



Economía y Salud

boletín informativo

AÑO 16 ENERO 2003 n° 46

ASOCIACIÓN
DE ECONOMÍA
DE LA SALUD

en este número

	pág.
EDITORIAL	1
JORNADAS AES	3
– Jornada Técnica AES, Madrid, enero 2003	
– XXIII Jornadas AES. Cádiz, junio 2003.	
TEMAS	6
– Los medicamentos excluidos de la financiación pública. Las decisiones de control del gasto de 1993-1998.	
– Comparación de procesos y resultados entre agencias de evaluación de tecnologías: ¿Se está haciendo lo mismo?	
TESIS	9
– Resultados en cirugía general de un hospital de área: Análisis de mortalidad intrahospitalaria, reingresos y complicaciones.	
– Modelización econométrica a través de simulaciones de Monte Carlo vía Cadenas de Markov (MCMC) en valoración contingente.	
– Resultados fundacionales, calidad de vida y satisfacción, en la rehabilitación tras artroplastia de rodilla.	
LIBROS	12
VARIOS	13
– De Boston a Nueva York... Y tiro porque me toca.	
– Convenio marco de colaboración entre la Asociación de Economía de la Salud y el Instituto de Estudios Fiscales.	
– Becas de Investigación en Economía de la Salud.	
NOTICIAS DE AES	16

editorial

Sección coordinada por Laura Cabiedes
(lcabie@correo.uniovi.es)

INFORMACIÓN, ECONOMÍA Y SALUD

Ricard Meneu



Información sobre "Economía y Salud"

Si alguien confiaba en que la sustitución de Txomin al frente de la redacción de este boletín supondría una relajación en la tenacidad que acompaña los encargos para colaborar en el mismo, estoy en condiciones de afirmar, como el aviso sobre la puerta del Canto III de la Comedia del Dante, "Lasciate ogne speranza". El nuevo equipo de "Economía y Salud" muestra una porfía similar a la de su predecesor. !!! Y además son más!!!!.

Cumplida ya, aunque con malas artes, la función informativa exigible a todo artículo, puedo dedicar las 1.500 palabras restantes a formular algunas reflexiones que, manteniendo una ilación con lo anterior, también versan sobre las relaciones de la información con la economía de la salud. Cuando por un supuesto turno de reparto se me comisionó este editorial pensé entregar un nuevo escrito sobre la relevancia de la variabilidad de la práctica médica (VPM) y sus implicaciones para distintas áreas de la economía de la salud y la gestión sanitaria. Al fin y al cabo esta vez tenía algunos pretextos plausibles para hacerlo. En mayo estuvo Wennberg –el padre de los modernos estudios sobre las VPM–, impartiendo un seminario en Madrid sobre sus investigaciones y sobre ese encomiable esfuerzo, tan necesario también para el SNS, que es el Dartmouth Atlas of Health Care (www.dartmouthatlas.org). Y este verano Masson publicó, en la colección "Economía de la Salud y Gestión Sanitaria" que dirige Vicente Ortún, el libro "Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones", que recoge algunos de los trabajos llevados a cabo en los últimos años sobre las implicaciones de las VPM.

Sin embargo, un prurito papirófilo me hizo acudir a la hemeroteca y comprobar que sobre eso ya habíamos escrito un editorial Voro Peiró y yo allá por el año 1994, que se publicó en el número 19 de este boletín. Una inveterada afición al onanismo –en este caso a dos manos– me llevó a su relectura, en la que comprobé que hace casi una eternidad considerábamos urgente abordar una agenda de investigación que incluyera: "1) identificar las áreas reales de incertidumbre, 2) asegurar la difusión de la información, y 3) ofrecer a los pacientes oportunidades de elección informada".

Como los proyectos se redactan para incumplirlos, a estas alturas de nuestro descontento me sorprendió reparar en que el libro citado se orientaba a dar respuesta al primer punto de ese programa mínimo, y que una vez cumplido con él, las cuestiones a las que venimos prestando una especial atención se refieren a la "difusión de la información" y a las "oportunidades de elección informada".

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

Editora del boletín:
Rosa Urbanos (urbanos@ccee.ucm.es)

Comité de Redacción:
Laura Cabiedes, Ana Rico, Jaime Pinilla, Josep Fusté, Fernando San Miguel, Anna García-Altés y Puerto López del Amo.

Han colaborado en este número:
Ricard Meneu, Natalia Martín Cruz, Ana María Gutiérrez, Ana Isabel Rodríguez, Paco Gómez Luy, Javier Aguiló, Jorge Araña, Mª José Navarro, Anna García y Pere Ibern, entre otros.

Toma de decisiones informadas

Una interpretación común de las VPM las atribuye a los diferentes problemas de información que afectan tanto a la oferta como a la demanda de servicios sanitarios. Sin embargo la mayoría de trabajos que adoptan esta perspectiva se centran en el lado de oferta y concluyen que los médicos actúan como si no compartiesen la misma información sobre la productividad de las intervenciones que realizan. Este enfoque es razonable si se considera que el desacuerdo apreciado sobre el “adecuado” nivel de producción (“a quién tratar”) es mucho mayor que el que se refiere a la cantidad y tipo de servicios que requiere cada individuo etiquetado como “paciente” (“cómo tratar”). Cosa distinta sería si imagináramos un escenario diferente del habitual, en el que los usuarios fueran sistemáticamente informados de los riesgos y beneficios de los tratamientos disponibles y estuvieran activamente implicados en el proceso de toma de decisiones, en cuyo caso las discrepantes tasas poblacionales observadas se deberían a las elecciones de los pacientes entre opciones apropiadas, más que a las preferencias de los médicos, a sus divergentes respuestas ante los problemas de información, o al resultado de la aplicación de recomendaciones de paneles de expertos dirigidas a un inexistente “paciente promedio”.

Y sin embargo el papel de los pacientes en la toma de decisiones sobre su salud es, o consideramos que debería ser, central. Si los médicos discrepan enormemente sobre el mejor modo “objetivo” de abordar un problema sanitario, ¿cómo no ampliar el reducido espacio que en la decisión sobre alternativas clínicas se concede a las preferencias “subjetivas” de cada paciente?. Máxime cuando cada vez menos actuaciones sanitarias se traducen en mayor cantidad de vida, y se orientan más hacia una mejora en la calidad de ésta, dimensión intrínsecamente subjetiva. Pero para definir qué se prefiere se precisa información. Los pacientes son inequívocamente decisores en lo que respecta a sus autocuidados y medidas de prevención, así como en la determinación del momento en que consideran que deben acudir a la consulta de un facultativo, o en cuanto a su evaluación del curso de los tratamientos a que se someten. Para todo ello estos decisores necesitan información sobre la enfermedad y sus síntomas, las opciones diagnósticas y terapéuticas disponibles, los modos de prevención, los proveedores asistenciales a su alcance y la calidad de éstos.

La propugnación de nuevos modos de adoptar las decisiones clínicas relevantes – “decisiones informadas”, “toma de decisiones compartidas”, etc. – ha experimentado un avance paralelo a las facilidades de acceso a más y mejor información sanitaria que posibilitan las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC). La disponibilidad a bajo coste de información adecuada opera sobre la relación médico-paciente reduciendo la asimetría informativa. El derrumbamiento de muchas barreras de acceso a la información propiciado por las nuevas formas de difusión del conocimiento científico ha facilitado materializar el interés por disponer del saber más preciso sobre la propia patología. En términos de tiempo y esfuerzo, los costes de información han sufrido una importantísima reducción para los usuarios, sin contar con la desaparición del cuasi-monopolio de la información que de facto ejercían las profesiones sanitarias. Mucha información que hasta ahora era física e intelectualmente inaccesible para la mayoría de la gente, está hoy disponible en la red en formatos complacientes con el lector. Para quienes crean que la información más académica resulta incomprensible para los legos puede ser de interés saber que los responsables de la National Library of Medicine estiman que la mitad de las

búsquedas en el sistema son realizadas por no profesionales. La historia del paciente que acude a la consulta del médico armado de artículos descargados de la red ha pasado de ser una viñeta cómica a una leyenda urbana, para acabar convirtiéndose en una experiencia realmente vivida por muchos clínicos

La economía de la salud y la difusión de información

Esta información necesaria para la toma de decisiones reúne ciertas características de especial interés desde la perspectiva de la economía de la salud: 1) Se trata de un bien de experiencia o de reputación, ya que antes de conocer la utilidad de una información es preciso consumirla o confiar en alguna señal externa a ella. Se carece de información “ex ante” sobre la calidad y otras características del producto. 2) Presenta rasgos de bien público, pues a menudo reúne las condiciones de no rivalidad y no exclusión, dos de las que definen estos bienes. 3) Muestra importantes retornos de escala, pues la información tiene normalmente unos elevados costes fijos de producción y unos costes marginales de reproducción muy bajos.

En el ámbito sanitario determinados productos de información apuntan la presencia de interesantes desequilibrios entre oferta y demanda al ser patente un exceso de producción que no se acompaña de una difusión y adopción proporcional. Diferentes trabajos sobre economía de la información han descrito las consecuencias de situaciones similares a ésta. En primer lugar la buena información se hace más difícil de encontrar porque queda anegada entre el flujo de productos de baja calidad, que en general son más baratos de producir o reciben subsidiación cruzada desde otros artículos de sus promotores. Además, la sobreabundancia contribuye a un alejamiento de los consumidores. Varian acuñó una “Ley de Malthus” de la información según la cual la oferta de información crece exponencialmente mientras su consumo lo hace de modo lineal. Consecuentemente, pese a la existencia de productos de elevada calidad, la dificultad de identificarlos (costes de búsqueda) y los riesgos de una elección equivocada entre las alternativas, desplazan la atención hacia productos sustitutivos. También se ha postulado una “Ley de Gresham” de la información que afirma que la mala información desplaza a la buena y su abundancia produce una paradójica hambruna. Su general gratuidad puede hacer olvidar la principal restricción que afecta a su manejo: los límites de la comprensión humana. Como apunta la conocida sentencia de Herbert Simon, “Es obvio lo que consume la información: consume la atención de sus receptores. Por eso una exuberancia de información genera una pobreza de atención”.

Las tecnologías de la información y comunicación aplicadas a salud han de influir sobre algunas de estas variables, así como sobre la accesibilidad de los servicios o la continuidad de los cuidados entre los niveles asistenciales. La llamada “sociedad de la información” ofrece un nuevo marco donde solucionar problemas de forma innovadora, contribuyendo a un mayor grado de salud y bienestar. Ante las importantes modificaciones de los roles tradicionales de médicos y pacientes que facilitan las TIC y dada la relevancia que los problemas de información revisten en la utilización de servicios sanitarios, las aportaciones de la economía de la información resultan un instrumental útil en la búsqueda de una asistencia sanitaria más eficiente y atenta a las preferencias de sus beneficiarios. Las investigaciones desde la economía de la salud pueden ayudar en esta tarea.

JORNADA TÉCNICA DE LA ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD

NUEVOS INSTRUMENTOS DE INTEGRACIÓN Y COOPERACIÓN SANITARIA



MADRID, 31 de ENERO de 2003



A finales de 2001 se publicaron los Reales Decretos de traspaso de las funciones, bienes y servicios del INSALUD a las diez Comunidades que no tenían asumidas dichas funciones. Este hecho ha supuesto un cambio notable en el Sistema Nacional de Salud y en la organización territorial del Estado.

Durante años anteriores la financiación sanitaria se revela como cuestión prioritaria en las distintas agendas políticas. Buena parte de las preocupaciones de los investigadores se orientan a los aspectos relativos a la financiación de dichos traspasos y al impacto que tendría sobre el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas. De ahí la nueva articulación del sistema de financiación autonómica, que se plasma en el Acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 27 de julio de 2001.

En el año 2002 se ha producido la asunción de dichos traspasos, así como el arranque de las estructuras de gestión en las diferentes Comunidades, para articular la prestación de servicios sanitarios a su población. Ello hace que el 2002 se configure como un año de transición entre distintas estructuras de gestión, consecuencia del traspaso.

Por tanto, los problemas que se plantean en el futuro pasan por la articulación de relaciones entre Servicios de Salud y la vertebración del Sistema Nacional de Salud, dentro del contexto de un modelo de organización territorial en el que todas las Comunidades asumen las mismas competencias. Este modelo de organización territorial, que inicia su andadura con la Constitución de 1978, alcanza su madurez con los cambios introducidos en su régimen de financiación y con la plena asunción de las competencias sanitarias.

