

Impacto de la Economía en la Política y Gestión Sanitaria



Por **Vicente Ortún Rubio y Ricard Meneu***

La mayor comprensión del funcionamiento de las instituciones, la ampliación de las técnicas de análisis y la disponibilidad de datos más confiables han permitido un mejor comportamiento de las organizaciones sanitarias

Volvemos a repetir título, pues ya lo utilizamos poco después de los 25 años de Economía de la Salud (ES)** para este artículo, cuya conclusión principal era que los conocimientos de Economía que necesita un político o un gestor sanitario o un clínico son limitados; el impacto de la ES pasaría, sobre todo, por educarles el olfato. Contemplaremos qué ha cambiado partiendo de dos premisas: 1) La solidez de los principios y resultados de la ES depende de

la base disciplinaria en la que se apoya, mientras que 2) su relevancia —que no su traslación a la práctica— está vinculada a la de las cuestiones a las que atiende.

Algunos apuntes de alcance

Mientras concluimos este texto se ha anunciado que el Premio en honor de Alfred Nobel que entrega el Banco Central de Suecia - Sveriges Riksbank - ha recaído en tres economistas, no exactamente *ex aequo* (25%, 25% y

* **Vicente Ortún Rubio** es catedrático emérito de Economía de la Universidad Pompeu Fabra, autor de más de 500 publicaciones, y director de 12 tesis doctorales. También es ex presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), ex presidente de la Asociación de Economía de la Salud (AES) y ex secretario de la Asociación Europea de Salud Pública.

Ricard Meneu es licenciado en Medicina y Cirugía, doctor en Economía, Máster en Economía de la Salud y especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Como vice-presidente de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud (IISS), a través de la que desarrolla su actividad investigadora, ejerce de editor jefe de “Gestión Clínica y Sanitaria” (GCS).

** Hace referencia al artículo publicado en Asociación de Economía de la Salud. (2005, mayo). Economía y Salud – Número Especial: 25 años de Economía de la Salud [PDF]



50%): A Philippe Aghion y Peter Howitt “por la teoría del crecimiento sostenido a través de la destrucción creativa” y a Joel Mokyr “por haber identificado los requisitos previos para un crecimiento sostenido a través del progreso tecnológico”. Aunque no se esté familiarizado con sus trabajos, al hablar de crecimiento económico sostenido y progreso tecnológico, intuiríamos que, en algún momento, han debido considerar la mejora de la salud de la población y los avances en el conocimiento sanitario.

Y ciertamente, ya en la década de 1990 Mokyr abordó la cuestión diseñando un marco de comprensión de los motores de la innovación sanitaria, desde la consideración de que difícilmente encajan en un modelo de “inducción por la demanda”, como muestran los dispares avances en la lucha contra el SIDA y la “Guerra contra el cáncer” pomposamente declarada por Nixon en 1971.

Por su parte Aghion, como la mayoría de científicos sociales, aportó sus esfuerzos durante la pande-

mia COVID analizando los efectos de las estrategias de los certificados COVID sobre las tasas de vacunación en distintos países o los diferentes resultados en salud, economía y libertades públicas de las estrategias alternativas de eliminación frente a las de mitigación.

Sirva esto para recordar que hay más “economía de la salud” que la que se etiqueta como tal o a la que principalmente dedican sus investigaciones los considerados como practicantes de esta subdisciplina.

