

en este número

	pág.
EDITORIAL	1
JORNADAS AES	3
– Jornada Técnica AES, 2003 Madrid	
– XXIII Jornadas AES. Cádiz 2003.	
TEMAS	6
– A vueltas con la historia clínica: ¿A favor o en contra de Osabide?	
TESIS	9
– Valoración económica de los efectos de la contaminación en la salud.	
– Economic aspects of the public provision of health care services.	
– Modelos estructurales y estacionalidad en series temporales económicas de alta frecuencia.	
LIBROS	12
VARIOS	13
– Urgencias hospitalarias versus urgencias en atención primaria en Asturias: Un análisis de cointegración.	
– Memoria del X Encuentro anual de la EUPHA:	
– Convenio de colaboración entre AES y APES	
NOTICIAS DE AES	16

editorial

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

LA CADENA DE RENTAS

Pere Ibern

Universitat Pompeu Fabra

Centre de Recerca en Economia i Salut



A muchos resulta familiar la aproximación de Porter a la estrategia empresarial mediante la cadena de valor. Se trata de una aproximación conceptual de hace 20 años que identifica las fases de las actividades de la empresa que crean valor para sus propietarios. Cuando deseamos comprender la estrategia de una empresa hacia el mercado es crucial una buena comprensión del valor que se aporta en cada actividad y los costes que supone realizarla. Si además tenemos algunas pistas sobre cómo los competidores desarrollan su cadena de valor, nos permite una mejor definición de nuestra estrategia de mercado.

El profesor de Stanford David Baron¹ propuso un planteamiento equivalente para lo que llamó estrategias de no-mercado. El entorno de no-mercado consiste en todos aquellos elementos sociales, políticos y legales que estructuran las relaciones entre las empresas y el público. Y señaló que para la empresa moderna no es suficiente prestar atención tan sólo a su estrategia de mercado; la estrategia de no-mercado es igualmente fundamental para conseguir los resultados deseados.

El entorno de no-mercado puede describirse en función de los intereses, instituciones e información. Los intereses reflejan las preferencias de los grupos e individuos, las instituciones son las reglas de juego existentes, y la información es lo que las partes saben acerca de la relación entre acciones y consecuencias, y entre preferencias y capacidades para satisfacerlas.

Llegados aquí podemos preguntarnos qué tiene que ver todo esto con el sector salud. En múltiples ocasiones se repite el deseo de reforma estructural del sistema sanitario sin que observemos nada especial en la práctica. La respuesta, entre otras, debemos buscarla en la teoría de la política distributiva, en comprender cuáles son los incentivos para la acción política, cuáles son los costes de la acción colectiva, y cuáles las relaciones con los votantes que permitan la reelección del partido gobernante. Si analizamos todos estos factores podremos entender mejor el porqué es tan difícil la reforma estructural de la sanidad.

Podríamos identificar esta dificultad en la política farmacéutica. En la medida en que hay un entorno de mercado donde las empresas compiten, y un entorno de no-mercado con unas reglas de juego precisas, puede ser de interés aplicar el esquema de Baron para ver si nos ayuda a entender mejor lo que sucede.

En el caso de la farmacia, el éxito en la estrategia de no-mercado determina incluso el éxito en la estrategia de mercado. Ya no se trata de que deben existir ambas y deben ser coordinadas, sino que la regulación condiciona de tal modo, que los esfuerzos pueden llegar incluso a invertirse en lo que sería habitual en otros sectores económicos. Los ejemplos son muchos pero pensemos ahora tan sólo en dos. El impacto del medicamento (financiación selectiva de medicamentos) y la regulación de la visita médica y de las ayudas a la formación.

¹ Baron, D (1996). *Business and its environment*. Prentice-Hall

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, Josep Fusté, Fernando San Miguel, Anna García-Altés, Puerto López del Amo y Jaime Pinilla.

Han colaborado en este número:

Pere Ibern, Paco Gómez Luy, Ana Rico, Juan Gérvas, María Xosé Vázquez, Paula González, Gloria Martín, Víctor Fernández, Elisa Hernández, Josep Pomar y Paula Bagés, entre otros muchos.

Por el primero se trató de excluir determinadas presentaciones de limitada utilidad terapéutica. La exclusión equivalía a cerrar el acceso al mercado a determinados medicamentos. Si repasamos las hemerotecas del 97 y 98 encontraremos abundante material que explica cómo los laboratorios lucharon para evitar su impacto y lo consiguieron en buena parte. No todos salieron afectados por igual, pero la estrategia de no-mercado, más o menos formalizada tuvo sus resultados.

Los laboratorios farmacéuticos tratan de evitar en este momento las limitaciones a la actividad de los visitantes médicos. Solicitan que un 4% del tiempo de trabajo anual de un médico pueda dedicarse a atenderlos. Por parte de la Administración se considera que hay otras formas alternativas para acceder a la información sobre medicamentos que la visita médica individual y ante ello propone medidas distintas. Al mismo tiempo, Hacienda considera que las ayudas que reciben los médicos para la asistencia a congresos son prestaciones en especie y como tal deben tributar. Con estas medidas, lo que se pretende es reformar la cadena de rentas. Los visitantes médicos ya han anunciado de la pérdida de puestos de trabajo, y los médicos de que la formación deberán financiarla las instituciones hospitalarias. Las rentas que se consiguen en la actualidad pueden verse afectadas seriamente por estas regulaciones. Aparecen inmediatamente incentivos para proteger las rentas ante cambios en el entorno de no-mercado.

El éxito de cualquier política que afecte a la cadena de rentas está ligado a la capacidad de mostrar ante los ciudadanos-votantes los beneficios de tal medida y cómo sirven a sus intereses políticos. Pero esto no resulta fácil en determinados temas cuya información puede presentarse sesgada o simplemente no se conoce. Si el legislador no calcula bien de qué manera está afectando la cadena de rentas se encontrará que incluso grupos con intereses inicialmente opuestos acabarán uniéndose contra las medidas y conseguirán paralizarlas. Las hemerotecas de los años 97 y 98 explican múltiples situaciones como ésta en relación con el medicamento.

Comprender las estrategias empresariales de no-mercado

Para comprender la cuantía de actividades de no-mercado que desarrollan las empresas necesitamos el apoyo de la teoría de la acción colectiva y de la teoría de los costes de transacción. Por la primera se trata de explicar si las empresas se unirán entre sí para que se definan entornos de no-mercado que les sean favorables. La decisión como siempre dependerá de si los beneficios marginales de actuar conjuntamente son superiores a los costes. Jugará, también como siempre, la probabilidad de existencia de aprovechados ("free-riders") y cuanto mayor sea, menor la intención de unirse a un grupo.