En este contexto, la Jornada Técnica se plantea como foro de encuentro y debate especializado. En el programa que sigue se abordan cuestiones sobre la integración desde tres perspectivas relevantes: institucional, conocimiento y operativa de los servicios sanitarios. La conjunción de éstas permitirá un funcionamiento armónico y solidario del Sistema Nacional de Salud.

PROGRAMA

8:30-9:00. **Inscripción y recogida de documentación.**

9:00-9:30. **Ceremonia de Apertura.**

Presidentes de AES y del Comité Organizador. *Presentación de la Jornada.*

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. *La cooperación horizontal entre Autonomías como instrumento de integración sanitaria.*

9:30-10:00. **Conferencia inaugural.** Moderador: Vicente Ortún

Lluís Bohigas (MSC). *Instrumentos prioritarios de integración sanitaria: el caso español en perspectiva europea comparada.*

10:00-12:00. **La integración institucional.** Moderador: Rosa Urbanos

Guillem López (Univ. Pompeu Fabra), Ana Rico (Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios). *¿Qué podemos aprender de la experiencia previa? Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías.*

Ana Herrero (UNED), Alfonso Utrilla (UCM). *La financiación de la sanidad en un contexto descentralizado.*

José Asua (Osteba, Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias). *Estrategias de colaboración en evaluación de tecnologías: situación presente y propuestas de futuro.*

José Vida Fernández (Univ. Carlos III de Madrid). *Integración en las relaciones institucionales entre la industria farmacéutica y las Administraciones Públicas.*

12:00-12:30. **Café**

12:30-14:30. **La integración del conocimiento.** Moderador: José Ramón Repullo

Albert Jovell (Fundació Biblioteca Josep Laporte). *¿Es mejor ignorar que conocer?: La insostenible levedad de los sistemas sanitarios basados en el conocimiento.*

José Luis de Sancho (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias). *La Agencia Española de Evaluación de Tecnologías y su papel en la integración del conocimiento: potencialidades y proyectos.*

Manuel Carrasco (Instituto de Salud Carlos III). *Las redes temáticas como instrumentos de integración en el ámbito de la investigación básica: situación y perspectivas de futuro en España.*

Antonio García Romero (Univ. Carlos III de Madrid). *La evaluación del impacto socioeconómico de la investigación sanitaria.*

14:30-16:30. **Comida.**

16:30-18:30. **La integración operativa de los servicios sanitarios.** Moderador: Francisco Sánchez Prieto

Francisco Sánchez Prieto (Consejería de Sanidad de la CAM). *Información y Autonomías (1983-1993): la Alta Inspección en el contexto de la descentralización sanitaria.*

Mercedes Alfaro (MSC). *El reto de la información integrada en el Estado de las Autonomías.*

Víctor Calleja (Servicio Navarro de Salud). *La historia clínica como instrumento de integración de la información sanitaria: posibilidades y problemas.*

Álvaro Santos (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha). *Instrumentos de integración jurídica: Las garantías de tiempos de espera en perspectiva internacional comparada.*

18:30-19:00. **Clausura.** Moderadora: Rosa Urbanos

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategias de integración sanitaria en el Estado de las Autonomías.*

Conclusiones: Rosa Urbanos (Presidenta del Comité Organizador).

Jornada declarada de interés sanitario

INFORMACIÓN

Comité Organizador

Rosa Urbanos (Presidenta), Félix Lobo, Juan Oliva, José Ramón Repullo, Ana Rico, Santiago Rubio, Francisco L. Sánchez Prieto y Pedro Tamayo.

Lugar de celebración

Salón de Actos del Instituto de Estudios Fiscales. Edificio A.
Avda. Cardenal Herrera Oria, 378.

Fecha

31 de enero de 2003

Información e inscripciones

www.ief.es

e-mail: jornada_tecnica_aes@cee.uned.es



Gestión Clínica y Sanitaria: actualizando la agenda

XXIII Jornadas AES-CÁDIZ, 4 al 6 de junio de 2003

PRESENTACION

Desde que en 1995 AES dedicó sus XV Jornadas a los "Instrumentos para la gestión en sanidad" se han producido numerosos cambios en el entorno sanitario, en algunos casos de gran trascendencia. Baste citar la culminación de los procesos de transferencias, que pone a la orden del día los aspectos de coordinación del Sistema Nacional de Salud y de desarrollo de los sistemas de indicadores que puedan dar un soporte de información a esta coordinación, la irrupción de la Medicina Basada en la Evidencia, con su correlato de difusión de guías de práctica y trayectorias clínicas, el desarrollo de nuevas formulas de gestión, los intentos de desarrollar una mayor coordinación y cooperación entre atención primaria y especializada, o los importantes desarrollos en gestión de procesos, calidad, gestión clínica, etc., en algunas Comunidades. También hay que señalar que –tanto desde la perspectiva de la investigación en servicios de salud como de la economía de la salud– se han realizado avances sustanciales en el conocimiento de la productividad de los servicios sanitarios, la evaluación de la eficiencia y efectividad de los distintos proveedores, la modelización de la oferta y los comportamientos de la demanda (de especial interés en problemas como las listas de espera o la saturación de las urgencias hospitalarias), las tecnologías de la información y comunicación, etc.

Todos estos aspectos aconsejan **actualizar la agenda de gestión clínica y sanitaria**, tema que será el eje central de las **XXIII Jornadas de Economía de la Salud** a celebrar en Cádiz. Esta vez, y además –y como siempre– de a los economistas de la salud, las Jornadas están claramente orientadas a un amplio conjunto de responsables políticos, de gestión, clínicos con responsabilidades gestoras, interesados en aspectos de calidad y sistemas de información, y todos aquellos que intentan orientar la toma de decisiones de gestión a partir de bases rigurosas, más allá de las modas al uso.

Existen otras razones para que las personas que formamos parte de algunos de estos colectivos –y en especial los socios de AES– participemos muy activamente en las Jornadas de Granada. Las Jornadas AES son también una forma de conocer a "otros" que comparten valores y comparten diferencias con nosotros, conocer "otros" problemas y "otras" soluciones y, a veces, de reconocernos –o de reconocer– en las maneras comunes de intentar resolverlos. Las Jornadas AES son, sobre todo, compartir ideas y experiencias con amigos de diversos lugares y entornos, sin dejar de saber que seguimos en casa.

Aunque las agendas –las nuestras– cada día están más cargadas, ahora es el momento de tachar los días 4, 5 y 6. Cádiz, que desde luego y más allá de nuestros debates, tiene atractivos propios, es sin duda, el mejor lugar para actualizar la agenda de la gestión clínica y sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, que es, un poco, la agenda de todos.

COMITE ORGANIZADOR

Presidente:

Rafael de la Torre Carnicero

Vocales:

Angel Garijo Galve

Rafael Burgos Rodríguez
Francisco Gómez Luy
José Miguel Sánchez Muñoz
M^a Puerto López del Amo
Rafael Carretero Guerra
M^a José Cabeza de Vaca Pedrosa
Antonio Pineda Soriano
Mónica García-Orea

COMITE CIENTIFICO

Presidente:

Salvador Peiró

Vocales:

Manuel Larrán Jorge
Francisco Martos Crespo
Diego Prior Jiménez
José Martín Martín
Francisco Gómez Luy
Yolanda Calzado Cejas
Teresa García Valderrama
Fernando Martín Alcázar
María Vélez Elorza

INFORMACION

Hospital Universitario "Puerta del Mar"
XXIII Jornadas de Economía de la Salud
Avda. Ana de Viya 21 (5^a planta)
11009 Cádiz
Telf.: 956 002529
Fax: 956 002220
aes2003cadiz@hpm.sas.junta-andalucia.es

SECRETARÍA TÉCNICA

Viajes El Corte Inglés S.A.
956 859722 - 956 856522
Fax: 956 854946
cadiz@viajeseci.es

Página WEB

www.cica.es/aliens/jaescadiz

FECHAS IMPORTANTES

31 de marzo de 2003

Fecha límite para el envío de comunicaciones

5 de mayo de 2003

Fecha límite para el envío texto completo de las ponencias y de las comunicaciones aceptadas y de las ponencias

**4 de junio de 2003: Taller BBVA
Cuadro de Mandos y Contabilidad de Gestión:
Avances/Experiencias internacionales**

4-6 de junio de 2003

Jornadas de Economía de la Salud

5 de junio de 2003

Asamblea de la Asociación de Economía de la Salud.

6 de junio de 2003

Cena de clausura

TEMAS

Las líneas centrales de las XXIII Jornadas de Economía de la Salud se desarrollarán en torno a temas como:

COORDINACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE SALUD: coordinación entre niveles asistenciales y entre unidades del mismo nivel, gestión integrada de áreas de salud, gestión de enfermedades.

GESTION DESCENTRALIZADA Y COORDINACION EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: situación del sistema tras las transferencias, Ley de cohesión, sistemas de información para la coordinación.

INDICADORES DE ACTIVIDAD Y RENDIMIENTO (Performance indicators)

TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACION Y COMUNICACIÓN: la información como medio y las tecnologías como vehículo, el papel de internet, de los datos a la toma de decisiones.

GESTION CLÍNICA Y CALIDAD ASISTENCIAL: certificación, normas y modelos, gestión por procesos, guías de práctica y trayectorias clínicas, audit clínico, indicadores de calidad, la medida de calidad en la atención primaria, etc.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN CENTROS SANITARIOS: Sistemas de información para la gestión clínica, sistemas de clasificación de pacientes, integración de la información clínica y administrativa, sistemas de información para la coordinación entre atención primaria y especializada, aplicaciones de las bases de datos administrativas (CMBD).

UTILIZACION DE SERVICIOS Y LISTAS DE ESPERA

MEDICAMENTOS: UTILIZACION Y COSTES: estrategias para el control del gasto

CAMBIO ORGANIZATIVO Y NUEVAS FÓRMULAS DE GESTIÓN: Bases y requisitos para los diseños contractuales, sistemas de base capitativa, Innovaciones organizativas

GESTIONANDO PERSONAS: nuevos modelos retributivos, incentivos, carrera profesional...

ESTRATEGIAS DE REDUCCION DE INCERTIDUMBRE. Evaluación de tecnologías sanitarias, Medicina Basada en la Evidencia, efectividad de la práctica clínica (outcomes research), guías de práctica clínica, difusión de la información e incorporación a la clínica y a la gestión sanitaria.

CONTABILIDAD Y COSTES EN SANIDAD: Control de Costes, contabilidad y precios, coste por proceso...

Como siempre, las JORNADAS DE ECONOMIA DE SALUD mantendrán los espacios de debate para los temas más clásicos de la disciplina:

EQUIDAD, EFICIENCIA, EVALUACION ECONOMICA, REGULACION Y FINANCIACION DE LOS SERVICIOS SANITARIOS,

PONENTES

Entre otros, está prevista la participación como ponentes de:

Angel Garijo

Joanne Coast

Peter West

David Naylor

Ricard Meneu: Vice-Presidente de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

Joan Josep Artells: Director General de la Fundación Salud, Innovación, Sociedad.

Rafael Blasco

Manuel Larrán: Catedrático de la Facultad de CC.EE. de Cádiz.

Taller Fundación BBVA

Financiado por la Fundación Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, el 4 de junio de 2003 se realizará el taller:

Cuadro de Mandos y Contabilidad de Gestión:

Avances/Experiencias internacionales

COMUNICACIONES

Remitir antes del **31 de marzo de 2003** un resumen de la comunicación.

El modelo puede obtenerse en la página web de las Jornadas, enviándolo por correo electrónico, fax o correo ordinario a:

Hospital Universitario "Puerta del Mar"

XXIII Jornadas de Economía de la Salud

Avda. Ana de Viya 21 (5ª planta)

11009 Cádiz

Telf.: 956 002529 - Fax: 956 002220

aes2003cadiz@hpm.sas.junta-andalucia.es

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 poster, **antes del 20 de abril de 2003.**

El texto definitivo de las comunicaciones aceptadas deberá ser remitido mediante correo electrónico antes del **5 de mayo de 2003.** La extensión máxima del texto no superará las 4000 palabras.

BECAS – PREMIOS

Becas de Asistencia a las Jornadas de Cádiz 2003 para socios de AES menores de 35 años

La Asociación convoca 5 becas de 300 € e inscripción gratuita a las Jornadas para aquellos socios menores de 35 años que presenten una comunicación a las XXIII Jornadas AES de Cádiz

Inscripciones reducidas

Los estudiantes de pregrado menores de 30 años de cualquier licenciatura podrán inscribirse en las Jornadas a precios reducidos.

