

# LÓPEZ-VALCÁRCEL:

La Universidad ISALUD distinguió como Profesora Honoris Causa por su prolífera labor en el campo de la salud a Beatriz González López-Valcárcel, catedrática de Métodos Cuantitativos en Economía de la Universidad de Las Palmas, España. Luego de ser entrevistada por la revista, brindó una conferencia sobre “La innovación tecnológica y su impacto económico”.

Su calificada reputación en el campo de la salud la ubican en un lugar de referencia para el mundo académico. Y su voz se hace notar en los medios de comunicación cuando crítica los recortes lineales, sin evitar el daño: “Se puede podar el bonsái sin necesidad de hacharlo”, afirma literariamente Beatriz González López-Valcárcel, profesora de Métodos Cuantitativos en Economía de la Universidad de Las Palmas (España), especializada además en Economía de la Salud aplicada al tabaquismo, el uso de drogas, la financiación de la atención y los recursos humanos en salud. También realizó consultorías internacionales en México, Brasil, Costa Rica, Chile, Uruguay y Mozambique y ha publicado numerosos artículos y libros sobre econometría y economía de la salud. Desde abril de 2011 es presidente de la Sección de Economía de la Salud

## “LAS CRISIS QUITAN LA GRASA DEL SISTEMA”



Pública de la Asociación Europea de Salud Pública (EUPHA).

### —¿Cómo ha resistido el sistema de salud la crisis española?

—Se hicieron recortes importantes debido a la crisis, que nos sorprendió como si fuera un terremoto. En sanidad había una indisciplina presupuestaria generalizada, no pasaba nada si gastabas por encima del presupuesto, porque a la larga el Estado acabaría aportando un fondo extra, pero así nos vimos de la noche a la mañana con una disciplina presupuestaria impuesta por Europa, con las exigencias del control del déficit. Al principio, cuando la crisis se mani-

festó entre 2008 y 2009 nadie reaccionó, y en 2010 se empezaron a hacer recortes indiscriminados, lineales, el diez por cien de todo, y eso es lo peor que se puede hacer.

### —¿Dónde golpeó más el recorte?

—Se hacharon el árbol a lo bestia, y recortaron donde era más fácil recortar, primero recursos humanos, se jubiló obligatoriamente a los 65 años y no se repuso a la gente que iba saliendo por edad. Por tanto se puso un tapón y los médicos jóvenes no tenían por dónde acceder, con toda su ilusión no tenían por dónde entrarle al sistema, no había plazas nuevas, y luego se recortó mucho en farmacia, medicamentos, y

esto se hizo bien en el sentido de que se pudieron bajar precios, de forma unilateral, por decreto, sin afectar la calidad. Eso se hizo bien, por cierto. Pero luego vino el hachazo del diez por cien de todo, y ahora estamos en un proceso de desinversión selectiva.

### –¿Y en qué consiste ello?

–Las sociedades científicas se reúnen y cada una intenta hacer una lista de qué cosas pueden dejar de hacer con el objetivo de eliminar la grasa del sistema sanitario, sin afectar el músculo, es decir reduciendo lo innecesario al sistema. España tiene un alto consumo de medicamentos y se puede rebajar un porcentaje sin afectar la salud. El 68% de las personas mayores de 18 a 65 años han tomado algún medicamento en las últimas dos semanas, y esto es un disparate, la automedicación o prescripción en exceso. Nos encontramos con un sistema donde el input principal en atención primaria es la prescripción de recetas, en medicamentos. Si la crisis sirve para replantearse esta situación, bienvenida sea. De momento se ha reducido un poco, pero estamos segundos en materia de consumo en el mundo. Uno de cada cuatro españoles adultos se ha tomado una pastilla para dormir o la depresión.