La teoría de los costes de transacción nos aporta una visión complementaria. En lugar de centrarse en la cantidad de lobbying, se pregunta acerca de cómo organizar las actividades de lobbying, internamente o mediante contratación externa. Un estudio empírico de De Figueiredo y Tiller² aplicado al sector de las Telecomunicaciones mostró que las empresas grandes y pequeñas difieren ampliamente en las actividades de lobbying y a las pequeñas les cuesta participar en asociaciones empresariales y les preocupa especialmente las informaciones sensibles que puedan difundirse. Pero lo que también mostraron es que hay economías de escala en las actividades de lobbying que pueden aprovecharse si se "contrata externamente". Desgraciadamente este tipo de estudios no son fácilmente replicables en nuestro entorno por la falta de datos que describan las actividades de suministro de información (lobbying) a la Administración.

La dificultad de introducir mejoras paretianas

Al lado de las estrategias de no-mercado de las empresas, los gobiernos tienen asimismo sus restricciones en la adopción práctica de políticas que suponen mejoras de eficiencia.

Cuando Stiglitz³ dejó el Council of Economic Advisers escribió un artículo sugerente en el que reflexionaba sobre el porqué falla el gobierno en introducir mejoras paretianas. Y señalaba que la

respuesta de Mancur Olson y su teoría de la acción colectiva no le resultaba suficiente, especialmente cuando hay casos que no dañan a nadie o implican compensación a los afectados. Y señaló cuatro hipótesis: (1) la incapacidad de los gobiernos a adoptar compromisos, (2) la legislación ayuda e impide la formación de coaliciones de intereses, (3) competencia destructiva y juegos de suma cero, y (4) incertidumbre sobre las consecuencias de los cambios. Su argumento es profundo y no hay espacio para reproducirlo aquí. La aportación de Stiglitz permite situarse un paso más allá del debate sobre los fallos del mercado y el Estado y a los de la teoría de la acción colectiva a los que estamos acostumbrados. Introduce una reflexión sobre los elementos dinámicos que permiten que ciertas políticas puedan llevarse a la práctica.

Su recomendación es que conviene una forma de gobernar más abierta, transparente y democrática que se esfuerce en la formación de consensos. Y precisamente esto sería lo que permitiría que los resultados obtenidos reflejaran los intereses generales y no los particulares.

Del mismo modo Avinash Dixit⁴ en su libro *The making of economic policy* hace una traducción de la teoría de los costes de transacción hacia la política. Y en él hay alguna frase contundente como esta: "uno no tiene que ir de la observación de una aparente ineficiencia a la prescripción del remedio, debemos examinar cómo se organizan las empresas e instituciones en las transacciones, mirar cómo afrontamos los costes de transacción y preguntarnos si funciona bien". Una sugerencia útil para el sector salud, donde a menudo expresamos alternativas sin analizar con precisión cómo pueden aplicarse, cómo se ve afectada la cadena de rentas, y cómo reaccionará para preservarlas.

Vemos pues que tanto desde la perspectiva empresarial como desde la política económica han surgido nuevas aportaciones que permiten comprender mejor cuáles son las restricciones y oportunidades en la introducción de mejoras en la eficiencia. Las empresas adoptan estrategias de no-mercado que complementan o fundamentan incluso las estrategias de mercado. Los gobiernos necesitan comprender cuál es la cadena de rentas y cómo se ve afectada por las reformas potenciales. Comprender las restricciones y tratar de limitar su efecto es la tarea fundamental para avanzar.

Las estrategias empresariales de no-mercado aplicadas a gobiernos que operan con las restricciones reseñadas pueden llegar a ser altamente efectivas. Es por ello que necesitamos que criterios de sostenibilidad se introduzcan en la estrategia empresarial. Las empresas se encuentran ahora en plena efervescencia de los programas de responsabilidad corporativa. Con ellos tratan de explicar que la empresa crea valor para el conjunto de la sociedad y no sólo aquella visión estrecha de algunos que lo limitaba a los accionistas. Dentro de un tiempo podremos observar si ha sido una moda o realmente una tendencia que se ha instalado firmemente. Este es un elemento más de no-mercado a tener en cuenta porque puede separar definitivamente a tipos distintos de empresas. A todos nos interesa identificar aquellas empresas que son eficientes y responsables en su contribución a la creación de valor para la sociedad.

En la actualidad se dan las condiciones para empezar a analizar y comprender las estrategias de no-mercado que desarrollan las empresas relacionadas con el sector salud y a entender mejor la práctica y las restricciones de la política sanitaria. Pero necesitamos formalizarlo. De ser así, esto nos ayudaría a tejer los fundamentos de la reforma sanitaria sobre bases más dinámicas y no sobre prescripciones normativas estáticas.

² De Figueiredo, J.M, Tiller, E.H. (2000) *The structure and conduct of corporate lobbying: how firms lobby the federal communications commission*. National Bureau of Economic Research . Working Paper 7726.

³ Stiglitz, J. (1998). *The private uses of public interests: incentives and institutions*. *Journal of Economic Perspectives*, vol. 12, nº 2, pp. 3-22.

⁴ Dixit, A.K.(1996) *The making of economic policy*. The MIT Press

JORNADA TÉCNICA AES 2003 MADRID

Rosa Urbanos
Presidenta del Comité Organizador



El pasado 31 de enero se celebró en Madrid, en la sede del Instituto de Estudios Fiscales, la Jornada Técnica AES 2003 bajo el título **“Nuevos Instrumentos de Integración y Cooperación Sanitaria”**. La Jornada, inaugurada por Lluís Bohigas con una conferencia en la que revisó los *“Instrumentos prioritarios de integración sanitaria desde una perspectiva comparada”*, se organizó en torno a tres mesas de ponencias que abordaban el tema central desde una triple perspectiva:

La primera mesa, **“La integración institucional”**, contó con la intervención, en primer lugar, de Antonio García Romero (Univ. Carlos III de Madrid), quien resumió las directrices a seguir para la evaluación del impacto socioeconómico de la investigación sanitaria. A continuación, Guillem López (Univ. Pompeu Fabra) y Ana Rico (Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios), presentaron un trabajo en el que confirmaron los efectos positivos de la descentralización sobre la expansión y la capacidad de transformación del Sistema Nacional de Salud. Por su parte, Ana Herrero (UNED) y Alfonso Utrilla (UCM) centraron su intervención en la financiación de la sanidad, y mostraron las diferencias y similitudes del modelo español con los modelos alemán, canadiense, australiano, italiano y británico. Asimismo, analizaron los riesgos del actual sistema en términos de suficiencia dinámica. Finalmente, José Vida Fernández (Univ. Carlos III de Madrid) cerró la primera mesa de la mañana con su exposición sobre la integración en las relaciones institucionales entre la industria farmacéutica y las Administraciones Públicas.