XII Convocatoria Becas AES de Economía de la Salud para proyectos de investigación

Financiadas por la empresa Química Farmacéutica Bayer S.A., durante las Jornadas de Economía de la Salud se hará público el fallo de las Becas de AES de ECONOMIA DE LA SALUD para proyectos de investigación dotadas con 12.000 €.

Premios a Comunicaciones científicas

Financiado por AES, se otorgarán 3 premios (mejor comunicación oral, mejor comunicación gráfica y mejor comunicación de tema local) a las mejores comunicaciones a juicio del Jurado establecido al efecto.



LOS MEDICAMENTOS EXCLUIDOS DE LA FINANCIACIÓN PÚBLICA. LAS DECISIONES DE CONTROL DEL GASTO DE 1993-1998

Natalia Martín Cruz - Ana María Gutiérrez Arranz - Ana Isabel Rodríguez Escudero
Universidad de Valladolid

RESUMEN

Las dos decisiones de exclusión de medicamentos de la financiación estatal, separadas cinco años en el tiempo, han estado sometidas –sobre todo la segunda– a numerosas críticas como consecuencia de la opinión generalizada de que el Estado trataba de satisfacer en exceso el objetivo de control del gasto en detrimento de la protección del bienestar público. A fin de ahondar en la controversia suscitada por el “Medicamentazo”, presentamos en este trabajo una caracterización de los medicamentos excluidos de la financiación en 1993 y 1998 elaborada a partir del tiempo de permanencia en el mercado en el momento de la exclusión, de la categoría terapéutica, de la presentación de la especialidad, de la forma de prescripción y de la fecha de baja del registro –cuando sea el caso–. Tras la caracterización del conjunto de medicamentos sin referencia al año concreto en el que entraron a formar parte de las listas negativas, pasaremos a establecer las diferencias más relevantes entre los excluidos en 1993 y en 1998.

1. La decisión de exclusión de los medicamentos de la financiación pública como mecanismo de control del gasto

Los procesos de descentralización sanitaria, el envejecimiento de la población y la sofisticación de las técnicas necesarias para el tratamiento de ciertas enfermedades, entre otros factores que sería prolijo citar, son algunas de las circunstancias que explican el elevado gasto sanitario de la mayor parte de países europeos. Dentro de él, la partida farmacéutica aparece como uno de los principales capítulos. Concretamente, en España se sitúan por encima de la media comunitaria tanto el peso del gasto farmacéutico sobre el gasto sanitario total, como el gasto farmacéutico *per cápita* (Antúnez, 1999; Puig, 1999).

El incremento experimentado por esas dos magnitudes y, en general, la dificultad para soportar el ritmo de crecimiento de los gastos sanitarios, ha provocado que las prestaciones asociadas a la garantía del Estado del Bienestar estén siendo objeto de un replanteamiento (López y Casasnovas, 1998: 283). Uno de los instrumentos más notorios de control del gasto farmacéutico establecido por las autoridades sanitarias

es la medida conocida vulgarmente como “medicamentazo”. Tal medida se tomó por primera vez en 1993 (Real Decreto 83/93, Orden Ministerial de 06/04/1993) y supuso la retirada de la financiación de 1120 especialidades farmacéuticas. En 1998, a esa cantidad se añadieron otros 701 fármacos (Ley 25/1990, Orden Ministerial de 24/07/1998).

A partir de ese momento, y de forma periódica, las Autoridades Sanitarias¹, considerando criterios generales, objetivos y publicados², tienen la responsabilidad de decidir si un determinado medicamento pasará o no a engrosar las listas de medicamentos financiados por la Administración Pública. Este mecanismo, que recibe la denominación de listas negativas, entraña la necesidad de conceder una atención individual a cada uno de los medicamentos en el momento del registro con respecto a su financiación (lista positiva).

La exclusión de la financiación es una actuación pública no exenta de reacciones contrapuestas, especialmente en lo que atañe a la postura de los laboratorios farmacéuticos. Farmaindustria, que agrupa la voluntad e intereses de estas empresas, tiene que manifestar su conformidad con la propuesta de exclusión para que la decisión sea finalmente aprobada. Y, a menudo, los objetivos de este organismo no son coincidentes con los de las Autoridades Farmacéuticas, ya que cuando un medicamento pasa a engrosar las listas negativas, su competitividad en el mercado se ve de algún modo alterada (Martín y otros, 2001b). La excepción a las diferencias entre la Administración y Farmaindustria se produce cuando la exclusión de la financiación brinda la posibilidad a los laboratorios de gozar de total libertad para fijar la estrategia de ciertos medicamentos, es decir, cuando un fármaco excluido que no precisa receta médica adquiere la condición de Especialidad Farmacéutica Publicitaria (EFP), situación que permite a la empresa que lo comercializa obtener mejores resultados. En muchos casos la experiencia demuestra que, pasado un periodo de tiempo, la exclusión provoca la sustitución en la prescripción del fármaco excluido por otro incluido con efectos terapéuticos similares pero con un precio superior, circunstancia que confirma la falta de efectividad de este

tipo de instrumentos de control del gasto (Nonell y Borrell, 1998: 126).

Pues bien, a fin de ahondar en la controversia suscitada por el “Medicamentazo”, en este breve artículo nos centramos en la caracterización de los medicamentos excluidos de la financiación en 1993 y 1998, tomando como atributos fundamentales para la descripción de cada especialidad: el tiempo de permanencia en el mercado, la categoría terapéutica, el tipo de presentación, la forma de prescripción y la fecha de baja del medicamento excluido. Particularmente, en el siguiente apartado se aportan algunos datos del conjunto de los medicamentos excluidos –sin establecer distinción entre las fechas de exclusión–, para finalmente pasar a establecer las principales diferencias entre los medicamentos excluidos en 1993 y en 1998. Una buena parte de la caracterización se realiza a partir de un análisis de supervivencia (paquete estadístico SPSS/PC+, versión 10), basado en una muestra aleatoria con afijación proporcional por el año de exclusión formada por 367 especialidades farmacéuticas, 224 excluidas en 1993 y 143 en 1998. La base de datos utilizada ha sido la base de datos del medicamento del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España (<http://www.cof.es/bot>).

2. Caracterización de los medicamentos objeto de exclusión de la financiación pública

El cincuenta por ciento de los medicamentos excluidos llevaban más de 23,18 años siendo financiados por el Estado. El elevado número de años de permanencia en el mercado de los medicamentos objeto de exclusión de la financiación nos conduce a afirmar que las autoridades dejan de financiar aquellos productos que ya han sido suficientemente “protegidos” o que han dejado de demostrar su eficacia como consecuencia de la aparición de un efecto de obsolescencia tecnológica. En una investigación llevada a cabo en fechas recientes se comprueba que aquellas categorías terapéuticas más afectadas por la decisión de exclusión de la financiación (categoría D, G, R, S, V) son las caracterizadas como menos atractivas por la elevada rivalidad y número de competidores y por el menor número de nuevos principios activos

(Martín y otros, 2001a)³. Así pues, cabe afirmar que el fomento de la eficiencia en los mercados farmacéuticos es un objetivo básico de las autoridades sanitarias además de la reducción del gasto en medicamentos.

Un análisis más detallado de la antigüedad de los medicamentos revela que las presentaciones oral y tópica excluidas, con unas medianas de 22,38 y 21,07 años, respectivamente, habían disfrutado de la financiación estatal un menor número de años que el resto de presentaciones. Considerando las categorías terapéuticas, las principales diferencias las marcan las categorías cardiovascular (C) y órganos de los sentidos (S). Los medicamentos de la primera que pasaron a las listas negativas habían sido financiados un menor número de años (concretamente 19,4), que el 50% del total de excluidos (23,18), frente a los medicamentos de la categoría S que, con una mediana de 30 años de permanencia en el mercado, se han revelado como los más antiguos de todos los excluidos⁴.

No es posible afirmar que exista discriminación alguna entre los medicamentos que precisan receta (22,67 años) y los correspondientes a otras formas de prescripción, lo cual puede producir cierta confusión al considerarse aquellos más necesarios para el paciente y, por tanto, con más derecho a que se dilate su financiación en el tiempo.

3. Diferencias entre los medicamentos objeto de exclusión en 1993 y en 1998

Las especialidades que fueron objeto de exclusión en 1993 tenían una edad media de 20,9 años y las excluidas en 1998, de 20,1. No existe, pues, diferencia en la antigüedad de los productos entre ambas decisiones de exclusión.

Se observan, sin embargo, diferencias entre los medicamentos excluidos en 1993 y en 1998 en cuanto a la categoría terapéutica objeto de intervención. Así, en 1993 no se retira de la financiación ningún medicamento de las categorías R (aparato respiratorio) y S (órganos de los sentidos), las cuales representan conjuntamente el 48% de los medicamentos excluidos en 1998. Las categorías A (aparato digestivo y metabolismo), C (aparato cardiovascular) y D (dermatológicos) dominan por completo en 1993 y suponen más de la mitad de las especialidades excluidas en 1998 (19%, 10% y 23%, respectivamente). Estos datos parecen reflejar la coincidencia de los objetivos de búsqueda de eficiencia en el medicamento y de competitividad en los mercados farmacéuticos, ya que revelan que las autoridades públicas han escalonado su intervención en ciertas categorías terapéuticas valoradas en nuestro anterior trabajo como menos competitivas (Martín y Gutiérrez, 2001).

Si atendemos al tipo de presentación (oral, un 57,5% de los excluidos, y tópica, un 23%) y a la forma de prescripción (un 30% de los excluidos son medicamentos que no necesitan receta médica), los porcentajes de medicamentos incluidos en las listas negativas en las dos fechas de referencia se aproximan a los valores de análoga magnitud correspondientes al universo de medicamentos comercializados en España.

La fecha de baja del medicamento nos advierte de la respuesta estratégica de los laboratorios a la aprobación de las listas negativas. La pérdida de competitividad y, en consecuencia, la reducción de las ventas con respecto a los fármacos financiados puede ser el motivo por el que algo más de un tercio de los medicamentos excluidos de la financiación son posteriormente dados de baja por los laboratorios (Martín y otros, 2001). En efecto, las bajas de medicamentos muestran una senda ascendente a partir del primer "medicamentazo" no exenta de altibajos. Precisamente, y a pesar de la falta de inmediatez de las decisiones de eliminación de medicamentos una vez que se ha producido la intervención estatal, las fechas de 1993 y 1998 marcan los puntos álgidos en cuanto al número de bajas. Los excluidos en 1993 tardan un tiempo de, aproximadamente, 3 años en darse de baja, mientras que para los de 1998 la baja es prácticamente automática. Con todo, la proporción de medicamentos excluidos que se da de baja tras la segunda exclusión (25%) es mucho menor que en la primera (40%). Esta diferencia puede ser justificada en términos de la temporalidad de la base de datos, es decir, del reducido número de años transcurridos desde la última decisión de exclusión.

Es destacable el caso de los fármacos que no precisan receta médica, ya que su inclusión en las listas negativas supone una ventaja para el laboratorio al gozar de una mayor libertad en la toma de decisiones relativas a su estrategia, especialmente la de precios.

BIBLIOGRAFÍA

Antúnez, F. (1999): "Análisis del gasto farmacéutico en la provincia de Granada", *Hacienda Pública Española*, vol. 149, pp. 3-12.

Costas Lombardía, E. (1998): "El gasto farmacéutico público y el acuerdo de la subcomisión: una nota", *Papeles de Economía Española*, 1998, pp. 141-148.

López .I. y G. Casanovas (1998): "Financiación autonómica y gasto sanitario público en España", *Papeles de Economía Española*, n. 76, pp. 2-15.

Martín Cruz, N. (2000): *Una aproximación a la política de los costes de transacción a través del análisis institucional comparado. La regulación de medicamentos en dos ámbitos institucionales. La indus-*

tria farmacéutica en España y en Estados Unidos, tesis pendiente de publicación, Universidad de Valladolid.

Martín Cruz, N., T. García Merino y A. Gutiérrez Arranz (2001): "How politics are induced? Modelling public policies for cost control into the pharmaceutical industry". *Iberoamerican Academy of Management fourth Professional Development Workshop*, Washington D.C., agosto.

Martín Cruz, N. y A. Gutiérrez Arranz (2001): *Relaciones de agencia en el sector farmacéutico español. Marco institucional y decisiones estratégicas*. *XI Jornadas Hispano-Lusas de Gestión Científica*, Cáceres, febrero.

