

MAYOR INVERSIÓN EN SANIDAD, MEJORA DE LA GESTIÓN Y PROMOCIÓN DE LA EFICIENCIA

Pedro Luis Sánchez García

Fecha de recepción: 23 de septiembre de 2020.

Fecha de aceptación y versión final: 28 de septiembre de 2020.

Resumen: El análisis de los datos internos de España y de comparativas internacionales con países de nuestro entorno geográfico y económico indican que la sanidad pública española tiene un claro déficit de financiación, aunque eso no implica que no existan bolsas de ineficiencia en el sistema que deban solucionarse.

Los recursos públicos destinados a financiar la sanidad, además de satisfacer una necesidad inmediata, como es la mejora de la salud de la población, tienen efectos positivos permanentes sobre la productividad de la fuerza laboral y sobre el crecimiento económico.

La sanidad es una inversión, y una inversión particularmente rentable para la sociedad, y urge realizar un análisis objetivo de las necesidades financieras reales de nuestro sistema sanitario.

El momento histórico que estamos viviendo nos está mostrando con toda la crudeza, que la economía de un país funcionará mejor si cuenta con una población más sana, y para ello, es indispensable que los gobiernos inviertan una cantidad suficiente de recursos en la financiación de sus sistemas sanitarios.

Palabras clave: Infr FINANCIACIÓN, innovación, productividad, crecimiento, atención sanitaria.

Abstract: Internal data analysis and international comparisons with countries in our geographical and economic environment show that the Spanish public healthcare system is clearly under-financed. However, this fact doesn't imply that the system doesn't need to improve its efficiency levels.

Public resources allocated to healthcare financing, apart from satisfying the immediate need of the population to improve its health status, have positive permanent effects on labour force productivity and on economic growth.

Healthcare is a particularly profitable investment for society, and Spain needs to undertake a rigorous analysis of the actual financial needs of our public healthcare system.

The historic moment we are living is showing all of us that any economic system will work better with a healthier population, and that to achieve that goal it is essential that governments dedicate enough resources to finance their public healthcare systems.

Keywords: Under-financing, innovation, productivity, growth, healthcare.

1. INTRODUCCIÓN

España ha aparecido tradicionalmente en los rankings internacionales como uno de los países del mundo con los

mejores sistemas sanitarios, tanto por los resultados conseguidos como por lo relativamente "barato" que resulta para nuestro país financiar su prescripción sanitaria pública. De hecho,

en el último Índice de Eficiencia de los Sistemas Sanitarios publicado por Bloomberg en 2018, España aparecía en el tercer lugar del mundo, solo por detrás de Hong Kong y Singapur¹.

No obstante, había otras publicaciones que no situaban al sistema sanitario público español en tan buena posición. Por ejemplo el *Euro Health Consumer Index*, elaborado por el *think tank* sueco *Health Consumer Powerhouse*, en su edición de 2018, situaba a nuestro sistema sanitario en el puesto número 19 de 35 países europeos, citando como sus principales deficiencias una reducida accesibilidad y grandes variaciones entre comunidades autónomas².

De hecho, cuanto más fino es el análisis y más variables se tienen en cuenta, peor parado sale nuestro sistema sanitario público en las comparativas internacionales.

Por otra parte, entre los garantes de la ortodoxia presupuestaria, el capítulo de gasto sanitario suele tener mala reputación. Por resumir brevemente su opinión, es un gasto que hay que vigilar muy de cerca, por su imparable ten-

dencia a crecer por encima de lo que lo hace el conjunto de la economía.

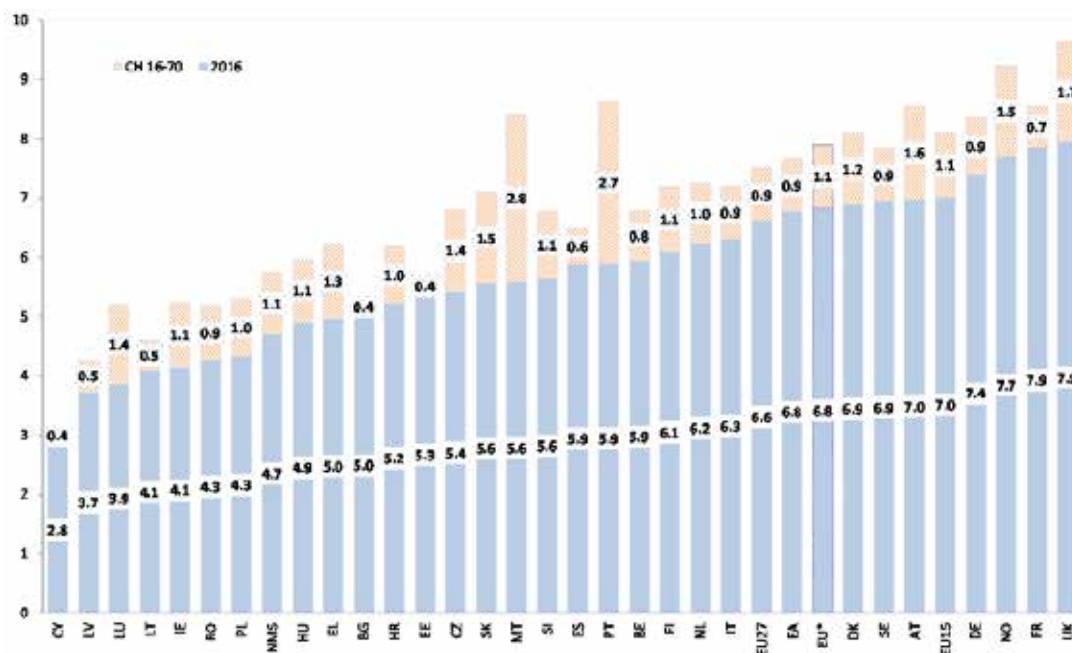
Realmente, esta tendencia a crecer por encima del conjunto de la economía fue cierta en un tiempo, pero a finales de la primera década del siglo XXI dicha tendencia se frustró en la mayoría de países de la UE.

