

en este número

	pág.
EDITORIAL	1
PROXIMAS REUNIONES	3
RESEÑAS	3
– Taller Fundación BBVA	
– III Congreso iHEA	
– Tendencias actuales de la política del medicamento UIMP	
JORNADA TÉCNICA AES	5
– Cádiz, febrero 2002	
XXI JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD	6
– Pamplona, mayo 2002	
XXI JORNADAS AES	7
– Oviedo, junio 2001	
– Algunos comentarios acerca de las XXI Jornadas	
– Resumen científico de las XXI Jornadas de Economía de la Salud	
TESIS	10
– La medida de la eficiencia asignativa en una burocracia: El sector hospitalario público español	
– La valoración social como guía en el establecimiento de prioridades sanitarias	
– Microeconomics and Asymmetric Information: Applications to health care utilization	
– Demanda de consumos nocivos para la salud. Efecto del precio sobre la demanda de cigarrillos en los jóvenes canarios	
LIBROS	14
NOTA INFORMATIVA	15
– La semana de las enfermedades neumocónicas y la búsqueda de la racionalidad	
NOTICIAS AES	16

editorial

CAPITAL INTELECTUAL Y GESTION SANITARIA: NUEVAS PERSPECTIVAS

Juan Ventura



Los avances más recientes en el campo de la dirección estratégica destacan la importancia de los Recursos y Capacidades (R&C) de las organizaciones como fundamento de su capacidad de crear valor. De acuerdo con esta teoría las diferencias de resultados entre las empresas se deben a las diferencias en la dotación de recursos y capacidades que poseen o controlan. Los recursos y capacidades pueden clasificarse en tangibles (como edificios, maquinaria, recursos financieros, etc.) e intangibles (como capital humano, reputación acumulada, y Know How). Los recursos intangibles juegan un papel clave en la explicación de la ventaja competitiva, dado que éstos son más difíciles de imitar y desarrollar, sobre todo cuando dichos recursos se combinan e interactúan entre sí, dentro de una estructura organizativa compleja, para generar capacidades o competencias.

El conocimiento

Los intangibles se caracterizan por estar basados en conocimientos (información cuyo valor ha sido probado). El conocimiento puede clasificarse en articulable o tácito. El conocimiento articulable puede ser codificado y ello facilita su transferencia al poderse separar del sujeto que conoce (la molécula en un nuevo fármaco, una rutina claramente explicitada). Mientras que el conocimiento tácito no puede articularse, suele estar basado en la experiencia y reside en las habilidades de los individuos, o en rutinas no codificadas entre los miembros de un grupo que interactúa entre sí. Una segunda distinción relevante consiste en identificar la dimensión ontológica, ¿quién conoce?. Lo que nos conduce a plantearnos el siguiente interrogante: ¿las organizaciones como tales pueden generar y almacenar conocimientos y, si es así, cómo? Se plantea el paso de los conocimientos individuales a los conocimientos integrados, bien dentro de un grupo de trabajo (que alcanza consenso sobre la forma correcta de actuar) o en un plano superior de institucionalización de conocimientos, mediante pautas de conducta, rutinas o procedimientos que deben ser aceptados.

De forma complementaria, cuando no entremezclada con la teoría de R&C, se está abriendo camino una nueva aportación que pone el énfasis en el Capital Intelectual (CI), concepto de nuevo cuño para entender las diferentes formas de conocimiento relevantes y su influencia sobre los resultados organizativos. El CI se puede dividir en tres conceptos que a su vez se interrelacionan: capital humano, capital relacional y capital organizativo. El capital humano hace referencia a los conocimientos y habilidades de los trabajadores de la empresa

A.E.S.
Sardenya, 229 - 6º 4ª
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

Editor del boletín: **Txomin URIARTE**

Han colaborado en este número:

Juan VENTURA, Vicente ORTÚN, Fernando SAN MIGUEL, Ana GUERRERO, Juan M. CABASÉS, Francisco GÓMEZ LUY, Marisol RODRÍGUEZ, Eduardo GÓMEZ FIDALGO, Beatriz GONZÁLEZ, Rosa URBANOS, Ana RODRÍGUEZ, Eva Mª RODRÍGUEZ, Angel M. VERA, Jaime PINILLA, Itxaso MUGARRA, Mª Asun GUTIÉRREZ, Paula BAGÉS, Ricard MENEU, Anna GARCÍA-ALTÉS, Fernando ANTOÑANZAS, Puerto LÓPEZ DEL AMO, por lo menos.

(educación recibida, experiencia acumulada y habilidades) y para muchos autores este es el recurso más valioso y crítico. El capital relacional comprende el conocimiento generado a través de las relaciones externas de la organización, básicamente con sus clientes y proveedores, y es la base de intangibles valiosos como la reputación alcanzada o la confianza. Finalmente el capital estructural comprende un amplio conjunto de conocimientos no dependientes de la persona (conocimientos articulados), como son rutinas y pautas de comportamiento, normas de procedimiento, bases de datos y conocimientos tecnológicos. De forma muy reciente se están realizando esfuerzos para incorporar información sobre el CI de las empresas, dado que los estados contables tradicionales, como el balance, no recogen información sobre recursos de naturaleza intangible.

Organizaciones sanitarias

Las organizaciones sanitarias pueden ser caracterizadas como organizaciones intensivas en conocimientos. Dicho conocimiento reside en gran medida en el capital humano de los profesionales que prestan sus servicios, lo que determina las relaciones de poder o dependencia en el seno de las mismas. Los profesionales obtienen sus conocimientos mediante la educación formal (se transfieren conocimientos articulados) y mediante el aprendizaje basado en la experiencia ("Learnig by doing"). Dicho aprendizaje posibilita la transferencia de conocimientos tácitos de los profesionales con mayor cualificación (experiencia y habilidades) a los nuevos miembros de los equipos. En el ejercicio de la profesión se pueden considerar dos outputs: de una parte el servicio prestado al paciente y de otro la experiencia y habilidades obtenidas. El ejercicio de la medicina puede ser considerado en términos muy genéricos como el proceso de categorizar a cada paciente y aplicar conocimientos articulados en base a la categoría identificada (diagnóstico y tratamiento según el estado del arte).

La medicina basada en la evidencia puede ser entendida como un cambio en el ejercicio profesional desde el subjetivismo de lo que parece correcto hacia pautas consensuadas basadas en evidencias probadas de aquello que es efectivo. En términos de los conceptos señalados puede entenderse como un intento de articular conocimientos, esto es, de externalizar qué se debe hacer al margen de la persona que actúa, lo que en cierto modo reduce su campo de discrecionalidad. A su vez la práctica médica en organizaciones sanitarias con cierto nivel de complejidad impulsa la creación de nuevas formas de conocimiento al posibilitar la creación de consenso sobre la base de la experiencia acumulada y contrastada de forma crítica. Se avanza de esta forma en la integración de conocimientos desde el plano individual hacia los equipos de trabajo, servicios o departamentos. Dicho en otros términos un servicio médico, a medida que actúa, acumula experiencia tácita pero además debe generar nuevos conocimientos mediante el consenso o puesta en común de las experiencias compartidas entre sus integrantes. En este ciclo de experimentar, consensuar, articular nuevas pautas y vuelta a la experimentación se produce una espiral de creación de nuevos conocimientos.

Las organizaciones sanitarias están altamente involucradas en los procesos de cambio e innovación al tener que absorber de forma continua nuevos conocimientos generados extramuros, conocimientos que deberán ser adaptados e interiorizados por sus profesionales mediante un proceso de experimentación y desarrollo de nuevas capacidades. Entender qué variables pueden influir en estos procesos

conducentes a nuevos conocimientos es de gran importancia. En las burocracias profesionales sanitarias el capital humano es el activo más valioso lo que lo convierte en una condición necesaria para obtener resultados organizativos, pero no es suficiente, dado que se requiere además contar con la motivación adecuada para asegurar que el capital humano contribuya a los objetivos del conjunto de la organización. La motivación en empresas de servicios intensivas en conocimiento, como consultoras, bufetes de abogados y prácticas privadas en el ámbito sanitario, puede alcanzarse mediante la adquisición del status de socio para aquellos miembros cuya contribución se demuestre altamente valiosa (contribuye al prestigio del grupo, aporta clientes, etc.). En ausencia de este tipo de sistema las organizaciones sanitarias públicas afrontan un problema de difícil solución, depender de capital humano y de su motivación para contribuir a los objetivos de la organización y al mismo tiempo no disponer de mecanismos incentivadores de alta potencia y/o de sistemas de control jerárquicos eficaces.

Otro requisito necesario para crear nuevos conocimientos es que se den las condiciones que hagan posible el intercambio de información y experiencias y la combinación de conocimientos fragmentados entre los diferentes actores involucrados. Para que este proceso sea posible se requiere primero resolver el problema de la accesibilidad a los conocimientos y a las personas o grupos que los poseen. En segundo lugar se requiere que exista una expectativa favorable de crear valor mediante la interacción de conocimientos y experiencias y finalmente las partes involucradas deben estar motivadas para participar en el proceso de intercambio, dialogo y búsqueda de consenso sobre nuevas formas de actuar.

Conclusión

A modo de conclusión cabe señalar que desde el campo de la dirección estratégica se están desarrollando nuevos conceptos y teorías que ponen el énfasis en la heterogeneidad de recursos entre las organizaciones y la importancia de los activos de naturaleza intangible para crear valor. El concepto de capital intelectual puede ser considerado como un intento de definir, sistematizar y medir el stock de conocimientos que posee cada organización. Se considera desde una perspectiva dinámica que el recurso más valioso de una organización es su capacidad para aprender y desarrollar nuevos conocimientos, lo que se traduce en un incremento del capital intelectual de la organización. Finalmente las investigaciones más recientes tratan de demostrar de forma empírica las relaciones de causalidad entre el capital intelectual y los resultados organizativos.

La gestión de organizaciones sanitarias es básicamente la gestión de conocimientos en un entorno cambiante. Creemos que las reflexiones de carácter general que han sido expuestas tienen su traslación al ámbito sanitario. Si aceptamos como punto de partida que existen diferencias en los resultados obtenidos, tanto en calidad asistencial como en eficiencia, se deberá prestar atención preferente a medir los nuevos indicadores de capital intelectual en el ámbito sanitario, investigar que prácticas de recursos humanos son más adecuadas para asegurar la contribución del capital humano a los objetivos perseguidos, así como crear las condiciones que hagan posible el proceso de creación de nuevos conocimientos. Identificar diferencias en resultados y encontrar explicaciones a estas diferencias sin duda contribuirá a mejorar nuestra capacidad de gestión en el ámbito sanitario.

próximas reuniones

SIMPOSIO DE LA FUNDACIÓN SALUD, INNOVACIÓN Y SOCIEDAD Y DE LA FUNDACIÓN SANITAS "Envejecimiento y dependencia: impacto sobre gestión y política socio-sanitaria"

Lugar: Madrid
Fecha: 17 octubre 2001
Información:
Fundación Sanitas
C/ Ribera del Loira, 52, 4ª planta
Tel.: 91 324 49 78
Fax.: 91 585 25 83
E-mail: fundacion@sanitas.es

XIX REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA (SEE)

"Ética, medio ambiente y comunicación: punto de encuentro de la epidemiología en el siglo XXI"

Lugar: Murcia
Fecha: 17 a 19 octubre 2001
Información:
Alquibla Congresos
Pintor Villacis, 4- 30003 Murcia
Info@alquibla.com
e-mail: see2001@carm.es
http://www.um.es/siu/congre/see-murcia 2001

VIII CONGRESO NACIONAL DE DERECHO SANITARIO I REUNIÓN IBEROAMERICANA DE DERECHO SANITARIO

Lugar: Madrid
Fecha: 18 a 20 octubre 2001
Información:
E-mail: aeds@aeds.org
http://www.aeds.org

XIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL (SECA)

Lugar: Murcia
Fecha: 23 a 26 octubre 2001

Información:
http://www.forodigital.es/cedes/calidad2001.htm

VI CONGRESO NACIONAL DE SANIDAD AMBIENTAL "La salud ambiental en la salud pública"

Lugar: Madrid
Fecha: 14 a 16 noviembre 2001
Información:
e-mail: sesa@tileasa.es
http://www.tileasa.es/sesa