De la base disciplinaria de la economía

Los avances en Economía, tal como un destacado grupo de economistas españoles escribe en NeG, pasan por aproximar cada vez mejor la comprensión del funcionamiento de las instituciones, gracias a una ampliación sustancial de las técnicas de análisis, por el empleo de modelos cada vez más ajustados, y por la disponibilidad de información más fiable y com-

pleta. Destacaremos algunos avances por su proximidad a la ES:

1. Disponibilidad de datos masivos que permite concluir sobre los determinantes de la pobreza y la movilidad social vertical (Chetty, Hendren, Kline, Saez, 2014), base para diseñar intervenciones que permitan reducir la desigualdad.
2. Radical aumento de la credibilidad del análisis empírico en Economía, tanto por el uso de experimentos con asignación aleatoria (Nobel 2019 a Banerjee, Duflo, y Kremer) como por la implantación de los avances metodológicos en el análisis de relaciones causales (Nobel 2021 a Angrist e Imbens). El tercer recipiente del Nobel en 2021, David Card, fue destacado por su contribución a la economía laboral. No podían ser más de tres, lo que tal vez explique la exclusión del estadístico Donald Rubin, cuya paternidad del enfoque de los desenlaces potenciales (o modelos contrafactuales) está ampliamente reconocida.
3. La medida de la calidad de la gestión (Bloom y van Reenen) en base a unos instrumentos validados tanto por un experimento natural (crisis 2008) como por un experimento diseñado (asignación aleatoria de consejos sobre gestión a empresas), ha dado origen al World Management Survey, con casi dos décadas de evolución y claras aplicaciones sanitarias. Los factores que influyen en la mejora de los resultados clínicos, financieros y la satisfacción del personal, además de la competencia por comparación en calidad, son el tamaño y las habilidades clínicas y gestoras.

La asociación entre tamaño (volumen de intervenciones quirúrgicas, procedimientos, etc.) y calidad está bien establecida. Constituye la expresión clínica de las economías de escala y refleja la obviedad de que la experiencia en un oficio se adquiere con la práctica, aunque todavía no se puede descartar que la derivación selectiva juegue igualmente un papel. Las habilidades clínicas y gestoras (mejor

“Los avances en economía pasan por aproximar cada vez mejor la comprensión del funcionamiento de las instituciones”

comunicación, mayor credibilidad y autoridad)—por este orden— explican un mejor comportamiento de las organizaciones sanitarias.

4. Ciencias, pero también ‘Letras’. Matemáticas y sánscrito como en la educación primaria de Amartya Sen para que el mundo sea hogar (curiosamente algo menos para Sen en la India de Modi) y los problemas que los bienes (males) públicos plantean se aborden adecuadamente sean de producción humana, como el conocimiento, políticos, como la paz o la desigualdad, o naturales, como la estabilidad climática. Siendo el calentamiento global la principal amenaza para la especie dado que no habrá bienestar humano en un planeta enfermo. Se manejan tanto soluciones de mercado, con competencia efectiva, como de mejor Estado. Daron Acemoglu (y destacados coautores como Robinson) han vigorizado el institucionalismo de Douglass North mostrando que el poder político cuando está distribuido de manera igualitaria (organizaciones inclusivas) las instituciones económicas que surgirán beneficiarán a la mayoría y

serán las más apropiadas para el desarrollo económico de largo plazo. Tema clave en España donde persisten los principales déficits de calidad institucional en los aspectos de calidad regulatoria, respeto a la ley y los contratos y control de la corrupción, lo que exige un Estado con mayor capacidad resolutoria al mismo tiempo que se mejora el control democrático.

5. Constatación de efectos persistentes de circunstancias infantiles adversas (Case, Fertig y Paxon, 2005), particularmente de las condiciones uterinas y de los primeros 5 años de vida

(Heckman, 2011) que abogan por privilegiar la educación preescolar y la primaria complementada con un gasto social centrado en los niños y niñas con mayor riesgo de exclusión social.

6. Emparejamiento cuando el dinero no es factor determinante (Roth y Shapley) con aplicaciones a la asignación de plazas MIR o de riñones a pacientes.

De la relevancia de las cuestiones sanitarias abordadas

Un sector como el sanitario ha estado, tradicionalmente, protegido de la competencia en todos los países del mundo, lo que no ha impedido mucha innovación en producto, alguna en proceso y poca en organización, aunque cabe destacar Kaiser, Geisinger, Mayo y Veteranos en Estados Unidos, Aravind y Narayana Hrudayalaya en la India.

