

Guillem López-Casasnovas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Catedràtic de la Universitat Pompeu Fabra. Conseller del Banco de España i President de la International Health Economics Association, Barcelona (España).

Moderador: Isidre Fàbregues (ForumCIS)

# Modelos económicos de compartición de recursos de atención primaria y especializada

## Models econòmics de compartició de recursos d'Atenció Primària i especialitzada

### *Economic models for sharing resources between Primary and Specialized Care*

#### Resumen

Resumen de la conferencia inaugural de la X Jornada del Fòrum CIS, que se celebró durante el pasado mes de abril en Barcelona.

La RevistaeSalud.com es el medio oficial de esta jornada, contando con un especial en su número 31, correspondiente al mes de julio de 2012. Bajo el lema "Envers una assisència sostenible centrada en el pacient", este foro ha reflexionado sobre prácticas y experiencias sanitarias basadas las TIC. En este especial, se ofrecen los resúmenes de las conferencias, mesas redondas y comunicaciones de este evento, en tres idiomas: castellano, catalán e inglés.

## Resumen (castellano)

El ponente empieza realizando una descripción los escenarios "macro" de distintos modelos de organizaciones sanitarias y de financiación que van a condicionar en gran manera los escenarios "micro" centrados en la gestión clínica de los pacientes que es lo realmente relevante. La interrelación entre macro y micro es total, siendo determinante el grado de co-ayuda en este binomio para facilitar la atención integral y continuada. Una diferencia fundamental estriba en que los escenarios "macro" se basan en el ciudadano, mientras que los "micro" se centran en el paciente, y entremedio se encuentran las figuras de los profesionales clínicos y los gestores sanitarios. Más que la "sostenibilidad" del sis-

tema sanitario, que es un aspecto mediatizado por decisiones políticas, preocupa al ponente la "solvencia" del mismo entendida como la capacidad resolutive frente coyunturas cambiantes: envejecimiento, aumento de demanda, etc... Otro concepto importantes el de "Más no siempre es mejor". "Más" implica más población cubierta por el sistema, pero la solvencia depende por un lado de la posibilidad de asumir el gasto generado gracias a la capacidad redistributiva que consiste en la descongestión del sistema público gracias a que las rentas elevadas consumen su sanidad en sistemas alternativos (sanidad privada, aseguramientos, mutualidades, etc.) y por otro lado, especialmente en el terreno de la inversión depende de los ingresos fiscales que pivotan sobre impuestos indirectos y rentas de trabajo. Con esta aproximación se puede entrar en una deriva regresiva que incentiva la propuesta de materializar el "copago" para no plantear una reducción de las coberturas. Otra idea es la integración de la cadena de valor de la producción de salud, incluido el

medicamento. La prestación sanitaria pública debería tener una envolvente financiera global que además evaluara periódicamente el sistema para conocer realmente "lo que se hace y no lo que se dice" y conocer así el coste-efectividad real que identifica y promueve




*El Profesor López-Casasnovas durante su conferencia*

la calidad.

¿Cómo se orientan las acciones que conviene hacer?. En primer lugar aceptar la difícil situación financiera, traducir los logros de la salud en su impacto social y económico y defenderlo ante los departamentos de Economía y Finanzas de la administración correspondiente, en vez de circunscribirlo al ámbito sanitario. Entre los aspectos básicos en los que debe poner el foco la financiación de los servicios sanitarios públicos, están todos aquellos relativos a la salud pública, todas aquellas prestaciones con coste-efectividad probado, mirando la efectividad en la ubicación de aquellos colectivos que tienen más necesidad, y aquellas otras prestaciones de baja ocurrencia pero de consecuencias financieras catastróficas (ejemplo: oncología o salud mental). A la hora de tomar decisiones políticas se contemplan tres ejes: la cobertura poblacional (el "quién" grado de universalización), la amplitud de la cartera de servicios (o el "qué"), y la demanda. Los dos primeros representan la "elegibilidad", mientras que la

consideración del tercero apunta claramente al coste y por lo tanto la necesidad de financiarlo. Alternativas son de una parte revisar la cartera de servicios y financiar sólo aquellas que han demostrado una buena relación coste-efectividad. Otra alternativa es aplicar el copago a las prestaciones de baja efectividad sin renunciar a una supervisión de la oferta no financiada públicamente. Entre las propuestas del ponente destacan: delegar la priorización y las medidas de ajuste a

 Otra alternativa presentada por el profesor López-Casasnovas es aplicar el copago a las prestaciones de baja efectividad sin renunciar a una supervisión de la oferta no financiada públicamente

los proveedores (profesionales y gestores) que deben trabajar de forma integrada entre atención primaria y especializada en un marco territorial concreto intentado ajustar la financiación ofrecida por la autoridad pública en



base a la cápita y el riesgo de la población cubierta, y resolver los problemas sin escalarlos a nivel político, ya que entonces aparecen las tensiones producidas por posicionamientos distintos y contrapuestos.