La segunda mesa de ponencias, **“La integración del conocimiento”**, contó con la presencia de Albert Jovell (Fundació Biblioteca Josep Laporte), quien revisó las características de los sistemas sanitarios basados en el conocimiento. En segundo lugar, José Luis de Sancho (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias) remarcó el importante papel que la Agencia Española de Evaluación de Tecnologías juega en la integración del conocimiento, mientras José Asua (Osteba) recalcó que ha de promoverse la actividad de colaboración entre las distintas Agencias de Evaluación en el intercambio de experiencias, métodos y productos de evaluación, lo que facilita alcanzar el máximo de actualidad en los métodos a utilizar y en la información generada. Por su parte, Víctor Calleja (Servicio Navarro de Salud), señaló la necesidad de impulsar el proceso de normalización para el conjunto del sector, entendido como la generación de estándares

de referencia en ámbitos como el tratamiento de la Tarjeta Individual Sanitaria, la Historia Clínica Electrónica o la información institucional sobre recursos, prestaciones y servicios.

Por último, la tercera de las mesas, **“La integración operativa de los servicios sanitarios”**, se abrió con la intervención de Francisco Sánchez Prieto (Consejería de Sanidad de la CAM), quien revisó el papel de la Alta Inspección en el contexto de la descentralización sanitaria. A continuación, Manuel Carrasco (Instituto de Salud Carlos III) señaló la creación de Redes de Grupos de Investigación aprobadas por el Instituto de Salud Carlos III como una de las más importantes iniciativas de colaboración entre grupos de investigación en servicios de salud. En tercer lugar, Álvaro Santos (Servicio de Salud de Castilla-La Mancha) abogó por el establecimiento de tiempos máximos de espera como instrumento de integración jurídica en el panorama actual de descentralización y reivindicó la Ley de Garantías en la Atención Sanitaria Especializada de Castilla la Mancha como motor de la equidad de acceso a los servicios. La última ponencia corrió a cargo de Mercedes Alfaro (MSC), quien resumió los esfuerzos y logros de la Administración Central en el reto de integrar la información sanitaria en el actual panorama de descentralización.

La Jornada Técnica se cerró con la intervención de Jesús Galván, Director General de Planificación Sanitaria, Innovación Tecnológica y Sistemas de Información de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, y fue clausurada por el Director General del Instituto de Estudios Fiscales, Juan José Rubio Guerrero. El contenido de la mayor parte de las intervenciones señaladas está a disposición de todos vosotros en la página web de AES.

En definitiva, un programa ambicioso que despertó el interés de los asistentes y suscitó el debate de numerosas cuestiones. Creo poder decir que la Jornada se cerró con un balance positivo, gracias a la participación de los ponentes y del atento público y, por supuesto, gracias a la colaboración de los patrocinadores y de todo el Comité Organizador. Ahora nos enfrentamos al reto de organizar las Jornadas AES 2004. Esperamos que, como mínimo, Madrid esté a la altura de las sedes que nos han precedido.



Imagen de la mesa “Integración del conocimiento”

XXII jornadas AES, Cádiz 2003

XXIII JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA: ACTUALIZANDO LA AGENDA

PROGRAMA

Miércoles, 4 de junio

Taller Fundación BBVA (T01).
Cuadro de Mandos y Contabilidad de Gestión:
Avances y experiencias internacionales.

Taller ONGs (T02)

Sistemas de salud y cooperación al desarrollo.

Organización: Madre Coraje, Medicus Mundi Andalucía y Fundación Adsis.

Acto Inauguración XXIII Jornadas AES

Gestión Clínica y Sanitaria: actualizando la agenda.

Conferencia Inaugural

Actualizando la agenda de la gestión clínica y sanitaria
José Manuel Freire. Centro Oncológico MD Anderson I.
Madrid.

Moderador: Francisco Martos Crespo.

Mesa de ponencias (P01)

Actualizando... los sistemas retributivos en Sistema
Nacional de Salud.

Antonio Cervera - José J. Martín Martín - Luis Carretero
- Rafael Burgos Rodríguez.

Mesa de ponencias (P02). Nuevas herramientas para
una gestión de salud mental basada en datos. Contri-
buciones de la red temática RIRAG.

Josep Ballester i Josep - Maria Haro Abad - José Luis
Ayuso Mateos - Luis Salvador Carulla.

Mesa de comunicaciones:

Eficiencia de las organizaciones sanitarias.

Modelos aplicados a la gestión sanitaria.

Gestión clínica y sanitaria (I).

Elementos para la gestión de la prescripción farmacéu-
tica.

21:00 Recepción del Excmo. Ayuntamiento de Cádiz.
Castillo de Santa Catalina.

**Concierto música arábigo-andalusí: «Mohamed Akel -
Al Kantara».**

Copa de Bienvenida.

www.cica.es/aliens/jaescadiz



Jueves, 5 de junio

Mesa de ponencias (P03)

Actualizando... Las tecnologías de la información en
atención de salud.

Ángel Garijo Galve - Ricard Meneu - Juan Ventura - Juan
del Llano.

Mesa de ponencias (P04)

Actualizando... La gestión de la casuística y costes en
los centros sanitarios.

Luis Ruiz de la Prada - Arturo L.F. Schweiger - Josefina
Caminal Homar - Manuel Larrán Jorge.

I Encuentro de Jóvenes Doctores en Economía de la
Salud. Dificultades y oportunidades al iniciar las ta-
reas investigadoras y realizar una tesis doctoral (P05).

Joan Costa i Font - Antonio García Romero - Fabiola
Portillo Pérez de Viñaspre - Eva M. Rodríguez Míguez -
Marcos Vera Hernández - Rosa Urbanos Garrido.

Mesa de ponencias (P06)

Actualizando... La coordinación de la atención entre
niveles asistenciales y la gestión de las enfermeda-
des.