También se han incorporado diversas innovaciones organizativas en España... en aspectos clínicos, como los códigos infarto e ictus, la tele dermatología, el fast-track en cirugía colorrectal, la enfermera gestora de demanda. También, más localmente, la concentración de la cirugía oncológica digestiva de alta especialización traducida en la reducción

de la mortalidad a la mitad. Inversamente, las entidades de base asociativa en Cataluña como innovación en las formas organizativas, está fosilizada en su estadio “piloto”. Por su parte la ley antitabaco y algunas políticas de seguridad vial se han demostrado medidas salubristas efectivas.

Sin embargo, sabemos que la garantía de inmortalidad a organizaciones y personas constituye una receta infalible para el estancamiento y el embotamiento. La innovación se adopta en buena parte por su necesidad. Los servicios sanitarios no se importan, tampoco los beneficios extraordinarios permiten aproximar el grado de competencia y, para acabarlo de arreglar, muchos productores de servicios sanitarios son monopolios naturales (García-Altés y Ortún, 2018).

De las azarosas peripecias de la traslación a la práctica política y gestora

Cualquier afirmación sobre la contribución de la economía de la salud a la política y gestión sanitarias requeriría en primer lugar delimitar una serie de medidas de política y gestión sanitarias con im-

pacto favorable en el bienestar social, para después establecer la proporción de la mejora atribuible a la economía de la salud. Ninguno de los dos requisitos se tiene ni será fácil que se tenga.

Para intentar aproximar la aportación —y su relevancia— de la economía de la salud a la Política y Ges-

tión Sanitaria nuevamente tendremos que adoptar una perspectiva «emic» —la empleada en antropología basándose en la experiencia de los integrantes de una cultura—, descartando intentar una «etic» asentada en descripciones materiales y dudosas estadísticas.

Desde esta -nuestra - perspectiva resulta bastante evidente que las vidas paralelas de la «disciplina» y la moderna configuración sanitaria española presentan notables entrecruzamientos, bastantes injertos e hibridaciones, acordes y disonancias fácilmente identificables. A grandes rasgos, en su primer cuarto de siglo de desarrollo la corriente

principal de las investigaciones en economía de la salud recorrió los caminos por los que ha ido discurriendo el devenir de nuestra sanidad.

Pero tampoco costaría demasiado percibir que en los últimos lustros la aportación de las investigaciones económicas o incluso de sus enseñanzas más obvias ha mostrado un menor reflejo en importantes decisiones de políticas de salud. A pesar de los logros apuntados más arriba, todavía persiste entre los decisores sanitarios una contumacia en el error, una insistencia en aplicar a problemas recurrentes soluciones cuya ineficacia está teórica y empíricamente documentada. Sirven como ejemplo visualizable las magistrales lecciones impartidas por destacadas figuras de la investigación económica en sanidad a los diputados del Grupo de Trabajo en Sanidad y Salud Pública en junio de 2020, y su mínima traslación a nuestra realidad un lustro después.

Adicionalmente, el desarrollo de las investigaciones en ES, cada vez mejor desplegadas por las nuevas generaciones y con más focalización que generalidad, también podrían contribuir a explicar una parte de ese perceptible distanciamiento

“El impacto de la Economía de la Salud en la política y gestión sanitaria depende fundamentalmente de la aplicación práctica de sus hallazgos”

entre investigación económica y traslación a la política y la gestión.

Porque no sería realista, aunque sea usual, imputar las limitaciones en la traslación a la política y la gestión sanitaria meramente a políticos indocumentados, gestores de bandería o clínicos miopes. La responsabilidad última debe recaer en la economía de la salud, por no haber aprendido lo bastante sobre los mecanismos retóricos adecuados para hacer realidad sus propuestas. En ocasiones parece que conviene sacrificar algo de academicismo, y pasarse al PowerPoint como en la figura al pie, para ser influyente. Buscando ejemplos de fuera de nuestras fronteras podríamos invocar a Atul Gawande y Michael Porter.