A la pregunta de la audiencia sobre el papel de las tecnologías la respuesta es que según como decidan los profesionales que son los que van a utilizarla para resolver los problemas. Una imposición centralizada por parte del financiador, si bien parece que puede ser más eficiente, luego tiene el riesgo que no sea aceptada y por tanto descartada.

A la pregunta sobre "que puede incentivar organizaciones como las propuestas" la respuesta es que "la necesidad creará la virtud" cuando lo profesionales alcancen a comprender la magnitud de la problemática

que afrontamos. No habrá más remedio que acudir a la vía planteada para sostener el sistema siendo solvente.

A la pregunta "si aún se está a tiempo para salvar la situación", la respuesta es afirmativa, especialmente manteniendo mentalidad abierta y olvidando eufemismos que no ayudan a resolver la situación.

A la pregunta de si "las actuaciones propuestas en Cataluña se aceptaran por otras Comunidades Autónomas", la respuesta es pesimista pues la experiencia indica que en modelos muy fraccionados y heterogéneos como el español, el máximo común denominador para alcanzar el consenso es muy bajo.

---

## Resum (català)

El ponent comença fent una descripció dels escenaris "macro" de diferents models d'organitzacions sanitàries i models de finançament que condicionen en gran manera els escenaris "micro" centrats en la gestió clínica dels pacients, que es el realment rellevant. La interrelació entre "macro" i "micro" es total constituint un determinat el grau de co-ajuda d'aquest binomi per facilitar l'atenció integral continuada. Una diferència fonamental consisteix en que els escenaris "macro" es basen en el ciutadà, mentre que els "micro" es centren en el pacient i entremig es troben les figures dels professionals clínics i els gestors sanitaris. Mes que la "sostenibilitat" del sistema, que es un aspecte mediatitzat per les decisions polítiques, preocupa al ponent la "solvència", entesa com la capacitat resolutiva enfront situacions canviants: envelliment, augment de la demanda, etc...

Altre concepte important es el de "Més no sempre es millor". "Més" implica més població coberta pel sistema, però la solvència depèn d'una banda per la pos-

sibilitat de fer front a la despesa generada gràcies a la capacitat redistributiva que consisteix en descongestionar el sistema públic gràcies a que les rentes més altes consumeixen la seva sanitat en sistemes alternatius (sanitat privada, assegurances, mutualitats, etc.) i d'altra part, i especialment en el terreny de la inversió, depèn dels ingressos fiscals que són suportats pels impostos indirectes i les rentes del treball. Amb aquesta aproximació es pot entrar en una deriva regressiva que incentiva la proposta de materialitzar el copagament per no plantejar una reducció de cobertures.

Altres idees són la integració de la cadena de valor en la producció de salut, incloent el medicament. La prestació sanitària pública hauria de tenir una embolcall financer global que a mes a mes avalués periòdicament el sistema per conèixer realment "el que es fa i no el que es diu" i saber així el cost-efectivitat real que identifica i promou la qualitat.

Com s'orienten les accions que calen fer?. En primer lloc acceptar la difícil situació financera, traduir els assoliments en salut en el seu impacte social i econòmic i defensar-los davant el departament d'Economia i Finances de l'administració corresponent, en comptes de tancar-ho a l'àmbit sanitari. Entre els aspectes bàsics en els que ha d'incidir el finançament del sistema sanitari públic hi ha tots aquells referents a la salut pública, totes aquelles prestacions amb cost-efectivitat provada, mirant la efectivitat especialment en aquells col·lectius que en tenen més necessitat, i aquelles altres prestacions de baixa ocurrència però de conseqüències financeres catastròfiques (exemple: malalties oncològiques, salut mental).

**La prestació sanitària pública hauria de tenir una embolcall financer global que a mes a mes avalués periòdicament el sistema per conèixer realment "el que es fa i no el que es diu" i saber així el cost-efectivitat real que identifica i promou la qualitat**

A l'hora de prendre decisions polítiques es visualitzen tres eixos: la cobertura poblacional (el "qui" o grau d'universalització), la amplitud de la cartera de serveis (el "qué") i finalment la demanda. Els dos primers repre-

senten l'eligibilitat, mentre que la consideració del tercer apunta clarament al cost i per tant a la necessitat de finançar-ho. D'una part es pot revisar la cartera de serveis i oferir tan sols aquelles que hagin

demostrat una bona relació cost-efectivitat. Altre alternativa és aplicar el co-pagament a les prestacions de baixa efectivitat sense renunciar a una supervisió de la oferta privada. Entre les propostes del ponent destaquen: delegar la prioritització i les mesures d'ajust als proveïdors (professionals i gestors) que hauran de treballar de forma integrada entre l'atenció primària i la especialitzada en un marc territorial concret intentant ajustar el finançament ofert per les autoritats públiques en base a la càpita i al risc de la població coberta, i resoldre els problemes evitar escalar-los a nivell polític, donat el risc de fer aparèixer les tensions produïdes per posicionaments diferents i contraposats.