Así, entre el año 2000 y el 2009, todos los países europeos, con la única excepción de Hungría, vieron cómo su gasto sanitario público crecía por encima del PIB de forma consistente. De este modo, la participación del gasto sanitario público en el PIB aumentó en los distintos Estados Miembros de la UE en este periodo entre los +0,5 puntos porcentuales de Alemania y los +3,2 puntos de Países Bajos. En este periodo, la ratio de gasto sanitario público sobre PIB aumentó en +1,3 puntos porcentuales para el conjunto de países de la UE, y en el caso de España el aumento fue aún mayor: de +1,5 puntos³.

Sin embargo, tras el estallido de la crisis financiera en 2008, el panorama cambió. De hecho, entre 2009 y 2018, la mayor parte de los países de la UE han visto cómo su gasto sanitario público crecía por debajo de su PIB o muy ligeramente por encima, lo que, según algunos analistas, ha provocado un deterioro importante de los sistemas sanitarios de muchos países.

Las caídas más fuertes las han protagonizado Irlanda y Portugal, con un menor peso de su gasto sanitario público sobre el PIB de -2,9 y de -1,7 puntos porcentuales respectivamente, mientras que los únicos incrementos significativos han correspondido a Bulgaria y Rumanía, con aumentos del +1,0 y +0,7 puntos porcentuales respectivamente. En este periodo, el peso del gasto sanitario público en el PIB del conjunto de países de la UE cayó en -0,2 puntos porcentuales, y en España la caída ha sido aún mayor: de -0,8 puntos.

Gráfico 1 Projected increase in public expenditure on health care due to demographic change over 2016-2020, as % of GDP



Notes: The EU28, EU15 and NMS averages in all result tables are weighted according to GDP. The level of expenditure in 2016 is the first year of projected expenditure based on latest available data. Health care expenditure exclude long-term nursing care.

Source: Commission services, EPC.



A largo plazo, las previsiones tampoco son de crecimientos del gasto sanitario público muy por encima del PIB. Así, el informe sobre envejecimiento de la Comisión Europea de 2018⁴ prevé, en su escenario central, que el peso del gasto sanitario público en el PIB del conjunto de países de la Unión aumente en +0,9 puntos porcentuales entre 2016 y 2070, menos de un punto porcentual de aumento en 54 años. Y en el caso de España, el incremento previsto aún es inferior: +0,6 puntos porcentuales de aumento del peso del gasto sanitario público en el PIB español entre 2016 y 2070.

A la vista de estas previsiones, parece que sigue siendo cierto que el gasto sanitario público aumenta tendencialmente su peso en el PIB, pero también lo es que el ritmo previsto de crecimiento es muy inferior al que se registraba en un pasado no muy lejano.

No obstante, este hecho tampoco tiene gran relevancia por sí mismo.

Puede tranquilizar algo a los gestores del gasto público y a los expertos en planificación presupuestaria, pero para el conjunto de la sociedad no debería ser esta la cuestión más importante. Lo que realmente nos debe importar como sociedad es conocer qué beneficios se obtienen con el nivel actual de gasto sanitario público, y si su incremento en el tiempo merece la pena o no, tanto en términos de eficiencia económica como de equidad. Debemos preocuparnos no solo de analizar el gasto, sino también de los resultados que se conseguirán con dicho gasto. Todos los resultados relevantes. En todas las áreas del sistema socio-económico en las que se

producirán. Y en cualquier plazo temporal relevante.

Para ello hay que partir de una premisa: la tendencia creciente de un determinado capítulo de gasto público no es necesariamente una mala noticia. Este crecimiento puede ser muy beneficioso para la Administración Pública si con él se consigue reducir o mantener bajo control otros gastos más importantes en volumen y menos “manejables” con políticas económicas de corto o largo plazo.

No es suficiente con analizar un gasto de forma aislada, en una perspectiva

Lo que realmente nos debe importar como sociedad es conocer qué beneficios se obtienen con el nivel actual de gasto sanitario público, y si su incremento en el tiempo merece la pena o no, tanto en términos de eficiencia económica como de equidad.