Nonell, R. y J.R. Borrel, (1998): "Mercado de medicamentos en España. Diseño institucional de la regulación y de la provisión pública", *Papeles de Economía Española*. La prestación farmacéutica en España: Evolución y control, cap.2, pp. 113-132.

Porter, M.E. (1980): *Competitive Strategy*, Free Press.

Porter, M. (1985): *Competitive Advantage*, Free Press.

Puig Junoy, J. (1999): "La aplicación de precios de referencia a los medicamentos". *Cuadernos de Información Económica*, nº143, pp. 77-89.

Suñé, J.M^a. y Bel Prieto, E. (1997); *Legislación Farmacéutica Española*, 11 edición, p. 602.

¹ Específicamente, es la Comisión Nacional para el Uso Racional de los Medicamentos, creada en 1992 y adscrita al Ministerio de Sanidad, el órgano consultivo y de asesoramiento de la financiación pública que propone periódicamente los medicamentos que deben estar sujetos a condiciones particulares de financiación en el Sistema Nacional de Salud y cuáles deben ser excluidos de tal financiación. El Consejo Interterritorial de Salud es quien, finalmente, debe aprobar la decisión de exclusión (Suñé y Bel, 1997: 114; Costas Lombardía, 1998: 141-145).

² En concreto, se establecen como criterios: (a) la gravedad, duración y secuelas de las patologías, (b) las necesidades de ciertos colectivos, (c) la utilidad terapéutica y social del tratamiento, (d) la limitación del gasto público destinado a prestación farmacéutica y (e) la existencia de otras alternativas mejores o iguales a menor precio o inferior coste de tratamiento. No obstante, la decisión de financiación pública queda bastante abierta ya que el Gobierno puede determinar la exclusión total o parcial de determinados grupos de medicamentos cuando lo estime necesario.

³ En ese trabajo se plantea la hipótesis de que la decisión estatal de exclusión de la financiación viene condicionada por la estructura de cada categoría terapéutica -mercado-. La estructura de los mercados se establece según los postulados de Porter: rivalidad, barreras de entrada y capacidad de sustitución de los medicamentos (Porter, 1980 y 1985).

⁴ Hay que significar, no obstante, que, siendo como son dos categorías importantes en cuanto a número de medicamentos excluidos, ninguna de las dos alcanza la representatividad de las categorías A (aparato digestivo y metabolismo), D (dermatológico) y R (aparato respiratorio). Concretamente, casi la mitad del total de medicamentos excluidos pertenecen a la categoría A (41,4%).

COMPARACIÓN DE PROCESOS Y RESULTADOS ENTRE AGENCIAS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS: ¿SE ESTÁ HACIENDO LO MISMO?

Anna García-Altés

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud
New York City Department of Health



La evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) se ha convertido en una práctica habitual de muchos sistemas sanitarios. Algunas de las razones son el rápido incremento de la

oferta de tecnologías médicas disponibles, el constante avance científico, la existencia en algunos casos (inexistencia en otros) de evidencia científica sobre la eficacia de las intervenciones, y la creciente presión por la contención de costes en el ámbito sanitario. En este contexto, la ETS es un instrumento atractivo, basado en evidencia científica, para ayudar a la toma de decisiones sobre la inclusión de avances médicos en los sistemas sanitarios. La ETS se define habitualmente como la evaluación de la eficacia y eficiencia de una tecnología médica, así como la evaluación de las implicaciones éticas o legales que pueda tener, tanto en términos absolutos como en comparación con otras tecnologías.

Así como diversas investigaciones se han centrado en la revisión de las actividades de ETS en varios contextos, se han dedicado muy pocos esfuerzos a comparar las tecnologías evaluadas y los procesos de evaluación. Sin embargo, y dado el volumen de recursos implicado en esta tarea, analizar hasta qué punto las organizaciones consiguen los objetivos que se proponen es un objetivo legítimo.

Sería razonable pensar que organizaciones comparables -en términos de su financiación, su misión y el papel que tienen dentro del sistema sanitario- tuviesen procesos de evaluación parecidos, en cuanto al tipo de tecnologías evaluadas y los métodos usados. El objetivo del proyecto que aquí se resume consistió en analizar las diferencias

entre agencias de ETS de distintos países. En particular, se estudió qué tecnologías habían sido evaluadas por cada organización, si éstas correspondían a una alta carga epidemiológica o económica en cada contexto, las diferencias en el proceso de evaluación, y los determinantes de las recomendaciones. Este análisis se engloba en un proyecto mucho más amplio financiado por la Robert Wood Johnson Foundation, y fue realizado conjuntamente con Silvia Ondategui y Peter J. Neumann, del Harvard Center for Risk Analysis.

Para ello se seleccionaron agencias de evaluación de ámbitos geográficos distintos: VATAP (USA), NICE (Reino Unido), CCOHTA (Canadá) y AETS (España). Se revisaron de manera sistemática todos los informes de evaluación de estas agencias publicados entre 1999 y 2001. Para recoger la información de interés se diseñó una hoja de recogida de datos y se analizó su validez en dos pruebas piloto. De cada informe, se recogió información detallada sobre la organización, la tecnología evaluada, el proceso de evaluación y el resultado del proceso. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, así como comparaciones de medias y proporciones.

Un total de 64 informes fueron publicados entre 1999 y 2001: 9 por la VATAP, 43 por el NICE, 20 por la CCOHTA y 8 por la AETS. NICE dirigió la mayoría de sus informes a neoplasias, y CCOHTA a problemas mentales. VATAP y AETS evaluaron mayoritariamente equipos y dispositivos, mientras que NICE y CCOHTA se centraron más en fármacos. Sólo VATAP y NICE hicieron explícita la razón que les llevó a realizar la evaluación (ya fuese una decisión política o un proceso previo de priorización de tecnologías). NICE y CCOHTA fueron las organizaciones que usaron sistemáticamente algún tipo de método de evaluación económica en sus informes.

Los resultados muestran que existen diferencias entre agencias en cuan-

to a la razón por la que se realiza la evaluación, el tipo de enfermedad para la que se indica la tecnología, el tipo de tecnología evaluada, la función de la tecnología, su novedad, los métodos de evaluación usados, las recomendaciones alcanzadas y el uso de criterios de eficiencia en las recomendaciones.

Las diferencias en las tecnologías que son evaluadas por cada organización no corresponden a las características epidemiológicas de cada país. Otros factores como los nuevos fármacos desarrollados o los avances tecnológicos parecen determinar el proceso de evaluación de tecnologías. Los métodos usados también varían entre organizaciones, a pesar de que la evaluación de tecnologías es un proceso estándar.

Las recomendaciones generadas son consistentes con la evidencia encontrada y con la misión de la organización. Organizaciones cuyos resultados son no vinculantes tienden a hacer comentarios generales en lugar de dar recomendaciones claras. La razón por la que se realiza la evaluación de una determinada tecnología está claramente asociada a la misión de la organización y su papel en el sistema sanitario. Para aquellas organizaciones que están muy vinculadas a la toma de decisiones, la razón suele ser la incertidumbre sobre la eficacia o eficiencia de la tecnología. Para organizaciones con procesos de evaluación muy sistemáticos, el proceso de evaluación empieza con la identificación y priorización de tecnologías.

A menudo, las decisiones políticas sobre la inclusión de una determinada tecnología sanitaria serán hechas en base a la evidencia disponible en cuanto a la eficacia y eficiencia de la tecnología, pero también teniendo en cuenta otras consideraciones como presiones políticas, impacto económico, y preferencias de los pacientes. El reto en este contexto es garantizar la transparencia del proceso de evaluación y de toma de decisiones.

RESULTADOS EN CIRUGÍA GENERAL DE UN HOSPITAL DE ÁREA: ANÁLISIS DE MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA, REINGRESOS Y COMPLICACIONES¹

Javier Aguiló Lucia



Un Servicio de Cirugía General debe cumplir tres funciones básicas: la asistencial, la docente y la de investigación, aunque el objetivo prioritario es la prestación de una asistencia de calidad. Una *evaluación objetiva del nivel de calidad* requiere esta-

blecer un sistema de información de la actividad asistencial. Este sistema, idealmente, debería permitir la monitorización de la actividad quirúrgica y de las actividades asociadas a la cirugía, tanto desde un punto de vista cuantitativo (número de intervenciones quirúrgicas, desglosadas en programadas o urgentes, por distintos tipos de anestesia, en programa de cirugía sin ingreso, por tipos de intervención, duración de la estancia y de la estancia prequirúrgica, etc.) como, sobre todo, cualitativo. Este último aspecto debe incluir el conocimiento periódico de la mortalidad operatoria y de toda una serie de sucesos adversos (complicaciones de diverso tipo, reintervenciones, reingresos relacionados con el episodio índice de hospitalización, etc.) que, para optimizar su capacidad de informar la toma de decisiones, deben contabilizarse, no sólo de forma global, sino de forma que pueda conocerse su incidencia en procedimientos quirúrgicos concretos, áreas específicas de la patología e, incluso, respecto a la actividad de la que es directamente responsable un cirujano determinado.

El conocimiento de los *sucesos adversos* en la atención hospitalaria de un Servicio de Cirugía permite monitorizar los valores propios, comparar dichos resultados con los aceptados como estándares en la literatura científica, analizar aquellos factores dependientes del paciente o del episodio de hospitalización que se asocian a peores resultados y, finalmente, conocer la efectividad de aquellas intervenciones o actuaciones encaminadas a mejorar o modular aquellos factores condicionantes de dichos eventos adversos.

Las *bases de datos clínico-administrativas*, habitualmente utilizadas, tienen una serie de limitaciones que pueden dificultar desde un punto de vista metodológico el análisis de los resultados de la atención hospitalaria:

- La escasa referencia pormenorizada de las complicaciones quirúrgicas, muchas de ellas de escasa gravedad, pero causantes de una estancia media a veces injustificada.
- El hecho de que determinadas complicaciones se manifiestan una vez el paciente ha sido dado de alta, y si no causan reingreso, no son registradas.
- La mortalidad operatoria (en los 30 días siguientes) en ocasiones acontece en el domicilio del paciente por situación terminal de la enfermedad o por evolución desfavorable, no siendo detectada como suceso adverso.
- Los reingresos pueden producirse en otro Centro Hospitalario, no siendo registrados en la base de datos del Hospital.

El *objetivo* general de la investigación es, mediante la utilización de un sistema de informa-

ción que, además del conjunto mínimo básico de datos (clínico-administrativos), incluye un seguimiento prospectivo de la morbilidad y mortalidad postoperatoria, *describir y evaluar* diversos aspectos de *la calidad* de la actividad quirúrgica de un Servicio de Cirugía. Para ello se describen los sucesos adversos en los pacientes intervenidos de cirugía de pared abdominal, cirugía biliar, apendicectomía y neoplasias digestivas, durante un período de 5 años en un Servicio de Cirugía General de un hospital comarcal, y se analizan las asociaciones entre estos resultados y determinadas características del paciente y del ingreso hospitalario. Los objetivos específicos incluyen:

- Describir los resultados de duración de la estancia, duración de la estancia prequirúrgica, mortalidad intrahospitalaria, complicaciones, reintervenciones, ingresos en cuidados intensivos, reingresos urgentes y reingresos vinculados al episodio previo, para los 4 grupos de patología enumerados.
- Establecer si existen relaciones entre estos resultados y determinadas características del paciente (edad, sexo, comorbilidad y otras), características del ingreso hospitalario (tipo de admisión, momento de la intervención, diagnóstico, procedimiento quirúrgico), en cada uno de los 4 grupos de patología enumerados.
- Analizar el factor cirujano mediante el estudio de la relación entre estos resultados y la experiencia de aquél (definida como el volumen de intervenciones realizado en el período analizado).