A la pregunta de la audiència sobre el paper de les tecnologies la resposta és que segons com decideixin els professionals que són els que van a utilitzar-la per resoldre els problemes. Una imposició centralitzada per part del finançador, si bé pot semblar més eficient, corre el risc de no ser acceptada i per tant descartada.

A la pregunta sobre "que pot incentivar organitzacions com les proposades" la resposta és que "la necessitat crearà la virtut" quan els professionals arribin a comprendre la magnitud de la problemàtica que afrontem. No hi haurà més remei aleshores que acudir

a la via plantejada per sostenir el sistema essent solvent.

A la pregunta "si encara si es a temps per salvar la situació", la resposta es afirmativa, especialment mantenint una mentalitat oberta i oblidant eufemismes que no ajuden a resoldre la situació.

A la pregunta de si "las actuaciones proposades a Catalunya seran acceptades per altre Comunitats Autònomes", la resposta es pessimista doncs la experiència indica que en models molt fraccionats i heterogenis como el espanyol, el màxim comú denominador per arribar al consens es molt baix.

## Summary (English)

The speaker begins with a description about the "macro" scenarios of different models of healthcare organizations and their funding which are going to condition in large measure the "micro" scenarios focused on the clinical management of patients what in fact, is really relevant. The interrelationship between macro and micro is total, being decisive the grade co-help in this binomial to make easier the integral and continuum of care. A fundamental difference is that "macro" settings are based in the citizen, whereas "micros" are centred in the patient and in the middle are the clinic professionals and the healthcare managers. Rather than the "sustainability" of the sanitary system, which is an aspect meditate by the political decisions, speaker concerns are more related to the reliability as the resolution capacity against changing situations: aging, increasing demand, etc., Another important concept

is that "more sometimes is not best". "More" means more population covered by the system, but the reliability depends in one hand about the possibility to take on the waste generate by the redistributive capacity that consists in the decongestion of the public system thanks to the high income rents that consume their own healthcare in alternative systems (private medicine, insurances, benefit societies, etc) and by the other side, specially in the field of investment, depends on the incomes by taxes which are based on indirect taxes and labour rents. With this approximation it's possible to begin a regressive drift which encourages the proposal of materialize the "co-payment" to avoid a reduction of the services. Another idea is the integration of the value chain of healthcare production, including drugs. The Public Healthcare System should have a global surrounding financial layer which allows a periodic evaluation of the system to know really what it's done and not what is said, and have a real knowledge about the cost-effectiveness, identifying and promoting the quality.

At the question of the audience about the role of technologies the answer is that it depends of the professionals who are the persons that are going to use it to solve the problems. A central imposition (top-down)



El Dr. López-Casasnovas junto a Isidre Fàbregas de ForumCIS.

from the Funding Authority can be seen as more efficient, but it's in a high risk to be not accepted and thereby discarded.

At the question about "what can incentive organizations like those proposed" the answer is that "the need will create the virtue" when the professionals understand the magnitude of the problematic that we are talking. It wouldn't be more remedy than move to the proposed way to sustain a reliable system

At the question "if it there are still at time to save the situation" the answer is affirmative, specially keeping an open mind and forgetting euphemisms that don't help at all to found and answers to this problem.

At the question "If the actuations proposed in Catalonia are going to be accepted by other communities" the answer is more pessimist because the experience says that in the models very split and heterogeneous like the Spanish one, the maximum common denominator to achieve the consensus is really low.

Videostreaming: <http://www.youtube.com/watch?v=JkDhn-K5bT8&feature=plcp>

Presentación: <http://www.forumcis.cat/LinkClick.aspx?fileticket=SSQJwLSo1JI%3d&tabid=170>



RevistaeSalud.com es una publicación electrónica que intenta promover el uso de TICs (Tecnologías de la Información y las Comunicaciones) con el propósito de mejorar o mantener la salud de las personas, sin importar quiénes sean o dónde estén.

Edita: FESALUD – Fundación para la eSalud  
Correo-e: [cperez@fesalud.org](mailto:cperez@fesalud.org)  
ISSN 1698-7969



Los textos publicados en esta revista, a menos que se indique lo contrario, están sujetos a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 2.5 de Creative Commons. Pueden copiarse, distribuirse y comunicarse públicamente, siempre que se citen el autor y la revista digital donde se publican, RevistaeSalud.com. No se permite su uso comercial ni la generación de obras derivadas. Puede consultarse la licencia completa en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/deed.es>