“de silo”, como dicen los anglosajones. Además, resulta imprescindible analizar qué se consigue con dicho gasto, bien como beneficio para la sociedad, para la economía, o como ahorro de otros costes públicos o privados. Y será fundamental hacer el análisis en un plazo temporal adecuado y no solo a corto plazo, ya que estos beneficios se pueden generar en varios años.

En definitiva, lo importante será analizar tanto la eficacia como la eficiencia de un gasto, no únicamente su tasa de crecimiento.

2. ¿ES ADECUADO EL VOLUMEN DE RECURSOS DESTINADO A LA FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD PÚBLICA EN ESPAÑA?

Si analizamos las cifras de gasto sanitario público en España, la evolución de esta variable fue creciente hasta el año 2009, inició luego un descenso hasta el año 2013 y volvió al crecimiento a partir de 2014. No obstante, en 2018 (último año con datos disponibles), el volumen de re-

En definitiva, lo importante será analizar tanto la eficacia como la eficiencia de un gasto, no únicamente su tasa de crecimiento.

curso destinados a financiar la sanidad pública española apenas superó el máximo histórico de 2009 en 475 millones de euros (un aumento inferior al +1 % en un periodo de 9 años) en términos corrientes. Descontando la inflación registrada en este periodo, esto es, en términos constantes, el gasto sanitario público a día de hoy seguiría siendo notablemente inferior al de 2009.

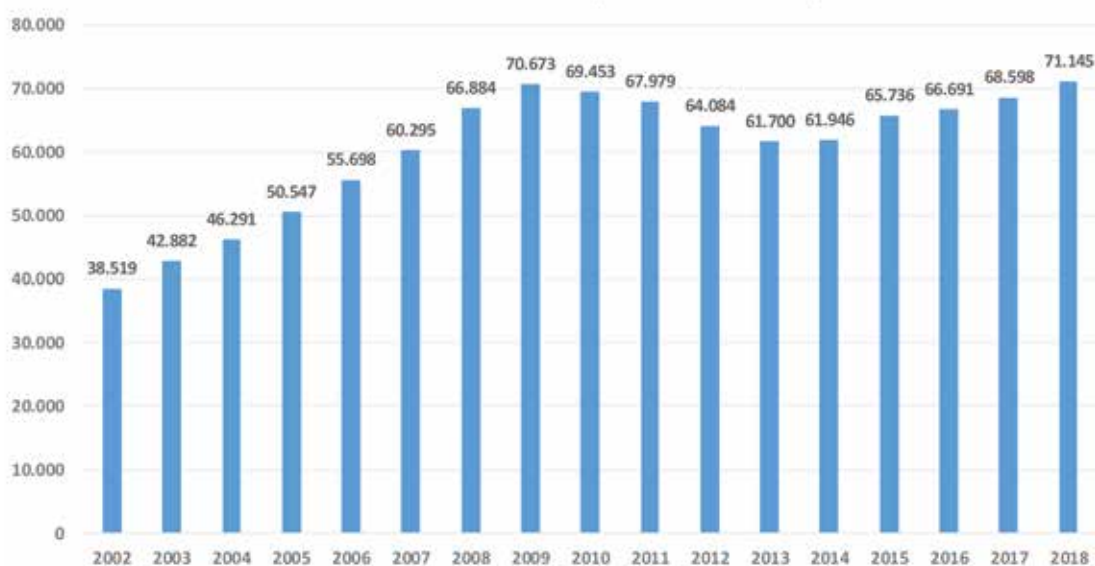
De por sí, esta evolución del gasto sanitario público constituye una anomalía por dos motivos fundamentales (entre otros). En primer lugar, aunque entre 2009 y 2018 la población total española ha permanecido prácticamente constante (apenas 23.000 habitantes menos en 2018 en comparación con 2009, una variación inferior al -0,05 %), nuestro país ha envejecido notablemente, y la población mayor de 65 años (que son los principales usuarios de la sanidad pú-

blica) ha crecido en +1,125 millones de personas en este periodo⁵.

En segundo lugar, debe destacarse el fuerte incremento de la cronicidad experimentado por nuestro país en los últimos años. Así, según la Encuesta Nacional de Salud que lleva a cabo el INE de forma quinquenal⁶, mientras que en los años 2011-2012, la población mayor de 15 años con alguna enfermedad o problema de salud crónico percibido era de 16,5 millones de personas aproximadamente, cinco años después, en 2017, esa cifra había subido hasta los 25 millones de personas.

De este modo, con un aumento del +15% en el número de españoles mayores de 65 años, y un incremento del número de pacientes crónicos de más del +50%, que el gasto sanitario público per cápita en 2018 sea prác-

Gráfico 2 Gasto Sanitario Público (millones de euros)



Fuente: Ministerio de Sanidad. Encuesta de Gasto Público (Ministerio de Sanidad)

ticamente el mismo que el de 2009 es, cuanto menos, sorprendente.

Si analizamos la ratio de gasto sanitario público sobre PIB, el resultado es también contundente: España ha pasado de un gasto sanitario público que supuso el 6,6 % del PIB en 2009 a otro que en 2018 solo representaba el 5,9 % de la riqueza nacional, un retroceso de siete décimas de peso en el PIB en nueve años.

