

**Beatriz González López Valcárcel**  
Catedrática de Economía

## “La COVID ha cambiado los ritmos y el sentido del tiempo”

### PERFIL



Catedrática de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión de la Universidad de Las Palmas de GC. Investigación en Economía de la Salud, particularmente recursos humanos, nuevas tecnologías, medicamentos y economía de la salud pública. Seis sexenios de investigación reconocidos (1983-2018). Presidenta de la Asociación de Economía de la Salud (2004-2006) y de la sección de Public Health Economics de la Asociación Europea de Salud Pública, EUPHA (2011-2012). Presidenta de SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) entre 2015 y 2017. Coordinadora del programa de doctorado en Economía de la ULPGC desde 2017. Miembro del comité científico del Covid-19 de Canarias y del Grupo de Trabajo Multidisciplinar Covid-19 del Ministerio de Ciencia e Innovación

**Auditoría Pública.- Usted nació en Galicia, pero recalca en Canarias, donde ha pasado la mayor parte de su vida. ¿Nos puede contar esta historia?**

Al poco de terminar la licenciatura en Ciencias Económicas en Santiago de Compostela, con 22 años recién cumplidos, un profesor que me había dado clase me llamó, estaban buscando profesores para la sección de Ciencias Empresariales de la Universidad de La Laguna, situada en Las Palmas de Gran Canaria, y me ofrecían un contrato. Accedí inmediatamente y me vine. Aun-

que con los años he trabajado y colaborado con distintas universidades y países, siempre lo he hecho desde el epicentro de Canarias.

**A. P.- Usted es economista, especializada en Econometría, y termina siendo una experta en Economía de la Salud. ¿Cómo fue ese proceso?**

Mi primer director de tesis (luego cambié. Era un proceso difícil a distancia y a ritmo de correo postal) me sugirió la economía de la salud como área de investigación, ya que mi marido era médico. En aquellos años, era un

área nueva. En 1981 se celebraron las primeras Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud en España. Yo me incorporé en 1983, y soy la socia número 30 (hoy somos unos 700). A lo largo de cuatro décadas, la Economía de la Salud en España se ha hecho fuerte en Europa y el mundo, tenemos grandes profesionales y académicos destacados en Europa y América, hemos hecho la transición generacional, dando paso a los jóvenes, que ahora son responsables de la junta directiva. Todo ese proceso y el gran éxito que ha logrado la Economía de la Salud en España, se basó en la colaboración más que en la competencia de una red muy activa de académicos y gestores de la sanidad. Me siento orgullosa de formar parte de esto, y de haber contribuido con mi granito de arena (o materia gris). Me siento feliz por haber tomado aquella decisión primigenia, cuando todavía era doctoranda.

**A. P.- ¿Cómo valora la evolución de la crisis causada por el COVID-19, en los ámbitos sanitario, económico y social?**

La COVID ha cambiado los ritmos y el sentido del tiempo. Un mes de ahora es como un año de antes, en avances científicos y en conocimiento compartido. En sanidad, se han rediseñado los circuitos asistenciales, la cooperación entre profesionales de distintas especialidades, la organización de centros y servicios, los protocolos de actuación. De repente, se han empezado a utilizar la telemedicina y las consultas telefónicas, y se han reconsiderado actividades clínicas no necesarias o en las que el riesgo no compensa el beneficio potencial en salud. En lo social, la COVID ha aumentado las desigualdades socioeconómicas y los efectos a largo plazo podrían ser muy serios, sobre todo por la brecha educativa. En lo económico, todavía no conocemos el alcance de las repercusiones a largo plazo, dependerán en gran parte de la propia epidemia, pero serán mucho más serias que las de la crisis de 2008.