Material y Método

Cohorte retrospectiva de 6750 episodios de hospitalización en el Servicio de Cirugía del Hospital Lluís Alcanyis, en un período de 5 años, en la que se registraron prospectivamente las complicaciones postoperatorias (28 tipos distintos que se agruparon en las dependientes de la herida quirúrgica, intrabdominales, fallos orgánicos y vasculares), las reintervenciones por complicación del procedimiento quirúrgico, y la mortalidad intrahospitalaria. Se identificaron retrospectivamente, a su vez, los reingresos vinculados al episodio índice en el período. Se seleccionaron 4 grupos de patología representativos de la actividad quirúrgica de un servicio de cirugía general por su frecuencia y por presentar tasas de morbilidad importantes: cirugía de pared (931), apendicitis aguda (792), litiasis biliar (692) y neoplasias digestivas (400). Toda la información clínica fue codificada utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica (CIE9MC). Los diagnósticos y procedimientos fueron agrupados mediante la Clinical Classifications for Health Policy and Research (CCHPR), versión 2 (1998), desarrollada por la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR), en 260 categorías diagnósticas y 231 categorías de procedimientos. Además del análisis descriptivo y bivariante, se utilizó la regresión logística para valorar las asociaciones entre complicaciones y características de los pacientes (edad, sexo, comorbilidad) y del episodio de hospitalización (ingreso e intervención programado/urgente, procedimiento quirúrgico, tipo de anestesia, experiencia del cirujano), y un modelo de regresión de riesgos proporcionales de Cox respecto al reingreso vinculado.

Resultados

La presencia de complicaciones se asoció en la cirugía de pared abdominal a la edad superior a 45 años (OR 2,06 p<0,01), al sexo masculino (OR 2,06 p<0,001), a la anestesia loco-regional y general respecto a la local (OR 1,81 p<0,05 y OR 1,99 p<0,01 respectivamente), y al ingreso urgente (OR 1,85 p<0,01); en la apendicectomía a la edad superior a 45 años (OR 3,62 p<0,001), a la presencia de perforación y/o peritonitis (OR 3,69 p<0,005), y al cirujano (OR 1,63 p<0,05); en la cirugía biliar al sexo masculino (OR 1,69 p<0,01), al ingreso urgente (OR 2,09 p<0,007), a la cirugía urgente (OR 6,6 p<0,002) y a la colecistectomía laparotómica frente a la laparoscópica (OR 2,56 p<0,004); en las neoplasias digestivas a la edad superior a 45 años (OR 9,09 p<0,03), al sexo masculino (OR 1,82 p<0,005) a la cirugía urgente (OR 1,67 p<0,01) y al cáncer colorectal (OR 1,61 p<0,07). El reingreso relacionado con la cirugía previa se asoció en todos los grupos a la presencia de complicaciones durante el ingreso y a la eventración en la cirugía de pared abdominal (OR 2,59 p<0,01). Los casos complicados doblaron en estancia media a los no complicados.

Conclusiones

- Los factores del paciente que se asociaron de forma independiente a la presencia de complicaciones fueron el sexo varón, en todos los grupos de patología analizados; la mayor edad, en todos los grupos con excepción de la cirugía biliar; la gravedad del diagnóstico en la apendicitis aguda; y el cáncer de recto, entre las distintas neoplasias digestivas.
- Los factores dependientes del ingreso hospitalario que se asociaron de forma independiente a la presencia de complicaciones fueron el ingreso urgente, la cirugía de urgencia y la anestesia general, aunque no en todos los grupos de patología analizados, ni con la misma fuerza de asociación.
- En los análisis bivariados, los factores citados se asociaron a una mayor duración de la estancia y a la mayor parte de los sucesos adversos analizados, aunque de forma diferente para los diversos grupos de procedimientos analizados.
- La presencia de complicaciones quirúrgicas se asoció de forma independiente al reingreso relacionado con la cirugía previa en todos los procedimientos analizados. En los análisis bivariados, la presencia de complicaciones – incluso las de herida – se asoció también a una importante prolongación de la estancia media.
- La presencia de complicaciones no se asoció de forma independiente al factor cirujano, como variable pronóstica en función de su experiencia, en ninguno de los grupos de patología a excepción de la apendicectomía.
- La monitorización específica de los sucesos adversos (complicaciones postoperatorias, mortalidad y reingresos) permite evaluar la calidad de los resultados de la atención hospitalaria en un Servicio de Cirugía.

¹Tesis doctoral dirigida por los Dres. Salvador Peiró Moreno y Eduardo García-Granero Ximénez, defendida el 17 de junio de 2002 en el Departamento de Cirugía de la Universidad de Valencia. E.mail: aguiló_jav@gva.es.

MODELIZACIÓN ECONÓMICA A TRAVÉS DE SIMULACIONES DE MONTE CARLO VIA CADENAS DE MARKOV (MCMC) EN VALORACIÓN CONTINGENTE¹

Jorge Araña



¿Cómo es posible medir los beneficios netos para una sociedad de acciones que conllevan impactos o daños sobre los niveles de salud de la población, los bienes medioambientales o los recursos naturales?. Un economista respondería inmediatamente que empleando

el excedente del consumidor Hicksiano y determinando la variación equivalente en términos de renta que mantiene al individuo indiferente entre llevar a cabo la acción o no. Cuando los consumidores son racionales y es posible calcular su excedente de manera fidedigna a través de las funciones de demanda de mercado, ésta es una base satisfactoria para la medición del bienestar social, sujeta a cuestiones éticas como la equidad en la distribución y la consistencia si el pago compensatorio no se hace efectivo.

Cuando estos bienes no se intercambian en un mercado, o éste presenta algún tipo de externalidad o asimetrías en la información que interfieren en la determinación del excedente del consumidor a través de las funciones de demanda, una opción es crear un mercado hipotético a partir del cual obtener las preferencias de los individuos por el bien en cuestión y representar estas preferencias en términos monetarios a través de la variación equivalente o disposición a pagar (WTP). Este método es el conocido como *Valoración Contingente* (CV), y presenta cierta similitud con la investigación de mercados tradicional sobre productos nuevos o modificados.

Aunque el uso de CV no ha estado exento de controversia, en la última década ha experimentado un desarrollo espectacular en diversas áreas de la economía. Diversos autores, McFadden (1994) y Carson et al (1999), entre otros, revisan de manera exhaustiva la evidencia existente acerca de las ventajas e inconvenientes de adoptar estas aproximaciones. En los últimos años se han desarrollado multitud de aportaciones al método de CV, fundamentalmente desde el punto de vista teórico. Así, los formatos de pregunta abierta (¿cuántos € estaría Ud. dispuesto a pagar por que se lleve a cabo la actuación X?) han dado lugar a formatos cerrados, en los que a los individuos les viene fijado el coste en la misma pregunta (por ejemplo, ¿estaría Ud. dispuesto a pagar Y € para que la actuación X se llevara a cabo?). Estos recientes desarrollos en la metodología de obtención de las preferencias han originado una transición desde el uso de variables dependientes puramente continuas a variables dependientes limitadas en rango, lo que conlleva una fuerte demanda de herramientas analíticas y estadísticas.

Una revisión exhaustiva de las modelizaciones econométricas y sus implicaciones teóricas en los CV se encuentra en Kanninen y Hanemann (1996). Sin embargo, como estos últimos autores concluyen, la estimación econométrica de los CV requiere de nuevos avances para mejorar la validez de sus resultados. En esta tesis se pretende precisamente avanzar en esta línea a través del desarrollo de modelos econométricos alternativos en CV basados en la *simulación econométrica en un contexto bayesiano*. Estos desarrollos se combinan con el estudio de distintos aspectos teóricos no resueltos en la literatura, como son: la posible

existencia de componentes altruistas en las funciones de utilidad de los individuos, cambios en las preferencias procedentes de efectos aprendizaje o anclajes en los experimentos iterativos y validez de los resultados de las habituales comparaciones entre submuestras de tamaños reducidos, entre otros.

En el capítulo 1 se presenta una breve descripción de los principales avances en técnicas de simulación econométrica experimentados en los últimos años, así como de las técnicas más aplicadas en la literatura reciente. El capítulo se completa con una breve revisión de la econométrica bayesiana y de las herramientas que van a permitir la estimación de los modelos de CV en las aplicaciones propuestas en los capítulos posteriores.

En el segundo capítulo se estudia el valor de reducir la probabilidad de que la población contraiga una determinada enfermedad. Como hipótesis se recoge la posibilidad de que las funciones de utilidad de los individuos sean altruistas más que puramente individualistas, como se suele suponer en la teoría económica tradicional. Esto permite diferenciar el valor social de la reducción de probabilidad frente al valor privado, que es el que habitualmente se reporta en este tipo de estudios. La posible existencia de componentes altruistas en las funciones de utilidad no es un aspecto trivial desde el punto de vista de la teoría económica ya que, por ejemplo, es fácilmente demostrable que si los individuos poseen este tipo de preferencias no se garantiza el cumplimiento del primer teorema del bienestar.

Además, en este segundo capítulo se propone un método de estimación bayesiano para la técnica del dicotómico simple (DC), especialmente adecuado cuando el investigador se enfrenta a muestras pequeñas. Esta técnica de estimación y el modelo teórico propuesto se aplican para valorar la reducción de la probabilidad de contraer la enfermedad de la gripe entre los habitantes de la isla de Gran Canaria. Las principales conclusiones de esta aplicación son las siguientes:

- El modelo de valoración de riesgo-salud propuesto encuentra que la existencia de valores altruistas depende de la utilidad marginal de la renta y de las expectativas sobre la disposición a pagar del resto de la sociedad.
- Se encuentran evidencias que demuestran que, al menos en el contexto de aplicación, el altruismo es un componente significativo en el valor total del riesgo salud.
- El valor marginal del riesgo es decreciente con respecto a la reducción de probabilidad de contraer la enfermedad.
- El modelo bayesiano propuesto parece ajustarse mejor que la estimación ML clásica, fundamentalmente en muestras pequeñas.

En el tercer capítulo se contrastan los problemas potenciales en la CV ante errores en la especificación del término de error de la función de utilidad, así como la posible existencia de heterogeneidad en las preferencias. A este contraste se le añade el desarrollo de un modelo bayesiano de mezcla de normales (MBMN) que permite recoger esta heterogeneidad en las preferencias, a la vez que permite mayor flexibilidad en la estimación. La comparación del modelo propuesto con las aproximaciones tradicionales se realiza mediante un experimento controlado de Monte Carlo. Finalmente, en este capítulo se aplica el modelo bayesiano de mezcla de normales propuesto para valorar los beneficios para la sociedad de un proyecto piloto financiado por la Unión Europea denomina-

do la habilitación de un espacio natural rural en la conurbación de un entorno urbano como es la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria. Las principales conclusiones en este capítulo se resumen en:

- El uso de modelizaciones flexibles como el MBMN propuesto, permite incrementar sustancialmente la validez de los resultados en contextos donde existen problemas de multimodalidad o heterocedasticidad.
- Los modelos paramétricos estándar (logit y probit) no deberían usarse cuando no pasan los contrastes de error de especificación.
- El MBMN parece mejorar las propiedades de los estimadores, fundamentalmente cuando no se cumplen los supuestos asumidos por los modelos paramétricos y se disponen de muestras pequeñas.

En los últimos años, diversos autores han optado por ofrecer de manera iterativa varios precios al individuo encuestado, pasando del método dicotómico simple de valoración (DC) al método dicotómico múltiple. Esto permite obtener una ganancia en eficiencia proporcionada por las preguntas adicionales (Haneman, Loomis y Kanninen (1991)). No obstante, el individuo, fundamentalmente cuando no se encuentra familiarizado con el bien a valorar, experimenta un proceso en su comportamiento a lo largo del cuestionario que se ha obviado en los métodos de estimación. En el capítulo 4 se propone un modelo que permite modelizar este comportamiento a través de un proceso de actualización de las preferencias bayesiano. Este modelo se aplica en un estudio que pretende obtener el valor recreacional del Parque natural del Teide (Islas Canarias). De esta manera, en este capítulo se llegan a dos conclusiones relevantes:

- Los procesos iterativos de obtención de las preferencias pueden ser útiles, fundamentalmente cuando el individuo no posee experiencia en la valoración. Esto se debe a que le permite construir sus preferencias a medida que se enfrenta a precios y situaciones diferentes.
- La consideración de que la WTP depende en cada etapa de las anteriores mediante una aproximación bayesiana permite incrementar en mayor medida la eficiencia de las etapas sucesivas.

Referencias

- Carson, R, Flores, N., y Meade, N. (1999). «Contingent Valuation: Controversies and Evidence». Discussion Paper 96-36. University of San Diego.
- Hanemann, W.M., Loomis, J.B. y Kanninen, B.J. (1991) "Statistical Efficiency of Double-Bounded Dichotomous Choice Contingent Valuation". *American Journal of Agricultural Economics* 73:4, 1255-1263.
- Kanninen, B. y Hanemann, W.M. (1996). "The Statistical Analysis of Discrete-Response VC Data". *Valuing Environmental Preferences: Theory and Practice of the Contingent Valuation Method in the US, EC and Developing Countries*. Edited by Ian J. Bateman y
- McFadden, D. (1994). "Contingent valuation and Social Choice". *American Journal of Agricultural Economics*, 76, November, 689-708.