Si acudimos a la comparativa internacional y analizamos cuál es la posición relativa de España (utilizaremos solo los países de la Eurozona para evitar problemas de tipos de cambio), veremos que nuestro país tiene un gasto sanitario público per cápita notablemente inferior a la media de países de la Eurozona: -874 euros per cápita menos que la media de la Eurozona (un -36 % inferior).

Además, la posición de España ha empeorado notablemente, ya que mientras que en 2018 el gasto sanitario público per cápita de España ha sido un -36 % inferior a la media de la Eurozona,

en 2009 era “solo” un -23 % inferior.

Así, tanto en un análisis exclusivamente interno como de ámbito internacional parecería que el diagnóstico de la sanidad pública española es de clara infrafinanciación. De hecho, des-

de muchas instancias se aboga por aumentar la financiación sanitaria en nuestro país hasta que alcance el 7 % del PIB, frente al 5,9 % actual.

La gran pregunta que surge entonces es: ¿qué conseguiríamos con este incremento del gasto sanitario?

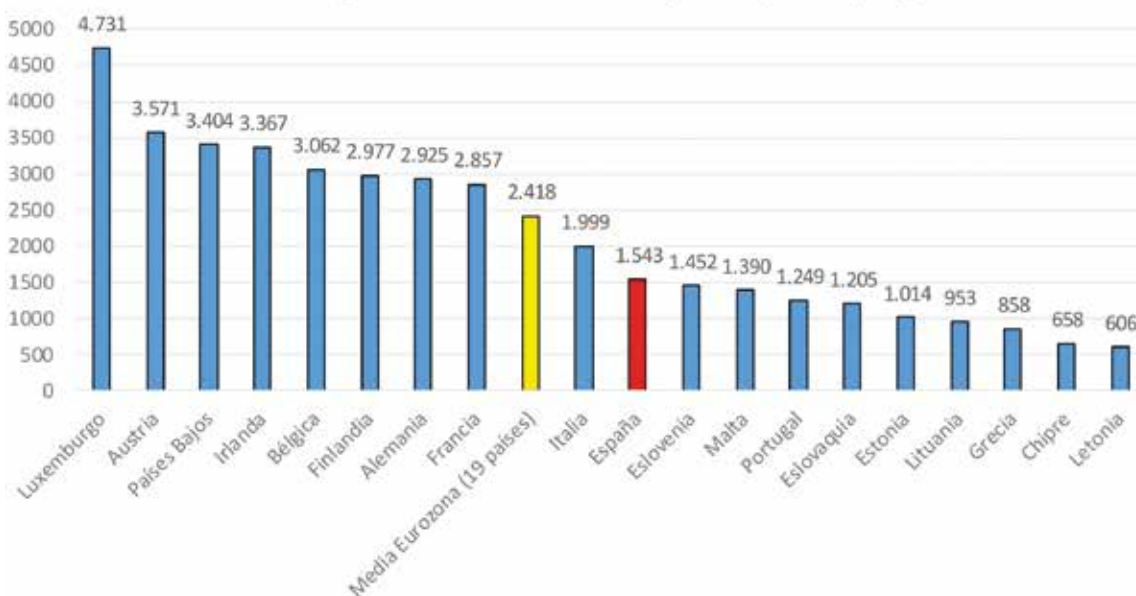
3. LOS RECURSOS DESTINADOS A LA FINANCIAR LA PRESTACIÓN SANITARIA, ¿INVERSIÓN O GASTO?

La diferencia principal entre un gasto y una inversión es que, aunque en ambos casos se produce una salida

de recursos por parte de quien lo realiza, una “inversión” supone adquirir bienes o servicios que generarán (o que tienen la capacidad de generar) una recompensa futura para el inversor, mientras que un “gasto” supone adquirir bienes o servicios que no tienen potencial para ofrecer ningún tipo

Si analizamos la ratio de gasto sanitario público sobre PIB, el resultado es también contundente: España ha pasado de un gasto sanitario público que supuso el 6,6 % del PIB en 2009 a otro que en 2018 solo representaba el 5,9 % de la riqueza nacional, un retroceso de siete décimas de peso en el PIB en nueve años.

Gráfico 3 Gasto público en salud (euros per capita)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Eurostat (COFOG).

de ganancia (relevante y directamente imputable a este gasto) a medio o largo plazo.

Desde esta perspectiva, los recursos destinados a la financiación de la asistencia sanitaria pública, además de satisfacer una necesidad inmediata (mejorar la salud de los pacientes), podrán considerarse una inversión si tienen potencial para generar ganancias a medio y largo plazo, bien para el propio paciente, bien para otros agentes económicos y sociales.

El hecho de que estemos acostumbrados a oír hablar de “gasto sanitario público” y no de “inversión sanitaria pública” no debe prejuzgar nuestra conclusión, ya que en muchos casos la nomenclatura solo obedece a convenciones de la clasificación contable de las actividades llevadas a cabo por la Administración Pública. En esencia, los recursos destinados a financiar la sanidad pública serán un gasto para la sociedad si solo satisfacen la necesidad inmediata de atención sanitaria de la población, pero serán una inversión si con el empleo de dichos

VID-19 ha puesto de manifiesto con toda su crudeza cómo la salud de su población influye en la economía de un país. Ha sido una crisis de salud pública (un virus que ha ocasionado una pandemia), que ha dado origen a una crisis sanitaria sin precedentes (desbordamiento de la demanda de atención sanitaria y colapso de los sistemas nacionales de salud), la que ha ocasionado una caída de la actividad económica de tal magnitud que no se recuerda desde que existen estadísticas oficiales.