Salvador Peiró - Ramón Hernández Vecino - Juan
Gervás - Fernando R. Artalejo.

Debate abierto (P07)

Las claves de la política y gestión sanitaria en el SNS.
Moderador: Vicente Ortún Rubio.

Mesas de comunicaciones:

Aseguramiento, capitación, selección de riesgos.
Aseguramiento y dependencia.
Salud y equidad.
Reflexiones sobre las nuevas formas organizativas.
El coste de la enfermedad.
La efectividad de las intervenciones sanitarias.
Gestión clínica y sanitaria (II).

Presentación y defensa de las comunicaciones gráficas (SP).

Área de Exposiciones 1ª planta - Conductora: Laura Cabiedes Miragaya.

20h. ASAMBLEA AES

Asamblea General de la Asociación de Economía de la Salud

21h. Recepción

Viernes, 6 de junio

Mesa de ponencias (P08)

Actualizando ... Las estrategias frente a las variaciones en la práctica médica: GUIAS, TRAYECTORIAS, PROCESOS...

Peter Littlejohn - Jordi Colomer i Mascaró - Albert Verdaguer - Enrique Bernal.

Mesa de ponencias (P09)

Los estudios del coste de la enfermedad.
Fco. José Vázquez Polo - Julio López Bastida - Heliodoro Robleda Cabezas - J.M. Cabasés Hita.

Mesa de ponencias (P10)

Actualizando... La gestión de la prescripción farmacéutica

Beatriz González López-Valcárcel - Mónica Ausejo - Jaume Puig i Junoy - Juan Rafael Vargas - Ana Gabriela Ros - José Lluís Segú.

Mesa de ponencias (P11)

Actualizando... El impacto de la investigación en ciencias de la salud en la política y gestión sanitarias.
Martin Buxton - Jordi Colomer i Mascaró - Manuel Carrasco Mallén - Jordi Camí i Morell - Luis Bohigas Santasusagna - Joan J. Artells i Herrero.

Mesa de ponencias (P12)

Actualizando... Los sistemas de financiación hospitalarios.

Jon Iñaki Betolaza - M^a Dolores Muñozerro Muñoz - Pere Ibern - M^a del Puerto López del Amo.

Mesas de comunicaciones:

Descentralización y reformas.
Demanda, Necesidad, Utilización.
Preferencias de los ciudadanos y los consumidores.
Evaluación económica de fármacos.
Evaluación de tecnologías organizativas.
Pensando en los pacientes y en los profesionales I.
Pensando en los pacientes y en los profesionales II.
Cuadro de mandos e indicadores.
Unidades Clínicas innovadoras: experiencias.
Gasto sanitario y farmacéutico.
Costes, compras, contabilidad.
Variaciones en la práctica médica.
Utilización inadecuada de recursos.

Conferencia clausura

Acto de entrega Premios XXIII Jornadas.

Acto de entrega Beca AES.

Clausura.

21h. 30: Cena de Clausura en Bodegas González Byass (Jerez de la Frontera)

Visita a la Bodega / Fiesta

www.cica.es/aliens/jaescadiz.

Secretaría Técnica:

Viajes El Corte Inglés.

Tlfn : 956 860231.

E-mail : comercialcadiz@viajeseci.es.

Secretaría Científica:

Hospital Universitario " Puerta del Mar".

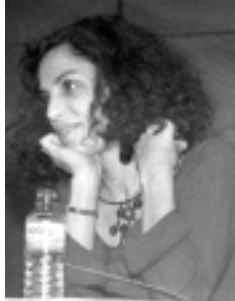
Tlfn : 956 002529 / 002220.

E-mail : aes2003cadiz.hpm.sspa@juntadeandalucia.es.



A VUELTAS CON LA HISTORIA CLÍNICA: ¿A FAVOR O EN CONTRA DE OSABIDE?*

Ana Rico



El debate sobre las mega-bases de datos clínicos ha irrumpido en nuestro país con triste resonancia en los últimos meses debido a la inusual sanción, y separación temporal del cargo, a dos profesionales san-

itarios públicos, de reconocido prestigio, por liderar un conflicto en torno al proyecto de *Osakidetza*, el Servicio Vasco de Salud, de instaurar un modelo de historia clínica transferible entre niveles de atención. Ello requiere la centralización de las historias clínicas de todos los pacientes, hasta ahora accesibles tan sólo desde el centro médico en donde se generaron, en una gran base de datos a la que se pueda acceder desde cualquier centro sanitario de la red pública autonómica.

Una base de datos de estas características ofrece indudablemente grandes oportunidades para mejorar la gestión clínica y económica de los pacientes, para la investigación médica, y para avanzar en la evaluación del impacto del sistema sanitario sobre la eficiencia y la equidad, aún en pañales precisamente debido a la falta de datos. Al mismo tiempo, si no se cumplen ciertas condiciones de protección, puede comportar peligros de parecida o mayor magnitud, principalmente para algunos pacientes; y también para los profesionales sanitarios que, de acuerdo con la normativa vigente, son en principio los garantes de la información contenida en la historia clínica.

Gracias a la iniciativa de nuestro socio Juan Gervas, y a petición de la directora del Boletín, se examinan en este artículo los argumentos a favor y en contra de la centralización de historias clínicas. Además, se analiza brevemente el caso de *Osabide*, la base de historias clínicas desarrollada por *Osakidetza*, y se resumen algunas propuestas para abordar los principales problemas que pueden derivarse de esta iniciativa.

1. El conflicto entre telemática y secreto profesional

Argumentos a favor de la centralización de datos clínicos

En el lado de las ventajas hay que mencionar en primer lugar el potencial de mejora de la gestión clínica de los pacientes y por tanto de la calidad de la atención. En parti-

cular, la telemática ofrece importantes oportunidades para *mejorar la continuidad de los cuidados entre niveles de atención*. Mientras que los episodios agudos se tratan principalmente en un solo nivel, los enfermos crónicos transitan frecuente y recurrentemente entre niveles de atención. El predominio de las patologías crónicas sobre las agudas, un proceso ya muy avanzado en los países occidentales, permite esperar que los costes de una insuficiente coordinación entre niveles de atención aumenten geométricamente.