IX CONGRESO DE LA SESPAS

"Invertir para la salud: prioridades en salud pública"

Lugar: Zaragoza
Fecha: 22 a 24 noviembre 2001
Información:
http://www.sespas.aragob.es

THE EUROPEAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION (EUPHA)

"Health information systems throughout Europe and their interaction with public health policy development and actions"

Lugar: BRUSSELS, Belgium
Fecha: 6 a 8 diciembre 2001
Información:
http://www.iph.fgov.be/epidemio/epien/eupha/folder.pdf

MASTER EN ECONOMÍA DE LA SALUD Y DIRECCIÓN DE ORGANIZACIONES SANITARIAS. 2ª EDICIÓN

Organizado e impartido por el Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Granada y la Escuela Andaluza de Salud Pública

Fecha de comienzo: Enero 2002
Horas lectivas: 750 durante 2 años
Plazas: 33 (20 licenciados con experiencia; 13 sin experiencia)
Plazo de solicitud: 1 octubre a 20 diciembre 2001
Más información en: http://www.easp.es

reseñas

TALLER FUNDACIÓN BBVA DE INNOVACIONES METODOLÓGICAS EN ECONOMÍA DE LA SALUD

La víspera de las XXI Jornadas de Economía de la Salud, el 5 de junio de 2001, se inauguró una colaboración con la Fundación BBVA que tuvo un gran interés tanto para los congresistas que asistieron como para distintos profesores e investigadores asturianos. La Fundación BBVA, socio institucional de AES desde 1998, ha tenido en su programa Salud y Sistema Sanitario una de sus áreas de trabajo preferente y es voluntad de su actual Director General, el profesor Rafael Pardo Avellaneda, mantener y acrecentar, si cabe, esa atención. La Fundación BBVA y AES han decidido colaborar para realizar con periodicidad anual un Taller sobre Innovaciones Metodológicas en Economía de la Salud que se celebrará coincidiendo con las Jornadas Actuales.

La presente nota reseña el primer Taller celebrado que constó de dos sesiones.

1ª sesión: El análisis de correspondencias y sus aplicaciones, por Michael Greenacre, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

Michael Greenacre utilizó, entre otros, su reciente trabajo sobre 'The Use of Correspondence Analysis in the Exploration of Health Survey Data' (aparecerá publicado como documento de trabajo de la Fundación BBVA), para ilustrar las aplicaciones sanitarias del análisis de correspondencias. El análisis de correspondencias ayuda a descifrar información compleja del tipo de la que se obtiene en una Encuesta de Salud. El AC proporciona un medio para exponer pautas en los datos y sugerir hipótesis; también facilita la cuantificación de datos categóricos lo que puede ayudar al proceso de modelización. Pueden definirse escalas óptimas que capturan un porcentaje máximo de variación y, al mismo tiempo, condensan los datos; estas escalas pueden utilizarse para otros análisis que requieran escalas-intervalo. El método permite, finalmente, la investigación de datos ausentes y proporciona

una forma alternativa de representar tendencias como un movimiento entre puntos en un espacio multidimensional.

2ª sesión: Modelos multinivel aplicados al ámbito sanitario, por Beatriz González López-Valcárcel, Universidad de Las Palmas de GC

El taller se diseñó como una introducción a los modelos de regresión para datos jerárquicos, o modelos «multinivel» y a sus posibilidades de aplicación en Economía de la Salud.

Estos modelos son adecuados para estimar relaciones causales en cuya explicación intervienen variables a diferentes niveles de una jerarquía. Por ejemplo, el gasto en medicamentos de un paciente depende de sus propias características, de morbilidad y socio-demográficas, pero también del «estilo» prescriptor de su médico. Hay dos niveles en este ejemplo, paciente y médico, pero el modelo puede extenderse a más de dos. Los modelos multinivel, que proceden del ámbito de la educación y tienen hoy en día una amplia oferta de software disponible en el mercado, se están utilizando cada vez más en economía de la salud, donde muchos de los comportamientos de los agentes ocurren dentro de jerarquías: paciente, médico, Centro, Región Sanitaria. El taller presentó las bases estadísticas de estos modelos, a nivel introductorio, y algunos ejemplos de aplicación al ámbito sanitario. La lista de referencias y ejercicios que se presentaron en el taller está disponible en la página web de AES. Dos de ellos han aparecido en Gaceta Sanitaria: Los modelos multinivel o la importancia de la jerarquía (E Sánchez-Cantalejo y R Ocaña-Rioja, 1999) y Variabilidad en las actividades preventivas en los equipos de Atención Primaria (J Fusté y M Rué, 2001). Además el equipo de Beatriz tiene en prensa dos aplicaciones sanitarias de los modelos de regresión para datos jerárquicos con elección discreta: Pinilla J, González B, Barber P, Santana Y. Smoking in young adolescents. Journal of Epidemiology and Community Health; Pinilla J, González B. Profile of the population of Spain with respect to smoking 1993-1997. European Journal of Public Health.

III CONGRESO iHEA York, julio 2001

Fernando San Miguel

El tercer congreso de la Asociación Internacional de Economía de la Salud (iHEA) tuvo lugar en York (**Reino Unido**) del 22 al 25 del pasado julio bajo el título *"The Economics of Health, Within and Beyond Health Care"*. Una característica que diferenció éste del anterior congreso celebrado en Rotterdam en 1999 fue el gran número de participantes y el elevado número de sesiones y mesas paralelas. Se llevaron a cabo siete sesiones previas en las que predominaron los temas de evaluación económica tales como la introducción del análisis Bayesiano para la evaluación de tecnologías médicas, el uso de modelos de elección discreta o el uso de bases de datos electrónicas en estudios coste-efectividad. Ésta fue también una nota destacada en las sesiones paralelas, donde predominaron las mesas sobre estudios y metodología de evaluación económica y medición de estados de salud. Otros temas abordados fueron la equidad en la atención sanitaria, el papel del sector público, así como aspectos en la organización sanitaria en países en vía de desarrollo.

Las sesiones plenarias del congreso contaron con la presencia de dos importantes economistas de la talla de Amartya Sen y Angus Deaton. Ambos centraron sus ponencias en la cuestión de la equidad en salud. El profesor **Amartya Sen** analizó la relevancia y la dificultad de considerar y garantizar la equidad en la atención sanitaria. El profesor **Angus Deaton** analizó la existencia de una relación entre la desigualdad entre niveles de renta y niveles de salud.

Por último, cabe señalar que otra diferencia significativa entre el congreso celebrado este año en York y la pasada edición, fue la mayor participación de miembros de AES y economistas españoles tanto en presentaciones orales (entre ellos, **Guillem Lopez, David Casado, Jorge Arellano, Angelina Lazaro, David-Elvira Martinez, Ana María Guerrero, Eulalia Dalmau y Juan M. Cabasés**) como en la elaboración de posters (**Jorge Araña, Joan Costa, Anna Garcia-Altes, Jorge Mestre, Marcos Vera, Joan Rovira, Fernando San Miguel**).

TENDENCIAS ACTUALES DE LA POLÍTICA DEL MEDICAMENTO UIMP, septiembre 2001

Ana Guerrero

La Universidad Internacional Menéndez Pelayo fue el lugar elegido para la celebración del Encuentro "Tendencias Actuales de la Política del Medicamento" durante los días 17 y 18 de septiembre. En dicho Encuentro colaboró la Universidad Carlos III de Madrid, bajo la dirección del profesor Félix Lobo, con el patrocinio de Farmaindustria y The Merck Company Foundation. En el acto de inauguración intervino el Subsecretario de sanidad y consumo, D. Julio Sánchez Fierro.

El propósito de este Encuentro fue pasar revista con un alto nivel de especialización a las tendencias actuales de la política del medicamento y su futuro, especialmente en su dimensión económica y con la atención puesta, sobre todo, en la Unión Europea y en el caso de España. El Encuentro estuvo compuesto por 9 ponencias impartidas por especialistas del máximo prestigio, seguidas de discusiones completamente flexibles. Dichas sesiones abordaron temas relacionados con la política del medicamento tanto desde la perspectiva de la organización industrial como desde el ámbito jurídico. Los temas analizados en relación con la organización industrial y sus ponentes fueron los siguientes:

- La evolución reciente de la industria farmacéutica, William S. Comanor, Universidad de California.
- Competitividad global en la industria farmacéutica desde la perspectiva europea, Luigi Orsenigo, Universidad de Bocconi.
- Las transformaciones empresariales: fusiones, absorciones y otros cambios organizativos y en la gestión, Jesús Caínzos, Vicepresidente del BBVA.
- Las relaciones entre la industria farmacéutica y las Administraciones Públicas, Humberto Arnés, Director General de Farmaindustria.

- Las relaciones entre las Administraciones Públicas y la industria farmacéutica, Federico Plaza, Director General de Farmacia y Productos Sanitarios.

- Los sistemas de regulación de precios de los medicamentos, Jaume Puig-Junoy, Universidad Pompeu Fabra.

Los temas analizados desde la perspectiva del ámbito jurídico y sus ponentes fueron los siguientes:

- La regulación europea. El camino recorrido y por andar, Luciano Parejo, Universidad Carlos III.
- El comercio paralelo: ¿hay solución?, Tomás de la Quadra-Salcedo, Universidad Carlos III.
- La dimensión internacional de los incentivos a la innovación. Problemas actuales del sistema internacional de patentes, Bernard Remiche, Universidad de Louvain.

Dichas sesiones fueron complementadas por dos mesas redondas dedicadas al futuro de la regulación económica de los medicamentos en España y en Europa, y a los retos actuales de la innovación en la industria farmacéutica. La primera de ellas fue moderada por Juan Manuel Reol, presidente de la Real Academia de Farmacia y en ella intervinieron Emili Esteve, asesor técnico de Farmaindustria; Pedro Lobato, Catedrático de Análisis Económico y Antonio Luaces, subdirector General de Asuntos Económicos en la DGPS. La segunda de ellas fue moderada por Regina Revilla, directora de relaciones externas de Merck, Sharp & Dohme de España y en ella intervinieron Sergio Erill, director de la Fundación Esteve; Emilio Vargas, farmacólogo clínico; Javier Urzay, director de servicio al asociado en Farmaindustria.

JORNADA TÉCNICA DE LA ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD – CADIZ 2002

Tema

Gestión por Procesos y Calidad

Mesas de Ponencias

1. La calidad como estrategia de gestión
Antonio Torres Olivera
Director General de Procesos y Formación.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
Rafael García Rodríguez
Catedrático de Organización de Empresas.
Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.

Universidad de la Coruña

José Joaquín Mira Solves

Universidad Miguel Hernández. Elche (Alicante)

Guillermo Vázquez Mata

Jefe Servicio de Medicina Interna
Hospital Santa Creu y San Pablo. Barcelona.

Moderador:

Rafael de la Torre Carnicero

Gerente Hospital Universitario "Puerta del Mar". Cádiz.

2. Gestión por Procesos

Oscar Moracho del Río

Director Gerente. Hospital de Zumárraga (Guipúzcoa)

Carmen Cortés Martínez

Directora Médica. Hospital de Antequera (Málaga)

Mariano Alonso Romero

Director de Calidad CASA / EADS

Lázaro Rodríguez Ariza

Decano de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales.

Universidad de Granada

Moderador:

Manuel Larrán Jorge

Decano de la Facultad de C. Económicas y Empresariales.

Universidad de Cádiz

3. Estrategias para la Calidad

Gonzalo Suárez Alemán

Director Médico. Hospital Costa del Sol. Marbella.

Salvador Peiró

Escuela Valenciana de Estudios para la Salud

Manuel Galán Vallejo

Director de Calidad. Universidad de Cádiz.

Emilio Ignacio García

Profesor Escuela Universitaria
Diplomados Enfermería Universidad de Cádiz.

Moderador:

Francisco Alarcón Trujillo

Gerente Hospital de Jerez de la Frontera (Cádiz).

Gestión por
Procesos y
Calidad

1 Febrero
2002



Jornada
Técnica
A.E.S.

