancia de incentivos económicamente perversos, el hecho de que la prevención se predica mucho más que se practica, la necesidad de un desarrollo mucho mayor de la atención primaria, la influencia de la industria farmacéutica y la existencia de grandes diferencias no explicadas en tasas de frecuentación, tasas quirúrgicas, calidad, costes, rendimientos y otros indicadores.

Terminábamos diciendo que todo esto no debía conducirnos a un fatalismo que eluda la posibilidad real de tomar decisiones que conduzcan a una contención del gasto sanitario y que la insistencia en considerar el gasto sanitario como determinado por fuerzas exógenas, como el envejecimiento y el avance tecnológico, no hace sino enmascarar la posibilidad de efectuar elecciones en política sanitaria.

15 de junio de 2018. Diez años después de aquella clase de Introducción a la Economía de la salud, la Revista SOCAMPAR me brinda la oportunidad de escribir esta editorial y lo hace justo después de haber visitado los 23 Centros de Salud que pertenecen a la Gerencia de Atención Integrada de Albacete, donde he tenido la suerte de escuchar a mi Gerente hablando a los profesionales de Atención Primaria acerca de su preocupación por la sostenibilidad del sistema sanitario (“soy un idealista pesimista”) con frases como: “La sanidad es un tesoro

que está en peligro y hay que cuidar”; “tenemos un Sistema Nacional de Salud de los mejores del mundo, que llega a todos los ciudadanos, pero no es gratis, es muy caro”; “todos los profesionales tienen un papel muy importante, son interlocutores de gasto sanitario; “si el sistema quiebra será por el gasto farmacéutico, que es imparable”; “se nos llena la boca hablando de envejecimiento, cronicidad, pluripatología, polimedcados, continuidad asistencial, etc., pero no damos a la atención primaria la importancia que merece, resuelve más del 80% de los casos y potenciarla haría más sostenible el sistema”; “se habla siempre de financiación, de sostenibilidad, de eficacia, pero no se habla casi de prevención, promoción, educación de la salud, estilo de vida”; ¿por qué ir al colegio es obligatorio, cogerse vacaciones laborales también y, sin embargo, llevar hábitos saludables como no fumar, no tener sobrepeso, hacer dieta, hacer deporte, etc. no es obligatorio?

Al escuchar sus reflexiones, veo que nada ha cambiado en diez años. Bueno, algo sí, ¡las cifras han seguido creciendo! En 2016, el gasto sanitario público fue de 66.678 millones de euros, un 6% del PIB. Además, un estudio presentado en enero de 2017 por ESADE y Antares Consulting, predice que España necesitará incrementar su presupuesto sanitario entre 32.000 y 48.000 millones de euros para 2025, superando por tanto los 100.000 millones de euros, con un incremento anual del 8%,

Bibliografía:

1. Peiró, M, Barrubés, J. “Funding the gap. El futuro del sistema sanitario: ¿ será posible financiar el sistema y reducir las desigualdades en salud? ESADE. Antares Consulting. 2017
2. State of Health in the EU. Spain. Country Health Profile 2017. www.oecd-library.org
3. Estadística de Gasto Sanitario Público 2016. www.msssi.gob.es
4. Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España. 2013. www.msc.es

basado en el creciente envejecimiento de la población y la calidad asistencial actual. Para garantizar la sostenibilidad del sistema sanitario, el estudio hace cuatro recomendaciones: una reflexión colectiva sobre las prioridades del gasto público y del PIB que la sociedad está dispuesta a dedicar a la salud, política fiscal eficaz para destinar los recursos necesarios para financiar el sistema, debate más profundo sobre la cobertura del sistema y mejora de la gestión del coste de los procesos de asistencia sanitaria.

Y mientras, nosotros ¿qué podemos hacer? Los profesionales, intentar hacer las cosas cada día un poco mejor, buscando el beneficio del paciente pero actuando con responsabilidad (se habla cada vez más de los beneficios del “no hacer”: disminuir las intervenciones sanitarias innecesarias, aquellas que no han demostrado eficacia, tienen efectividad escasa o dudosa, no son coste-efectivas o no son prioritarias). Los usuarios, hacer un uso razonable y responsable de los recursos limitados. Los ciudadanos, podríamos ayudar revirtiendo las cifras que, según el último informe de la OCDE, nos sitúan por encima de la media en consumo de tabaco, de alcohol, en índice de obesidad, etc. En definitiva, si todos (políticos, industria, profesionales, usuarios, ciudadanos) ponemos un poco de nuestra parte... ¿cabe la esperanza de que nuestros nietos puedan disfrutar también de una de las mejores sanidades del mundo?

María Hoyos Vázquez

Directora de Gestión y SSGG Gerencia de Atención Integrada de Albacete

5. González López-Valcárcel, Beatriz. “Master en Alta Dirección Sanitaria. Módulo V: Economía de la Salud”. Arthur Andersen. 2000.
6. Rubio Cebrián Santiago. “Apuntes sobre Economía de la Salud”. Departamento de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad. 1996.
7. Ortún Rubio Vicente. “La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones”. Ed. La Llar del Libre. EUGE. 2ª Edición. 1992.