Primero y principal, para el paciente crónico, que frecuentemente actúa como 'coordinador' sin sueldo en ausencia de mecanismos formales de comunicación entre niveles. Ello lleva aparejada una baja efectividad de las intervenciones, dado que el enfermo crónico se ve a menudo abocado a repetir su historia clínica a cada uno de los profesionales que le atienden en diferentes niveles de atención, con posible duplicación también de pruebas diagnósticas, tratamientos incoherentes, etc... Dado el rápido aumento de las técnicas diagnósticas de alta tecnología, esta duplicación de esfuerzos puede conllevar además unos costes de oportunidad considerables para el sistema sanitario. La posibilidad de transferir la historia clínica de los pacientes crónicos entre niveles de atención podría por tanto contribuir a *disminuir los costes clínicos, económicos y humanos de una coordinación insuficiente*.

En relación con ello, una ventaja importante de la transferencia de datos clínicos es que puede contribuir decisivamente a aumentar la presencia de los niveles de atención con menor dotación tecnológica (pero a menudo con ratios coste-efectividad más altos que el hospital) en el tratamiento de enfermos crónicos¹. Es decir, a *promover un mayor protagonismo para la atención primaria y comunitaria*². Es una práctica habitual en España y otros países que el tratamiento rutinario de enfermos crónicos se realice principalmente en los hospitales³. Ello resulta en muchos casos difícilmente justificable desde una perspectiva de efectividad o eficiencia. Las mejoras en la comunicación entre niveles de atención pueden ayudar a contrapesar la resistencia de los profesionales hospitalarios a ceder competencias a sus colegas extra-hospitalarios, lo que a menudo se justifica recurriendo a la menor información sobre el caso de la que disponen otros niveles de atención⁴.

Es cierto, sin embargo, que existen otras opciones para mejorar la comunicación telemática entre niveles de atención que no

pasan por la centralización de datos clínicos. Un ejemplo de gran empuje político en la actualidad en nuestro país es la tarjeta sanitaria individual equipada con dispositivos electrónicos, que permitiría que el propio paciente se encargara de la custodia de los datos de su historia en su tránsito a través del sistema. Es decir, la máxima descentralización posible de los datos clínicos. Ello eliminaría la mayoría de los problemas en cuanto a la confidencialidad. A cambio, se perderían las importantísimas *oportunidades que la centralización de historias abre para la investigación clínica, sanitaria y social*. Y por ello, para mejorar el gobierno, la gestión y la calidad clínica de los servicios que prestamos a los ciudadanos.

Veamos un par de ejemplos sobre las posibilidades que abre la centralización de datos. El caso de Islandia da una idea del potencial en cuanto a investigación clínica: en 1998 se instituye por ley la centralización de historias clínicas, que permitirá conectar estos datos con otras dos bases previas, una con información genealógica sobre 650.000 del millón más o menos de habitantes de esta isla durante el último siglo, y la otra con información genética sobre más de diez mil islandeses⁵. De otro lado, los avances realizados en el campo de la investigación y la información sobre cuidados crónicos a ancianos han permitido recientemente la creación por ley en dos o tres países de *conjuntos mínimos de datos clínicos* que registran evaluaciones estandarizadas de la evolución del estado de salud junto con los datos principales de diagnóstico, tratamiento y trayectoria por el sistema de todos los pacientes afectados, lo que abre por primera vez la posibilidad de evaluar de un modo fiable los resultados de la práctica clínica y la gestión de pacientes⁶.

Se puede concluir por tanto que la descentralización de datos clínicos protege en mayor medida la confidencialidad, pero con un coste oportunidad muy alto, dado que supone mantener los datos relativamente inaccesibles para la investigación, el gobierno y la gestión sanitarias. Ello concuerda con el hecho de que los teóricos y analistas de la descentralización estén de acuerdo en que en los sistemas descentralizados resulta crítico que la información necesaria para evaluar los resultados de la gestión pública se re-centralice al menos al nivel de los

* La autora agradece a Juan Gervas (jgervasc@meditex.es) el haber podido acceder a buena parte de la documentación en la que se basa este artículo.

gobiernos democráticos que ostentan la responsabilidad política última por los resultados del servicio, para permitir tanto una planificación estratégica adecuada, como la rendición de cuentas de los trabajadores públicos ante sus gobiernos y, por tanto, ante los ciudadanos.

Argumentos en contra de la centralización de datos clínicos

Los argumentos en contra de la centralización de datos clínicos se basan como ya hemos mencionado en *el derecho a la intimidad de los pacientes, y el deber consecuente de los profesionales sanitarios de garantizar la confidencialidad de la información recogida en la consulta*. Estos derechos y deberes aparecen recogidos en todos los códigos deontológicos de la medicina en la historia de la humanidad, en la mayoría de las declaraciones y directivas sobre derechos humanos, y en los postulados de la moderna bioética⁷. También, desde luego, en la legislación nacional e internacional⁸. En España por ejemplo se recoge de un modo contundente en el Código Penal de 1995 (art.199), que castiga la divulgación de los datos clínicos sin la previa autorización del paciente con penas máximas de cuatro años de cárcel y seis de inhabilitación⁸.

Como se trata en más detalle en el apartado siguiente, la ley contempla numerosas excepciones al deber de no divulgar el secreto profesional sin el consentimiento del paciente. Entre ellas se contempla explícitamente la transferencia de datos clínicos entre administraciones públicas con el objetivo de mejorar la gestión sanitaria. Se asume probablemente aquí que los datos están razonablemente seguros mientras que permanezcan bajo la custodia del Estado. Los argumentos en contra de la centralización sin consentimiento se basan por ello principalmente en consideraciones de carácter ético y práctico, y se centran en la *imposibilidad probada de defender la información confidencial de la injerencia de intereses comerciales cuando se transfiere a una base electrónica a la que tienen acceso numerosos profesionales*.

Si se acepta esta premisa, *las consecuencias de la centralización de historias podrían ser devastadoras para aquellos pacientes con enfermedades crónicas estigmatizantes y/o con pronóstico difícil* (sida, cáncer, etc.), principalmente en términos de discriminación social, financiera y laboral. Tras la traumática experiencia de la represión nazi, resulta además especialmente escalofriante pensar en las posibilidades, por remotas que sean, que una megabase como la que se instituye en Islandia en 1998 abriría a posibles gobiernos o grupos genocidas. En relación con ello, *la inseguridad sobre el grado de protección de los datos transferidos hacia arriba puede afectar a la relación médico-paciente, y a la información recogida en la historia*, dado que existe la posibilidad de que el paciente, el médico o ambos se resistan a transcribir información sensible dados los riesgos asociados.