### –¿Ha quedado gente fuera del sistema?

–La cobertura es universal, solo echaron a los inmigrantes sin papeles, o sea a los inmigrantes ilegales que se calcula podrían ser unos 800.000. Muchos han vuelto a su país de origen en 2012 cuando les quitaron los derechos a la atención sanitaria, pero ahora con motivo de las elecciones generales que se van a celebrar el Gobierno ha dicho que los vuelve a ingresar, solo con acceso a la atención primaria y no se les brinda atención especializada. Lo que ocurrió en 2012 fue que por primera vez se puso

un copago en medicamentos para los pensionistas, que desde el año 79 obtenían sus medicamentos gratuitos. Y pasaron a tener que pagar el 10%, con un límite mensual que depende de su renta.

### –¿Acompañó la sociedad estos ajustes al sistema?

–En España la situación impulsó la aparición de nuevos partidos emergentes, que están rompiendo con el bipartidismo y estos partidos se sostienen en la crítica a este tipo de recortes para promover el cambio. El copago en la práctica, tiene un límite

**Las sociedades científicas se reúnen y cada una intenta hacer una lista de qué cosas pueden dejar de hacer con el objetivo de eliminar la grasa del sistema sanitario, sin afectar el músculo, es decir reduciendo lo innecesario al sistema. España tiene un alto consumo de medicamentos y se puede rebajar un porcentaje sin afectar la salud.**

mensual por nivel de renta, y ese límite es relativamente bajo, porque si ganas menos de 18.000 euros al año, pagas 8 euros al mes como máximo. Ante ello, los pensionistas (jubilados) empiezan a comprar los medicamentos prescritos, van a la farmacia a recoger sus recetas a principio de mes y enseguida llegan a los 8 euros de tope. En la práctica, no se ve que haya habido reducción de consumo a raíz de copago, pero lo que sí hay es un cambio de financiador, y en lugar de hacerlo el sistema nacional de salud, pasa en parte a financiarlo el usuario.

### –¿Con qué finalidad se dispuso del copago?

–En teoría cumple con dos funciones: una la de reducir el consumo innecesario, y la otra recaudar. Lo primero

parece que no se ha conseguido mucho, pero sí recaudar. Y eso que ingresa va todo al saco sanitario pero no es que tenga un destino específico, no es finalista. Además, las nuevas tecnologías están presionando mucho en la atención hospitalaria, y muy poco en atención primaria, donde es muy barata, porque con los mismos efectivos y los mismos médicos, y sin subir la plantilla se van acumulando tareas y programas preventivos, y realmente los salarios están congelados, e incluso están bajando. Los medicamentos de primaria han bajado de precio muchísimo.

### –¿Los motivos?

–En parte por mérito del Gobierno, pero por otro lado también porque vencieron muchas patentes de productos masivamente consumidos en el sistema, por ejemplo, el de la estatina cayó en 2011, y aún en la crisis, el precio bajó de 48 a 4 euros, y eso lo toman millones de españoles. Antes gastábamos mil millones de euros y pasamos a gastar cien, para tratar a 2 millones de personas. Por eso muchos medicamentos de primaria que fueron grandes innovaciones de los años 80 y 90, en el 2000 han perdido la patente. El omeprazol bajó su precio significativamente, de 22 a 6 euros. La gran presión de los gastos sanitarios en tecnología no está en la atención primaria sino en la especializada, en los tratamientos oncológicos, esclerosis múltiples, crónicos, hepatitis C.

### –Con la hepatitis C se dio un caso singular.

–Hubo un salto interesante porque salen unos antivirales directos nuevos, se aprobó ya el primero (de cinco) desde un laboratorio que se llama Gilead, y este medicamento tiene menos efectos adversos y su eficacia pasa del 50% que tenía el tradicional a más del 90%. Es un tratamiento

realmente disruptivo, bueno, para la hepatitis C que es una enfermedad al que nadie le daba mucha importancia tanto que no se sabía cuántos enfermos había en el país, nadie se había ocupado de hacer un registro. Se aprueba ese medicamento, la autorización de nuevos medicamentos la hace Europa, no España, la hace la EMA (Agencia Europea de Medicamentos), con sede en Londres, quien es la que autoriza y luego cada país tiene que acordar el precio para su comercialización y en Europa solo dos países habían empezado a dar esos medicamentos que eran Luxemburgo y Suiza.