¹ Tesis Doctoral dirigida por el Dr. D. Carmelo J. León González, defendida el 31 de Mayo de 2002 en el Departamento de Análisis Económico Aplicado de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. El capítulo 2 se publicará próximamente en *Health Economics*. Puede accederse a su versión completa a través de la siguiente dirección: <http://www3.interscience.wiley.com>.

RESULTADOS FUNCIONALES, CALIDAD DE VIDA Y SATISFACCIÓN, EN LA REHABILITACIÓN TRAS ARTROPLASTIA DE RODILLA¹

M^a José Navarro Collado



Introducción

Tradicionalmente, la investigación médica ha tenido como objetivo principal incrementar la supervivencia de las poblaciones y buscar remedios terapéuticos a las enfermedades –especialmente las infecciosas– que

azotaban a la humanidad. En las últimas décadas, y al menos en los países desarrollados, se han producido importantes cambios que actualmente configuran una situación caracterizada por:

- Los cambios en los patrones de salud/enfermedad, en parte asociados a una mayor longevidad, con un incremento sin precedentes en el número de personas que viven con alguna patología crónica y que requieren (y demandan) la máxima conservación de su calidad de vida, incluso mientras viven con esta enfermedad.
- El crecimiento del gasto sanitario en un marco de creciente competitividad internacional, y la conciencia de que los recursos no son ilimitados, con su correlato de necesidad de decidir la asignación de recursos escasos entre aquellas intervenciones que produzcan un mayor bienestar a las poblaciones.
- Los rápidos y extensos avances tecnológicos en medicina.
- El desarrollo de una cultura basada en la autonomía individual, en la que el derecho a decidir sobre uno mismo es una consideración fundamental, y en la que tienen una importancia creciente los resultados subjetivos –valorados por el propio usuario– y la propia satisfacción de los pacientes con la atención recibida.

Las patologías que afectan a las articulaciones, fundamentalmente las de carácter degenerativo y en menor grado las de etiología inflamatoria, son el ejemplo paradigmático de esta nueva situación, surgiendo la necesidad de buscar alternativas terapéuticas para paliar las consecuencias del envejecimiento y mejorar la calidad de vida de las personas. La artroplastia total de rodilla, tratamiento definitivo de la gonartrosis avanzada y de las enfermedades reumáticas inflamatorias, resuelve en gran parte el problema, ya que su objetivo básico es reducir la incapacidad funcional derivada del dolor y de la limitación de movilidad, mejorando la calidad de vida de los afectados.

Los avances tecnológicos han renovado en la última década el interés por los resultados de la atención médica, siendo Donabedian [1966] quien conceptualizó los ejercicios de medición-evaluación en atención sanitaria.

La medida de resultados de la atención sanitaria se ha impuesto como necesidad en la práctica clínica. La especialidad de rehabilitación no escapa a esta necesidad, utilizando como medida de resultado instrumentos que midan fundamentalmente la capacidad funcional. En los últimos años se ha incrementado el interés por conocer los factores que conviven

y repercuten en el proceso de enfermar y que sólo son valorables a partir de las percepciones subjetivas del paciente, como son los aspectos psíquicos, sociales y familiares y el impacto global de la enfermedad en la vida del paciente. Abordar estos aspectos requiere el uso de instrumentos capaces de cuantificar tales dimensiones, valorando la *calidad de vida relacionada con la salud* (CVRS). En esta misma línea se encuentra el interés por valorar la percepción subjetiva del paciente sobre los servicios prestados, para lo cual se han elaborado diferentes cuestionarios con el fin de medir la satisfacción.

Objetivos

El objetivo general de este trabajo es *describir la capacidad funcional y la CVRS de los pacientes que acceden a tratamiento rehabilitador tras ser intervenidos de artroplastia total de rodilla*, así como los resultados a los 3 meses en capacidad funcional, calidad de vida y satisfacción con el tratamiento, e *identificar los factores asociados a mejores o peores resultado* al final del citado lapso de tiempo.

Material y Método

Diseño

Cohorte prospectiva de 196 paciente que en los días siguientes a una intervención de prótesis total de rodilla acudieron a consultas externas de rehabilitación, en los que se valoró la función y la calidad de vida en la primera visita y a los 3 meses de seguimiento; tras recibir el alta médica se valoró también la satisfacción con la atención recibida.

Entorno

El estudio se realizó en el Servicio de Rehabilitación del Área de Salud 9 de Valencia, un Área fundamentalmente urbana que cuenta con un centro de rehabilitación hospitalario y –en el momento del estudio– seis unidades básicas de rehabilitación (UBR) extra-hospitalarias. La cobertura asistencial del área corresponde a una población censal cercana a los 320.000 habitantes.

Pacientes

Se incluyeron todos los pacientes que entre enero de 1997 y marzo de 1999 fueron atendidos en primera visita en cualquiera de los centros que integran el servicio de rehabilitación del Área tras haber sido intervenidos de prótesis total de rodilla. La primera visita se realizó entre los 10 y 20 días desde la intervención, aunque la mayor parte de los pacientes habían recibido tratamiento rehabilitador en el post-operatorio inmediato durante el periodo de hospitalización.

De los 196 pacientes que iniciaron el estudio se produjeron 11 (5,6%) pérdidas en las mediciones de resultados funcionales y de calidad de vida por no acudir a la visita –a los 3 meses de seguimiento– en la que se administró la segunda valoración. En el caso de la encuesta de satisfacción, administrada telefónicamente entre 1 y 3 meses tras el alta de rehabilitación, las pérdidas incluyeron 16 pacientes adicionales por imposibilidad de localización telefónica,

quedando 169 casos para este análisis, con unas pérdidas del 8,6% sobre los 185 que finalizaron el estudio y del 13,8% sobre el total de pacientes que iniciaron el estudio.

Medidas de resultado

Las medidas de resultado utilizadas fueron: 1) la *valoración funcional* de la articulación medida mediante la escala KSS, 2) la *calidad de vida* relacionada con la salud valorada mediante el cuestionario SF-36, y 3) la *satisfacción de los pacientes* con la atención recibida valorada con un cuestionario de desarrollo propio.

Resultados y Discusión

Los resultados obtenidos, a rasgos generales, muestran importantes cambios entre la situación tras la intervención y a los 3 meses del tratamiento rehabilitador, caracterizados por:

- Una importante mejoría en la escala KSS (sobre todo en la subescala de función).
- Una importante mejoría en las dimensiones de función física, rol funcional del SF-36, más moderada en las dimensiones de dolor y Rol social y, menor, en las de vitalidad y salud mental.
- Una importante satisfacción con la atención recibida, que es algo menor con los desplazamientos, las esperas y el trato del personal auxiliar. En todo caso, casi la totalidad de los pacientes dicen que volverían a repetir la rehabilitación en el mismo centro si pudieran elegir.

En cuanto a los factores asociados a los resultados, la idea básica es que a mejor estado inicial los resultados finales son mejores, aunque la ganancia es menor; esto es, los pacientes en peor estado tienden a ganar mayor función y calidad de vida, pero no llegan a alcanzar la situación final de los pacientes que salían de un mejor estado inicial. Las asociaciones de peores resultados con algunos factores concretos (realizar fisioterapia dirigida y/o transporte en ambulancia) parecen relacionarse con una selección de pacientes en mejor estado, que son los que obvian la fisioterapia o usan sus propios medios de transporte. Cabe destacar, no obstante, la mayor satisfacción de los atendidos en UBR y los que acudieron a tratamiento fisioterápico, encontrando una explicación lógica a este resultado ya que la UBR se encuentra más cercana al domicilio del paciente y evita desplazamientos.

Es importante destacar la fuerte correlación existente entre los valores obtenidos mediante la escala de valoración funcional (KSS), y las dimensiones funcionales y dolor del SF-36, esto es debido a que ambas miden los mismos aspectos.

La mayor parte de estos resultados tienen una fuerte lógica clínica y son consistentes con la literatura existente desde la perspectiva de la cirugía ortopédica.

¹ Tesis doctoral dirigida por los Dres. Salvador Peiró, Antonio Hernández Royo y José Pérez Moltó, defendida el 11 de enero de 2002 en la Universidad de Valencia. Obtuvo la calificación de sobresaliente "cum laude". E-mail: martina2@arrakis.es.

INFORME SESPAS. 5ª EDICIÓN. INVERTIR PARA LA SALUD. PRIORIDADES EN SALUD PÚBLICA.**Editores: J. M. Cabasés, J.R. Villalbí y C. Aibar (2 volúmenes), 2002**

El informe SESPAS del año 2002 se presenta en dos volúmenes divididos en siete secciones. El primer volumen recoge cuáles son los problemas de salud pública más importantes en España. Las tres primeras secciones



del volumen I se centran en la vigilancia de la salud, los problemas de salud prioritarios y emergentes y el sistema de salud en España. Esta última sección describe el nuevo modelo de financiación autonómica, el sector farmacéutico, la salud pública bucodental y la salud mental. Se hace referencia también dentro de esta sección a las prioridades en la organización de la atención a la salud, el impacto de las políticas de la Unión Europea sobre los sistemas sanitarios y la evaluación de tecnologías sanitarias. Dichas secciones se distribuyen en un total de 19 capítulos (los cuatro últimos en el segundo volumen), que permiten una revisión exhaustiva en algunos de los temas analizados. Por su parte, el segundo volumen se divide en cuatro secciones: la atención primaria, los hospitales, los servicios de salud pública y las políticas públicas, las preferencias sociales y las prioridades en salud. La sección referente a los hospitales es quizá la más desarrollada en este segundo volumen, a la cual se dedican 6 capítulos.

El informe logra realizar una revisión detallada de las prioridades a las que se enfrenta España en materia de salud, desde el punto de vista de los problemas existentes y de las

estrategias de actuación. Es por tanto una guía importante sobre cuáles son los aspectos del sistema sanitario sobre los que se debería hacer especial énfasis en los próximos años.

A modo de sugerencia, quizá sería interesante que el informe contuviese alguna información sobre las actividades que SESPAS ha desarrollado desde la publicación del último informe (o en el último año previo a su edición). También convendría que la lista de autores del informe fuese acompañada de las direcciones de e-mail, lo que facilitaría contactar con alguno de ellos. Finalmente, sería conveniente que los informes SESPAS, en la medida de lo posible, siguiesen la evolución de ciertos temas (como por ejemplo el efecto de la ampliación europea sobre los sistemas de salud), permitiendo así analizar los avances que en su investigación se llevasen a cabo.

EXPEN DATA 2000. BASE DE DATOS DEL GASTO SANITARIO.**Dirección General de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid, 2002.**

La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid vuelve a editar esta base de datos, la cual incluye información sobre variables e indicadores demográficos, de salud y sanitarios de la Comunidad de Madrid. Para algunas variables e indicadores, esta información es también suministrada para el resto de Comunidades Autónomas, el Estado Español y la Unión Europea. Los datos se clasifican en base a los siguientes grupos de variables: indicadores de salud (salud y bienestar, salud infantil, enfermedades transmisibles y mortalidad); estilos de vida (consumo de tabaco y alcohol, alimentación); datos demográficos (población, tasa de natalidad y fecundidad, población laboral y población protegida); recursos sanitarios (hospitales y centros sanitarios, dotación, dotación tecnológica y personal en hospitales); actividad sanitaria (actividad hospitalaria); datos económicos (variables macroeconómicas, consumo



y tipos de conversión monetaria); y gasto sanitario (gasto sanitario público y privado, gasto en farmacia y cuentas satélite del gasto público en sanidad).

La base de datos se actualiza y edita anualmente y se presenta en formato CD-ROM, en castellano e inglés, e incluye un manual para su uso. De fácil manejo, ésta es una herramienta útil para los profesionales de distintas áreas.

LA SALUD EN LAS AMÉRICAS, edición de 2002**Editado por la Organización Panamericana de la Salud.**

Coincidiendo con el centenario de la Organización Panamericana de la Salud, se edita este libro, presentado en dos volúmenes, los cuales describen y analizan la situación y evolución en el período 1997-2000 de los principales temas de interés sanitario para un conjunto de 47 países y regiones. En el primer volumen se describe la situación actual y la evolución



reciente de las principales cuestiones referentes a la salud y los sistemas sanitarios y en el segundo se describen para cada uno de los países y territorios estudiados. Los temas analizados incluyen la situación socioeconómica y sanitaria de la región, los principales problemas de salud, los determinantes de salud en dicho marco, las reformas sanitarias llevadas a cabo, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud, el medio ambiente y su efecto en la salud, los recursos sanitarios (tecnológicos y humanos) disponibles y la situación actual y la evolución de la cooperación externa en materia de salud. El segundo volumen analiza cada uno de estos temas para cada uno de los países y regiones estudiados (47). Una de las cuestiones importantes analizadas es el efecto de las desigualdades de renta sobre la salud.