De hecho, todos los analistas financieros del mundo están haciendo sus previsiones de crisis y recuperación económica en función de una única variable fundamental, que es sanitaria, no económica: cuándo estará disponible una vacuna eficaz contra el coronavirus causante del COVID-19 y cuándo se podrá dar por concluida la pandemia.

Aunque esta pandemia nos ha recordado, dramáticamente, que el crecimiento económico solo es posible con una población sana y que cuanto

llados, depende de manera crítica de la calidad de sus servicios sanitarios) tiene una influencia directa sobre el crecimiento económico.

Un conocido artículo⁷ estima que una sociedad que ve aumentar la esperanza de vida de su población en un año contribuye a aumentar su PIB un +4 %.

*[...] Our main result, which is consistent with our theoretical argument and with the microeconomic evidence, is that health has a positive and statistically significant effect on economic growth. It suggests that a one-year improvement in a population's life expectancy contributes to an increase of 4 % in output. This is a relatively large effect, indicating that increased expenditures on improving health might be justified purely on the grounds of their impact on labor productivity, quite apart from the direct effect of improved health on welfare. **While this supports the case for investments in health as a form of human capital**, we are not able to distinguish in our analysis between the effects of different types of health investments that affect different groups within the population [...] **improvements in health may increase output not only through labor productivity, but also through the accumulation of capital**”⁸.*

Es importante la mención que hace este artículo al gasto sanitario como una inversión que es capaz de aumentar la producción, no solo a través de la mayor productividad del trabajo, sino también a través de la acumulación de capital que permite (se ha resaltado en negrita en texto anterior).

También en otro informe muy conocido⁹ se concluye que si la evaluación económica de las intervenciones sanitarias no incorpora el efecto de las ganancias de bienestar para la población, se corre un serio riesgo de infra-estimar sus beneficios económi-

(...) los recursos destinados a la financiación de la asistencia sanitaria pública, además de satisfacer una necesidad inmediata (mejorar la salud de los pacientes), podrán considerarse una inversión si tienen potencial para generar ganancias a medio y largo plazo, bien para el propio paciente, bien para otros agentes económicos y sociales.

recursos se generan otros beneficios para la misma.

Entonces, ¿qué son los recursos destinados atención sanitaria pública, una inversión o un gasto del Estado?

Desgraciadamente, la actual situación de pandemia causada por el CO-

más sana se encuentre una sociedad mayor será su crecimiento económico, en la literatura científica ya existía cuantiosa evidencia de los efectos positivos que tiene la mejora de la salud de una sociedad sobre su economía. De hecho, existe evidencia empírica de que la esperanza de vida (que, al menos en los países desarro-

cos reales (también se ha resaltado en negrita en el texto siguiente).

*"A simple calculation reveals that in many WHO European Region countries between 1970 and 2003, the welfare gains associated with improvements in life expectancy totalled 29–38% of gross domestic product (GDP) – a value far exceeding each country's national health expenditures. [...] **Policy-makers should be encouraged to factor welfare gains into their economic evaluations of health interventions. Failure to do so risks understating their true economic benefits**"¹⁰.*

Estos son solo dos ejemplos que evidencian la naturaleza de inversión de los recursos destinados a financiar la sanidad pública, una vez se trasciende su impacto primario en la mejora de la salud de la población y se analizan las consecuencias de este hecho.

Hace unos meses, cuando aún no había terminado la "primera ola" de la pandemia en el mundo, los medios de comunicación se hacían eco de un estudio (a día de hoy, aún no publicado, con lo que los resultados deben tomarse con cierta cautela) que cifraba en -0,71 los años de esperanza de vida perdidos en España a causa de la mortalidad causada por el COVID-19¹¹.

En pocas ocasiones como en la que, para desgracia de toda la humanidad, padecemos hoy en día, ha sido más evidente que el "gasto" público en salud no es un gasto más del Estado, sino una inversión crítica en el bienestar de la población, para garantizar que la economía pueda alcanzar su rendimiento óptimo.