Palacio de Congresos



Página WEB:

www.cica.es/aliens/jaescadiz

E-mail:

aes2002cadiz@hpm.sas.cica.es

Lugar

Palacio de Congresos de Cádiz
<http://www.PalacioCongresos-CADIZ.com/>

Fecha

Viernes, 1 de Febrero de 2002

Financiación

Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
MSD

Universidad de Cádiz: Vicerrectorado de Extensión Universitaria
Pfizer

Comisión Organizadora

Rafael de la Torre Carnicero.

Director Gerente. Hospital Universitario "Puerta del Mar" (Presidente)

José Miguel Sánchez

Técnico Función Administrativa. Hospital de Jerez de la Frontera

Inmaculada Perteguer

Jefa de Bloque Enfermería Formación e Investigación.

Hospital Universitario "Puerta del Mar". Cádiz.

Francisco Gómez Luy

Técnico Función Administrativa. Hospital Universitario "Puerta del Mar". Cádiz.

Laura Hernández de las Heras

Técnico Función Administrativa. Hospital Universitario "Puerta del Mar". Cádiz.

Hostelería

Comida de trabajo y Café: Palacio de Congresos-El Faro.

Actos Sociales

Copa Bienvenida: Ayuntamiento de Cádiz (Jueves 31 Enero)

Visita a casco antiguo de Cádiz: acompañantes. (Viernes 1 de Febrero).

Despedida: Opcional. Sábado 2 de Febrero. Salina San Vicente (San Fernando).

PRESENTACIÓN

La Universidad Pública de Navarra, en Pamplona, acogerá las XXII Jornadas de Economía, tal como aprobó la Asamblea de la Asociación de Economía de la Salud celebrada en Palma de Mallorca el pasado año. Pueden avanzarse ya fechas, del 29 al 31 de mayo del 2002, y un lema que girará en torno a «La organización territorial de la sanidad». Tienen cabida, por tanto, temas como: Nuevas transferencias, Descentralización del Sistema Nacional de Salud, Modelos de organización territorial de la salud internacionales, Salud de las regiones, Gestión de desplazados y nuevo mapa de centros de referencia, Coordinación en el SNS, Impacto sobre la equidad, Papel del Ministerio de Sanidad y Consumo, Disparidades en los marcos profesionales, Culturas de gestión en los servicios regionales de salud, además de los temas habituales de nuestras jornadas

Comité Organizador

Presidente: Juan Manuel Cabasés Hita, *Universidad Pública de Navarra*.

Vocales:

Tarsicio Forcén Alonso, *Gobierno de Navarra*; Idoia Gaminde Inda; *Gobierno de Navarra*; Ariadna García Prado, *Universidad Pública de Navarra*; Milagros Larráyo, *Gobierno de Navarra*; José Luis Moreno Ochoa, *Gobierno de Navarra*; Luis Oquiñena Marco, *CINFA*; Julián Pérez Gil, *Gobierno de Navarra*; Fernando San Miguel Inza

Comité Científico

Presidenta:
Marisol Rodríguez

Vocales:

Ricard Meneu, José Jesús Martín, Juan Manuel Cabasés, Ignacio Abasolo, Rosa Urbanos, David Casado.

Secretaría Técnica:

Uxua López
XXII Jornadas de Economía de la Salud
Edificio de Administración y Gestión
Universidad Pública de Navarra
Campus de Arrosadís/n
31006 - Pamplona (Navarra)
Tlfno. 948 168914 - Fax: 948 169661
Correo Electrónico: economia.salud@unavarra.es
<http://www.unavarra.es/directo/congresos/apoyo/salud/index.htm>

Normas para la presentación de comunicaciones

1. Los asistentes que deseen presentar una comunicación deberán remitir, **antes del día 23 de febrero de 2002**, un resumen de la misma, de acuerdo al modelo que se publicará en esta página mediante envío por correo electrónico de la misma además de por correo ordinario o fax.
2. Tras el proceso de evaluación por el Comité Científico, la organización notificará a los autores la aceptación de sus trabajos para su posterior presentación tanto ORAL como PÓSTER, **antes del 22 de marzo de 2002**.
3. El texto definitivo de las comunicaciones aceptadas deberá ser remitido mediante correo electrónico **antes del 12 de abril de 2002**. La extensión máxima del texto no superará los 20 folios incluyendo cuadros y gráficos.

CONTENIDO CIENTÍFICO

El año 2002 será el primer año después de la culminación del proceso de transferencia de las competencias sanitarias a todas las Comunidades Autónomas españolas. Se cumplirá así la previsión de la Ley General de Sanidad de un sistema de salud compuesto por 17 servicios regionales de salud, con lo que ello implica de cambios en las relaciones y los mecanismos de coordinación entre los distintos órganos, ya existentes o de nueva creación. Por ello, nos ha parecido oportuno centrar las próximas Jornadas de Economía de la Salud en torno del lema «La Organización Territorial de la Sanidad». Aunque, naturalmente, no dejaremos de prestar atención a los muchos otros temas que caben dentro de la disciplina y que forman parte ya tradicional de las Jornadas. Todo el mundo con un trabajo interesante que presentar encontrará acomodo en estas Jornadas.

Para la selección de los invitados a pronunciar las conferencias plenarias hemos utilizado uno o varios de estos criterios: actualidad del tema, relevancia y atractivo del conferenciante, y relación con el lema de las Jornadas. De ahí han surgido las siguientes propuestas, algunas pendientes de confirmar.

Conferenciantes invitados

- **Robert G. Evans:** Economista de la salud procedente de uno de los países con mayor tradición de territorialización de la sanidad: Canadá. Robert Evans es uno de los más agudos analistas de los sistemas de salud; con trabajos críticos recientes sobre la reforma del sistema sanitario canadiense. Alternativamente, también de Canadá, el invitado sería el **Dr. Leslie L. Roos**, con un trabajo reciente sobre la distribución regional de la financiación según necesidad.
- **Christopher Murray:** Coordinador del equipo de la OMS que ha elaborado el famoso y polémico «Informe 2000. Sistemas sanitarios: mejorando la eficiencia», en que se definen y calculan diversos indicadores de los objetivos y el funcionamiento de los sistemas sanitarios, con el fin de servir de base de comparación entre sistemas, a la vez de proporcionar una guía para la toma de medidas de política sanitaria.
- **John Roberts:** profesor de la Universidad de Standford, coautor, junto con Paul Milgrom, del famoso libro «Economía de la organización y la gestión», que ha sido profusamente aplicado al ámbito de la gestión sanitaria.

Mesas de ponencias

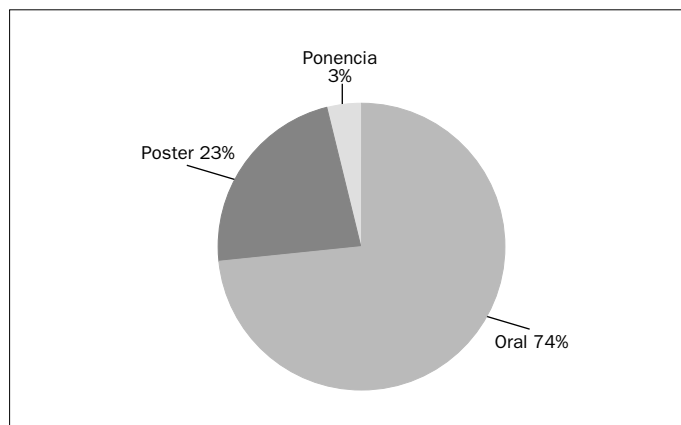
1. **Experiencias internacionales en financiación y fórmulas de reparto.** Con representantes de Alemania, Inglaterra y Suecia.
2. **Evidencia e indicadores de equidad territorial.** Representantes de España, Portugal y el Banco Mundial.
3. **Mecanismos de coordinación entre servicios de salud regionales.** Representantes del Ministerio de Sanidad, la Asociación de Juristas de la Salud y la universidad.
4. **Avances en la contabilidad de precios en sanidad.** Representantes académicos y del Ministerio.
5. **Evaluación de las nuevas fórmulas administrativas de gestión.** Representantes de algunas de las nuevas fundaciones, empresas públicas de gestión, etc.
6. Y así hasta 12 mesas.

ALGUNOS COMENTARIOS ACERCA DE LAS XXI JORNADAS

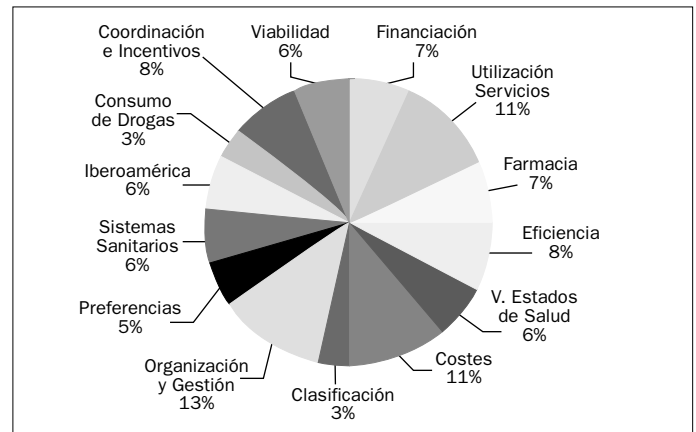
Los números

Participaron un total de 276 congresistas de los cuales 99 (35.9%) fueron mujeres y el resto (64.1%) varones. 60 provenían de Asturias y el resto de otras comunidades de España, Europa e Iberoamérica. Es destacable la presencia de asistentes desplazados desde Argentina, Brasil, Francia, Inglaterra, Portugal, Uruguay y Venezuela. De las 276 personas inscritas, 124 (44.9%) son socios de AES.

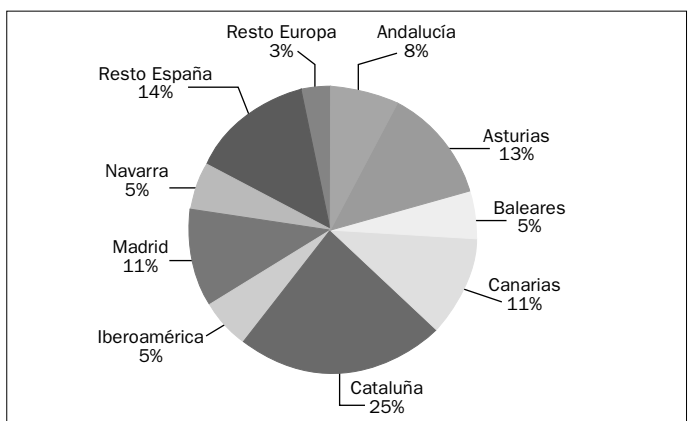
El programa científico se configuró a partir de las 8 ponencias encargadas, más los 2 talleres: el taller de Gestión sobre «Utilidad y limitaciones de la comparación de centros y unidades», que despertó un gran interés entre los asistentes, y el taller sobre «Sistemas de salud en Iberoamérica». Las ponencias que contaron con mayor público fueron la mesa sobre Financiación Autonómica (Guillem López, Carlos Monasterio, Juan Cabasés y Rosa Urbanos) y la conferencia de Peter Bogetoft sobre incentivos DEA. El programa científico se completó con las aportaciones de numerosos autores procedentes de distintos lugares España y también del extranjero. Fueron admitidas un total de 116 comunicaciones, de las que 85 fueron seleccionadas como comunicación oral, 27 como póster y 4 fueron elevadas a la categoría de ponencia.



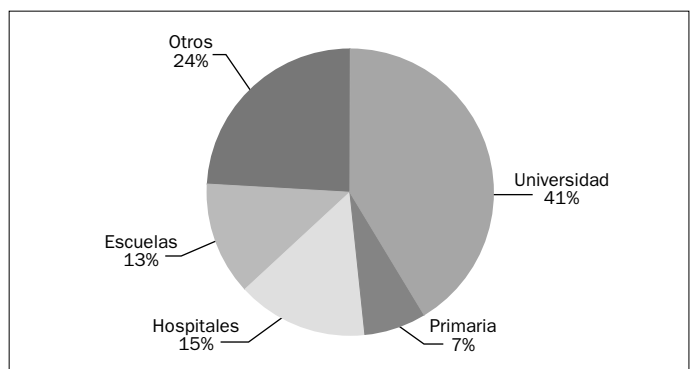
La distribución temática realizada por el comité científico fue:



En cuanto a la procedencia de las comunicaciones por Comunidades Autónomas destacan las 28 aportaciones procedentes de Cataluña, seguida por Asturias con 15 comunicaciones. Les siguen Canarias y Madrid con 13 cada una y Andalucía con 9. Otras 10 comunicaciones fueron presentadas por autores procedentes del extranjero, 4 de Europa y 6 de Iberoamérica. Los países son Argentina (2), Brasil (1), Francia (1), Inglaterra (1), Portugal (2), Uruguay (1), Venezuela (2).