2. La polémica en torno a Osabide: ¿Es posible el consenso?

Osabide: los hechos

La iniciativa de *Osakidetza* de desarrollar una aplicación informática corporativa que permita transferir las historias clínicas informatizadas a través de la red de centros sanitarios públicos del país está principalmente orientada a mejorar la continuidad y la comunicación entre niveles de atención. La nueva aplicación sustituiría así a la anterior, OMI, la alternativa utilizada hasta el momento en el País Vasco y también en otros Servicios de Salud autonómicos, que no permite transferir los datos de las historias clínicas informatizadas fuera del centro de salud. En contraste, la nueva aplicación *Osabide* permite transferir a otros centros la información que el médico que registra los datos considere necesaria para una eventual asistencia fuera del centro, que incluyen como mínimo el nombre y la dirección del paciente, su diagnóstico, y su médico y centro de salud de referencia.

Sobre la base del deber de los profesionales de no divulgar secretos clínicos sin el consentimiento del paciente, dos directivos del equipo de atención primaria de Sansomendi se negaron a utilizar la nueva aplicación informática, y continuaron con OMI, que uno de los dos médicos implicados había contribuido a introducir en el País Vasco desde su puesto anterior de directivo de *Osakidetza*, y también a difundir en ésta y otras Comunidades Autónomas con la ayuda de una empresa privada creada al efecto. Ambos médicos pusieron además un mensaje de información a los pacientes en la consulta, que de acuerdo con la documentación recibida por la autora, reproducía el siguiente texto: "Estimados pacientes: con motivo del cambio del programa informático, *Osakidetza* ha traspasado los datos clínicos de todos los pacientes de este centro de salud a una base centralizada, fuera del centro. Considero mi deber informarles del hecho de que dicho cambio se hace sin mi autorización, ni con la suya, por lo que yo no asumo los perjuicios y molestias que esta medida puede suponer"⁹.

Dicho en estos términos, el aviso no parece en principio demasiado agresivo para ninguna de las partes implicadas. La Gerencia de *Osakidetza*/SVS en Araba consideró sin embargo que tanto la nota informativa, como las explicaciones más detalladas difundidas por los médicos a los pacientes en consulta, establecían dudas infundadas sobre la legalidad de la medida, e inició (previa exigencia incumplida de retirada de la campaña informativa y de la oposición activa a la nueva aplicación) la incoación de un expediente administrativo por originar alarma entre los pacientes, y por continuar utilizando la antigua aplicación OMI (ilegal debido a fin de licencia)¹⁰. La sanción final fue de dos años de separación del cargo para ambos profesionales.

No compete a la autora pronunciarse sobre la pertinencia o no de una sanción que

parece avalada por garantías jurídicas suficientes: a petición de uno de los dos encausados, la Defensora del Pueblo de *Euskadi* y la Agencia de Protección de Datos realizaron inspecciones de la base *Osabide* sin encontrar impedimentos jurídicos en su contra. Sorprende, sin embargo, la radicalización de las posturas. Queda la sensación, tras analizar imparcialmente la documentación, de que se dan las condiciones para llegar a un consenso, y de que una posición más negociadora por ambas partes podría haber evitado fácilmente la escalada del conflicto, que sin duda ha generado y generará consecuencias negativas para la aceptación social y profesional de la interesante iniciativa que *Osabide* representa.

La regulación legal no requiere el consentimiento tácito ni obliga a informar

El deber de no traicionar la confidencialidad de los datos clínicos sin el consentimiento del paciente nunca ha sido absoluto. *Las excepciones que establece la regulación siguen una pauta ascendente a partir de que la medicina entra en conexión con el Estado*. El posible daño a terceros y la investigación epidemiológica y clínica constituyen excepciones obvias. En la actualidad, en nuestro país, como en muchos otros en el mundo, la lista de excepciones incluye además, como se recoge en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal, los casos en los que la transferencia se realice para fines de tratamiento y diagnóstico del paciente o sus familiares, para la gestión sanitaria, o para respetar una obligación contractual con un seguro. En todos estos casos, la transferencia de datos clínicos no requiere el consentimiento de los pacientes. La Ley contempla una lista considerablemente más restringida de excepciones al deber de informar a los pacientes de la transferencia de sus datos sin su consentimiento, que incluye las cesiones impuestas por ley o entre administraciones públicas, las urgencias vitales y la investigación epidemiológica. Una cláusula relativamente ambigua parece conceder también ciertos derechos especiales a empresarios y aseguradoras públicas y privadas⁸.

En cualquier caso, aunque la legislación específica sobre el tema en España no obliga en principio a informar ni pedir la autorización de los pacientes cuando la transferencia de datos se realice entre administraciones públicas, tres argumentos (además del sentido común) aconsejan la adopción de medidas en esta dirección:

1) Primero, el hecho de que una parte de la normativa vigente en España prescriba sin ambigüedades que deben respetarse al menos algunos derechos claves¹¹, como el de información pública (art. 5 de la Ley 15/1999); y también los de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los individuos con respecto a sus propios datos clínicos (STC 292/2000, fundamentos 6 y 7). Estos derechos aparecen contemplados en la regulación de bases de datos semejantes en Estados Unidos¹² e

Islandia⁵; pero no así en la regulación de Osabide, que incluye tan sólo el derecho de oposición, pero requiere la interposición de un recurso en los tribunales. Ello se sitúa en los márgenes de la posición de consenso en el sector (trasplantes), centrada en el consentimiento tácito.

- 2) Segundo, el hecho de que las declaraciones y directivas internacionales (incluyendo alguna de la UE, por ejemplo la 95/46/CE del Parlamento y el Consejo^{7,8}, o la Recomendación 97/5 del Comité de Ministros) regulen escrupulosamente estos derechos, incluida la necesidad de informar al menos genéricamente a los pacientes^{7,13}, de manera que, entre otras cosas, estos puedan participar en la labor de vigilar posibles filtraciones.
- 3) Tercero, los peligros reales de filtración de los datos en su formato actual, es decir, no anonimizado. El debate sobre la comunicación de enfermedades de declaración obligatoria constituye un precedente importante. El consenso al que se ha llegado en este campo es que resulta innecesario que la notificación de enfermedades como el SIDA sea nominal, a no ser que ésta sea la única manera de evitar la propagación del virus⁸.