#### –¿A qué costos?

–El tratamiento en los Estados Unidos cuesta 86.000 dólares, son 12 semanas de tratamiento, y la pastilla que te tomas con el desayuno cada mañana cuesta mil dólares cada una. Si tienes suerte, en 12 semanas te has curado, pero si no, tienes que tomarlas 12 semanas más y entonces sí son unos 160.000 dólares. De esta forma es un medicamento que incluso pone en riesgo la sostenibilidad del sistema americano y para que tengas una idea si se les diera el medicamento a todos los pacientes que tienen hepatitis C, en el mundo, al precio español, que es mucho más bajo que el americano, esto representaría en términos de gastos 13 años de PIB argentino. Cifra que habría que darle a esta multinacional, que por cierto no inventó el medicamento, sino que se la compró a una pequeña compañía biotecnológica de un pelotazo y en unas pocas semanas amortizó la inversión, porque le costó 10 mil millones y los recaudó en una semana.

#### –¿Cómo evitar la monopolización del fármaco?

–Se acaba de aprobar un medicamento en Estados Unidos de otro



La función de la AES en España es muy activa a la hora de tomar posicionamiento, tiene *position papers* sobre diferentes temas y junto a otras sociedades científicas está en una sociedad mayor que es la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (Sespas), de la cual voy a ser su presidenta.

laboratorio y están a la espera de 3 o 4 más, por lo tanto si se aprueban, el precio tiene que bajar. En Europa se negoció un precio secreto que sería de 60.000 euros por paciente y no se sabe cuántos pacientes hay pero se calcula que son unos 50.000. España va a dar este año unos 700 millones de euros para tratar la enfermedad. Pero el tema es que el 20% de la gente que entra en contacto con el virus de la enfermedad, que se descubrió en el 89, se cura sola, el cuerpo genera sus anticuerpos, pero queda el otro 80%, donde la mayor parte de ese porcentaje tiene una evolución lenta y a lo mejor tardan 10 o 15 años. El avance tecnológico es bueno, es disruptivo pero el problema es que no se puede pagar un precio que resulta obsceno por un medicamento que en los próximos años puede bajar ostensiblemente su precio.

#### –¿Cuál es el rol de la AES en España?

–La función de la AES en España es muy activa a la hora de tomar posicionamiento, tiene *position papers* sobre diferentes temas y junto a otras sociedades científicas está en una sociedad mayor que es la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (Sespas), de la cual voy a ser su presidenta. Son 12 sociedades que suman 4.000 socios y la expectativa que tenemos es de duplicar esa cifra. Sacamos *position papers* sobre la pobreza infantil, contaminación ambiental y ahora vamos por uno sobre los acuerdos de comercio entre Europa-Estados Unidos.

#### –¿El Gobierno toma a organizaciones como la AES y la Sespas para consulta?

–Nosotros le escribimos cartas al ministro, estamos presentes en las comisiones nacionales, y en casos como el virus del Ébola, se hizo un comité de expertos y el profesional consultado en los medios era de nuestra organización, un docente de la Universidad Autónoma de Madrid. Para la desinversión selectiva, nos llamaron como una sociedad más para ver que podíamos aportar. En general, es un desafío que tenemos las AES de lograr un canal más institucional con los gobiernos de turno.

#### –¿Dónde podar el árbol?

–En primer lugar, esto solo se puede hacer teniendo de lado a los profesionales y no en contra. Los economistas de la salud llevamos años diciendo que los profesionales sanitarios han de liderar un proceso en el que se reconozca que hay sitios donde se puede recortar. Tienen que comprometerse con el tema y esa es la forma que tenemos de salvar el sistema nacional de salud. Hay que ir más allá de las protestas contra los recortes y profundizar. 