

ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN ECONÓMICA EN SERVICIOS SANITARIOS

En éste y otros números precedentes, *Gaceta Sanitaria* -a igual que lo han hecho otras revistas¹⁻⁶- ha recogido en su páginas un creciente interés en la investigación económica en servicios sanitarios. En particular, refiriéndonos a los artículos más recientes, parece detectarse una importante preocupación en cómo redefinir un método de financiación de proveedores sanitarios, de naturaleza mayormente prospectiva, que favorezca la eficiencia en la gestión de los recursos, y sea compatible con los objetivos de nuestro sistema de salud.

Ya sea desde la óptica de la definición del sistema de presupuestación, de la distinta tipología de hospitales sobre la que éste se deba aplicar, o de la construcción del numerario en concreto de pago por actividad que permita mantener cerrados los presupuestos, así como el control del gasto, la inquietud observada por fundamentar sobre bases empíricas los cambios en la financiación hospitalaria se ha de entender como un síntoma claro de buena salud en las tareas de investigación sanitaria.

Por debajo de este primer reflejo se esconden, sin embargo, en nuestro país, lecturas diferentes sobre cómo abordar la investigación en determinados ámbitos de los servicios sanitarios.

En primer lugar, parece del todo necesario una ósmosis mayor entre el discurso teórico y los análisis empíricos. En este sentido, o la Economía de la Salud como disciplina que pueda coadyuvar a la calidad de dicha investigación, se sabe enraizar mejor en las técnicas de investigación propias de la economía aplicada o "no será"; esto es, perderá sus señas de identidad como disciplina del conocimiento científico. Ya hace tiempo que bastantes países han optado por favorecer al máximo la interrelación de distintos profesionales en la investigación sanitaria, otorgando al economista la ventaja comparativa de su mejor capacitación en las técnicas cuantitativas del análisis. El economista "hombre orquesta" del quien no se sabe qué instrumento toca al son de la melodía de cada momento, está abocado a la pérdida de virtuosidad. La investigación requiere hoy más que nunca la participación sinfónica de distintos agentes, cada cual con su instrumento -el que mejor conoce-, y bajo una misma partitura, que no puede ser otra que la de la lógica científica.

Nuestro país parece ya incorporarse a esta tendencia pero con bastante lentitud. Prueba de ello es la dificultad, en determinados ambientes, para que se abandonen las grandes proclamas sobre la reforma sanitaria y se comience a recoger piezas de evidencia empírica sobre los efectos de los cambios proyectados. Palabras como "mercado interno", "perestroika sanitaria", "desmonopolización", "clientes en contextos de competencia", "selección adversa a lo Muface", etc. están muy bien como argumento preámbulo para discutir la naturaleza del cambio, pero son inútiles para fundamentarlo. Constituyen, eso sí, liturgia de la reforma, la música a tararear, las bambalinas del escenario, pero continúan lejos de la realidad sanitaria, aquí y ahora. Es la letra de la canción lo que realmente importa, el guión de la obra, la plasmación de los grandes principios en cambios organizativos concretos.

Con todo el tiento necesario -las grandes convulsiones acaban favoreciendo por su ineficacia al inmovilismo-, es tiempo de echar a andar.

Para dicha tarea, el economista de la salud debe bajar de su torre de marfil, "pringarse" con los datos disponibles, impulsar su mejora y mostrar su capacidad en el manejo sensato de las técnicas al uso en economía aplicada. Se trata con ello de contrastar medidas de política sanitaria que se pueden insertar finalmente en procesos de reforma, por marginales o selectivos que estos cambios puedan parecer.

El proceso de señalización que ello va a suponer entre el heterogéneo grupo que hoy alberga la Economía de la Salud es previsible que sea importante. De ahí la segunda lectura a propósito de los textos publicados, recientemente, acerca de algunos cambios en la financiación hospitalaria: la complejidad creciente del análisis.

Contrariamente a lo que pueda parecer a primera vista, a la sencillez deseable en los argumentos para la adopción de políticas, se llega mejor con un mayor conocimiento del alcance de la complejidad. Dicho de otro modo, es una vez que se conocen los entresijos de las técnicas de análisis, las distintas dimensiones de la estimación, las pérdidas de información asociadas a los distintos métodos, etc. cuando se está en situación de simplificar de modo racional, con sentido común, a efectos de tomar

decisiones. Y no viceversa. Algo que los artículos publicados no siempre consiguen.

Llegar a la sencillez después del más completo de los análisis es lo más difícil de la tarea investigadora. Para lo primero se requiere, cuando menos, experiencia en dichas tareas, permanencia en el análisis de una determinada área del conocimiento, una formación continuada del investigador en las innovaciones que se producen en las técnicas disponibles y mantener contactos que posibiliten sinergias con otros campos de investigación limítrofes al analizado.

La Universidad y los centros especializados en investigación tienen para ello una ventaja decisiva. La investigación bien hecha, además de exigir personal cualificado, tiene un coste fijo importante en suscripciones a revistas, publicaciones al día, bibliotecas logísticamente bien conectadas, acceso a determinadas redes, etc. costosas de mantener.

Más aún, los investigadores requieren una importante motivación intrínseca a su labor (carrera académica, etc.) que la función pública es incapaz, excepto en casos contados, de suministrar.

Para enraizar mejor la investigación teórica y la aplicada en las realidades del sistema sanitario, el papel de las administraciones -y de las empresas vinculadas al sector que se sientan parte del futuro de nuestro sistema sanitario- favoreciendo las contrataciones externas de dicho tipo de investigación, es fundamental. De otro modo, el "amateurismo" en éste, como en otros muchos campos, es muy caro y técnicamente ineficiente, y su superación se ha de entender como un elemento más de la mejora en la eficiencia asignativa del gasto sanitario público.

Guillem López Casasnovas
Universitat Pompeu Fabra

Bibliografía

1. Siegel C. A Risk-Based Prospective Payment System that Integrates Patient Hospital and National Costs. *J Health Econom* 1992; 11: 1-41.
2. Ellis RP, Mc Guire T. Optimal Payment Systems for Health Services. *J Health Econom* 1990; 19: 375-96.
3. Goodall C. A Simple Objective Method for Determining a Percent Standard in Mixed Reimbursement Systems. *J Health Econom* 1990; 9: 253-71.
4. Keeler EB. What proportion of Hospital Cost Differences is Justifiable? *J Health Econom* 1990; 9: 359-365.
5. Pope GC. Using Hospital-specific Costs to improve the Fairness of Prospective Reimbursement. *J Health Econom* 1990; 9: 237-51.
6. Pellisé J. Financiación de proveedores sanitarios e intermediarios financieros: una taxonomía. *Hacienda Pública Española* 1993; 1: 33-45.