En junio de 2009 el cirujano Atul Gawande, el eficaz divulgador del listado de comprobación quirúrgica (Gawande 2009), publicó un artículo en *The New Yorker* llamado *The Cost Conundrum*, que examinaba por qué la pequeña ciudad fronteriza de McAllen, Texas, era el lugar más caro para la atención médica en los Estados Unidos. El artículo se convirtió en lectura obligatoria en la Casa Blanca. El presidente Obama convocó una reunión en el Despacho Oval para analizar su hallazgo clave de que el alto costo de la atención médica en el país estaba directamente relacionado con un sistema que recompensaba el uso excesivo de la atención. El presidente también mencionó el artículo en una reunión con senadores demócratas, y enfatizó que McAllen representaba el problema que debía solu-

cionarse. El problema fue resuelto, toda una historia de éxito.

Michael Porter cruzó el río Charles, el que separa Cambridge de Boston, a finales de la década de los setenta del siglo pasado, con las armas y bagajes de la Economía Industrial, desde de la Facultad de Economía a la de Business, siempre en Harvard, donde se ha convertido en un referente, fundamentalmente en temas de estrategia. Pero es a partir de 2006 cuando impacta en los servicios sanitarios con la publicación, junto con Teisberg, de *Redefining Health Care* (Porter, 2006), donde se acuña el término atención sanitaria basada en el valor. Porter tiene y pasa con holgura la prueba del mercado: Sus trabajos de consultoría hace décadas que son objeto de fuerte demanda por parte de empresas y gobiernos (también en España) y sus libros son lectura imprescindible para cualquier gestor. Blogs solventes como el de *Avances en Gestión Clínica* muestran claramente su influencia.

De la relevancia de los diseños institucionales en la política y gestión sanitaria

Retomamos aquí lo escrito junto a Beatriz González López-Valcárcel, en el Boletín *Economía y Salud* n° 88, de 2017, publicación de este 'Colegio Invisible', abierto y democrático, que es la Asociación de Economía de la Salud (AES) de España. El diseño institucional ha de permitir que lo socialmente beneficioso sea individualmente atractivo. Gran tarea de la Economía de la Salud, la de la arquitectura institucional, que tiene que ser complementada con el ánimo fontanero y reparador propugnado por Duflo¹: hay que desatascar las canalizaciones que la corrupción obstruye y hacer que los mecanismos de coordinación e incentivación no sólo funcionen sobre el papel sino también en la realidad de cada lugar. En el fondo, ejercicio profesional 'llaves en mano'.

Cada vez resulta más perentorio contribuir a consolidar la joya de la corona del estado de bienestar español, con ligeros pero enérgicos retoques y adoptando medidas que la realidad y numerosos




Fuente: Blog de la AES (España)

1. Dra. Esther Duflo, co-ganadora del Premio Nobel de Economía 2019 junto con Abhijit V. Banerjee y Michael Kremer por su trabajo en pobreza global. Economicistas experimentalistas.

dictámenes reclaman. Especialmente recuperar la planificación de recursos y servicios e introducir el factor de sostenibilidad que regule realmente la composición de la cartera de servicios sanitaria según coste-efectividad e impacto presupuestario

En definitiva, se practica el arte de la Economía basado en un conocimiento que también puede ser experimental y permite ir avanzando en el conocimiento científico de las mejores formas de contribuir al bienestar de nuestras sociedades. Como la Medicina, pero a gran escala, como hubiera dicho Virchow. Pero también con mucho conocimiento de los deta-

lles de cada realidad, pues cómo podría haber escrito Osler —y de alguna manera dice Rodrik más recientemente— resulta mucho más importante saber “qué clase de sociedad tiene una enfermedad” que “cuál es la enfermedad que tiene una sociedad”. En definitiva, el impacto de la ES en la política y gestión sanitaria depende finalmente de la aplicación práctica de sus hallazgos, por lo que convendría valorar más atentamente las estrategias tuyas que contribuyan a incrementar el impacto de aquellos en la realidad sanitaria considerada. “Arquitectura y fontanería”
!Manos a la obra! 