Las áreas de trabajo de los autores que presentaron comunicaciones se distribuyó de la siguiente manera: 48 procedentes del mundo de la Universidad y 15 de Escuelas de Salud Pública o Institutos de Investigación. Desde el mundo hospitalario se presentaron 17 y desde Atención Primaria 8. El resto se agrupó entre Organismos Oficiales, Agencias de Evaluación y Consultorías.



Cuando Txomin me recordó que debería escribir mis impresiones de las XXI Jornadas de Economía de la Salud debo confesar que la primera sensación fue ¡otra vez más trabajo!. Además, estos días estamos cerrando las cuentas y cobrando las subvenciones y demás gestiones variopintas que conlleva acabar de soltar lastre y, por si fuera poco, estamos en plenas fiestas de San Mateo en Oviedo. Así que después del cabreo inicial pensé que no era tan mala idea tratar de retener en el papel algunas impresiones sobre lo que ya es historia y pasado.

La primera sensación que tengo, no lo puedo negar es de alivio, este curso no lo pasaré obsesionado con la organización de las Jornadas, pendiente del correo, concentrado en todo aquello que se nos podía escapar o no prever, sufriendo como buen neurótico y pesimista.

La segunda sensación es de satisfacción por el deber cumplido, creemos en el C.O. que las Jornadas han tenido una buena acogida, como lo demuestra la cifra de participantes 276 congresistas y 116 comunicaciones. Además la ciudad de Oviedo y sus instalaciones han permitido disfrutar de un entorno agradable y próximo, del que me gustaría destacar el Auditorio Príncipe Felipe, cedido por parte del Ayuntamiento de Oviedo de forma totalmente gratuita. La gastronomía asturiana también contribuyó al disfrute, si bien admitimos que no de forma compatible con la dieta mediterránea y la capacidad de concentración

después de las comidas. Finalmente la cena de gala en el entorno del Hotel de la Reconquista puso el colofón a todas las actividades.

Durante el proceso hubo algunos momentos de desánimo, debidos a la mala suerte que parecía perseguirnos con ciertos ponentes que finalmente no pudieron venir, entre ellos Stiglitz, lezzoni y Segura, pero la labor del C.C. permitió cerrar un programa de ponentes y actividades con la pretensión de que la mayor parte de los asistentes pudiera confeccionar un menú adaptado a sus intereses y procedencias.

Organizar un congreso es sin duda una tarea dura y exigente, pero también gratificante en muchos sentidos, por lo que también sentimos un vacío al saber que no pasaremos ya las emociones fuertes que generan la incertidumbre, la responsabilidad y la ilusión de que todo finalmente salga bien.

Queremos agradecer la ayuda recibida de múltiples patrocinadores que han permitido cerrar el congreso con un saldo positivo y de todos aquellos que de una u otra forma contribuyeron con su esfuerzo.

Finalmente pasamos el testigo a Pamplona y les deseamos mucha suerte; los toros ya están sueltos y hay que empezar a correr.

Juan Ventura
Presidente del Comité Organizador

RESUMEN CIENTÍFICO DE LAS XXI JORNADAS DE AES

Beatriz González López-Valcárcel,
Presidenta del Comité Científico

Difícil tarea, la de resumir unas Jornadas de contenidos tan ricos y variados como las de Oviedo, pero lo intentaré. Afortunadamente, tenemos el libro con 24 textos completos, 74 resúmenes de comunicaciones y 28 posters, para que el lector interesado o curioso profundice en los trabajos. Ricard Meneu y Eduardo González, en su papel de editores, le han infundido alma. Pero libro y Jornadas no son lo mismo, porque algunas presentaciones orales matizaron y enriquecieron enormemente los textos escritos, y el lector del libro se pierde las aportaciones de los debates. A mí personalmente me habría valido la pena asistir a las Jornadas sólo para deleitarme con la inteligencia argumentativa e irónica de Carlos Monasterio, en la primera sesión, en torno a la *Sanidad y la Financiación Autonómica*. No es lo mismo leerlo que escucharlo.

A sus veintiún años de vida, las Jornadas han alcanzado un equilibrio entre lo profesional y lo académico, impensable hace algunos años. Las fronteras entre ambos mundos son más tenues, en bastantes de los trabajos comparten firma investigadores de la Universidad o de otras instituciones de estudio con profesionales de los Servicios de Salud o de Centros sanitarios. Los académicos presentan ahora trabajos más inteligibles, tras obviar la opacidad de las abigarradas fórmulas matemáticas que solían adornar los

papeles antes, y muchos de los trabajos de los gestores han alcanzado cotas de intelectualidad que trascienden los meros recuentos descriptivos a los que nos tenían acostumbrados antes. Esta simbiosis es muy beneficiosa para ambos grupos. Un ejemplo paradigmático es el trabajo de Lázaro y otros sobre *Gestión de listas de espera en revascularización coronaria*. Así, las barreras a la comuni-





Henrik B. Jensen

cación entre los dos grupos se están superando. Algún asistente me decía, emocionado, tras la presentación del excelente trabajo de Vicente Salas sobre *Cultura y confianza en organizaciones*, que la luz había al fin penetrado en su cerebro, ¡Lo había entendido!. Otro ejemplo de esta hermandad fue la mesa sobre medidas y rankings de eficiencia, abarrotado duelo entre Mercé Casas y Salvador Peiró, muy aplaudido por una afición mezclada, de académicos y gestores.

En cuanto a contenidos, oferta y demanda no parecieron entenderse bien, porque el lema de las Jornadas, **Coordinación e Incentivos en Sanidad**, no despertó pasiones. Se recibieron pocos trabajos y, aunque en el libro figuran seis ponencias bajo esos rótulos, tres de *Incentivos* y tres sobre *Coordinación*, los títulos son engañosos. A mi juicio, hay tres ponencias en particular dignas de mención. Laura Cabiedes presentó la que hizo con Vicente Ortún, bajo la atenta mirada de éste, en la que sintetizan y revisan los sistemas de incentivos a los prescriptores. Ricard Meneu, mago de la *webera* donde los haya, cuya ponencia, desgraciadamente, no está incluida en el libro, nos extasió con su colorida e impecable revisión de los problemas, alternativas e incentivos a la distribución de medicamentos. El espinoso tema del futuro de las oficinas de farmacia parece menos espinoso cuando lo ves proyectado en technicolor. En cuanto al segundo lema, *Coordinación*, merece a mi juicio especial referencia el trabajo de David Casado, que se adentra en uno de los problemas sociales más amenazantes para la próximas décadas, la *Coordinación entre lo sanitario y lo socio-sanitario*. David Casado es una de las «jóvenes promesas» que tomaron la alternativa como ponentes en las Jornadas de 2001 y demostraron sobradamente que se están ganando el futuro. David Cantanero, con su presentación sobre *Gasto Público y Financiación en la Sanidad española* es otra joven promesa cumplida. Y esta lista, afortunadamente, continúa: Rosa Urbanos, Eva Rodríguez, y media docena más. Por algo nos costó tanto decidir el premio a la mejor comunicación presentada por un autor joven, que recayó finalmente ex aequo en dos trabajos académicos, futuras tesis doctorales, ambas del área de la evaluación económica, ambas innovadoras:

María Xosé Vazquez, con su *“Valoración económica de los impactos en la salud de la contaminación. Resultados de un experimento de elección”*, y Jorge Araña Padilla, que estudia el *“Efecto del formato de pregunta en los experimentos de preferencias declaradas en salud”*.

El tema estrella fue la **Financiación Sanitaria**, como era de esperar en el año de los grandes cambios en el modelo de financiación autonómica y de transferencias pendientes. Guillem López abrió las Jornadas, como corresponde a su estatus fáctico en la Academia, con óptica general, certera y sintética, del problema. AES puede sentirse orgullosa de haber contribuido, con los trabajos presentados en la primera sesión de estas Jornadas, a aumentar el valor añadido del conocimiento científico y el abordaje objetivo de esta problemática de apremiante actualidad.

Yo apuntaría la **Farmacía** como el tema emergente de las Jornadas, y en las agendas de muchos investigadores en Economía de la Salud. El esfuerzo ha mostrado sus frutos tangibles en las actas de las Jornadas, más allá de las habituales evaluaciones de medicamentos. La problemática del medicamento se ha abordado con múltiples enfoques y riqueza temática, desde la Economía Industrial, la Teoría Económica, la gestión, o los modelos econométricos. Se ha ganado mucho con la interdisciplinariedad y con la multiplicidad de enfoques, y la problemática del medicamento se entiende ahora mejor. Sospecho que bastante tienen que ver en esto Vicente Ortún y a Felix Lobo, que orientan e incentivan varios de los trabajos desde la sombra de la beca Merck.

Por último, la **Microeficiencia** sigue acaparando neuronas. Los modelos DEA, cada vez más sofisticados y realistas, salpican las páginas del libro, y se han llevado el premio a la mejor comunicación (Magda Solá y Diego Prior, por su *“Reducción de las Listas de Espera y Grado de Utilización de la Capacidad Instalada en los Hospitales Españoles”*).

En mi opinión, las XXI Jornadas no han desmerecido las anteriores, aunque la participación internacional haya sido menos relevante y más modesta, y dejan el listón suficientemente alto para que se lo tomen como un reto Marisol Rodríguez, Juan Cabasés, y el resto del equipo responsable de organizar el programa de las próximas.



Peter Bogetoft

LA MEDIDA DE LA EFICIENCIA ASIGNATIVA EN UNA BUROCRACIA: EL SECTOR HOSPITALARIO PÚBLICO ESPAÑOL¹

Ana Rodríguez



Introducción

En esta tesis doctoral se analiza el comportamiento de los *hospitales públicos* del INSALUD *gestión directa* utilizando un *modelo teórico* formal de burocracia. La conclusión de este modelo es que puede existir un comportamiento de

preferencia por el gasto que se traduce, en el ámbito empírico, en la presencia de ineficiencia asignativa sistemática. En consecuencia, en esta investigación se presenta un modelo econométrico novedoso que tiene la propiedad de permitir introducir y contrastar dicha ineficiencia. Con ello se enlazan dos campos del análisis económico: la teoría microeconómica de la burocracia y el análisis de la eficiencia.

Los hospitales públicos del INSALUD *gestión directa* carecen de ánimo de lucro y se financian mediante un presupuesto público a cambio del cual ofrecen un servicio de asistencia sanitaria. Estas especiales características del sector permiten enmarcarlo dentro de una estructura burocrática, tal y como la definió Niskanen (1968): "organización no lucrativa financiada, al menos parcialmente, por una subvención o asignación periódica del Gobierno".

A raíz de estos rasgos peculiares del sector, los incentivos a actuar eficientemente son escasos por varios motivos. Su carácter público y la falta de competencia en precios implica que el control de los costes no es necesario para la supervivencia de estos hospitales. Por otro lado, dada la evidente dificultad de medir y cuantificar el output hospitalario, existe una importante asimetría de información entre el gerente y el financiador, de modo que este último no puede controlar la actividad y los gastos del hospital de forma efectiva. En estas condiciones, los agentes hospitalarios, con pocos incentivos a comportarse eficientemente, disfrutan de una importante discrecionalidad a la hora de perseguir otros objetivos no relacionados con la eficiencia.

En este sentido, la literatura económica que ha abordado el estudio de *organizaciones burocráticas* ha partido de la hipótesis de que el objetivo tradicional de maximización del beneficio es sustituido por otros alternativos, como la *maximización* de la propia *utilidad de los burócratas*, introduciendo así comportamientos ineficientes (Niskanen, 1968; Migué-Bélanger, 1974). Así, si la minimización de costes no ha sido el criterio seguido en la producción, la utilización de los inputs en una proporción asignativamente ineficiente podría ser sistemática. Por tanto, y a diferencia de otros estudios que han calculado la eficiencia asignativa en sectores burocráticos (Grosskopf y Hayes, 1993), en el modelo empírico que aquí se propone hemos introducido y contrastado esta posibilidad, lo que resalta la novedad y el interés de la investigación.