Por la profundidad y detalle con la que los temas son tratados, es ésta una referencia importante para profesionales y estudiantes que quieran ampliar sus conocimientos sobre las principales cuestiones y problemas de salud y atención sanitaria para un grupo de economías de países no occidentales.

DE BOSTON A NUEVA YORK... Y TIRO PORQUE ME TOCA

Anna García-Altés

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud
NYC Department of Health
agarcia@health.nyc.gov

Después de Marisol Rodríguez y Beatriz González me toca esta vez hacer la crónica de mi estancia en el extranjero. He pasado los dos últimos años en Boston (exactamente en Cambridge) en el programa de Master en *Health Policy and Management* de la Universidad de Harvard. Para pagar estos estudios conté con la financiación de una generosa beca de Fundación Caja de Madrid, y con otra beca de la Universidad Complutense que me permitió disponer de las instalaciones que esta universidad tiene en Cambridge.

Los cursos del Master se impartían en Cambridge (en la facultad de económicas y en la *Kennedy School*) y en el área médica de Boston, donde se encuentra la escuela de salud pública, la facultad de medicina, y algunos de los mejores hospitales de Estados Unidos. Cambridge tiene estatus de ciudad, aunque sólo esté a cuatro paradas de metro del centro de Boston. Es una ciudad de estudiantes donde todo gira alrededor de la universidad: tiendas, alojamientos, actividades, etc. La primera impresión que uno tiene es la de estar en alguna pequeña ciudad de Inglaterra o del norte de Europa, por el tipo de construcciones y las costumbres de la gente.

Boston (o Cambridge) es una ciudad conservadora, de mayoría blanca, a pesar de ser una ciudad demócrata y de las más liberales de la costa este. De hecho todavía hay costumbres de los primeros puritanos que habitaron la zona, y el carácter de los bostonianos está en consonancia con el lugar: los domingos no se vende alcohol, les encanta hacer *cookies*, y en otoño la gran aventura es ir de *apple picking* (que consiste en pagar a un agricultor para que te deje entrar en su campo a coger manzanas). Los bares cierran a las dos de la madrugada y te echan literalmente a gritos y empujones. Lo de las fiestas salvajes en casas de estudiantes es, por supuesto, un mito de las películas. Las fiestas a las que yo he ido tienen una primera parte de diálogo introductorio pretencioso (de dónde eres, en qué programa estás, con qué profesores trabajas, qué *paper* estás escribiendo, y cosas por el estilo) y luego se baila, eso sí, insistiéndoles en que la salsa no es *Spanish*...

Al poco de estar allí y a medida que se acerca el invierno uno se da cuenta de la importancia de mirar la previsión del tiempo (tiene una precisión asombrosa) y se

entiende la audiencia que tiene el Weather Channel, un canal de TV dedicado a la previsión del tiempo las 24 horas del día. El primer invierno hizo muchísimo frío, hubo dos tormentas de nieve, y se cancelaron las clases durante un día debido a las dificultades que suponía desplazarse en la tormenta. Aún recuerdo la impresión que me hizo ver por primera vez el río Charles helado.

A pesar de haber multitud de estudiantes, a mí me sorprendió la escasez de instalaciones de ocio disponibles: pocos restaurantes, pocos bares, dos cines, ... y es que la gente estudia, y estudia mucho. Beatriz González mencionaba en su crónica que hay gente que sólo sabe el camino de su casa a la universidad ida y vuelta: de esos yo he conocido a bastantes. Hay gente que no conoce nada más de la ciudad, que nunca ha cogido el metro para ir un poco más allá. Los programas académicos están diseñados para estimular el máximo rendimiento de los estudiantes y sacar el máximo provecho del tiempo pasado allí. Cualquier día laborable yo me levantaba a las 7 de la mañana, me acostaba entre la 1 y las 2 de la madrugada, y hacía esfuerzos por salir una noche por semana e intentar no estudiar al menos uno de los días del fin de semana. Aun así, no daba abasto de la cantidad de trabajo que tenía.

Eso sí, Harvard tiene un montón de facilidades que todavía echo de menos: una biblioteca impresionante (impresionante es quedarse muy corto), acceso electrónico a un sin fin de publicaciones, un gimnasio genial (me hice adicta a las clases de kick-boxing, que eran excelentes), y un servicio de furgoneta-taxi que te llevaba de un sitio a otro de Cambridge de las 8 de la tarde a las 3 de la madrugada, estuvieses donde estuvieses, con sólo llamar por teléfono. La excelencia académica la doy por descontada, y el curso con Joseph Newhouse lo recomendaría a todo el mundo.

El 11 de septiembre me pilló volando a Boston. De las cosas que han cambiado desde entonces y que son notables para cualquier ciudadano de a pie destacaría la exaltación del sentimiento patriota y la obsesión de los americanos por el terrorismo. A pesar de todo hay otras cosas que apreciar en la zona: el hecho de valorar a los profesionales por sus méritos (lo del enchufe y el "a quién conoces" funciona a mucha menor escala), la variedad de gentes que se

ven por todas partes, y el respeto por las libertades individuales.

El acto de graduación se celebró en Junio, un acto claramente de cara a la galería y, aquí sí, igual que en las películas. Por la mañana se reúne en el Yard de Harvard a todos los estudiantes que se gradúan aquel año (de pre y post-grado) para que escuchen los discursos de varias personalidades de la universidad, y por la tarde cada uno va a su escuela donde hay más discursos y se dan los diplomas. Aquella semana la ciudad se llena con los familiares emocionados que vienen a ver la graduación de los jóvenes.

Mi búsqueda de trabajo empezó antes de la graduación, cuando comencé a mirar algunos centros que me interesaban y a ponerme en contacto con profesores para que me recomendaran sitios a los que escribir. La mejor técnica es la de enviar directamente tu currículum a los sitios que te interesan y luego llamar por teléfono para que te den una entrevista. Si algo me ha gustado de todo este proceso es que en ningún momento me he sentido discriminada por razón de mi nacionalidad, sexo o edad.

Después del montón de entrevistas que hice tuve la posibilidad de escoger entre tres opciones laborales distintas, y escogí la que más me sedujo. En noviembre empecé a trabajar en el *NYC Department of Health*. Trabajo en la *Office of Health Policy and Planning*, una especie de gabinete técnico de apoyo al regidor de sanidad de la ciudad. Básicamente proveemos información para la planificación de los programas de salud pública de la ciudad. Por mencionar a un español famoso, hasta hace muy poco Rojas Marcos dirigía el organismo que engloba todos los hospitales públicos de la ciudad.

Manhattan es otra historia. Es lo más parecido a Barcelona o Madrid: una gran ciudad con infinidad de cosas por hacer, los ambientes más variados, en la que se mezclan gente abierta y de todas partes del mundo. A muchos les parece demasiado grande, sucia y ruidosa. A otros, quizás más urbanitas, nos atrae como un imán, por sus edificios, posibilidades y gentes. Llevo dos meses allí y todavía hay días que no me lo creo: voy siempre por la calle mirando todo lo que me rodea. El día que me cruce con Woody Allen habré cumplido una de las ilusiones de mi vida aunque, la verdad, espero tardar un poco en cumplirla.

CONVENIO MARCO DE COLABORACIÓN ENTRE LA ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD Y EL INSTITUTO DE ESTUDIOS FISCALES

En Madrid, a dos de diciembre de dos mil dos

De una parte: D. Vicente Ortún Rubio, actuando en nombre y representación de la **Asociación de Economía de la Salud**, con Código de Identificación Fiscal G-58470246 y domicilio en Barcelona, calle Sardenya 229-237, 6º-4ª, en su calidad de Presidente, elegido por votación de la Junta Directiva en su reunión de 7 de Junio del 2001, celebrada en Oviedo, sede de las XXI Jornadas de Economía de la Salud.

De otra parte: el **Instituto de Estudios Fiscales**, organismo público adscrito al Ministerio de Hacienda, y en su nombre y representación el Ilmo. Sr. D. Juan José Rubio Guerrero como Director, en virtud de las atribuciones que le confiere el Real Decreto 63/2001, de 26 de enero (B.O.E. 27 de enero), por el que se aprueba el Estatuto del organismo autónomo Instituto de Estudios Fiscales.

Se reconocen ambas partes con capacidad legal suficiente y poder bastante para formalizar el presente Convenio y,

MANIFIESTAN

1º.- Que la Asociación de Economía de la Salud se define por su dedicación a la difusión de conocimientos relativos a la economía de la salud y su intención de agrupar a cuantos profesionales se dediquen y manifiesten un interés concreto en cuestiones relativas a dicha área de estudio, para lo cual resulta necesaria la colaboración de otras instituciones.

2º.- Entre sus fines se contempla la promoción y difusión de los estudios de economía de la salud, la formación y perfeccionamiento de expertos en su realización, la promoción de contactos e intercambios profesionales en dicho ámbito, así como la organización de congresos o reuniones y otras actividades científicas relacionadas con esta área de conocimiento.

3º.- Que el Instituto de Estudios Fiscales, organismo público adscrito al Ministerio de Hacienda, tiene encomendadas, entre otras, "la investigación, estudio y asesoramiento en las materias relativas a los ingresos y gastos públicos y su incidencia sobre el sistema económico y social".

4º.- Que está interesado en el desarrollo del conocimiento científico en el ámbito específico de la economía pública y, dentro del mismo, en el ámbito de la economía de la salud.

5º.- Que es voluntad de ambas Instituciones desarrollar una colaboración que, de modo continuado, contribuya al mejor desarrollo de sus funciones, para lo cual

CONVIENEN

1º.- Que los objetivos de ambas entidades, Asociación de Economía de la Salud y el Instituto de Estudios Fiscales, se centrarán en trabajos específicos en las áreas de:

a) Cooperación en la organización de reuniones científicas:

La difusión de los avances científicos en el área de la economía de la salud necesita del desarrollo de actividades que faciliten la puesta en común de los conocimientos de

investigadores y profesionales en dicha área. A tal fin ambas entidades se comprometen a la colaboración en la organización de este tipo de actos.

b) Investigación:

La Asociación de Economía de la Salud y el Instituto de Estudios Fiscales colaborarán en actividades de Investigación y Desarrollo, intercambio de expertos, formación de personal y apoyo tecnológico, mediante el establecimiento de Convenios Específicos, en caso necesario.

c) Difusión de información:

Al objeto de intensificar el conocimiento mutuo, la Asociación de Economía de la Salud remitirá al Instituto de Estudios Fiscales ejemplares de las publicaciones editadas por dicha Asociación para su difusión. Igualmente, el Instituto de Estudios Fiscales enviará a la Asociación de Economía de la Salud sus publicaciones periódicas.

2º.- Coordinación y seguimiento: para llevarlas a cabo en este Convenio, se creará una Comisión formada por dos representantes de cada Institución firmante.

3º.- El presente convenio se desarrollará en los aspectos concretos y específicos a los que se hace referencia en la cláusula primera, letras a, b y c en Acuerdos singularizados en los que se recogerán las actividades a realizar, el calendario de las mismas y las aportaciones a realizar por cada una de las partes firmantes.

4º.- Ambas partes tendrán libertad para solicitar la colaboración técnica y económica de otros organismos, entidades y empresas de carácter público o privado en relación con las actividades conjuntas que se realicen en el marco de este Convenio.

5º.- El presente Convenio Marco de Colaboración tendrá una duración de tres años, prorrogable de forma expresa por acuerdo entre las partes.

Este convenio tiene naturaleza jurídico-administrativa, debiendo las partes acudir en cuantas dudas interpretativas y lagunas pudieran presentarse a los principios recogidos en la legislación de Contratos de las Administraciones Públicas, Texto Refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio.

Serán competentes para conocer de los litigios que puedan plantearse respecto de la interpretación, cumplimiento, extinción y efectos de este convenio, los Tribunales del orden jurisdiccional contencioso-administrativo.

Y en prueba de conformidad, firman el presente Convenio por duplicado en el lugar y fecha al comienzo indicados.

