



### en este número

	pág.
EDITORIAL .....	1
PROXIMAS REUNIONES .....	3
XVIII JORNADAS AES (Gasteiz) .....	4
<b>TEMAS</b>	
- La cultura en los sistemas sanitarios públicos .....	6
- A vueltas con el medicamentazo: ¿Otra ocasión perdida para abordar la racionalización del sector farmacéutico? .....	7
<b>INVESTIGACIONES</b>	
- El programa para el Estudio de Complicaciones a partir del Conjunto Mínimo de Datos Básicos hospitalarios .....	8
- La economía del gasto sanitario en la C.A. Canaria (1989-1993) .....	9
LIBROS .....	10
<b>HUMOR</b>	
- Jokes about Economists and Economics .....	11
NOTICIAS DE AES .....	12
<b>HEMEROTECAES</b>	
Serie 7 (Páginas centrales) XXV a XXVIII	

## editorial

# ENTRE EL DR. PANGLOSS Y EL DR. INDIANA JONES

Vicente Ortún



Los remolinos «bastardi» de Caribdis no asustan en la actualidad a una plancha de vela ni se interpretan los escollos de Scilla como un monstruo marino de seis cabezas pero la navegación del estrecho de Mesina hay que efectuarla, obviamente, por el agua. También la mejora de nuestro sistema sanitario debe transitar entre el Pangloss del «tenemos el mejor sistema sanitario posible» y el Indiana Jones (en expresión de **Ramón Espasa**, *El Periódico* de 5 de noviembre de 1997) que busca, para situarla bajo control privado, el arca perdida de los billones de gasto sanitario financiado públicamente.

**Guillem López** recordaba en un editorial reciente de este boletín que la superioridad del aseguramiento sanitario obligatorio no depende de valores individuales acerca de la equidad sino de la imposibilidad de que exista un mercado de aseguradoras cuando el aseguramiento es libre. El típico individuo-económico-racional compraría cobertura aseguradora únicamente cuando la indemnización esperada más su valoración de la cobertura de riesgo fuera mayor o igual al precio de la póliza, pero las aseguradoras han de cubrir con la prima la indemnización media prevista y los gastos de administración y marketing. Y ahí está el problema: que el coste de producir aseguramiento depende de quién compre el aseguramiento (lo que no ocurre con el coste de producir embutidos u ordenadores) y que lo racional es que sólo lo compren aquéllos que originarán pérdidas a la aseguradora, por lo que también es racional que la aseguradora no lo ofrezca, con lo cual el mercado no existe (teorema de Rotschild-Stiglitz).

Se impone el aseguramiento colectivo con una indemnización media esperada mucho más baja al incluir a todo el mundo, riesgos buenos y malos, lo que puede resultar socialmente beneficioso en la medida que el coste de administrar el esquema sea inferior a la utilidad que con el seguro se gana. Un aseguramiento de colectivos podría establecerse como respuesta de las empresas aseguradoras al fenómeno de la selección adversa sin necesidad de que el Estado regulara la obligatoriedad del aseguramiento (sería la solución coasiana). Pero con un 5% de personas concentrando el 60% del gasto sanitario en un año, de poco nos sirve resolver el 40% del problema. Hay que establecer la obligatoriedad del aseguramiento y analizar, en todo caso, si cabe descentralizar ese aseguramiento. Técnicamente constituye un problema de evitar los incentivos

Editor del Boletín: Txomin URIARTE

Han colaborado en este número: **Vicente ORTÚN, Paula BAGÉS, Jesús CÁCERES, Jose ASÚA, Rodrigo GARCÍA AZURMENDI, Carles MURILLO, Alberto LARRAZ, Joan ROVIRA, Fernando ANTOÑANZAS, Julian LIBRE-RO, Ignacio ABÁSULO, Itxaso MUGARRA, Pasi KUOPPAMÄKI, Carlos GARCÍA AHEDO, Vicente PEIRO, M<sup>o</sup> Asun GUTIERREZ, Cristina SENARRIAGA, Pere IBERN, M<sup>o</sup> Antonia DELRIU** y los componentes de los Comités Científico y Organizador y el resto de colaboradores de las próximas XVIII Jornadas de Economía de la Salud.

### A.E.S.

Sardenya, 229 - 6<sup>o</sup> 4<sup>o</sup>  
Teléfono 93-231 40 66  
Fax 93-231 35 07  
08013 BARCELONA

### HORARIO

Lunes a Viernes:  
de 10 a 2 y de 3 a 7

a la selección de riesgos, bien restringiendo la elección individual, bien ajustado a priori el pago caputivo al riesgo, bien estableciendo esquemas de reaseguro, bien compensando a posteriori desviaciones. Pero éste, pese a ser un formidable problema, no constituye el problema real. Tal como **Andreu Mas** comenta, el desarrollo de la biología genética y de las tecnologías de la información agravarán el fenómeno de la selección adversa. Aumenta la información privada que puede dejar de serlo a un coste cada vez menor, información que será utilizada por terceros -aunque se prohíba- siempre que estos terceros (aseguradoras, por ejemplo) puedan lucrarse empleando tal información. El incentivo de los beneficios, pese a ser motor de innovación, retribución del riesgo y premio de eficiencia, no funciona de forma sencilla en el sector sanitario. Dado que la solución tampoco pasa por presentar organizaciones sin finalidad de lucro como segundas marcas de organizaciones que persiguen el lucro, hay que mantener un asegurador público -de momento- al no tener éste los incentivos para utilizar de forma ventajosa una información privada cada vez más extensa y disponible.

