

La Economía de la Salud, competencia transversal necesaria en el grado de Medicina

¿Se puede ser un buen médico sin tener las nociones básicas de Economía? Sí, por supuesto: basta para ello que el profesional utilice el sentido común, la racionalidad del 'oikos nomeia' en sus decisiones, y seguro que elegirá acertadamente. El problema es que, en mucho del quehacer médico, el contexto en el que se realiza la actividad clínica no ayuda a dicha racionalidad. ¿Por qué razón he de considerar los costes de lo que hago si no me he de responsabilizar de sus resultados? ¿Qué incentivo tengo a ser cuidadoso con los recursos que utilizo si de ello derivaré duda e incertidumbre (por lo que no haga) más que reconocimiento (por lo que haga)? Desde una retribución salarial que tengo garantizada independientemente del esfuerzo, ¿qué me puede motivar a ser consciente de un despilfarro?...al fin y al cabo son cosas que no dañan, aunque quizás no sirvan. Y a los analistas, ¿qué nos puede llevar a pensar que un sistema sanitario público encontrará el equilibrio cuando quien decide, demanda o evalúa no soporta consecuencia alguna? ¿Podemos esperar que alguien evalúe los beneficios en el margen de dedicar tiempo y recursos a un paciente, independientemente de los costes que provoque, teniendo en cuenta que no hacerlo va a suponer menores recursos para otros pacientes, propios o no, tratados o en espera, o que incluso por falta de educación sanitaria no reconocen que sus dolencias son tratables?

Hasta aquí más de un lector se puede ya haber molestado con esta prédica de la economía de la salud. ¿Y el profesionalismo?, ¿y la ética médica? ¿y el juramento hipocrático? ¿No se trata de una forma de *economicismo* de quien busca conocer los costes ignorando el valor de lo que se hace? Respondamos de entrada que son reacciones de confusión, con algo empírico de verdad, y mucho, normativo, de mentira, y en todo caso generadoras de respuestas asistemáticas...La bondad de un sistema que se basa en la exigencia de hombres buenos no es hoy esperable. Hay condiciones necesarias, quizás no suficientes, pero las primeras son exigibles para lograrlo. ¡Entre ellas, la racionalidad!

De aquí que la transversalidad de la racionalidad económica, de la gestión de lo propio, 'oikos nomeia', tiene un papel relevante en la formación médica. Un recordatorio de que nuestras decisiones, en cualquier contexto (¡¡de ahí a veces la falta de la condición de suficiencia!!), se deben disciplinar. La Economía de la Salud como disciplina en la gestión clínica se ofrece como elemento para ayudar a *formatear* las decisiones médicas. Evaluar lo que vamos a hacer en términos de sus alternativas, los beneficios respecto de los costes, no respecto 'del todo' sino en el impacto que provocará adicionalmente, en el margen, nuestra decisión. No vamos realmente a hacer en ningún caso, 'todo lo que haga falta por *nuestro* paciente', independientemente de los costes en los que incurramos; cuando menos en el tiempo que le dediquemos o a los espacios de ocio que sacrifiquemos para aquel beneficio deseado. Sacrificamos esfuerzo y recursos, asignándolo lo mejor que sabemos. En este sentido, no hay ética sin eficiencia (con despilfarro). ¡No lo hacemos en casa, con nuestro presupuesto, o en su caso la práctica privada, menos deberíamos hacerlo cuando los recursos que utilizamos son de la comunidad!

Si la competencia en aquel conocimiento ha de ser transversal, es lógico que no abogemos por 'colonizar' la Medicina, desde posiciones corporativistas, en favor de una asignatura en la carrera, una 'maría' quizás que se haya de tomar como pócima de adherencia, forzada por el político financiador. La horizontalidad se consigue mejor desde los estudios de casos en todas las ramas del conocimiento *vesaliano*. Se trata de visualizar la virtud de incorporar la racionalidad, la valoración de la oportunidad de la decisión, vistas las alternativas, incluida la de esperar si se puede para mejor conocimiento. Inaceptable hacerlo como un dispositivo anexo a la parcelación morfológica de los estudios de medicina, a la super especialización de las áreas científicas actuales; tan inaceptable como cuando en la micro gestión hablamos de beneficios ignorando costes, obviando que el presupuesto ha de equilibrar la balanza de gastos con los ingresos, de los impuestos con los que financiamos el gasto sanitario público y el remanente de ingresos para el bienestar de las familias, necesarios para otros órdenes de la vida. Y es que todos transaccionamos salud por renta, aún sabiendo que, perdida la primera, la segunda carece de todo valor.

En resumen. Competencia transversal implica que la racionalidad esté impregnando los estudios en todas sus parcelas. Los economistas de la salud han de salir de los *guetos* de la gestión económica y codo con codo con los clínicos, asociarse, complementarse, para la eficiencia del sistema, respetando la equidad querida por los poderes públicos. Un departamento de economía en una facultad de medicina no debería estar para 'impartir', guiar, dirigir... sino para acompañar, dando apoyo a los decisores clínicos.

Veo hoy ya *staff* de evaluación en algunos hospitales, en el sistema sanitario, en consultoría clínica que comparten este posicionamiento. Este es el camino. Y despertar a su vez en los estudios de grado de Medicina que sin eficiencia es imposible ser un buen profesional. A la intuición motivada de algunos puede que no le haga falta el recurrir a 'la llamada de los gnomos'; pero en general, la disciplina de la economía de la salud, como disciplina, ofrece un camino, asegura rigor y robustez a decisiones que de otro modo pueden perderse en la improvisación, en el prejuicio y en la inercia.

Guillem López i Casanovas Director del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universidad Pompeu Fabra.