Algunas propuestas de consenso

Como se deduce de lo anterior, parece recomendable la regulación específica de la centralización de historias clínicas electrónicas con el objetivo de garantizar la máxima protección de la confidencialidad sin reducir de un modo sustantivo las posibilidades de mejora que éstas introducen en cuanto a la gestión, la calidad y la investigación sanitaria. En ausencia de las garantías legales y prácticas adecuadas, cabe cuestionar tanto la utilidad de la información transferida para la investigación y la gestión, como la medida en que la transferencia es compatible con los derechos fundamentales de los pacientes¹⁴. Esto no sólo se aplica a *Osabide*, sino también a un buen número de instituciones sanitarias públicas y privadas (incluyendo, por ejemplo, los centros de salud dependientes del INSALUD en 1999), cuyas bases de datos clínicas no están ni tan siquiera registradas legalmente⁸. Aquí van algunas propuestas que parecen razonables después de examinar alguna documentación^{15, 16, 17} sobre el tema.

- 1) La transferencia de registros clínicos a una base centralizada debería realizarse respetando el anonimato de los pacientes participantes, especialmente cuando estos datos se utilizan para fines de investigación. Ello puede realizarse sin perder información a través de la disociación de ficheros.
- 2) En vez de transferir la historia completa a la base central, resulta más económico, seguro y efectivo desde un punto de vista científico diseñar primero un conjunto mínimo de datos estandarizado y consensado por equipos multidisciplinares de investigadores⁵.
- 3) Aunque requerir el consentimiento informado a todos los usuarios no parece en principio necesario, la normativa existen-

te en España, Europa y otros países como mínimo aconseja (y en algunos casos requiere) informar a toda la población de la transferencia de sus historias, y garantizar al menos algunos derechos básicos de los pacientes como el de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

- 4) Otras medidas de protección importantes pasan por la regulación detallada de las condiciones de acceso a estos datos por parte de los profesionales, investigadores, políticos y gestores; del deber de secreto profesional que afecta a todas las personas que tratan datos de carácter personal; y de las sanciones previstas por filtración indebida de los datos.
- 5) Por último, toda cautela es poca cuando se trata de una cuestión que como ésta afecta de lleno a los derechos fundamentales de los ciudadanos. Como el artículo 9 de la Ley 15/99 establece, los responsables de los ficheros de datos personales informatizados tienen la obligación de tomar todas las medidas técnicas y organizativas necesarias para garantizar la seguridad de los mismos, habida cuenta del estado de la tecnología. La autenticación y otros mecanismos de certificación electrónica son un ejemplo en este terreno. También los registros sistemáticos del acceso a la base, que incluyen datos sobre la identificación del que accede y el uso que se hace de los datos.

3. Balance y conclusiones

El conflicto en torno a *Osabide*, por sus serias y tristes consecuencias, supone que el proceso ineludible de debate social, político y profesional en torno al tema empieza en nuestro país con mal pie. Parece un hecho establecido que la centralización de historias clínicas se inició en *Osakidetza* con carácter previo a la aprobación de una serie de medidas importantes para optimizar la confidencialidad de los datos, y por tanto, para garantizar la aceptabilidad de la medida por parte de profesionales y ciudadanos. Aunque la ley exime de responsabilidad a los profesionales sanitarios en el caso en que la filtración de datos ocurriera como resultado de una transferencia legal promovida por los poderes públicos (como es el caso), la responsabilidad ética y social del médico aparece establecida con claridad en todos los códigos deontológicos del mundo. Ello debería tenerse en cuenta a la hora de juzgar la posición profesional en éste campo. Es cierto también que la conexión de uno de los profesionales sancionados con una empresa privada que se beneficiaría de la continuidad del programa OMI (asunto en cualquier caso no mencionado en el proceso administrativo promovido por *Osakidetza*) no ha ayudado mucho a la causa, en principio justa y encomiable, de defender la protección de los datos de los pacientes, e informarles sobre la transferencia de los mismos a otras instancias.

Independientemente de la posición que se adopte con respecto a esta cuestión, lo cierto es que la normativa vasca tiene un

carácter marcadamente innovador, dado que tan sólo otro país del mundo, Islandia, ha llevado a cabo un proyecto semejante hasta el momento. Como todos los proyectos pioneros, sin embargo, se enfrenta con el único bagaje del ensayo/error al reto de interpretar por primera vez sobre el terreno una normativa legislativa aún relativamente reciente y ambigua en torno al delicado balance entre confidencialidad e investigación, o en otros términos, entre seguridad y progreso. También a la difícil tarea, aún no resuelta, de generar el consenso político y social que una cuestión de esta trascendencia requiere para progresar en una sociedad democrática. Desafortunadamente, la primera ronda de intercambios en torno a *Osabide* arroja en balance un saldo claramente negativo en cuanto a esta tarea, cuya responsabilidad última recae en los gobiernos democráticamente elegidos por los ciudadanos.