Concretamente, la *metodología* empleada está basada en la *función de distancia orientada al input*, definida por Shephard (1953). Dicha función goza de importantes ventajas con respecto a las más conocidas funciones de producción y de costes. Con relación a la primera, la función de distancia permite modelizar procesos produc-

tivos con varios outputs y, frente a la segunda, no necesita suponer que los agentes minimizan costes. Estas ventajas son especialmente útiles en el sector hospitalario público español, que se caracteriza por un proceso productivo multiproducto y en el que el supuesto de minimización de costes es cuestionable (López i Casanovas y Wagstaff, 1988).

Esquema de la tesis

Con el fin de llevar a cabo los objetivos de la tesis, en primer lugar, se realiza una *revisión* de los *conceptos de eficiencia productiva*, y se presenta la *función de distancia* que será utilizada en la modelización y contraste de la eficiencia asignativa. En segundo lugar, se introduce los principios de la teoría microeconómica de la burocracia para desembocar, en la presentación de un modelo teórico que explica la presencia de ineficiencia asignativa como resultado del comportamiento maximizador de la utilidad del burócrata. Este modelo será utilizado para intentar explicar el comportamiento de los hospitales públicos del INSALUD *gestión directa*, dentro del marco de la teoría microeconómica de la burocracia.

En tercer lugar, se *revisan* los dos caminos utilizados tradicionalmente para calcular ineficiencia asignativa: a) *el enfoque de los componentes del error*, que analiza los términos de error de las ecuaciones de participación en costes, y b) *el enfoque paramétrico*, que introduce la corrección necesaria en los precios para que se cumpla la condición de mínimo coste. Tras dicha revisión, se apuesta por la metodología de la función de distancia orientada al input para sortear los principales inconvenientes de ambos procedimientos.

En este sentido, una de las aportaciones de esta tesis es incorporar la función de distancia en la estimación de la eficiencia asignativa mediante el enfoque de los componentes del error. De este modo, se evita incurrir en el conocido "problema de Greene" que se refiere a la dificultad de descomponer en la práctica la eficiencia económica en sus dos componentes, eficiencia técnica y asignativa, utilizando un sistema de costes.

Por último, se *contrasta si existe eficiencia asignativa en los hospitales públicos del INSALUD gestión directa* mediante los dos enfoques citados anteriormente. Para ello, se ha estimado un sistema de ecuaciones formado por una función de distancia orientada al input y las correspondientes ecuaciones de participación en costes, empleando el procedimiento iterativo de regresiones aparentemente no relacionadas (ITSUR). Concretamente, la muestra utilizada es un panel de datos que consta de 67 hospitales generales del INSALUD *gestión directa*, observados en el periodo 1987-1994.

Además, en contraste con otros trabajos que han analizado sectores burocráticos, suponemos que el empleo de los factores en una proporción diferente a la que minimiza costes puede ser persistente en el tiempo e incorporamos esta posibilidad en el modelo empírico. Esta matización, que diferencia esta investigación de otras que han utilizado la misma metodología, es imprescindible para obtener estimaciones insesgadas de los índices de eficiencia asignativa

en el caso de que, efectivamente, ésta sea sistemática.

Resultados

De los resultados obtenidos se deduce que *el sector hospitalario público español no es asignativamente eficiente*. Al contrario, hemos encontrado ineficiencia asignativa sistemática en el empleo de todos los factores de producción. Este resultado avala la hipótesis de partida de que, en un modelo burocrático, la ineficiencia es persistente y, por tanto, en los hospitales del INSALUD *gestión directa* no existe un comportamiento minimizador de costes. Además, nuestro modelo teórico anuncia una *preferencia de los gerentes por los inputs más cualificados*. Esta hipótesis también se corrobora en nuestro estudio pues se observa una *suprautilización de los licenciados asistenciales con respecto a los técnicos asistenciales* y el resto de personal. Por otra parte, se ha contrastado que existe suprautilización del factor suministros frente a los inputs resto de personal y técnicos asistenciales. Esta circunstancia puede deberse, en parte, a dos características propias de una organización burocrática: a) la importante discrecionalidad que sobre este input tienen los agentes que intervienen en la actividad hospitalaria, debido a la información asimétrica que existe entre ellos y el financiador; y b) la falta de incentivos de aquéllos a operar con un criterio de minimización de costes.

Adicionalmente, hemos calculado las elasticidades de sustitución de Morishima, que permiten analizar el coste de la ineficiencia asignativa, así como los índices de eficiencia técnica y la presencia de cambio tecnológico. Respecto a este último, de los índices obtenidos se deduce que, en una primera etapa (*hasta 1992*), *el paso del tiempo influyó negativamente sobre la tecnología de los hospitales*. Sin embargo, en términos generales la evolución de los índices de cambio técnico es *favorable*, sobre todo *desde 1992*. Esta circunstancia podría deberse, en parte, a la introducción de los *contratos programa*, que aumentaron el control sobre los agentes hospitalarios lo que pudo afectar positivamente a la productividad de los hospitales.

Referencias

- Grosskopf, S. and Hayes, K. (1993): "Local Public Sector Bureaucrats and their Input Choices". *Journal of Urban Economics*, 33, pp. 151-166.
- López i Casanovas, G. y Wagstaff, A. (1988): "La combinación de los factores productivos en el hospital: una aproximación a la función de producción". *Investigaciones Económicas*, Vol XII, 2, pp. 305-327.
- Migué, J. L. and Bélanger, G. (1974): "Toward a General Theory of Managerial Discretion". *Public Choice*, 17, pp. 27-47.
- Niskanen, W. A. (1968): "The Peculiar Economic of Bureaucracy". *American Economic Review*, 58, pp. 293-305.
- Shephard, R. W. (1953): *Cost and Production Functions*. Princeton University Press, Princeton.

¹ Tesis doctoral defendida en el Departamento de Economía de la Universidad de Oviedo el 25 de mayo de 2000. Dirigida por los doctores Víctor Fernández Blanco y Knox Lovell, obtuvo la calificación de sobresaliente "cum laude" por unanimidad. E-mail: ana@correo.uniovi.es

LA VALORACIÓN SOCIAL COMO GUÍA EN EL ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES SANITARIAS²

Eva María Rodríguez Míguez



En esta tesis se abordan, desde un punto de vista teórico y empírico, algunos de los innumerables problemas a los que se enfrentan, tanto los gestores sanitarios como los clínicos, a la hora de establecer prio-

riedades sanitarias.

Aunque en la tesis se estudian diferentes temas relacionados con la priorización sanitaria, todos ellos tienen un denominador común, la consideración de las *preferencias de la sociedad* como punto de partida en los ejercicios de priorización. Cabe esperar que la incorporación de las preferencias sociales a la hora de establecer criterios de asignación de recursos, en aquellos contextos en los que ello sea factible, aumentará su grado de aceptación social y, por tanto, facilitará su implementación en los sistemas sanitarios.

Dejando al margen la sección introductoria y las conclusiones finales, la tesis consta de dos partes claramente diferenciadas. En la primera parte (capítulo 2 y 3) se formaliza el modelo *Avac agregado*, tradicionalmente utilizado en el análisis coste-utilidad (ACU) para valorar los beneficios sanitarios. Tomando como punto de partida esta formalización, y dado que el modelo *Avac* sólo valora los beneficios de un programa sanitario en función de la ganancia total de salud que proporciona, se relajan algunos de los supuestos del modelo para poder incorporar otro tipo de consideraciones. Por una parte, el supuesto de *anonimato* se sustituye por el supuesto de *anonimato condicionado*. Esta generalización permite ponderar las ganancias de salud en función de la edad del paciente. Además, el supuesto de *anonimato condicionado* es lo suficientemente flexible como para permitir que estas ponderaciones por edad puedan variar en función de la ganancia de salud considerada. Por otra parte, se relaja el supuesto de *linealidad* de la función de utilidad de las ganancias de salud, de tal forma que se puedan tener en consideración las preferencias de la sociedad por los efectos distributivos de los diferentes programas sanitarios. Para ello se introduce una *Función de Bienestar Social* (FBS) que, además de generalizar las funciones aditivas que han sido propuestas hasta el momento en la literatura, permite combinar preferencias por la distribución y por la concentración, dependiendo de la ganancia de salud considerada.

Paralelamente a la aportación teórica mencionada, se han llevado a cabo sendos *experimentos* con el fin de analizar la consistencia de los resultados teóricos obtenidos. De esta forma, en el capítulo 2 se ha obtenido una primera aproximación de la función de ponderación por edad y en el capítulo 3 se ha estimado la FBS que representa mejor las preferencias de la muestra. A partir de estas funciones, se pueden extraer interesantes con-

clusiones para los encargados de la política sanitaria. Por una parte, se ha constatado, que para la muestra analizada, la *edad* es un *factor relevante* a la hora de valorar socialmente las ganancias de salud. Además, los resultados obtenidos permiten calcular pesos por edad, susceptibles de ser incorporados en el ACU tradicional. Los *pesos por edad* estimados no son constantes sino que varían a medida que modificamos la ganancia de salud. Por otra parte, en cuanto a las preferencias por los *efectos distributivos*, la FBS ajustada muestra que, para la muestra analizada, el grado de aversión a la desigualdad depende de la ganancia individual considerada. Para ganancias individuales de salud muy reducidas los participantes, en media, muestran una aversión negativa a la desigualdad, sin embargo, para ganancias de salud elevadas los participantes presentan aversión positiva a la desigualdad. Es decir, se ha constatado la existencia de un *umbral* de ganancia individual por debajo del cual los entrevistados prefieren concentrar la ganancia total, mientras que para ganancias individuales mayores que este umbral, prefieren distribuirla. Estos resultados coinciden con los obtenidos en diferentes estudios cualitativos, en los cuales los entrevistados dan prioridad a tratamientos que salvan vidas a un número reducido de personas, frente a tratamientos que proporcionan ganancias individuales reducidas a un número elevado de pacientes, aunque la ganancia total sea menor. La FBS estimada en el capítulo 3 proporciona una adecuada aproximación de este tipo de preferencias, dado que permite combinar tramos cóncavos y convexos en la misma función de utilidad.

En la segunda parte de la tesis (capítulo 4) se aborda el problema de asignación de recursos desde un punto de vista diferente. En este capítulo se aborda el problema de la priorización de pacientes que se encuentran esperando un determinado servicio sanitario. En este contexto, se propone la utilización de los *sistemas de puntos como criterio de priorización*, analizando previamente sus propiedades éticas. Los sistemas de puntos resultan de gran utilidad cuando existen múltiples variables a la hora de determinar el puesto de un paciente en la lista de espera, dado que permiten incorporar la importancia relativa de cada una de ellas. De esta forma, pueden ser de gran ayuda a los clínicos cuando tienen que establecer prioridades entre pacientes muy heterogéneos. Para analizar la viabilidad de este criterio se obtiene, mediante la realización de una encuesta piloto a la población, un sistema de puntos para priorizar pacientes que se encuentran esperando una extracción de cataratas. Los resultados de la encuesta muestran que los métodos utilizados a lo largo del estudio (grupos focales y entrevistas personales como métodos de obtención de información, y el análisis conjunto como método de análisis) pueden ser adecuadamente combinados para obtener un sistema de puntos que sirva de guía

en la gestión de las listas de espera dentro de los sistemas nacionales de salud. Aunque se ha aplicado al caso de las cataratas, la metodología propuesta pretende abrir una nueva vía de priorización para otras patologías.