Merecerá más la pena evitar la aplicación a nuestro sistema sanitario de remedios que, como dice **José Manuel Freire**, han intentado solucionar problemas distintos a los nuestros y centrar los análisis y el aprendizaje práctico por ensayo y error allá donde está el espacio navegable más próximo a nuestra trayectoria y situación actual, lejos del Cabo de Hornos de la descentralización del aseguramiento:

- 1/ En la flexibilización de la producción de servicios sanitarios, con proveedores que integren, aunque sea virtualmente, todos los niveles asistenciales y que compitan en la medida en que la naturaleza de los servicios sanitarios lo permita (no mucho, como **Jaume Puig** y **Eulàlia Dalmau** muestran). La actual tendencia a gestionar directamente una parte de los servicios asistenciales y concertar otra parte -integración vertical parcial entre financiación y producción, en palabras de **Juan Ventura**- permitirá comparar diferentes soluciones organizativas siempre que se logren hacer creíbles las amenazas de pérdida de las actuales posiciones de privilegio e incompetencia, siempre que pueda situarse a cierto riesgo a los proveedores de atención sanitaria. Y ahí están los tímidos avances en la línea de dotar de cierta autonomía a los centros e intentar que los estatutos de personal no imposibiliten las reformas organizativas que se precisan para adaptarse a los notables cambios demográficos, tecnológicos, sociales y epidemiológicos que no paran de producirse.
- 2/ En el diseño de consejos de administración y patronatos de organizaciones sanitarias públicas o sin finalidad lucrativa donde los incentivos de la propiedad funcionen en la medida que la irresponsabilidad tenga su castigo económico, profesional, o penal.
- 3/ En el establecimiento de medidas de desempeño clínico, válidas y aceptadas, que permitan mitigar los rigores burocráticos y traducir a hechos el discurso de la gestión clínica y la descentralización. Líneas, por ejemplo, de **Montse Rué** y **Voro Peiró**.
- 4/ En el fomento del ejercicio clínico asociado por cuenta propia en atención primaria sin interferencias de lucro. Un Colegio de Médicos -con sensibilidad para reconocer y atender los problemas del facultativo de Fassbinder que trataba la ansiedad de Veronika Voss- muestra, como sería de esperar, interés por esta opción.

5/ En cómo evitar búsquedas y mantenimiento de rentas a través de actividades de influencia. No siempre puede ser bueno atar los políticos al mástil, como **Pepe Martín** sugiere para otras circunstancias. Los politiqueros suponen una ineficiencia, pero cortar la comunicación, reforzar la privacidad, y no dar cuentas constituye una forma inaceptable en gestión pública de acabar con las actividades de influencia (un poco al estilo de Franco que no era político, según decía). Al igual que algunas empresas atemperan el problema de agencia empleador-empleado haciendo que los trabajadores reciban una parte de sus remuneraciones en acciones de la compañía (la cotización se proyecta en una pantalla durante el almuerzo), el espacio navegable está en como la población se siente más propietaria -la famosa participación- y los trabajadores más empresa. Las éticas de servicio público y las éticas profesionales pueden llenar unos espacios que ni el mero interés propio -no necesariamente egoísta- ni la racionalidad instrumental medios-fines pueden ocupar en el terreno sanitario por las conocidas condiciones de incertidumbre, asimetría informativa y especificidad de activos.

6/ En cómo favorecer la evolución socialmente deseable de la Medicina: Ampliación de su base científica, orientación al usuario (imprescindible cuando se produce calidad de vida), e interiorización del coste de oportunidad (financiación colectiva se mantiene).

7/ En cómo conseguir la financiación adicional que la Sanidad precisará. Saber más sobre qué merece la pena pagar y cómo compaginar conciencia de coste con la equidad que se juzga conveniente (no mucha a juzgar por el financiamiento proporcional a renta y la utilización con criterios de amiguismo que favorece a las clases más influyentes). Plantearse qué merece pagar equivale a recordar que financiar servicios no efectivos supone una pérdida de bienestar social como la supone un abordaje abusivo de los problemas de salud, e incluso sociales, a través de los servicios sanitarios. Dar la equidad por supuesta constituye labor de zapa del sistema sanitario, y del Estado de Bienestar en general, que ha de reorientarse hacia los más necesitados (difícil al ser los que menos peso político tienen).

Estos espacios navegables próximos aconsejan embarcarse en más de una institución. No limitarse a la institución del mercado que tiene dificultades en sanidad para hacer que lo individualmente atractivo sea socialmente beneficioso. Forzosamente hay que apoyarse en otras instituciones como las normas clínicas, formales e informales, y la regulación estatal.

Dixit y Nalebuff ya notaron que Indiana Jones no era tan listo como parecía: en la última cruzada no era preciso bebiere del cáliz: debería haberle dado el agua a su padre sin probarla ya que si la elección era buena su padre se salvaba igual, pero si era mala, aunque su padre muriera por lo menos se salvaba él. Incluso, el máximo exponente del éxito en gestión sanitaria en el país en que las aseguradoras nunca perdieron el arca se enfrenta a serios problemas, por abuso de confianza, ante los tribunales y ha paralizado sus proyectos de inversión en España. No obstante, Indiana Jones tiene una baza secreta: Pangloss, aunque no sea consciente de ello, trabaja para él. Gratis.

Mucho mar. Menos mal que Kavafis aconsejaba no apresurarse y disfrutar del trayecto. ■