**A. P.- ¿Cuáles son las medidas más urgentes que usted propone para superar con éxito esta crisis?**

La economía depende como nunca de la sanidad, y en esta segunda oleada particularmente depende de la atención primaria. Las estrategias de éxito en el control de la pandemia se basan en tres pilares: 1) seguimiento epidemiológico, con protocolos claros y un rastreo eficiente de casos y contactos, lo que requiere personas entrenadas; 2) una estrategia de detección basada en PCR y, a medida que vayan estando disponibles, en test de antígenos suficientemente sensibles y específicos; 3) aislamiento efectivo de personas con test positivos y cuarentena de sus contactos estrechos, de acuerdo con protocolos basados en el conocimiento científico. La Inteligencia Artificial puede ayudar, pero no sustituir a la inteligencia humana en estas

estrategias. Para definir las e implementarlas, hace falta co-gobernanza y coordinación entre el gobierno del estado, los gobiernos autonómicos y las administraciones locales, y una buena coordinación entre sanidad y el sector sociosanitario. También son muy importantes los planes de comunicación. La población tiene derecho a estar informada, pero sobre todo, una buena comunicación es el elemento clave para resolver el problema. La comunicación puede contribuir a que las personas se sientan implicadas y participen en la resolución de la crisis, o a la desafección hacia la comunidad y búsqueda de soluciones individuales de sálvese quien pueda. En lo económico, el objetivo a corto plazo es proteger a los más vulnerables (ERTES, Ingreso Mínimo Vital) y mantener vivo el tejido productivo. A medio plazo, se necesita un cambio en el modelo económico para lograr mayor productividad total de los factores: más industria, más I+D+i, mayor peso de actividades tecnológicamente avanzadas.

**A. P.- ¿Qué papel debe desempeñar la atención primaria en la lucha contra la pandemia, y en el servicio de salud en general?**

La atención primaria es el nudo gordiano del sistema nacional de salud (SNS). De ella depende la salud de la población, la eficiencia del SNS pero también en gran parte su equidad. Una atención primaria resolutive y de calidad, con profesionales entregados que conocen a su población, el entorno en que viven las personas, y siguen a sus pacientes durante años es valiosísima. Hay estudios científicos rigurosos que prueban que los sistemas de salud basados en una atención primaria fuerte y bien coordinada con los otros niveles asistenciales, hospital y sociosanitario, son superiores en resultados finales de salud poblacional, pero también en eficiencia (esa salud se consigue con un coste de oportunidad menor).

---

**“Los órganos de control de las administraciones públicas son piezas fundamentales para el seguimiento y evaluación de las intervenciones, políticas y de los servicios públicos”**

---

Sin embargo, la atención primaria en España lleva años, más bien décadas, en un proceso de deterioro presupuestario, con profesionales poco motivados y envejecidos (medicina de familia es la especialidad más envejecida y con menor porcentaje de jóvenes en la red pública de centros de salud). La elección de plazas MIR nos aporta indicadores claros sobre la falta de atractivo de esa especialidad, que eligen muy pocos entre los 500, 1.000 o incluso entre los 3.000 primeros. Además, en muchos casos los especialistas titulados en medicina de familia huyen de la atención primaria hacia urgencias de hospital, también en la red privada. El principal valor añadido de un profesional de atención primaria es la longitudinalidad: al tener mucha información sobre el paciente, al que viene tratando desde tiempo atrás, el médico y la enfermera consiguen aportar mucho valor con unos pocos minutos de consulta. Por eso, los contratos temporales de corta duración y las discontinuidades en las plantillas son una especie de criptonita para esos *supermen* y *superwomen*.

La crisis de la atención primaria está diagnosticada desde hace tiempo, las reivindicaciones laborales son recurrentes en muchas CCAA. En 2019, se aprobó un plan estratégico para la atención primaria por parte del Ministerio, y algunas otras propuestas se han incorporado más recientemente al dictamen de la Comisión de Reconstrucción Económica y Social del Congreso de los Diputados.

Pero esto no es suficiente. A los problemas preexistentes se suma ahora la presión COVID. La atención primaria es la clave para controlar la epidemia: quién mejor que los profesionales que conocen a su población y entorno para seguir a los casos y detectar sus contactos, para aconsejar, para prescribir aislamientos y cuarentenas, y si no se pueden hacer porque el domicilio no reúne condiciones, quién mejor que ellos para lanzar un proceso de acogida en «arcas de Noé». Por tanto, podríamos decir que la economía de país está en manos de la atención primaria, aunque esto simplifique un poco el panorama. Al ganar relevancia y notoriedad social y profesional, la atención primaria podría empezar a superar aquella crisis crónica de que hablábamos arriba.