Los resultados de esta tesis, no sólo permiten obtener una primera aproximación de las preferencias sociales respecto a diferentes temas de política sanitaria, sino que en ella se han propuesto fundamentos teóricos y métodos de trabajo válidos para investigaciones futuras. Debe tenerse en cuenta que, en el ámbito sanitario, el problema de la escasez de recursos se hace especialmente doloroso, dado que priorizar significa negar a un paciente una mejora de salud de forma temporal o permanente. En este contexto, algunos resultados de esta tesis pueden ser objeto de críticas, las cuales contribuirán sin duda a una mejora en el estudio sobre prioridades. Sin embargo, lo que difícilmente se puede negar es la necesidad de que los criterios considerados para establecer prioridades sean explícitos. Cualquier sistema reglado de priorización, más o menos consensuado, es mejor que ninguno, entre otras cosas porque es susceptible de crítica. Así, la transparencia debe ser una propiedad de los sistemas sanitarios públicos. Los ciudadanos deben saber las causas por las que se le asigna mayor prioridad a un tratamiento —o a un paciente— frente a otros, evitando el oscurantismo que caracteriza buena parte de las priorizaciones establecidas en la actualidad. Ahora bien, en la medida en que los criterios de priorización reflejen las preferencias de un amplio número de colectivos, aumentará su grado de aceptación social y, por tanto, facilitará su implementación. En este contexto la labor del economista, a la cual se ha sumado esta tesis, es ofrecer herramientas de trabajo válidas para tratar de plasmar estas preferencias en sistemas de priorización susceptibles de ser aplicados en la gestión de los recursos sanitarios.

Referencias

- Rodríguez, E.; J.L. Pinto (2000): *The Social Value of Health Programs: Is Age a Relevant Factor?*. Health Economics 9: 611-621.
- Rodríguez, E.; J.L. Pinto (1999): *Ethical Dilemmas in Health Policy: More Evidence on Distributive Preferences*. Documento de trabajo 9902. ICAE. Universidad Complutense de Madrid. Próxima publicación en Health Economics.
- Pinto, J.L.; Rodríguez, E.; X. Castells; X. Gracia; F. Sanchez (2000). *El establecimiento de prioridades en la cirugía electiva*. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo.

² Tesis doctoral defendida en el Departamento de Fundamentos del Análisis Económico II de la Universidad Complutense de Madrid, en abril de 2001. Dirigida por el Dr. José Luis Pinto Prades, obtuvo la calificación de sobresaliente "cum laude" por unanimidad. E-mail: emiguez@uigo.es.

MICROECONOMETRICS AND ASYMMETRIC INFORMATION: APPLICATIONS TO HEALTH CARE UTILIZATION³

Ángel Marcos Vera Hernández



La tesis combina microeconomía y teoría de la información asimétrica para abordar los siguientes objetivos: 1) comprobar la relevancia empírica de la teoría de la información asimétrica en el campo de la utilización de servicios sanitarios,

principalmente los conceptos de riesgo moral y selección adversa; 2) diseñar técnicas econométricas que sean útiles para este propósito; y, 3) estimar el copago óptimo en los seguros sanitarios. La tesis se estructura en tres artículos independientes que se resumen a continuación.

Doble cobertura y demanda de cuidado sanitario: El caso de Cataluña

Un primer paso para evaluar la importancia del riesgo moral es saber si la utilización de servicios sanitarios responde a los incentivos del seguro. Este artículo se centra en evaluar cómo afectan los incentivos proporcionados por compañías de seguro privadas al número de visitas al especialista en los últimos 12 meses. Es evidente que los individuos que tienen contratado un seguro sanitario privado tienen menos trabas que aquellos que sólo tienen cobertura pública para visitar al médico especialista. Por lo tanto un primer intento de evaluar el papel que juegan los incentivos consistiría en comparar el número de visitas al especialista de personas con sólo cobertura pública y de personas con cobertura pública y privada (doble cobertura). Sin embargo este enfoque nos puede llevar a una respuesta equivocada debido a que las personas con cobertura pública pueden tener características distintas de las personas con doble cobertura. Si estos dos grupos son heterogéneos en factores que se observan, las técnicas estándar de regresión multivariante arreglarían el problema. Sin embargo, cuando hay heterogeneidad en factores que no se observan, el problema resulta más complicado. Veamos un ejemplo: supongamos que Juan y Pedro son hermanos gemelos. Son iguales, excepto que Juan no tiene calefacción y esto le lleva a enfermarse con frecuencia. Por ello, Juan compra un seguro privado que le hace esperar menos para visitar al especialista. Si en nuestro conjunto de datos no tenemos la calefacción, no la podemos introducir como variable en la regresión por lo que no sabremos qué parte de las visitas de Juan se debe a que no tiene calefacción. Si hiciéramos la regresión toda la diferencia en visitas sería atribuida al seguro, pues es la única variable en qué Juan y Pedro son diferentes. Pero, ¿a qué realmente se debe la diferencia en visitas? En parte a que a Juan le resulta más fácil ir al médico (razón incentivo), en parte a que no tiene calefacción.

Por lo tanto, no podemos atribuir toda la diferencia en visitas a los incentivos que presta el seguro privado. En nuestro ejemplo, Juan, el que tiene una mayor predisposición a ir al médico, es el que compra el seguro privado. De hecho, esta es una conclusión de la teoría de la selección adversa: el mejor asegurado es el que tiene una mayor predisposición de pérdida.

El artículo intenta obtener una estimación del papel de los incentivos del seguro privado en el número de visitas al especialista, sin que esté contaminada por el efecto de la información no observable (la calefacción). En terminología econométrica la variable de doble cobertura recibe el calificativo de endógena. Otra cuestión econométrica a tener en cuenta es que el número de visitas sólo puede tomar valores 0,1,2,3, etc. Para la estimación se utilizan datos de la Encuesta de Salud de Cataluña de 1994. De los resultados se desprende que el efecto de la información no observable es importante para el grupo de personas que no son cabeza de familia. Para el grupo de personas que no son cabeza de familia se estima un incremento del 27% en la media de visitas al especialista, debido a los incentivos de los seguros privados. También se encuentra que el estado de salud, la edad, renta, sexo y educación influyen el número de visitas al especialista.

Un estimador flexible para variables de conteo con un regresor binario endógeno

Este trabajo es conjunto con Andrés Romeu. El artículo tiene como objetivo diseñar un estimador flexible para cuando la variable a explicar toma valores 0,1,2,3, etc. (como el número de visitas al médico) y la variable de tratamiento es binaria (toma valores 0,1), y endógena (como el seguro). La endogeneidad surge con frecuencia cuando la variable de tratamiento es una elección del individuo y no se ha podido llevar a cabo un proceso de aleatorización previo. Cuando la variable a explicar toma valores 0,1,2,3, etc. los estimadores habituales en la literatura no suelen ajustar bien a los datos, lo cual puede llevar a estimaciones inconsistentes. En este contexto se requiere un estimador flexible que sea capaz de adaptarse a las características de los datos. En una aplicación a la 1987 Medical Expenditure Survey de los Estados Unidos se obtiene que el estimador propuesto mejora los resultados de estimadores previamente propuestos en la literatura.

Estimación estructural de un modelo principal-agente de seguro médico con riesgo moral

El objetivo de este artículo es obtener una estimación del copago óptimo en situaciones de riesgo moral. Desde un punto de vista teórico la resolución de modelos principal-agente es el paradigma más utilizado para obtener contratos óptimos de seguro sanitario. Sin embargo, la literatura empírica no ha

seguido este paradigma cuando intentaba estimar los copagos óptimos u alguna otra clase de contratos óptimos. La metodología empírica seguida hasta ahora ha necesitado supuestos como la no existencia de efectos renta, lo cual ha puesto en duda la validez de las estimaciones. Aplicando estos supuestos se ha llegado a la conclusión que los niveles de copago deberían ser mucho más altos de los que se observan en la realidad, lo que ha llevado a concluir que existe sobreaseguramiento. Sin embargo, otra explicación es que los supuestos sobre efectos renta hayan sesgado al alza la estimación del copago óptimo. La ventaja de utilizar desde un punto de vista empírico el modelo principal-agente es que incorpora correctamente los efectos renta. La principal contribución de este artículo es utilizar el paradigma principal-agente para estimar el copago óptimo. Con ello se implementa empíricamente la metodología que la teoría ha propuesto para abordar el tema de contratos óptimos.

Este artículo difiere de los dos anteriores en que no se propone directamente un modelo econométrico, sino que primero se propone un modelo teórico del que se deriva un modelo econométrico. El objetivo es estimar los parámetros del modelo teórico para luego, usando técnicas numéricas, resolver el problema principal-agente para obtener el copago óptimo. Se utilizan datos del Rand Health Insurance Experiment que aleatoriamente asignó individuos a diferentes niveles de copago, por lo que no es necesario tener en cuenta el problema de endogeneidad de los dos artículos anteriores.

Se obtiene que el nivel de copago óptimo es muy reducido, en torno al 2%, lo que apunta a confirmar la hipótesis que tener en cuenta los efectos renta cambiaría la estimación del copago. Este 2% se obtiene suponiendo que las empresas de seguro cargan en la prima justo el coste esperado. Esto lleva a concluir que la influencia del riesgo moral sobre el copago óptimo es bastante reducida, una vez se tienen en cuenta los efectos renta. Sin embargo las ineficiencias y los beneficios de las compañías de seguro pueden tener importantes consecuencias en el copago. Ello se obtiene de calcular el copago óptimo cuando asumimos que la prima excede en un 5, 10 ó un 15% el coste esperado. Bajo estas hipótesis el copago óptimo se eleva a 14%, 27% y 38% respectivamente. Estos resultados apuntan a reconsiderar la hipótesis de sobreaseguramiento, y a contemplar políticas relacionadas con reducción de márgenes de beneficios y gastos administrativos de las compañías de seguro en los Estados Unidos.

³ Tesis dirigida por el Dr. Michael Creel, defendida el 12 de Junio de 2001 en la Universidad Autónoma de Barcelona. El primer artículo está publicado en Health Economics, Noviembre 1999. Página web: <http://idea.uab.es/~avera>. La tesis puede consultarse en texto completo en la siguiente dirección: <http://www.tdcat.cesca.es/TDCat-0703101-000614/>

DEMANDA DE CONSUMOS NOCIVOS PARA LA SALUD. EFECTO DEL PRECIO SOBRE LA DEMANDA DE CIGARRILLOS EN LOS JÓVENES CANARIOS¹

Jaime Pinilla Domínguez



En este trabajo hemos pretendido conocer los mecanismos de demanda de productos nocivos para la salud, desde un punto de vista económico, mediante el análisis de la actitud de los adultos jóvenes respecto del consumo de cigarrillos.

Nuestro objetivo principal ha sido mostrar el efecto que sobre la consolidación en el hábito tabáquico de nuestros jóvenes ejercen factores económicos y socioeconómicos, como la renta disponible, precio de los cigarrillos, nivel de estudios, principal actividad desarrollada, etc., así como otros condicionantes individuales, sexo, edad, actividades en el tiempo libre, con el propósito de abrir una puerta para el desarrollo de políticas saludables que permitan una regulación óptima de este tipo de productos.

Para conseguir este objetivo, primeramente, se ha revisado el acervo teórico y empírico existente. El consumo de productos nocivos para la salud es tratado por la teoría económica de dos maneras diferentes. De forma indirecta, a través del efecto depreciación que ejercen estos productos sobre la salud individual, y de forma directa mediante el análisis en el que se consideran por qué las preferencias individuales son lo que son. El análisis económico incorpora el carácter adictivo de este tipo de productos, considerando el consumo de estas mercancías consecuencia de elecciones previas por parte del consumidor, calificándolos de adicción o hábito si un aumento en el consumo actual conduce a un aumento en el consumo futuro.

La evidencia empírica obtenida en este trabajo proviene de los datos de una encuesta propia, de corte transversal, sobre adultos jóvenes con experiencia con el tabaco, entre 18 y 24 años, residentes en el municipio de Las Palmas de Gran Canaria. Se estratificó por subgrupos correspondientes a la actividad desarrollada, estudiantes (universitarios o de formación profesional), jóvenes incorporados al mercado laboral (ocupados o parados), y resto de situaciones. El tamaño muestral fue de 1630 jóvenes, resultando válidas 1605 entrevistas una vez realizada la depuración de cuestionarios incongruentes. La muestra recogió un 65% de fumadores diarios, un 16% de fumadores no diarios y un 19% de exfumadores. Dado el objetivo del trabajo, y las restricciones de fondos para el estudio, no nos adentramos a considerar a los no fumadores, ni a los fumadores adultos, poco sensibles, estos últimos, a cambios en los precios a corto plazo debido a los mecanismos adictivos subyacentes en este tipo de consumos.