Cualquier evaluación que se haga de los recursos invertidos en mejorar la sanidad pública deberá realizarse, por tanto, desde una perspectiva de inversión, lo cual tiene implicaciones no menores: habrá que analizar su im-

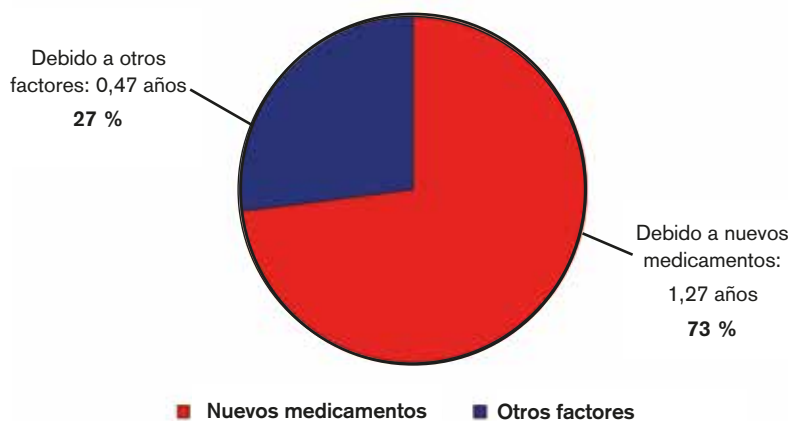
pacto, no solo sobre el presupuesto público a corto plazo, sino sobre todos los agentes y sobre el crecimiento económico, y, de nuevo, no solo a corto plazo, sino también a medio y largo plazo.

Si no lo hacemos así, como nos advierten los expertos en investigación y análisis económico, estaremos dejando de contabilizar una contribución muy importante de la inversión en atención sanitaria a la sociedad, a la economía y a la mejora de las condiciones de vida de la población. Y esto nos puede llevar a cometer errores en la asignación de recursos públicos y no dedicar a la financiación de

va a utilizar el ejemplo de uno de los segmentos de la atención sanitaria más estudiados por dos grandes ramas de la Economía: la Economía Industrial y la Economía de la Salud, y del que existe un extenso cuerpo de evidencia: el ámbito del medicamento y la prestación farmacéutica pública.

Existen numerosos estudios sobre la aportación del medicamento a la mejora de la salud de la población, tanto en curación de enfermedades como en cronificación de patologías antes fatales. Esta aportación positiva a la salud se traduce en aumentos de la esperanza y de la calidad de vida.

Gráfico 4 Incremento total de la esperanza de vida 2000-2009 (1,74 años)



Fuente: F. Lichtenberg, "Pharmaceutical innovation and longevity growth in 30 developing OECD and high-income countries, 2000-2009. NBER Working Paper 18235. Julio 2012.

la sanidad unos recursos que serían, además de necesarios para atender las necesidades sanitarias, eficientes desde una perspectiva económica y de elección pública.

4. INVERSIÓN EN INNOVACIÓN Y EFICIENCIA. EL CASO DE LOS MEDICAMENTOS

Es conveniente mostrar con evidencia empírica qué implicaciones tiene analizar la atención sanitaria pública como una inversión, y para ello se

Uno de los estudios más famosos en este ámbito¹² es el que llevó a cabo el profesor de Economía de la Universidad de Columbia Dr. Frank Lichtenberg, quien, a partir de un set de datos empíricos, fue capaz de demostrar que, de todo el incremento de la esperanza de vida experimentado por 30 países de la OCDE en el periodo 2000-2009 (de media, +1,74 años), el 73 % (un total de 1,27 años) fue debido a la aportación positiva a la salud de la población de los nuevos medicamentos que salieron al mercado en dicho pe-

riodo, debiéndose el 27 % restante (0,47 años) a otros factores.

Así, si imaginamos que en el año 2000 se hubiera cortado de raíz la innovación farmacéutica en el mundo, de forma que en el año 2009 no se dispusiera de ningún medicamento nuevo, más allá de los ya existentes en el 2000, la esperanza de vida en estos países no se habría incrementado en los +1,74 años en que realmente aumentó, sino que el incremento real habría sido solo de +0,47 años.

Esta investigación aportó evidencia robusta acerca del impacto real que tiene la innovación farmacéutica so-

bre la esperanza de vida de la población y, por tanto, como hemos visto en el epígrafe anterior, de su contribución al crecimiento económico.

Pero, aun siendo, evidentemente, la más importante, no es la aportación del medicamento a la salud de la población y al aumento de la esperanza de vida el único factor en el que la innovación farmacéutica añade valor a la sociedad. Hay al menos otras dos áreas adicionales de valor generado por los nuevos medicamentos: i) la contribución del medicamento a la eficiencia global del sistema sanitario, y ii) la contribución del medicamento a la mejora de la productividad y al crecimiento económico.

Empecemos por la primera de ellas: la **contribución del medicamento a la eficiencia global del sistema sanitario**.

