

## La economía de la salud, competencia transversal necesaria en el grado de Medicina

Guillem LÓPEZ-CASASNOVAS

## Health economics, a necessary core competence in the Bachelor's Degree in Medicine

¿Se puede ser un buen médico sin tener nociones básicas de economía? Sí, por supuesto: basta para ello con 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 para 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

*Can you be a good physician without a basic understanding of economics? Yes, of course you can: all the professional needs to do is to use a little common sense, the rationality of 'oikos nomeia' in their decisions, and they are sure to make the right choice. The problem is that, in much of medical practice, the context in which clinical activity takes place does not encourage that rationality.*

*Why should I consider the costs of what I do if I don't have take responsibility for the results? What motivates me to be careful about the resources I use if it could give rise to doubt and uncertainty (regarding what I don't do) rather than recognition (regarding what I do)? Since I receive a salary that I am guaranteed regardless of the effort I make, what can motivate me to be aware of any squandering? At the end of the day, they are things that do no harm, even though they may not do any good either.*

*And as analysts, what could lead us to think that a public health system will find a balance when those who decide, demand or evaluate do not bear any of the consequences? Can we expect anyone to evaluate the profit margin from devoting time and resources to one patient, regardless of the costs involved, bearing in mind that failing to do so will mean fewer resources for other patients, whether one's own or not, under treatment or on a waiting list, or who even as a result of a lack of health education do not recognise that their ailments are treatable?*

*At this point, more than one reader may have already been upset by this sermon on health economics. And professionalism? Or medical ethics? What about the Hippocratic oath? Is this not a form of 'economicism' by those who seek to know the costs while ignoring the value of what is being done? Let us say right from the start that these are reactions of confusion, with some empirical truth and a lot of normative lies, and in any case they generate asys-*

Catedrático de Economía.  
Director del Centro de Investigación en Economía y Salud de la Universitat Pompeu Fabra. Académico de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Barcelona, España.

E-mail:  
guillem.lopez@upf.edu

Cómo citar este artículo:  
López G. La economía de la salud, competencia transversal necesaria en el grado de Medicina. FEM 2022; 25: 155-7. doi: 10.33588/fem.254.1218.

© 2022 FEM



Artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

ISSN: 2014-9832  
ISSN (ed. digital): 2014-9840

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 nomia'*, 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; al menos en el tiempo que le dediquemos o en los espacios de ocio que sacrifiquemos para aquel beneficio deseado. Sacrificamos esfuerzo y recursos, asignándolos lo mejor que sabemos. En este sentido, no hay ética sin eficiencia (con despilfarro). ¡Si no lo hacemos en casa, con nuestro presupuesto, o en su caso en 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 adhesión, 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 un mejor conocimiento. Es inaceptable hacerlo como un dispositivo anexo a la parcelación morfológica de los estudios de medicina, a la superespecialización de las áreas científicas actuales; tan inaceptable como cuando en la microgestión 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, aun sabiendo que, perdida la primera, la segunda carece de todo valor.

En resumen, competencia transversal implica que la racionalidad esté impregnando los estudios en to-

*tematic responses... The goodness of a system that is based on the demand for good men cannot be expected today. There are necessary conditions, perhaps not sufficient, but the first are necessary to achieve this. And one of them is rationality!*

*Hence, the cross-cutting nature of economic rationality, of the management of one's own, 'oikos nomia', plays a relevant role in medical training. A reminder that our decisions, in whatever context (hence sometimes the lack of the condition of sufficiency!), must be disciplined. Health economics as a discipline in clinical management is offered as an element to help 'format' medical decisions; assessing what we are going to do in terms of the alternatives, the benefits versus the costs, not in terms of 'the whole', but in terms of the additional impact our decision has on the margin. We are not really going to do, in any case, 'whatever it takes for our patient', regardless of the costs we incur; at least not in the time we devote to him/her or in the leisure time we sacrifice for that desired benefit. We sacrifice effort and resources, allocating them to the best of our ability. In this regard, there is no ethics without efficiency (with squandering). If we don't do it at home, on our own budget, or in the case of private practice, we should do it even less when the resources we use belong to the community!*

*If competence in that knowledge is to be cross-cutting, it is logical that we do not advocate the 'colonisation' of medicine, from corporatist standpoints, in favour of a subject in the degree course, an easy subject perhaps to be taken as a potion of adherence, forced by the financing politician. Horizontality is best achieved from case studies in all branches of Vesalian knowledge. The idea is to visualise the virtue of incorporating rationality, the assessment of the timeliness of the decision, given the alternatives, including waiting to obtain, if possible, better knowledge of the matter. It is unacceptable to do so as a device attached to the morphological division of medical studies, to the super-specialisation of current areas of science; it is as unacceptable as when in micro-management we talk about profits while ignoring costs, ignoring the fact that the budget has to balance the expenditure and income sheet, about the taxes with which we finance public health expenditure and the remaining income for the welfare of families, necessary for other orders of life. And the fact is that we all trade health for income, even though we know that if the first is lost, the second becomes worthless.*

*In short, core competence implies that rationality must be permeating studies in all the different fields. Health economists must step out of the ghet-*

das 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. Éste 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 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.

*toes of economic management and, side by side with clinicians, work in partnership and complement each other to ensure the efficiency of the system, while respecting the equity so desired by the public authorities. An economics department in a medical school should not be there to 'teach', guide, direct... but to accompany and support the clinical decision-makers.*

*Today I already see evaluation staff in some hospitals, in the health system, in clinical consultancy, who share this position. This is the way to go. And, in turn, to awaken in undergraduate medical degrees, the idea that without efficiency it is impossible to be a good professional. The motivated intuition of some may not need to resort to 'the wisdom of the gnomes'; but, in general, the discipline of health economics, as a discipline, offers a way forward, ensuring the rigour and robustness of decisions that might otherwise be lost in improvisation, prejudice and inertia.*