Referencias Bibliográfica

- Asociación de Economía de la Salud. (2005, mayo). Economía y Salud – Número Especial: 25 años de Economía de la Salud [PDF]. <https://www.aes.es/Publicaciones/ESPECIAL2005.pdf>
- Bloom, N., & Van Reenen, J. (2010). Why do management practices differ across firms and countries? *Journal of Economic Perspectives*, 24(1), 203-224. <https://doi.org/10.1257/jep.24.1.203>
- Bloom, N., Eifert, B., Mahajan, A., McKenzie, D., & Roberts, J. (2013). Does management matter? Evidence from India. (Working paper). Stanford University. <https://nbloom.people.stanford.edu/sites/g/files/sbiybj4746/f/bpsv.pdf>
- Case, A. (2005). The lasting impact of childhood health and circumstance. *Journal of Health Economics*, 24(2), 365-389. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.09.008>
- Chetty, R., Hendren, N., Kline, P., & Saez, E. (2014). Where is the land of opportunity? The geography of intergenerational mobility in the United States. *The Quarterly Journal of Economics*, 129(4), 1553-1623. <https://doi.org/10.1093/qje/qju022>
- Duflo, E.: Asociación Española de Economía de la Salud. (2017, abril). Boletín Informativo n.º 88. <https://www.aes.es/Publicaciones/boletin88.pdf>
- Gawande, A. (2009, 1 de junio). The cost conundrum. *The New Yorker*. Recuperado de <https://www.newyorker.com/magazine/2009/06/01/the-cost-conundrum>
- Heckman, J. J. (2012). The developmental origins of health. *Health Economics*, 21(1), 24-29. <https://doi.org/10.1002/hec.1802>
- Licandro, O. (2020, enero 22). Avances y retos de la investigación en economía. Nada es Gratis.
- Mokyr, J. (1998). Induced technical innovation and medical history: An evolutionary approach. *Journal of Evolutionary Economics*, 8(2), 119-137. <https://doi.org/10.1007/s001910050058>
- Murray, C. J. L., Ikuta, K. S., Sharara, F., et al. (2022). Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: A systematic analysis. *The Lancet*, 399(10325), 629-655. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02724-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02724-0)
- Olliu-Barton, M., Pradelski, B. S., Aghion, P., Algan, Y., Barrot, J.-N., Cagé, J., ... & Zuberi, H. (2022). The effect of COVID certificates on vaccine uptake, health outcomes, and the economy. *Nature Communications*, 13, 2636. <https://doi.org/10.1038/s41467-022-31394-1>
- Oliva, J., & Puig Junoy, J. (Eds.). (2017). Economía y Salud (Boletín informativo, Año 2017, núm. 88). Asociación Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (AES). Recuperado de <https://www.aes.es/Publicaciones/boletin88.pdf>
- Olmsted Teisberg, E. (2014, 24 de septiembre). A health care success story. *The New York Times*. Recuperado de <https://www.nytimes.com/2014/09/24/opinion/a-health-care-success-story.html>
- Porter, M. E., & Olmsted Teisberg, E. (2006). *Redefining health care: Creating value-based competition on results*. Harvard Business Press.
- Varela, J. (2021, 24 de mayo). Unidades funcionales transversales, un reto al alcance. *Gestión Clínica Varela*. Recuperado de <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2021/05/unidades-funcionales-transversales-un.html>
- World Management Survey. (n.d.). World Management Survey – Our mission. <https://worldmanagementsurvey.org/>