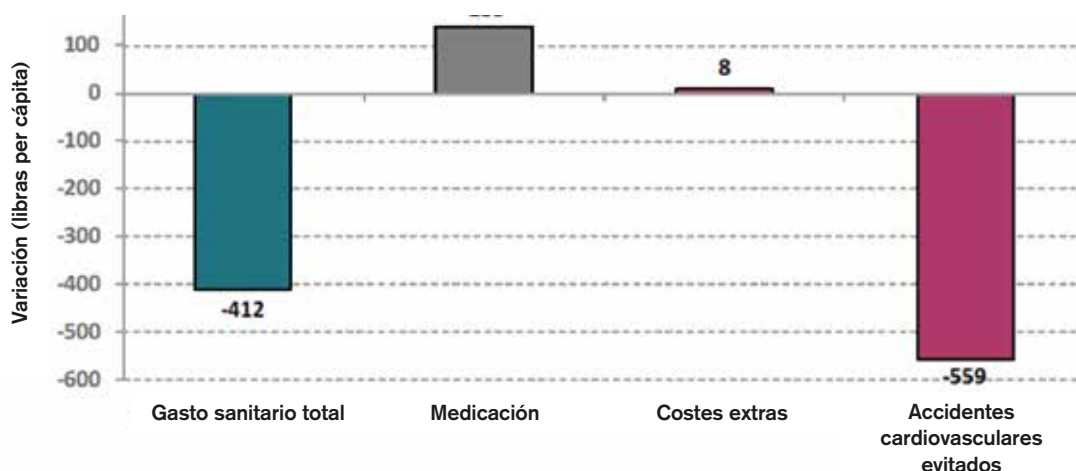
El medicamento es un factor más de lo que los economistas de la salud llaman la “función de producción de salud”, y presenta relaciones de complementariedad y/o de sustitución con otros *inputs* (p.ej. intervenciones quirúrgicas, visitas a profesionales sanitarios, pruebas diagnósticas, etc.). Desde esta perspectiva, muchos economistas e investigadores en ciencias de la salud han estudiado cuál es el impacto que tiene el consumo de medicamentos (bien individualmente, bien por categorías de productos) sobre el gasto sanitario total, o sobre el gasto sanitario no farmacéutico.

Hay al menos otras dos áreas adicionales de valor generado por los nuevos medicamentos: i) la contribución del medicamento a la eficiencia global del sistema sanitario, y ii) la contribución del medicamento a la mejora de la productividad y al crecimiento económico.

El gráfico siguiente resume los resultados de un reciente estudio¹³ que analiza el impacto económico de la aplicación de terapia antitrombótica en pacientes con fibrilación auricular en Reino Unido.

Según este estudio, la administración de fármacos antitrombóticos a estos pacientes: i) aumentaría el gasto far-

Gráfico 5 Variación de costes sanitarios por paciente derivados de la aplicación de terapia antitrombótica en pacientes con fibrilación auricular. UK. Impacto en 1 año



Fuente: Elaboración propia a partir de Kerr, M. Cost and benefits of antithrombotic therapy in atrial fibrillation in England: an economic analysis based on GRASP-AF. NHS Improving Quality (2014), recogido en Weber, El valor del medicamento desde una perspectiva social (2018), p. 42. Disponible en: <http://weber.org.es/publicacion/elvalordelmedicamentodesdeunaperspectivasocial/>

macéutico en 139 libras esterlinas per cápita en un año; ii) incrementaría el gasto en otros costes sanitarios en 8 libras per cápita en un año, observándose aquí el factor de complementariedad que tiene el consumo de medicamentos con otros *inputs* de la atención sanitaria, y iii) dado que la administración de estos fármacos juega un papel preventivo importante y evita que ocurran accidentes cardiovasculares, el sistema de salud se ahorraría todo el gasto sanitario que habrían implicado dichos accidentes cardiovasculares, ahora evitados, y ese coste evitado es de 559 libras esterlinas per cápita en un año.

De este modo, el impacto total de la administración de estos fármacos es un ahorro neto de 412 libras esterlinas per cápita en un año para el conjunto del *National Health Service* británico.

A la vista de estos resultados, cualquier gerente del sistema sanitario verá en estos fármacos un área importante de eficiencia y, en este caso, de ahorro neto, aunque su administración implique un cambio relativo en la asignación de recursos económicos para la atención sanitaria de pacientes cardiovasculares.

El segundo aspecto que merece la pena destacar es la **contribución del medicamento a la mejora de la productividad del trabajo y, por tanto, al crecimiento económico**.

En este ámbito es preciso citar (a modo de ejemplo y por utilizar un caso general, evitando particularizar en patologías concretas) otro artículo también muy conocido del profesor Lichtenberg¹⁴ en el que analiza de forma comparativa: i) el coste anual de los medicamentos aprobados en el periodo 1982-1996, para 47 enfermedades crónicas, y ii) el ahorro anual generado para la sociedad, como consecuencia de la mayor productividad laboral que supuso la administración de estos medicamentos a los pacientes que los necesitaron.

Tal y como muestra el gráfico anterior, y a modo de resumen del artículo, el valor generado por los nuevos medicamentos, medido en términos de mejora de la capacidad de trabajar que permiten, es entre 2,3 y 8,1 veces superior al gasto anual medio que generaron, según el escenario más o menos conservador contemplado por el autor.

Esto es, tal y como indican los autores del informe que recoge esta evidencia: "si después de 1983 no se hubieran aprobado nuevos medicamentos para estas 47 patologías, en el año 1996 en Estados Unidos habría habido 1,4 millones de personas más incapaces de trabajar, lo que en términos monetarios se habría traducido en una pérdida de productividad laboral para el país de unos 43.000 millones de dólares anuales (61.500 millones de dólares corrientes de 2015)"¹⁵.

5. CONCLUSIÓN

Bien analizando datos exclusivamente nacionales, bien haciendo una comparativa con datos internacionales, parece evidente la infrafinanciación de la sanidad pública española y, por tanto, la necesidad de incrementar el volumen de recursos públicos destinados a financiar la atención sanitaria.