Con el propósito de contribuir al análisis de la conducta del adulto joven fumador respecto del consumo de cigarrillos se estimaron, desde diferentes perspectivas de investigación, tres tipos de modelos: *modelos de elección discreta*

para la descripción de los perfiles individuales respecto del hábito tabáquico, *cadena de Markov*, *modelos de ecuaciones simultáneas* para la estimación de la demanda de cigarrillos, y finalmente *modelos de supervivencia*, con el objetivo de ajustar el proceso de abandono del consumo de cigarrillos en respuesta a una situación hipotética de subida de los precios.

A través de los modelos de elección discreta, se observó que el consumo de tabaco en nuestros jóvenes está estrechamente relacionado con determinados *estilos de vida* en donde el alcohol y la falta de actividades deportivas resultan significativas. Las variables relacionadas con el nivel educativo de los jóvenes fumadores, con pertenecer al mercado laboral como única actividad, y con el estado de salud en los últimos años, no resultan significativas en ninguno de los modelos en donde están incluidas. En este sentido, no podemos asegurar su influencia sobre la posición del joven fumador frente al tabaco. En resumen, podemos definir el perfil de los jóvenes fumadores diarios como individuos con antigüedad en el hábito, poco dispuestos a la realización de actividades deportivas y consumidores de bebidas alcohólicas.

Con el análisis de cadenas de Markov, queda patente el carácter adictivo del consumo de cigarrillos. El paso del tiempo, actúa como elemento reforzador del hábito tabáquico entre nuestros jóvenes fumadores, consolidándolos como fumadores diarios. A medida que la experiencia en el hábito crece, existe una tendencia hacia la figura de fumador diario, muy fuerte en los que ya lo son y de menor efecto, aunque también destacada, entre los fumadores no diarios y los exfumadores. Las características de tolerancia y reforzamiento están presentes en nuestros resultados. La dificultad que supone el abandono del consumo de cigarrillos también queda reflejada, valores elevados para los tiempos esperados de primer paso, en la transición entre el fumador diario o no diario y el exfumador, así lo indican.

Las estimaciones de las ecuaciones de demanda recogen una *elasticidad precio* para la demanda de cigarrillos de -0.89 , esto significa que un aumento del 10% en el precio de los cigarrillos supondría, caeteris paribus, una disminución en el consumo cercana al 9%. Este valor se sitúa dentro del rango de consenso, de la mayoría de los estudios sobre adultos jóvenes. La elasticidad renta toma un valor de 0.21. De acuerdo con estos resultados, la demanda de tabaco en los jóvenes fumadores diarios, resulta fuertemente afectada por los precios. Elasticidades de este tamaño sugieren que el avance de los precios se convertiría en una herramienta potente para frenar el hábito tabáquico en los jóvenes.

Finalmente, el resultado de la estimación de los modelos de supervivencia en el consumo de tabaco, frente a hipotéticas subidas de los precios de los cigarrillos, presenta perfiles muy similares en los fumadores diarios y no diarios. La media de la *disposición a pagar* es mayor,

540 ptas. por el paquete de cigarrillos, en los fumadores diarios que en los no diarios, 407 ptas., Sin embargo, valores similares para los primeros cuartiles, muestran la proximidad entre las distribuciones.

A partir de los resultados de los modelos de demanda definimos dos elasticidades precio para la demanda de cigarrillos. La elasticidad precio obtenida del modelo de demanda de ecuaciones simultáneas, *elasticidad observada*, y la elasticidad precio en el punto medio entre el consumo actual y el no consumo, calculada a partir de la disposición máxima al pago por el consumo de cigarrillos, *elasticidad declarada*. Con la comparación entre estas dos elasticidades se pretendió mostrar las dificultades que tienen los jóvenes a la hora de estimar los efectos futuros, en términos de nivel de adicción, que supone su consumo actual.

En la búsqueda de los perfiles diferenciales de los jóvenes respecto del ajuste entre su elasticidad declarada y la elasticidad observada, encontramos tres variables significativas. La probabilidad de pertenecer al grupo de jóvenes con igual o mayor elasticidad precio declarada que la elasticidad precio observada, aumenta con el consumo medio diario de cigarrillos. Los jóvenes con mayor nivel de consumo tienen mayor facilidad para declarar elasticidades cercanas a la elasticidad precio observada. También, una mayor experiencia como fumadores, a través de los fracasos en los intentos de abandono del hábito, permite ajustar mejor a los jóvenes sus comportamientos de abandono del hábito frente a una subida del precio de los cigarrillos. Por último, el conocimiento del grado de adicción al tabaco se presenta, también, como un elemento informativo para el joven, acercándolo a una mejor valoración de sus patrones de comportamiento frente a cambios en los precios.

Nuestros resultados sugieren, por tanto, que los jóvenes fumadores no son capaces de percibir por igual las consecuencias futuras de sus acciones presentes. La inexperiencia de los jóvenes fumadores, introduce incertidumbre a la hora de valorar el grado de adicción, llevándoles a considerar un fácil abandono del hábito, equivocación que comprueban posteriormente después de fracasar en su primer intento. En definitiva, la evidencia encontrada respalda la especificación de *modelos de adicción miopes*, modelos que introducen flexibilidad en las preferencias temporales, en la estimación de la demanda de productos adictivos. La importancia del nivel de consumo de cigarrillos, el grado de adicción y de la experiencia en intentos de abandono del hábito, son contrarias a la consideración de un marco de previsión perfecta como sugiere el modelo de adicción racional.

¹ Tesis doctoral defendida en el Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria el 30 de junio de 2001. Dirigida por la Dra. Beatriz González López-Valcárcel, obtuvo la calificación de sobresaliente "cum laude" por unanimidad. E-mail: jpinilla@empresariales.ulpgc.es

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

Sección a cargo de **Itxaso Mugarra Bidea**

Departamento de Salud-Gobierno de Navarra

Tel. 948 42 35 42 • Fax. 948 42 35 10

E-mail: imugarrb@cfnavarra.es



Aguilar Idañez, M^a J.



La Participación comunitaria en salud: ¿mito o realidad?

Díaz de Santos, 2001, rústica, 17x24 cm, 220 págs.

ISBN: 84-7978-473-3. 2.900 Ptas IVA incl.

Dentro de la estrategia de APS, en nuestro país, se han propuesto y desarrollado diversos

mecanismos de participación comunitaria. En este libro se analizan y evalúan tanto las acciones de los Consejos de Salud (que, con carácter general, han fracasado) como diversas experiencias exitosas de participación. El fracaso de unas experiencias y el éxito de otras se explica por una serie de factores que en la obra se identifican y analizan con detalle. La pretensión de la obra no es otra que dar cuenta de las posibilidades reales que tiene en nuestro medio social el desarrollo pleno del derecho que todo ciudadano tiene a participar en la toma de decisiones que le afectan, empezando por su propia salud.

ÍNDICE RESUMIDO: Aspectos históricos y conceptuales de la participación comunitaria en salud. La participación comunitaria en salud en Castilla-La Mancha. Factores explicativos de los procesos de participación comunitaria en salud.

Buglioli, Marisa y Ortún, Vicente.



Decisión clínica, cómo entenderla y mejorarla.

Springer, 2001, rústica, 88 págs.

ISBN: 84-07-00233-X.

La decisión clínica, diagnóstica o terapéutica, ocupa en centro del escenario sanitario. Cada día se asigna la mayor parte de los recursos sanitarios a

través de los millares de decisiones clínicas que se toman en condiciones de incertidumbre. La decisión clínica, como cualquier decisión, se puede descomponer en cuatro fases diferentes: 1) inteligencia o recogida de información sobre las alternativas; 2) elección de alternativa; 3) implantación de la decisión, y 4) monitorización del impacto de la decisión. Habitualmente, se denomina gestión de la decisión a las fases primera y tercera y control de las decisiones recaen en dos personas distintas. Curiosamente, en la clínica, y pese a que el médico no soporta directamente las consecuencias de sus decisiones (por ejemplo, las consecuencias económi-

cas), no se produce la citada división del proceso decisorio que se halla en la base del control interno de las organizaciones. Este reconocimiento organizativo del carácter profesional de la decisión clínica es el que confiere la centralidad a la gestión clínica en el conjunto de la gestión sanitaria.

ÍNDICE: Decisión clínica. La calidad de la información sobre la que se basan las decisiones. Factores que limitan la racionalidad. Herramientas útiles para decidir sobre las pruebas diagnósticas. Herramientas útiles para decidir sobre las medidas terapéuticas. Evolución socialmente deseable de la medicina.

Portillo, F. y Antoñanzas, F.

Análisis económico de los Comportamientos Adictivos no Saludables: Principales Propuestas Teóricas.

EEE (Estudios sobre la Economía Española), documento 113, sept 2001.

El principal objetivo de este estudio es proporcionar al lector una revisión de los principales enfoques teóricos sobre la adicción, los aspectos comunes entre ellos, así como una evaluación crítica de los mismos sobre su capacidad de contrastación y la conformidad de sus predicciones teóricas esenciales con los resultados que proporcionan los estudios empíricos.

El trabajo se estructura de la siguiente forma. En primer lugar, describen los principales elementos diferenciales de los modelos, que surgen, básicamente, del tratamiento dado en el análisis a las preferencias del consumidor, de los supuestos adoptados en lo que respecta a la racionalidad del comportamiento adictivo, y de la posible incorporación en el modelo de la incertidumbre implícita en la elección del agente maximizador. Seguidamente, se aborda el estudio de los diferentes enfoques teóricos: formación de hábitos, adicción racional, racionalidad limitada (preferencias competitivas y previsión limitada), así como adicción bajo incertidumbre sobre el potencial adictivo y los riesgos sanitarios asociados al consumo. Finalmente, en el resumen, se incluye una lista de ocho puntos básicos que proporciona una rápida visión de las contribuciones más relevantes de cada enfoque. A modo de conclusión, se indican las principales tendencias en el análisis económico de la adicción.

Tinsley, R.

Medical practice management handbook: complete guide to accounting, tax issues, mangement care, and daily operations.

2001, 7ª edic. rúst. 1122 págs. 27.688 Ptas.

ÍNDICE: MEDICAL PRACTICE FINANCIAL MANAGEMENT: developing a health care niche for the CPA or consultant reader. Financial accounting and management reports. Cost containment in a medical practice. Internal controls in a medical practice. Projecting the practice's cash flow.

Business planning for medical practices. How to set physician's fees. MEDICAL OFFICE OPERATIONS POLICIES, AND PROCEDURES: basic medical office procedures. Basic CPT and diagnosis-coding rules. Filing insurance claims. Accounts receivable management. Keeping the books.

Latest CHEPA working Papers.

UNIVERSITY OF ONTARIO (CHEPA). The Centre for Economics and Policy Analysis. Mc. Master University. Tel. 905-525 9140, ext. 22135; Fax. 905-546 5211.

E-mail:

rgregor@fhs.mcmaster.ca(publications).

Pag.Web.: <http://hiru.mcmaster.ca/cheпа>.

A. Briggs, G. Goeree, B. Blackhouse, O'Brien.

Probabilistic Analysis os cost. effectiveness Models: Choosing Between Treatment Strategies for Gastro-Esophageal Reflux Disease.

Working Paper 01-01: \$7.50

When choosing between mutually exclusive treatment options, it is common to construct a cost-effectiveness frontier on the cost-effectiveness plane that represents efficient points from among the treatment choices. Treatment options internal to the frontier are considered inefficient and are excluded either by strict dominance or by appealing to the principle of extended dominance. However, when uncertainty is considered, options excluded under the baseline analysis may form part of the cost. effectiveness frontier. By adopting a Bayesian approach, where distributions for model parameters are specified, uncertainty in the decision concerning which treatment option should be implemented is addressed directly.

W. Furlong, D. Fenny, G.Torrance, R.Barr.

The Health Utilities Index (HUI®) System for Assessing Health-Related Quality of Life in Clinical Studies.

Working Paper 01-01: \$7.50

HUI provides a comprehensive description of the health status of subjects in clinical studies. HUI has been shown to be a reliable, responsive and valid measure in a wide variety of clinical studies. Utility scores provide an overall assessment of the HRQL of patients. Utility scores are also useful in cost-utility analyses and related studies. General population norm data are available. The widespread use of HUI facilitates the interpretation of results and permits comparisons. HUI is useful tool for assessing health status and HRQL in clinical studies.

