

# JUAN MANUEL CABASES HITA: “LA SALUD ES CLAVE PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES”

En su charla sobre capital motivacional e incentivos en las organizaciones sanitarias públicas, ofreció un abanico de propuestas para resolver los conflictos actuales que presionan sobre el sistema público. Además, en su paso por ISALUD brindó una conferencia sobre el EQ-5D, un método para medir la calidad de vida

Dice la leyenda familiar que el segundo apellido de Juan Manuel Cabases Hita ha dejado muchos y buenos herederos en tierras vascas. Los hay en la zona de Vigo, muchos se han pasado a la frontera francesa, en la parte que era de la antigua Navarra, y en toda España se encuentra alguien portando el apellido aunque no suene muy frecuente. Oriundo de Pamplona, estudió la carrera de Economía en Bilbao, ya que en su adolescencia aún no había universidades en Navarra; y se graduó de doctor en Ciencias Económicas en la Universidad del País Vasco. También es catedrático de Economía Aplicada en la Universidad Pública de Navarra. “Soy sufridor porque soy hincha del Osasuna, que es el equipo de Pamplona”, así se presenta en la entrevista previa al



reconocimiento a su magistral trayectoria que le hiciera la Universidad ISALUD distinguiéndolo como doctor Honoris Causa.

**–¿Qué significado tiene para usted haber recibido esta distinción como Doctor Honoris Causa de la Universidad ISALUD?**

–Para mí resulta algo impensado, soy académico y he vivido de ello salvo en esporádicas situaciones y es tan poco frecuente que nos reconocamos entre pares, que me supera la emoción. Yo estuve en la Argentina en los inicios de esta universidad a

través de mi amistad con Ginés González García, con quien creamos la AES en España y empezamos a visitarnos con cierta frecuencia. Se fue creando así una comunidad de intereses vinculada al área de la salud y en la cual, más allá de las propias diferencias entre los países y aunque las estructuras organizacionales sean distintas, compartimos bastante los problemas.

**–¿Cuál es la mirada que hoy tiene sobre la salud?**

–Tenemos dos grandes criterios para valorar nuestra sanidad, que son la

eficiencia y la equidad. La cuestión de la salud es un elemento clave para la igualdad de oportunidades. Si nuestros sistemas sanitarios fueran capaces de sostener la igualdad de oportunidades para que la gente pueda acceder libremente, sería un aspecto relevante del sistema. La salud es muy importante para que los tiempos de crisis no sean aún más graves, por su papel contenedor sobre todo para aquellos sectores que más lo necesitan.

### –¿Qué tan sostenible es el sistema de salud español y cómo viene afrontando la crisis?

–Nosotros desde la economía de la salud tratamos de que se mantenga ese nivel de equidad sin que se pierda eficiencia. Y lo que hemos visto son holguras de ineficiencia importantes en el sistema de salud español y que el sector viene afrontando con muchas dificultades para introducir incentivos que mantengan la eficiencia. Si el sistema es bastante rígido, entonces, las holguras de ineficiencia se van ampliando más que reduciéndose, y quizás esta crisis sea una buena oportunidad para revisar y replantear algunas cuestiones para hacer las transformaciones que sean necesarias. La crisis también nos muestra que estamos acudiendo a un sistema que había sido diseñado para una sanidad de hace 40 años cuando el modelo epidemiológico era sobre enfermos agudos y hoy nos enfrentamos con una realidad de enfermos crónicos.

### –¿Y cómo es esa medida de la calidad de vida desarrollada por ustedes?

–El EQ 5D es un instrumento genérico de medición de la calidad de vida relacionada con la salud, que desarrolló el grupo EuroQol hace unos 25 años, y se ha ido puliendo y mejorando en todos estos años. Nació para crear una unidad de medida efectiva que puede utilizarse tanto en indivi-

duos relativamente sanos (población general) como en grupos de pacientes con diferentes patologías.

El sistema contiene cinco dimensiones de salud (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión) y cada una de ellas tiene tres niveles de gravedad (sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves). Lo que ha hecho el Grupo EuroQol después de diez años de debate es elevar a cinco el número de niveles en cada dimensión, con lo cual hemos pasado de 243 estados de salud que teníamos combinando las cinco dimensiones en los tres niveles, a 3125 al combinar cinco con cinco, y esto nos

#### Modelo integrado

“Uno de los agentes fundamentales en todo el proceso de producción del sistema es el sector público como planificador. ¿Qué tiene que hacer? Establecer un mecanismo explícito de determinación de prioridades y en economía es el criterio de coste efectividad, y así empezar a ordenar el sistema. Y para medir la efectividad debemos contar necesariamente con una medida de calidad de vida relacionada con la salud y que además refleje las preferencias de los ciudadanos respecto a esos niveles de salud

ha obligado a recalcular y medir la preferencia de los ciudadanos sobre su estado de salud. En esta parte del cuestionario el individuo debe marcar el nivel de gravedad correspondiente a su estado de salud en cada una de las dimensiones.

### –¿Cómo darle desde lo público y lo privado una mayor equidad y eficiencia al sistema?

–La experiencia que nosotros tenemos en España es que la presencia del sector privado ha tenido una participación muy pequeña, mientras que el sector público es omnipresente en la producción de servi-

cios. Ha sido más difícil el encaje con instituciones privadas con fines de lucro, pero cuando hay problemas de financiación serios, la participación público-privada se hace más necesaria para sustituir la ausencia de dinero en el sector público y poder seguir avanzando en la calidad. Es cierto que esto también genera muchísimos problemas, porque no es fácil encajar bien el fin de lucro con la política de salud, sobre todo si son puras empresas de capital sin riesgo que lo único que quieren es invertir, reducir costos y luego vendérselos al mejor postor. Eso hace imposible una estrategia de salud pero yo creo que tenemos que contar con el sector privado, pero en condiciones que faciliten que la estrategia de salud se canalice a todos los niveles.

