

ADN

Trapero (UIC): “No es cierto que el criterio coste-efectividad en salud se tenga en cuenta”

Marta Trapero, economista de la salud, opina que España tiene las herramientas suficientes para ahorrarse costes en material de sanidad pero que hace falta “voluntad política” para aplicarlas.

Albert Cadanet
21 feb 2019 - 04:58

Trapero (UIC): “No es cierto que el criterio coste-efectividad en salud se tenga en cuenta”

Marta Trapero es una economista de la salud que trabaja como profesora e investigadora en la Universidad Internacional de Catalunya (UIC). Trapero, actual directora del Instituto de Investigación en Evaluación y Políticas Públicas de la UIC Barcelona, opina que la financiación en salud “es totalmente ineficiente”.

Pregunta: ¿Sanidad y economía son dos conceptos totalmente cohesionados?

Respuesta: Juntarlos es una necesidad desde hace mucho tiempo. Nuestra cultura ha avanzado mucho en economía y en salud. Siempre se está hablando de convergencias, pero hace falta traspasarlo todo a la realidad. España fue uno de los primeros países en crear una Asociación de Economía de la Salud, que ya tiene 38 años. La convergencia no es algo nuevo.

P.: ¿España es un país referente en economía de la salud?

R.: España tiene el capital humano y nuestras agencias de valoración de eficiencia son referencia internacional. A pesar de tener todos estos *inputs*, no aplicamos lo que tenemos. No podemos envidiar a otros países en términos de evaluación de la eficiencia, pero, a diferencia de nosotros, ellos aplican las herramientas de las que disponen para tomar decisiones en salud.

P.: ¿Qué países?

PlantaDoce.

R.: Reino Unido, Canadá y Australia son estados que tienen una larga trayectoria de aplicabilidad. Han creado estructuras con dinero público que, en la práctica, actúan con total autonomía. Estas se dedican a la elaboración de información, algo que después alimenta constantemente todas las decisiones.

“España no puede envidiar a otros países en términos de evaluación de eficiencia; no obstante, ellos sí aplican estas herramientas”

P.: ¿En qué campos existe un importante déficit respecto a la aplicación de la economía de la salud?

R.: En todas las decisiones de financiación de medicamentos. La gestión del presupuesto de las autonomías y el Estado es totalmente ineficiente, algo que también sucede en los hospitales, por ejemplo. Nuestro sistema sanitario está estructurado de una forma totalmente descentralizada, y esto genera problemas a muchos niveles. Eso no quiere decir que la descentralización sea peor, sino que debemos asumir que nos genera ciertas ineficiencias.

P.: Centrándonos en la compra de medicamentos. ¿Qué errores se están cometiendo?

R.: Cuando se toman decisiones no se tienen en cuenta lo que estos medicamentos están aportando en términos de eficiencia. Sólo importa el tamaño de la bolsa de recursos en cada comunidad. Además, a medida que los productos son más caros, mayor es la ineficiencia. El criterio que valora el coste de efectividad es uno de los factores a tener en cuenta, pero existen otros. La existencia de fármacos alternativos o la prevalencia de una enfermedad también son indicadores importantes.

P.: ¿Y en los hospitales?

R.: De nuevo, se toman decisiones sin tener en cuenta los recursos totales del hospital. El área de farmacia va por un lado y el de tecnología tiene otras prioridades. Tampoco se analiza cuál es el recorrido más eficiente que debe seguir el personal del hospital para llegar a un espacio concreto. Si todo fuera evaluado, cada centro podría ahorrarse mucho dinero.

“El sistema sanitario español está estructurado de un modo descentralizado, algo que genera ineficiencias a muchos niveles”

PlantaDoce.

P.: ¿Qué ha impedido hasta ahora que se apliquen más análisis basados en economía de la salud en el ámbito público?

R.: Básicamente responde a una voluntad política y a temas de transparencia. Nuestra constitución y los reales decretos contemplan que la eficiencia debe ser un criterio a tener en cuenta para tomar decisiones a nivel de sanidad. Precisamente no se trata de una falta de capital humano.

P.: Precisamente la aplicación de estos criterios supondría unos grandes ahorros al Estado. ¿Cómo puede ser la voluntad política un problema?

R.: Cabe tener en cuenta que el Ministerio de Sanidad es quien consume los medicamentos, pero quien los acaba pagando es el departamento de Economía. En este sentido, Economía ha manifestado su posicionamiento favorable a este tipo de análisis, mientras que Sanidad ha estado bastante menos activo. Con todo, el sistema descentralizado es un tanto extraño. La partida presupuestaria queda fijada por el Estado, mientras que luego son las comunidades las que pagan los medicamentos. Se dice que se sigue teniendo en cuenta el criterio de coste-efectividad, pero no es verdad.

“El Ministerio de Economía ha manifestado su deseo para tener en cuenta criterios de eficiencia, pero Sanidad ha sido menos activo”

P.: ¿Las empresas del sector privado están más actualizadas?

R.: Se han espabilado más. Muchas de las farmacéuticas, mutuas y algunos de los hospitales tienen centros en diversos países. Como la cultura evaluación de la eficiencia ya se ha instalado en otros estados, las empresas ya la toman como norma. No todas tienen la figura del economista de la salud, pero muchas de ellas externalizan este servicio. La mayoría reconocen la necesidad.

P.: ¿Cuáles son los principales retos de la economía de la salud para los próximos años?

R.: Continuar luchando para que finalmente se incluya la eficiencia como criterio de evaluación. Es necesario que los planes formativos sanitarios contengan asignaturas de economía de la salud. A su vez, los estudios de economía deberían incorporar asignaturas sobre economía de la salud. Por otra parte, nuestra cultura debería entender que la eficiencia debe aplicarse en todas las situaciones, sin importar el contexto económico.