Esto no quiere decir que no sea necesario mejorar los niveles de eficiencia con los que opera el sistema sanitario español, por supuesto, pero también es necesario entender que eficiencia no es sinónimo de menos

Gráfico 6 Coste anual per cápita de los medicamentos aprobados entre 1982 y 1996 para 47 enfermedades crónicas y ahorro anual derivado en la productividad laboral, EEUU 1996



Fuente: Lichtenberg, F. Availability of new drugs and Americans' ability to work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, JOEM (2005) 47(4): 373-380. Recogido en Weber, El valor del medicamento desde una perspectiva social (2018) p. 53.

gasto a corto plazo y que, en algunos casos, incrementar la eficiencia del funcionamiento del sistema sanitario público puede precisar aumentar la financiación en determinadas áreas del sistema, y no reducirla.

Los recursos destinados a financiar la asistencia sanitaria deben ser vistos como una inversión y no como un gasto, ya que su naturaleza real es la de una inversión, aunque la clasificación funcional burocrática sea de gasto. ¿Cómo se pueden contemplar si no unos fondos que, además de satisfacer una necesidad inmediata, como es la mejora de la salud de la población, tienen efectos positivos

Los recursos destinados a financiar la asistencia sanitaria deben ser vistos como una inversión y no como un gasto, ya que su naturaleza real es la de una inversión, aunque la clasificación funcional burocrática sea de gasto.

permanentes la productividad de la fuerza laboral y sobre el crecimiento económico?

Con la irrupción de la pandemia del coronavirus, y su posterior traducción en términos de crisis sanitaria y de crisis económica a nivel mundial, la estrecha relación existente entre sanidad y economía, aunque bien conocida desde hacía tiempo, se ha hecho evidente para todo el mundo. La triste realidad que hemos vivido (y que aún estamos viviendo) ilustra a la perfección el carácter de inversión estratégica con que debemos identificar los recursos destinados a financiar la atención sanitaria.

La sanidad es una inversión, y una inversión particularmente rentable para la sociedad, y urge realizar un análisis objetivo de las necesidades

Bien analizando datos exclusivamente nacionales, bien haciendo una comparativa con datos internacionales, parece evidente la infrafinanciación de la sanidad pública española y, por tanto, la necesidad de incrementar el volumen de recursos públicos destinados a financiar la atención sanitaria.

financieras reales de nuestro sistema sanitario.

Como nos está enseñando el momento histórico actual, la economía

de un país funcionará mejor si cuenta con una población más sana, y para ello es indispensable que los gobiernos inviertan una cantidad suficiente de recursos en la financiación de los sistemas sanitarios de sus naciones. ■

Pedro Luis Sánchez García es Director del Departamento Estudios de Farmaindustria.

Como nos está enseñando el momento histórico actual, la economía de un país funcionará mejor si cuenta con una población más sana, y para ello es indispensable que los gobiernos inviertan una cantidad suficiente de recursos en la financiación de los sistemas sanitarios de sus naciones.

[1] <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top>

[2] <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

[3] A fin de comparar cifras homogéneas, en las comparativas internacionales se utilizan datos de Eurostat (*General Government Expenditure by Function, COFOG*). Disponibles en: https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/gov_10a_exp/default/table?lang=en

[4] https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2016-2070_en

[5] INE. Estadística del Padrón Continuo. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177012&menu=ultiDatos&idp=1254734710990

[6] INE. Encuesta Nacional de Salud. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=ultiDatos&idp=1254735573175

[7] BLOOM, D., CANNING, D. y SEVILLA, J. The effect of health on economic growth: a production function approach. *World Development*, 2004, Vol. 32, N° 1, p. 1-13.

[8] Ver referencia anterior. Cita extraída literalmente de la Conclusión (p. 11).

[9] SUHRCKE, M. ARCE, RS. McKEE, M y ROCCO, L. The economic costs of ill health in the European Region. *World Health Organization Europe*. 2008. Disponible en: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/83443/E93695.pdf?ua=1

[10] Ver referencia anterior. Cita extraída literalmente de los Key Messages (p. i).

[11] Ver, por ejemplo: https://www.elconfidencial.com/tecnologia/ciencia/2020-05-24/covid-19-esperanza-de-vida-metricas_2606988/ o <https://www.elnortedecastilla.es/sociedad/salud/esperanza-vida-espana-cae-20200601200320-ntrc.html>

[12] LICHTENBERG, F. Pharmaceutical innovation and longevity growth in 30 developing OECD and high-income countries, 2000-2009. *NBER Working Paper* 18235. Julio 2012.

[13] KERR, M. Costs and benefits of antithrombotic therapy in atrial fibrillation in England: an economic analysis based on GRASP-AF. *NHS Improving Quality* 2014, recogido en: Weber, El valor del medicamento desde una perspectiva social (2018) p. 42.

[14] LICHTENBERG, F. Availability of new drugs and Americans' ability to work. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2005 47(4) p. 373-380.

[15] WEBER, El valor del medicamento desde una perspectiva social (2018) p. 53.