C. Woodward, M. Cohen, B. Ferrier, J. Brown.

Changes Over Time in Attitudes Towards Health Care Policy Options.

Working Paper 01-01: \$7.50

Many of the policy initiatives that have occurred since 1993 to restructure the health care system and limit the growth of the physician supply were initially viewed favourably by these physicians and are now viewed unfavourably, probably because of their impact on these physicians and their patients. The level of disapproval of proposed initiatives to reform primary care suggest reform should be approached cautiously and in consultation with the profession.

LA SEMANA DE LAS ENFERMEDADES NEUMOCÓCICAS Y LA BÚSQUEDA DE LA RACIONALIDAD

Durante el pasado mes de septiembre la Asociación Española de Pediatría organizó una "Semana de las Enfermedades Neumocócicas", cuyas actividades de difusión de información han resultado, por lo menos, polémicas. Dichas actividades, financiadas por el laboratorio Wyeth, que comercializa la vacuna heptavalente para la infancia, incluían la distribución de un tríptico "informativo" en las guarderías, acerca de la meningitis neumocócica y otras enfermedades, en el que se insistía en la necesidad de vacunar a los niños con la vacuna antineumocócica (no incluida en el calendario vacunal ni en la oferta del sistema público, y cuyo coste total ronda las cuarenta mil pesetas). En el citado tríptico, además, se destacaba oportunamente que la "Semana de las Enfermedades Neumocócicas" había sido declarada "de interés sanitario por el Ministerio de Sanidad y Consumo".

El pasado 25 de septiembre el Ministerio de Sanidad reflejó por escrito su disconformidad por la utilización incorrecta del Reconocimiento de Interés Sanitario que concedió en su día. Tanto el Ministerio como las distintas Comunidades Autónomas están indignados con el laboratorio patrocinador de la campaña informativa, que se estima pretende facturar del orden de 30.000 millones de pesetas con esta acción. El Gobierno Vasco, por su parte, ha ordenado retirar de los Centros de Salud todos los folletos y posters de la campaña.

La vacunación está recomendada en la actualidad exclusivamente en tres grupos de riesgo: niños inmunocompetentes con riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones, debido a enfermedades crónicas; niños inmunocomprometidos con riesgo de enfermedad neumocócica o complicaciones asociadas y niños con infección por VIH, sintomáticos o asintomáticos.

El comité asesor de vacunas de la Asociación Española de Pediatría, en el Calendario vacunal 2001-2002, aclara que "la vacuna conjugada es vista como de eficacia protectora frente a infecciones invasoras (97,4% de eficacia para bacteriemia y meningitis), neumonía, otitis media aguda, etc.", y que "la puesta en práctica de la inmunización sistemática con la nueva vacuna antineumocócica conjugada debería conducir a una disminución significativa de la morbilidad derivada de la bacteriemia y la meningitis por *Streptococcus pneumoniae*, así como de la neumonía y de la otitis media". Sin embargo, también se aclara en el citado documento que resulta necesario conocer mejor la epidemiología de la infección neumocócica en nuestro medio con el fin de determinar su incidencia en la población infantil española, como paso previo a la toma de decisiones fundamentadas en lo referente a su futura inclusión en el calendario vacunal. En conclusión, antes de proponer una nueva valoración de estrategias de vacunación, se recomienda realizar estudios epidemiológicos prospectivos y retrospectivos.

Los pasos previos que serían necesarios antes de recomendar la utilización sistemática de la vacuna neumocócica infantil, o su inclusión entre las vacunas ofertadas por el sector público, ya han sido puestas de manifiesto por algunos profesionales, entre los que destaca nuestro compañero Juan Gérvas. La estrategia de valoración previa debería incluir, entre otros aspectos, la discusión sobre la composición de la vacuna y sobre la prevalencia de la enfermedad neumocócica por los distintos serotipos en España (y en su distintas autonomías). Asimismo, sería necesario valorar la conveniencia de incluir otras vacunas en el calendario vacunal (como la vacuna contra la varicela) y analizar la secuencia global y el contenido de dicho calendario.

De hecho, a partir del escrito de Juan Gérvas (actualmente médico en Canencia de la Sierra), miembros de diversas sociedades científicas escribimos al Ministerio y éste reaccionó informando por teléfono de que: 1/dio su visto bueno a otro texto distinto del utilizado por la Asociación Española de Pediatría, a la que mandará una carta para poner las cosas en su sitio, 2/tiene un grupo de estudio de la vacuna antineumocócica, que está considerando todos los aspectos de su introducción, incluyendo los posibles problemas de interferencias con la vacuna contra la meningitis C, y la situación nacional de los serotipos de neumococos, 3/a través de la Dirección General de Farmacia, establecerá un expediente al laboratorio que produce la vacuna antineumocócica para aclarar sus actividades promocionales, 4/ mandará una carta a todos los consejeros de sanidad, y abordará en el Consejo Interterritorial este problema, para tratar de evitar una conducta irracional y 5/agradece la actitud de todos los profesionales que se han tomado interés por esta cuestión, y que han «bombardeado» al Ministerio con correos-e.

Por el momento no existe constancia de que el análisis coste-efectividad avale la introducción de una vacuna contra las enfermedades neumocócicas infantiles. La difusión de información objetiva y veraz debe servir para evitar que se dispare la alarma social en estos casos y, a su vez, para propiciar que las decisiones de política sanitaria se tomen de manera racional, tanto desde un punto de vista clínico como económico. Parece sensato recomendar que los instrumentos que están a nuestro alcance para informar el proceso de toma de decisiones, como por ejemplo el análisis coste-efectividad, se utilicen para tal fin.

Rosa Urbanos, Txomin Uriarte y Vicente Ortún, por la Junta Directiva de AES

RELACION DE PREMIOS CONCEDIDOS EN LAS XXI JORNADAS DE ECONOMIA DE LA SALUD, OVIEDO 2001

Beca Bayer de Investigación en Economía de la Salud, Edición X

"Urgencias Hospitalarias versus Urgencias en Atención Primaria en Asturias: Un análisis de cointegración"; Víctor Fernández Blanco (investigador principal), David Oterino de la Fuente, José Baños Pino y Ana Rodríguez Álvarez.

Premio a la mejor comunicación oral

"Reducción de las Listas de Espera y Grado de Utilización de la Capacidad Instalada en los Hospitales Españoles"; Magda Solá Tey y Diego Prior.

Premio a la mejor comunicación presentada por un autor menor de 35 años (premio cedido por el ganador del año pasado, Pedro Pita)

ex aequo, a:

"Valoración económica de los impactos en la salud de la contaminación. Resultados de un experimento de elección"; María Xosé Vázquez.

"Efecto del formato de pregunta en los experimentos de preferencias declaradas en salud"; Jose Araña Padilla

Premio a la mejor comunicación gráfica (póster)

"Evaluación de la implantación de cincuenta y cuatro procedimientos clínicos en el hospital de Mataró"; Joan Berenguer y Margarita Esteve.

Premio a la mejor comunicación oral de contenido asturiano

ex aequo, a:

"Análisis de costes comparativos entre dos laboratorios clínicos"

B Fernández Minguela, M Vinuesa Iñiguez y LM Para Fernández

"Evolución de la hospitalización de los mayores de 64 años en Asturias"; F. Suárez García y D Oterino de la Fuente.

BOLSAS DE VIAJE

Por acuerdo de la Junta Directiva de AES se comisionó a Anna García Altés, María del Puerto López del Amo y Ricard Meneu de Guillerna para valorar las solicitudes de concesión de Bolsas de Viaje 2001 para participación en congresos.

Los expedientes remitidos incluían dos candidaturas para participar en las XXI Jornadas de Economía de la Salud (Oviedo) y otras dos para el congreso de iHEA (York), correspondientes a los siguientes solicitantes: Oviedo:

- Jorge Arellano Lucena, quien presenta tres comunicaciones
- Carmen Pérez Romero, quien presenta las mismas.

York:

- José Luis Alfonso Sánchez, quien presenta una comunicación.
- Jorge Arellano Lucena, quien presenta otra comunicación.

Estando convocadas 10 bolsas para Oviedo para investigadores menores de 30 años y tan sólo una para York, una vez valorada la documentación aportada y tras las oportunas deliberaciones, se acuerda unánimemente:

1) Adjudicar sendas bolsas para las Jornadas de Economía de la Salud a los dos únicos solicitantes, Jorge Arellano y Carmen Pérez, dado que ambos cumplen el requisito etario y participan en las jornadas.

2) Adjudicar la única bolsa para acudir a la reunión de iHEA en York a Jorge Arellano, considerando - entre otros méritos - como criterio preferencial el espíritu de las otras bolsas: estimular a los jóvenes investigadores.

3) Recomendar que en lo sucesivo se de mayor difusión a la existencia de estas bolsas, pues el número de solicitudes resulta sorprendentemente escaso considerando que las exigencias establecidas para su concesión son mínimas.

REUNIÓN DE JUNTA DIRECTIVA DE SESPAS 26 de junio de 2001

Se trató de la Base de datos de identificación, que se colgará de la página web. Modificación de los estatutos y proceso electoral 2001 (los candidatos se presentarán en octubre), congreso de Zaragoza (noviembre de 2001), Informe SESPAS (los borradores se colgarán en la web del Congreso de Zaragoza), Gaceta Sanitaria y Presupuestos 2001-2002.

Entran en SESPAS tres nuevas sociedades: Sociedad Española de Epidemiología Psiquiátrica (SEEP), Sociedad Española de Salud Ambiental (SESA) y Sociedad Española de Farmacéuticos de Administración Pública

La página web de SESPAS es: www.sespas.es

EXTRACTO DEL ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL DE AES. Oviedo, 7 de junio de 2001

1. Informe de la Junta Directiva

Además de los puntos que se recogen en la memoria 99-00, que se había distribuido con anterioridad, se comenta el documento «Guía de Buena Práctica Congresual» y la admisión de nuevos socios.

2. Jornadas de AES

J.M. Cabasés, presidente del Comité de Organización de Pamplona 2002, comenta los plazos. Se mantiene Cádiz para 2003 y se propone Tenerife para 2004.

Se proyecta la redacción de un documento sobre "Directrices de ética para patrocinadores de Jornadas".

3. Propuesta de cambio de bases de Beca Bayer.

4. Relaciones con SESPAS

Se propone el acceso libre a la totalidad de la versión electrónica de Gaceta Sanitaria y la regulación de condiciones de utilización de la cabecera en resúmenes, monográficos, etc.

5. Cuentas y presupuestos

Se aprueban.

6. Renovación Junta Directiva

Cesan Juan Ventura, Javier Callau y Vicente Ortún. Resultan elegidos Vicente Ortún, Rosa Urbanos y Juan Ventura, y se decide que Francisco Gómez Luy asista a las reuniones de Junta en calidad de invitado.

7. Se respalda la candidatura de CRES para organizar el 5º Congreso de iHEA en Barcelona en 2005.

REUNIÓN DE JUNTA DIRECTIVA

El 7 de junio de 2001 en Oviedo, con ocasión de las XXI Jornadas, se reúne para realizar la preparación inmediata de los puntos a presentar en la Asamblea General.

El mismo 7 de junio, después de la Asamblea, se procede a la elección de cargos de la Junta.

NUEVOS SOCIOS INSTITUCIONALES

- Servicio Balear de Salud. Contacto: Juli Fuster, que ha sido nombrado Gerente del Servicio.

- Laboratorios Esteve. Contacto: Josep Cardona.

JUNTA DIRECTIVA AES 2001/02

Presidente: Vicente Ortún.

Vicepresidenta: Beatriz González López-Valcárcel.

Vicepresidente: Ricard Meneu.

Secretario: Julio Marco Franco.

Tesorera: Anna García-Altés.

Vocales: Juan Ventura, Txomin Uriarte, Mª del Puerto López del Amo, Rosa Urbanos.

Los trabajos aparecidos en este boletín están escritos por especialistas. Las opiniones expuestas por sus autores no son necesariamente las de AES.

ASOCIACION ECONOMIA DE LA SALUD

Sardenya, 229 6º 4ª

Teléfono 231 40 66 - Fax 231 35 07

08013 BARCELONA

HORARIO

Lunes a Viernes:

de 10 a 2 y de 3 a 7