### –¿Qué rol viene a cumplir la aplicación de un copago en estas situaciones?

–El copago tiene dos tipos de análisis, uno el eficiente y el otro de equidad. Primero hay que determinar para qué sirve el copago, y si es recaudatorio, sólo logrará el éxito si se pone en servicios de alta necesidad, porque si no un copago no hará más que disuadir el consumo. Si el objetivo es recaudar, que es el peor de los objetivos que puede tener el copago, lo que se está haciendo es transferir el coste de los sanos a los enfermos. Eso en materia de equidad y sin ser dramático. Si quiero disuadir el consumo excesivo, el que hacemos sin tener en cuenta su coste, un copago que trate de disuadir lo que llamamos el azar moral como consecuencia de coste cero, podría ser útil y ayudaría a disuadir el consumo excesivo.

### –¿Cómo invertir de manera conveniente en nuevas tecnologías?

–Hoy en día la tecnología puede ayudar a reducir costos. Pero si esta-

mos hablando de pacientes crónicos y podemos reducir este síndrome de la puerta giratoria que hay en los hospitales, con un paciente pluri-patológico, que entra a un servicio, sale de alta y a los dos días entra a otro servicio. Esto eleva muchísimo los costos y ahora la tecnología permite hacer una sanidad a distancia, con la telemedicina, emergencia vía los móviles, se vive un período tecnológico que yo creo va a acompañar una revolución de costes. La situación preocupa, porque claro tenemos pacientes oncológicos, con hepatitis, una demanda muy alta y unos medicamentos muy costosos, y no sabemos a quién priorizar.

**–¿Cómo mantener el acceso universal en tiempos de crisis y sin ser discriminatorios hacia ningún sector?**

–Yo creo que si a la población se le pregunta si está dispuesta a pagar más para tener una salud garantizada y de calidad, suele contestar que sí. Si uno construye cierta confianza en esa relación Estado-Sociedad, la gente es solidaria. Lamentablemente en los sectores políticos, en algunos al menos, por razones de la crisis económica se rompió el modelo de diseño universal y se lo ha orientado hacia un sistema de seguro, pero de momento sin una gran afectación, y lo que han hecho es sacar afuera a los inmigrantes ilegales. Esto es doloroso porque habíamos cerrado en octubre de 2011, con una ley de salud pública que recogió a todos los que quedaban fuera del sistema universal. Y en Madrid de 2012, al llegar el nuevo Gobierno se hizo un decreto que declaraba un sistema basado en los seguros, no universal y financiado por impuestos. Las comunidades autónomas que tenemos un sistema muy descentralizado, han reaccionado de



**Arturo Schweiger, director de la Maestría de Economía y Gestión de la Salud de la Universidad ISALUD; Rubén Torres, rector de la Universidad; Juan Manuel Cabases Hita; Eugenio Zanarini, vicerrector; y Alejandro Costa, subsecretario de Planificación del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires**

distintas maneras, algunas ignorando la norma y siguen tratando por igual a todos independientemente de si tienen papeles o no. En Navarra se hizo una solución bastante original que fue, se dijo, bueno el coste que signifiquen estos pacien-

**Sistema aggiornato**

“Hay que transformar el sistema, un siglo atrás la preocupación era las enfermedades infecciosas; a mitad de siglo pasado fueron las enfermedades agudas y ahora son las crónicas, sin olvidar lo agudo, y esto nos obliga a repensar toda la estructura que como digo básicamente ya no se puede hablar de primaria y especializada como si fueran compartimientos estancos. Los socios sanitarios tienen que estar mucho más integrados, lo cual es difícil también”.

tes que no van a dejar de ser atendidos, lo sacaremos de una partida de cooperación internacional.

**–¿Cómo evalúa el nivel de capacitación?**

–Hace unos años se dieron unos debates muy interesantes sobre la formación de profesionales de la salud y había coincidencia generalizada en que la especialización era excesiva, o se iniciaba demasiado pronto, justo al terminar los estudios de grado y aunque son seis años no terminaba de formarse un profesional adecuadamente, y hoy esto se ha

transformado en una preocupación. ¿Cómo rescatar en la especialidad una troncalidad que fuera común a todos? Se hicieron entonces dos años comunes en la especialidad con la intención de ir consolidando la formación médica y luego va una a la medicina especializada.

**–¿De qué hablamos cuando nos referimos a capital emocional e incentivos?**

–El concepto es interesante porque son frutos de investigaciones que hacemos en nuestro departamento, sobre cómo entender mejor el comportamiento de las personas, esto es lo que llamamos economía del comportamiento. Llevamos décadas trabajando y hemos bebido en fuentes de psicología que nos explicaban cómo era el comportamiento humano y cómo vamos rompiendo nuestros moldes clásicos de la economía estándar, del egoísmo puro y lo que nos lleva a pensar en los incentivos que podemos o debemos utilizar en profesionales sanitarios, por ejemplo, que tienen una motivación intrínseca importante y deben ser orientados no tanto a lo monetario si no a aquello que fortalezca su identidad y el alinearse con los objetivos de la empresa. Estas dos variables van de la mano, si inviertes en esta máquina de motivar, habrá que crear una cultura adecuada en la que uno se sienta a gusto. 