Pero lamentablemente, si la atención primaria no reorganiza sus tareas, haciendo que los médicos y enfermeras hagan lo que solo ellos pueden hacer, y se desvíen actividades administrativas y de poco valor a otros colectivos, si no se contratan recursos adicionales, sobre todo humanos, si no se consigue incorporar de forma efectiva tecnologías eficaces de atención a distancia, si no se logra que los coordinadores de los centros de salud sean líderes y los equipos se organicen con autonomía para resolver los problemas del centro, que no son uniformes, y menos ahora.... Si no se dan estas circunstancias, podría ocurrir

que en la segunda oleada quien colapse sea la atención primaria y la crisis terminara agravándose. Este es uno de los problemas que más me preocupa.

**A. P.- El sistema educativo español, parece que produce unos profesionales de la salud de gran calidad, demandados en muchos otros países. ¿Cuáles son las causas que provocan que el sistema público de salud, en España, no cuente con el número adecuado de estos profesionales?**

El sistema forma excelentes profesionales. Cada año salen unos 7000 nuevos graduados en medicina, unos 14,5 por 100.000 habitantes, algo inferior al conjunto de la UE. Aproximadamente se convocan cada año el mismo número de plazas MIR para especializarse. Comparados con otros países de nuestro entorno europeo, España tiene más médicos activos (358 por 100.000 habitantes) pero menos enfermeras, de hecho la ratio enfermera/médico en España es muy baja comparando con el entorno europeo. En nuestro país ha habido en la última década, desde 2010, un enorme aumento de médicos que trabajan en la red privada. Esta ha crecido muy intensamente durante los últimos años y supone una competencia fuerte por los recursos humanos profesionales con la red pública. Por dar algunas cifras, según el Sistema de Información de Atención Especializada, del Ministerio de Sanidad, entre 2010 y 2017 el número de médicos que trabajan en la red privada ha aumentado más del 40% en 8 especialidades y entre el 20% y el 40% en otras 9. Prácticamente en todas las especialidades médicas, con excepción de tres, el empleo médico en la privada ha aumentado más que en la red pública en la última década.

Otro motivo, aunque no parece tan determinante, es la salida de España de sus médicos para trabajar en el extranjero, movidos por las fuerzas de push & pull (España los aleja con su falta de incentivos al desarrollo profesional y económicos, otros países los atraen). Los datos internacionales (OCDE) dicen que el número de médicos españoles que trabajan en otros países es reducido. Por otro lado, en torno al 10% de los médicos que ejercen en España se han formado fuera.

**A. P.- ¿Cree usted que tras esta crisis, la humanidad será más solidaria y respetuosa con el medio ambiente, o seguirán aumentando la insolidaridad y el egoísmo?**

No soy optimista. Basta observar cómo el cambio climático continúa su curso, los incendios en el Oeste de EEUU. Me asusta leer estudios científicos que concluyen que los objetivos de los acuerdos de París solo se conseguirían si hubiéramos seguido confinados el resto del año... Además, la COVID está aumentando la presencia y uso de

contaminantes (mascarillas desechables, desinfectantes,...).

No me parece que seamos más solidarios ahora, ni en cuanto a solidaridad intergeneracional (que los jóvenes se guarden del virus para proteger a los mayores), ni entre países. EEUU, Rusia, China, la Unión Europea... Cada uno está buscando soluciones para proveer vacunas a su población. En este sentido, pensando desde España soy optimista. El hecho de que haya una estrategia de vacunas de la Unión Europea, en la que España participa activamente, es una excelente noticia, como también lo son los acuerdos de riesgo compartido con las compañías que están desarrollando los proyectos más prometedores. De esta forma, se garantizará el suministro rápido de las vacunas que hayan pasado el filtro de eficacia y seguridad y se autoricen por la Agencia Europea del Medicamento (EMA), y ese suministro será a un precio razonable. Porque el peor de los escenarios hubiera sido el de múltiples compradores públicos fragmentados, por países e incluso por regiones, compitiendo salvajemente por obtener las vacunas y negociando confidencialmente condiciones de compra con las grandes multinacionales propietarias de la correspondiente patente. El precio resultante, basado en la demanda como disposición a pagar, sería absolutamente disparatado y gravoso para los presupuestos públicos. Eso nos enseña la teoría económica. Afortunadamente, hemos escapado de ese mundo contrafactual distópico gracias a la estrategia europea de colaboración internacional.