POR LA ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA
DE LA SALUD

POR EL INSTITUTO DE ESTUDIOS
FISCALES,

Fdo.: Dr. Vicente Ortún Rubio
Presidente

Fdo: Dr. Juan José Rubio Guerrero
Director

BECAS DE INVESTIGACION EN ECONOMIA DE LA SALUD

CONVOCATORIA AES 2003

La investigación en economía de la salud tiene un importante papel en la toma de decisiones en política y gestión sanitaria, así como en otros ámbitos relacionados con la salud. Conscientes de esta importancia, la **ASOCIACION DE ECONOMIA DE LA SALUD**, junto con **QUIMICA FARMACÉUTICA BAYER**, que propuso y ha financiado estas ayudas desde su inicio, vienen convocando desde 1990 las **BECAS DE INVESTIGACION EN ECONOMIA DE LA SALUD** cuyos objetivos esenciales son:

- Estimular el desarrollo de proyectos de investigación en áreas relevantes de la salud o los servicios sanitarios, que tengan una alta calidad metodológica, y en los que alguna de las diversas orientaciones y disciplinas de la economía de la salud tengan un papel preponderante.
- Apoyar la formación de investigadores noveles o jóvenes en economía de la salud, favoreciendo su incorporación a proyectos a desarrollar en equipos de investigación consolidados.
- Estimular la cooperación entre diversas disciplinas favoreciendo el abordaje multidisciplinario de la investigación en economía de la salud.

Por todo ello, la **ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD** convoca las **BECAS DE INVESTIGACION EN ECONOMIA DE LA SALUD 2003** para proyectos de Investigación en Economía de la Salud, creadas a propuesta y financiadas por **Química Farmacéutica BAYER S.A.** y cuya concesión se realizará de acuerdo a las siguientes bases:

1.- Se concederá una **Beca de Investigación en Economía de la Salud** a un proyecto de investigación en Economía de la Salud, original e inédito.

2.- Podrán optar a las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** aquellos proyectos en el campo de la Economía de la Salud cuyo investigador principal sea español o desarrolle su actividad profesional en España. El Tribunal considerará especialmente los trabajos cuyo investigador principal tenga menos de 35 años.

3.- El desarrollo del Proyecto debe realizarse necesariamente en España.

4.- Podrán optar a las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** aquellos Proyectos iniciados o en curso siempre que no hayan sido completados en su totalidad y no hayan recibido ninguna otra subvención de entidades públicas o privadas. No se podrán presentar Proyectos que opten a otros premios o becas de investigación similares, nacionales o extranjeros.

5.- Para concursar se enviará original y cuatro copias de la Memoria del Proyecto de investigación a la secretaría de AES (C/ Sardenya 229-237, 6º, 4º, 08013 Barcelona). El plazo de entrega de los Proyectos termina el **11 de Abril del 2003**.

6.- La Memoria del Proyecto de investigación se remitirá en cualquiera de los formatos utilizados usualmente por las agencias oficiales de financiación de la investigación en España (CICYT, FIS, ...), debiendo constar los apartados siguientes:

6.1. Solicitud de la beca, donde conste el nombre y apellidos del solicitante (investigador principal) y del resto de los investigadores, centro de trabajo y dirección de contacto y, en su caso, el papel a desempeñar por el/los investigadores noveles incluidos en el proyecto.

6.2. Antecedentes sobre el tema del Proyecto de investigación, o interés científico y práctico del mismo.

6.3. Hipótesis y objetivos generales y específicos de la investigación.

6.4. Material y Métodos. Incluyendo fases de desarrollo y tiempo de duración estimado, que no debe ser superior a 18 meses. A Juicio del Tribunal, se podrá ampliar la duración hasta un máximo de 6 meses más.

6.5. Limitaciones previstas.

6.6. Análisis de la viabilidad del proyecto de Investigación, detallando los medios necesarios para su realización y justificando la disponibilidad de los mismos.

6.7. Currícula de todos los investigadores participantes, con especial referencia a la experiencia y publicaciones sobre el tema del Proyecto de Investigación, preferiblemente en cualquiera de los formatos oficiales de las agencias de financiación de la investigación.

6.8. Presupuesto detallado.

7.- Las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** tienen una dotación de 12.000,00 €, entregándose en tres fases: 3.600,00 € en el momento de su concesión, 3.600,00 € transcurridos 6 meses de la iniciación del Proyecto de Investigación, tras la preceptiva autorización de los Miembros del Tribunal del informe de evolución de dicho Proyecto, y una última entrega de 4.800,00 € al ser aprobado por el Tribunal el trabajo terminado en su redacción definitiva. El trabajo irá acompañado de un resumen no superior a 1.000 palabras que se publicará en el Boletín y/o en la página Web de AES

8.- El tribunal estará formado por 3 miembros de AES, nombrados por la Junta directiva y 1 Representante de Bayer, que actuará como Secretario, sin voto.

9.- El proceso que se seguirá por el Tribunal para la adjudicación de las **Becas de Investigación en Economía de la Salud**, será el siguiente:

9.1 El Secretario de la AES entregará oportunamente a cada uno de los Miembros del Tribunal, copia de todos los Proyectos recibidos, a fin de su completa información antes de la reunión deliberadora.

9.2 En fecha que oportunamente fijará el secretario de AES, el Tribunal se reunirá en los locales de la AES o en la sede las Jornadas de Economía de la Salud, en Cádiz, para reunión deliberatoria y de adjudicación de la Beca, la cual se realizará por votación secreta. En caso de que alguno de los Miembros del Tribunal no pudiese, por fuerza mayor, asistir a la reunión, enviará al Secretario de AES, que le representará, informe escrito de su valoración así como de su voto.

10.- Los investigadores que hayan ganado alguna de las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** en ediciones anteriores, podrán optar a la convocatoria actual siempre y cuando hayan entregado la redacción definitiva del trabajo ganador.

11.- La concesión de una Beca no presupone el pago de los importes pendientes cuando el investigador incumpla alguna de las Bases a Juicio del Tribunal.

12.- La concesión de la **Beca de Investigación en Economía de la Salud** se hará pública en las **XXIII Jornadas de Economía de la Salud**, que tendrán lugar en Cádiz del 4 al 6 de Junio del 2003.

13.- Las decisiones del Tribunal son inapelables. Las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** podrán declararse desiertas si a juicio del Tribunal calificador, se estimase que los trabajos presentados no reúnen el nivel profesional, económico o técnico adecuado. En este caso, su importe se dedicará a otro tipo de ayudas, de común acuerdo entre AES y Bayer.

14.- Las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** son una ayuda no condicionada y su concesión no implica ninguna cesión de derechos de autor ni establece ningún tipo de condicionante para la publicación de los trabajos por los autores en las revistas o editoriales que consideren de interés, aunque las publicaciones deberán hacer constar –en la forma que sea habitual en las correspondientes publicaciones– la recepción de la Beca.

EXTRACTO DEL ACTA DE LA REUNIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA DE AES, CELEBRADA EN BARCELONA EL 15 DE NOVIEMBRE DE 2002

- Se acuerda que los Comités Organizadores de futuras **Jornadas AES** puedan destinar, tras la celebración del Congreso, hasta un 20% de los beneficios que se hayan generado a organizar actos de contenido científico que puedan revestir interés para la Asociación. Se aprueba el documento "Contabilidad Jornadas", que pretende actuar como guía de buena práctica contable congresual.
- Se aprueba la propuesta de **convenio** entre AES y el Instituto de Estudios Fiscales (IEF), en cuya sede se celebrará el próximo día 31 de enero de 2003 la Jornada Técnica correspondiente a la candidatura de Madrid para acoger las Jornadas AES de 2004.
- Se acuerda renovar tanto los contenidos como el diseño de la **página web** de AES. Puerto López del Amo, la **webmaster** de AES, se compromete a enviar a la Junta una propuesta con un nuevo "árbol" para la web.
- Se presenta y aprueba el presupuesto presentado por Rosa Urbanos, responsable del **Boletín Economía y Salud**, para digitalizar los primeros 35 números de la colección y colgarlos de la página web de AES.
- Se acuerda iniciar un proceso de renovación del Boletín que comprende, por un lado, el vaciado en la web de aquellas secciones que precisan de mayor inmediatez (novedades, ofertas de trabajo, etc.) y, por otro, la publicación de "números especiales" que combinasen Informes Técnicos, trabajos presentados a las Jornadas y Editoriales. El título propuesto para el número de 2003 es: "Economía y Salud. Informes Técnicos 2003".
- Se acuerda que el **tribunal** encargado de otorgar en 2003 la "**Beca de Investigación en Economía de la Salud**", patrocinada por Bayer, esté constituido por las mismas personas que en su edición de 2002: Juan Cabasés, Salvador Peiró (presidente), Juan Ventura y Carme Piñol (secretaria, con voz y sin voto).
- Respecto a las **bolsas de viaje** que concede AES, se acuerda lo siguiente: 1) fijar en 35 años el límite de edad para su solicitud, así como un periodo de carencia de un año como socio; 2) convocar 3 bolsas de viaje para asistir al Congreso de iHEA'03, a celebrar en San Francisco el próximo verano, siendo la cuantía de cada una de ellas de 1.000 €; 3) convocar 5 bolsas de viaje para asistir a las XXIII Jornadas AES, a celebrar en Cádiz, que contemplan la gratuidad en el pago de la matrícula y 300 € para gastos de viaje y alojamiento; 4) prorrogar en el Tribunal de Bolsas de Viaje a Ricard Meneu y Puerto López del Amo, e incorporar al mismo a Laura Cabiedes en sustitución de Anna García-Altés.
- Se propone y acuerda subir la **cuota** de los **socios institucionales** a 900 € anuales; a cambio, cinco personas interesadas, a designar por las propias instituciones, podrán recibir toda la documentación que reciben los socios individuales de AES.
- Se acuerda crear y mantener un **registro de economistas de la salud** de ámbito latinoamericano que sirva para aumentar la proyección internacional de AES.
- David Casado presenta a la Junta un borrador de proyecto titulado "**Hemeroaes Virtual**". La idea central de la propuesta es utilizar la página web de AES para crear una base de datos referencial on-line con todas aquellas publicaciones relacionadas con la economía de la salud de ámbito español y latinoamericano. La Junta acuerda seguir adelante con la propuesta y encarga a David Casado su maduración.

NOVEDADES: LISTA DE DISTRIBUCIÓN ECONSALUD

AES anuncia la puesta en marcha de una nueva lista de distribución ECONSALUD a través de la red académica IRIS. Desde AES hemos considerado que convenía promover la utilización de este instrumento de forma similar a como lo hacen otras asociaciones de economía de la salud.

¿Qué es ECONSALUD?

ECONSALUD es una lista de distribución moderada destinada a difundir información y recursos sobre Economía de la Salud. Una lista de distribución es un medio de comunicación basado en el correo electrónico al que se accede por suscripción individual gratuita. Es un medio tremendamente rápido y eficaz para estar al día en un tema concreto.

¿Cuáles son los objetivos de la Lista ECONSALUD?

- Difundir información sobre la evolución internacional de la Economía de la Salud como disciplina.
- Ofrecer la oportunidad de intercambiar información entre investigadores y profesionales de economía de la salud.
- Información sobre conferencias, cursos, becas y eventos.
- Información sobre empleo y oportunidades de trabajo.

¿Qué tipos de mensajes se distribuyen en ECONSALUD?

- Anuncios de nuevos recursos y fuentes de información
- Recomendaciones de información en línea, artículos, etc.
- Y todos aquellos mensajes que tengan relación con los objetivos de la lista antes citados.

¿Cómo suscribirse a la Lista ECONSALUD?

Para suscribirse a la Lista ECONSALUD hay que enviar un mensaje por correo electrónico como el que se muestra a continuación:

To: LISTSERV@LISTSERV.REDIRIS.ES
Subject:
=====
Isuscribe econsalud Nombre Apellidos

Al enviar la solicitud recibirás un mensaje donde se le solicita la confirmación mediante un mecanismo "OK", (esto servirá para comprobar que la dirección que se desea suscribir es operativa). Éste mensaje contiene información suficiente para la confirmación por lo que basta con responder (Reply) al anterior mensaje de la forma:

To: LISTSERV@LISTSERV.REDIRIS.ES
Subject: RE: Command confirmation request (5re3ws)
=====
OK

Las gestiones relativas a alta o baja de la lista también pueden realizarse desde la web: <http://www.rediris.es/list/info/econsalud.es.html>.

El éxito de la lista depende de las aportaciones de todos nosotros, así pues os animamos a incorporaros cuanto antes.

Pere Ibern

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