

El seny necessari per aplicar les teories econòmiques a la salut

Vicente Ortún

Centre de Recerca en Economia i Salut. Degà de la Facultat de Ciències Econòmiques i Empresariales. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona.

Un clínic només ha de saber tres coses d'economia:

- 1) L'eficiència és la marca del virtuosisme en medicina, però el camí cap a l'eficiència passa per l'efectivitat.
- 2) L'ètica mèdica exigeix la consideració del cost d'oportunitat de les decisions diagnòstiques i terapèutiques.
- 3) Les utilitats rellevants són les del pacient¹.

Fins ara el paper de l'economia en la política i la gestió sanitària ha estat més aviat limitat. Un economista pot donar-se per satisfet si contribueix a educar l'olfacte dels clínics² i aconsegueix que siguin acceptats els deu conceptes bàsics següents:

1. Les necessitats humanes són il·limitades i els recursos són sempre finits.
2. L'economia es refereix tant a beneficis com a costos.
3. Els costos no es limiten a l'hospital ni tan sols als serveis de salut.
4. Les opinions comporten judicis de valor. Per definició.
5. Moltes regles senzilles del funcionament del mercat no són aplicables als serveis de salut.
6. Considerar els costos no és immoral. Al contrari, tal vegada.
7. L'elecció ha de referir-se als canvis marginals, no a l'activitat total.
8. L'assistència és només una forma, entre d'altres, de millorar la salut.
9. La paradoxa de la prevenció *more economico*: el benefici social resulta poc atractiu per a l'individu, ja que presenta preferències temporals diferents per a costos i beneficis.
10. L'equitat té costos i estratègies d'abordatge amb efectivitats molt dispers.

En canvi, un economista ha de conèixer bastant els determinants de la salut³, així com l'impacte dels serveis sanitaris, si pretén il·lustrar de forma útil tant les decisions col·lectives com les individuals.

És en la difícil situació actual quan més sentit poden prendre diverses aportacions econòmiques.

Ens apropem a la fi del món? No. Vam tenir una bombolla sanitària (i immobiliària, i aeroportuària, i universitària, i...). Els recursos reals per persona van augmentar un 50% entre el 1999 i el 2009, i només en una petita part l'augment s'explica per l'envelliment poblacional. El problema no rau sempre en quines mesures cal adoptar, sinó en *com* adoptar-les. El dèficit de transparència i qualitat institucional és més preocupant que el dèficit comercial. Lluitar contra la corrupció i sortir de la crisi són dues cares de la mateixa moneda⁴.


Més serveis sanitaris són sempre convenients? No. "Més" no sempre és sinònim de "millor". El "greix" sobrant al sistema sanitari pot estimar-se en un 20%. A partir dels estudis de variacions aparentment arbitràries en la pràctica mèdica, i tenint present la distinció entre serveis sanitaris efectius, serveis sanitaris sensibles a les preferències del pacient i serveis sanitaris sensibles a l'oferta, podem il·luminar el camí a recórrer⁵.

Cal acceptar retallades pressupostàries? Sí. A la meua Facultat hem encaixat una rebaixa del 15% durant el 2011 sense que la qualitat de l'ensenyament se n'hagi ressentit. Ni hem explicat només en castellà (de fet, s'explica molt en anglès) ni confonem la solució en una de cada cinc equacions. Sempre podríem identificar altres sectors on creiem que les retallades estan més justificades... però la legitimitat democràtica obliga a acceptar les decisions de les majories parlamentàries. El contrari, al sector sanitari, seria "posar el mort sobre la taula".

Com es poden retallar pressupostos sense afectar la salut de la població? La manera en què és segur que no s'ha de fer és linealment. No es pot fer cap retallada en un antibiòtic per a tractar una meningitis meningocòccica. En canvi, se'n pot fer moltes en serveis no indicats. Naturalment, cal considerar el vessant polític: tota despesa és una renda per qui la rep... i no tots els proveïdors tenen la mateixa capacitat d'unir-se i fer pressió en defensa dels seus interessos.

Quant al paper de la política i la gestió sanitàries en les retallades, particularment per a evitar la dualització de la societat entre els que podran pagar per qualsevol avenç –al marge de la seva efectivitat– i els que no ho podran fer⁶, destacarem tres vies, que s'han de considerar conjuntament amb la millora de la qualitat de la governança sanitària:

1. Recuperar la planificació. L'ús depèn de l'oferta. Per tant, gestionar l'ús passa, en primer lloc, per controlar l'oferta. A més, convé assolir volum per garantir qualitat i especialització. La planificació pot tenir una funció d'ansiolític social en la mesura que proporcioni informació pronòstica.
2. El finançament públic ha de ser selectiu, segons una relació cost/efectivitat incremental. Cal disposar d'una cartera de serveis sensata, i d'uns preus que orientin cap a la innovació que interessa.
3. Fomentar la maduresa i l'autonomia mitjançant les organitzacions sanitàries progressivament integrades (amb finançament capitatiu) i la competència –sense mercat– entre elles, amb una orientació cap a l'atenció primària⁷.

Quant al paper de la clínica en l'ajust fiscal i en la consolidació de la component sanitària de l'estat del benestar, prioritzarem tres vies d'avenç (~~d'entre nou vies~~  ~~als~~):

1. Reduir les bretxes entre eficàcia i efectivitat⁸. Atacar les bretxes quotidianes⁹.
2. Millorar l'adequació.
3. Reassignar. Deixar de finançar, totalment o en part, dispositius i procediments amb un valor clínic baix o nul, alhora que es promouen els de més valor clínic i, simultàniament, els recursos alliberats es dediquen a finançar aquests últims.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Ortún V. ¿Qué debería saber un clínico de Economía? Dimensión Humana. 1997;1(4):17-23.
2. Ortún V, Meneu R. Impacto de la economía en la política y gestión sanitaria. Rev Esp Salud Pública. 2006;80:491-504.
3. Taula rodona sobre determinants de la salut, 23 de novembre del 2011 [Internet]. [Accés el 8 de febrer de 2012]. Disponible a: www.fundacionareces.tv
4. Meneu R, Ortún V. Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. Gac Sanit. 2011;25:333-38. [Accés el 8 de febrer de 2012]. Disponible en: <http://www.revistaasturianadeeconomia.org/raepdf/35/P23ORTUN.pdf>
5. La reforma de la sanitat. La bossa i la vida. Aportacions de l'economia de la salut a l'abordatge dels problemes sanitaris a càrrec de Vicente Ortún, 23 de febrer de 2011 [Internet]. [Accés el 8 de febrer de 2012]. Disponible a: http://videoteca.iec.cat/entrada.asp?v_id=113
6. Ortún V. Desempeño y deseabilidad del sistema sanitario: España. Revista Asturiana de Economía. 2006;35:23-43. [Accés el 8 de febrer de 2012]. Disponible a: <http://www.revistaasturianadeeconomia.org/raepdf/35/P23ORTUN.pdf>
7. Ortún V (dir). La refundación de la Atención Primaria. Madrid: Springer Healthcare; 2011. [Accés el 8 de febrer de 2012]. Disponible a: http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/publicaciones/coleccion_catedra.html
8. Bernal E, Ortún V. La calidad del sistema nacional de salud, base de su deseabilidad y sostenibilidad. Gac Sanit. 2010;24:254-58.
9. Campillo-Artero C. When health technologies do not reach their effectiveness potential: A health service research perspective. Health Policy. 2012 Jan;104(1):92-8. doi:10.1016/j.healthpol.2011.09.010.