Pero desafortunadamente África y Latinoamérica, en grave crisis epidémica, se encuentran desvalidas. La OMS está intentando poner la solidaridad y el concierto planetario sobre la mesa, pero lo tiene difícil en este mundo de «sávese quien pueda!». La distribución de las vacunas será la prueba de fuego de la solidaridad planetaria.

**A. P.- En una sociedad donde el avance tecnológico invita a que la demanda del factor trabajo, sea cada vez menor, ¿Qué políticas habrían que desarrollarse para asegurar un pleno empleo aceptable y un estado del bienestar sostenible?**

En veinte años habrán desaparecido la mayor parte de los trabajos hoy conocidos. Ya no quedarán conductores de camión o estibadores. El número de administrativos, el de operarios en fábricas y el de dependientes de comercio se habrá reducido sustancialmente. A cambio, habrá nuevos trabajos en un mundo digital, que ahora apenas somos capaces de imaginar. También habrán cambiado las relaciones laborales (estamos entrando en la llamada GiG Economy), que se podría traducir literalmente por la Economía del Bolo y consiste en contratar (on line casi siempre) trabajos esporádicos y específicos de corta

duración en lugar de establecer relaciones estables con trabajadores mediante contratos laborales. No creo que sea posible conseguir el pleno empleo, por eso la distribución de bienes y servicios tendrá que basarse en otros criterios complementarios a los dictados por el mercado. El ingreso mínimo vital es un primer paso en el reconocimiento de que una parte de la sociedad está excluida del mercado laboral, de forma temporal o crónica, y será difícilmente integrable. En cualquier caso, la mejor prevención individual y familiar contra ese problema es una formación sólida. La educación es más importante que nunca, y en particular la formación científica y tecnológica y la versatilidad para aprender a lo largo de toda la vida.

**A. P.- A su juicio, en este escenario de crisis, con intensa demanda de las políticas y servicios públicos, ¿qué papel deben desempeñar los órganos de control de las administraciones públicas?**

Los órganos de control de las administraciones públicas son piezas fundamentales para el seguimiento y evaluación de las intervenciones, políticas y de los servicios públicos. El Tribunal de Cuentas, cuyo encargo de fiscalización del sector público y enjuiciamiento de la responsabilidad contable le viene atribuido por la Constitución española de 1978, desempeña una importantísima labor. Un caso digno de mención es la Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal (AIREF), que ha desarrollado en los últimos años una labor muy valiosa de evaluación de políticas de gasto, más allá del mero control formal de legalidad. Sus informes sobre el gasto público (Spending Review) han abarcado temas tan variados como la concesión de subvenciones, el gasto farmacéutico, las políticas activas de empleo, las becas, la I+D+i, la industria, el servicio de correos, los beneficios fiscales o las infraestructuras. Es una lástima que la Agencia Estatal de Evaluación de las Políticas Públicas y la Calidad de los Servicios (AEVAL) haya desaparecido, pues su ámbito era de mayor alcance que el de los organismos mencionados arriba.

En plena crisis de la COVID, agosto 2020, un grupo de científicos reclamamos, mediante una carta publicada en la revista Lancet, una evaluación independiente de la gestión de la pandemia en España como medio para aprender de los errores, pero también de los aciertos. Si hubieran existido los organismos contemplados en la Ley General de Salud Pública de 2011, como el Centro Estatal de Salud Pública o la configuración de una arquitectura institucional de inteligencia de la Salud Pública colaborando en red, posiblemente no habría hecho falta una petición como la nuestra en el Lancet que, por cierto, secundaron decenas de asociaciones científicas y profesionales españolas.