Referencias

1. Alonso FA, Castro CJ, Brugos A, García F, Sánchez L, Guijarro A, Ruiz A, Medina M (2000), Informatización en atención primaria. *Atención Primaria*, 26: 488-507.
2. Rico A y Saltman S (2002) ¿Un mayor protagonismo para la atención primaria? Reformas organizativas de la atención primaria de salud en Europa, *Revista de Administración Sanitaria*, 6, 21: 39-68.
3. Gervas J., Palomo L., Pastor-Sánchez R., Pérez-Fernández M., Rubio C. (2001), Problemas acuciantes en atención primaria, en *Atención Primaria*, 28, 7: 472-477.
4. Alonso M., Ayala S., Buitrago F. (coord.), Estremera V., García L., Molina M.A., Pedregal M., Segura E., and Suberviola V.J. (1995), *Relación entre niveles asistenciales*, Documentos Semfy, Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, disponible en: <http://www.semfy.es/Nueva/Actividades/Publicaciones/Documentos/Docum005.htm>
5. Snaedal J (2002) The ethics of health sector databases, *e-Health International. The Journal of Applied Health Technology*, 1, 1: 6, disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=135527>
6. Carpenter GI, Bernabei R, Hirdes HP, Mor V, Steel K (2000), Building evidence on chronic disease in old age. Standardized assessments and databases offer one way of building the evidence, *BMJ*, 320:528-9.
7. Sánchez Carazo, C (2003) La protección de datos en la investigación clínica, *El Médico*, 4 de abril, 29, 286: 23-31.
8. Cabello MJ y Otero M (2003): Ética médica y legislación sanitaria (I), *El Médico*, 4 de abril, 29, 286: 35-50.
9. Gervas J (2003) La protección de la historia clínica. Un comentario de Juan Gervas sobre la sanción a Angel Ruiz Téllez y a Paz Pérez de Gortari, documento no publicado.
10. De Blas A (2003) Nota informativa de la gerencia de la comarca de Araba de *Osakidetza*/SVS en relación a la confidencialidad de los datos clínicos en *Osabide*, Vitoria, 21 de marzo.
11. Sánchez Carazo C (2003) Comunicación personal al Director General de *Osakidetza* en réplica a la Nota informativa sobre *Osabide* de la Gerencia de la Comarca de Araba, 30 de marzo.
12. Starfield B (2003) Comunicación personal al Gerente de la Comarca de Araba, 5 de abril.
13. Gervas, J (2003) Sagrados secretos compartidos sin querer, e innecesariamente, documento no publicado.
14. Gervas, J (2003) Expectación excesiva acerca de la implantación de la historia clínica electrónica, Editorial en SEMERGEN; 26: 3-4.
15. Gervas J, Pastor R, Pérez-Fernández M (2003) Requisitos para la participación de los médicos clínicos en una base informatizada centralizada de datos sanitarios, documento no publicado.
16. Internet health care coalition (2003) e-Health Ethics Initiative, disponible en: www.ihealthcoalition.org/community/ethics.html
17. Cornwall A (2002) Connecting health. A review of electronic health record projects in Australia, Europe and Canada, Churchill Trust, Fellow' Reports no.20, disponible en: <http://www.churchilltrust.com.au/Fellows%20Reports/Cornwall%20Amanda%202002-1.pdf>

VALORACIÓN ECONÓMICA DE LOS EFECTOS DE LA CONTAMINACIÓN EN LA SALUD¹

María Xosé Vázquez Rodríguez



Esta tesis doctoral investiga la potencialidad de los *métodos de preferencias declaradas* para estimar el valor económico de los beneficios sobre la salud humana de introducir políticas

de control de la contaminación atmosférica, y aborda algunas cuestiones metodológicas relacionadas con la aplicación de este tipo de metodologías en el contexto de la salud y la contaminación.

Para alcanzar este objetivo, se presentan inicialmente los modelos teóricos, basados en la teoría del bienestar, que describen el comportamiento del individuo frente a cambios en la salud, con o sin incertidumbre, y se derivan las medidas teóricamente correctas del cambio en el bienestar ante la introducción de políticas de control de contaminación. Se complementan los modelos con el análisis del efecto de la presencia de motivaciones altruistas sobre las preguntas de disposición al pago utilizadas en cuestionarios de preferencias declaradas y sobre la posterior agregación de resultados para obtener los costes o beneficios sociales. Finalmente, la presentación de la teoría en la que se basa la valoración económica, se complementa con una descripción de los métodos económicos existentes para la valoración de los impactos en el bienestar de cambios en la salud, analizando las ventajas e inconvenientes de cada tipología ante un bien tan complejo. En este conjunto, los *métodos de preferencias declaradas* permiten valorar los efectos de la aplicación de medidas y políticas ex ante, y además nos permiten aproximar el valor total de los cambios, incluidas las molestias, el malestar y la angustia asociada a los *problemas de salud*, y los valores basados en *motivaciones altruistas*.

Las experiencias empíricas que se presentan han servido para analizar diferentes cuestiones metodológicas relacionadas con los métodos de preferencias declaradas. En relación con el método de *valoración contingente*, en primer lugar, se ha utilizado un formato de pregunta de obtención del valor especialmente adaptado a la imprecisión de las preferencias de los individuos cuando se trata de valorar económicamente cambios en su estado de salud. Con este

objetivo se diseñó una pregunta de obtención del valor con formato mixto, tipo escalera de pago con planteamiento de subasta iterativa, con el objetivo de obtener intervalos de valor y no forzar, de forma artificiosa, la elección de una cantidad específica.

En segundo lugar, se analiza la influencia del nivel de contexto, entendido éste como la cantidad de información proporcionada o nivel de detalle del escenario de valoración. Se trata de observar el efecto del contexto en las estimaciones obtenidas y en su precisión, mediante la realización de una *aplicación empírica doble*, en la cual los cuestionarios mantienen la misma estructura pero difieren en el nivel de información sobre la causa del problema de salud y las medidas a aplicar para conseguir la mejora propuesta.

Los datos obtenidos fueron analizados mediante modelos de intervalos censurados, que reflejan las características especiales del formato de pregunta utilizado. Los resultados demuestran que los valores obtenidos mediante el ejercicio más genérico son significativamente mayores para todas las mejoras de salud propuestas y presentan, en general, una mayor dispersión, siendo esta mayor para síntomas más graves. En consecuencia, si abstraemos los ejercicios de valoración de su contexto, los valores obtenidos son más hipotéticos que reales pues se basan en las diferentes interpretaciones que los individuos se forman respecto a los detalles ausentes.

Respecto al formato de pregunta, consideramos que las recomendaciones del Panel NOAA, generalmente aceptadas como guía para elaborar ejercicios de valoración contingente, aunque reconocen que las preferencias por ciertos bienes complejos son susceptibles de mostrar un alto grado de imprecisión, finalmente exhortan a la utilización de formatos de pregunta cerrados, que ofrecen una política que le beneficiaría pero a cambio de un coste determinado, y el individuo ha de decidir si acepta o no el intercambio. Nuestros resultados prueban que estas directrices y el uso generalizado de la pregunta cerrada o dicotómica parecen descansar demasiado en los axiomas tradicionales sobre la estructura de las preferencias individuales, concretamente en la existencia de una función de utilidad determinística.

Posteriormente, con el objetivo de evitar la valoración monetaria explícita de la salud, e incorporar el carácter multidimensional de los *cambios en salud*, se realiza

un experimento de elección. En esta aplicación se flexibiliza la hipótesis de Independencia de Alternativas Irrelevantes, que se requiere para la utilización de modelos Logit Multinomial en la estimación de los datos. Además, se analiza la presencia de inconsistencias en las respuestas y se observa su impacto sobre las estimaciones finales, entendiendo por inconsistencias las violaciones a los supuestos de monotonicidad y estabilidad de las preferencias. Finalmente, se realiza un ejercicio de valoración específico para detectar la presencia de altruismo paternalista en las preferencias, identificando a qué tipo de bienes va dirigido este altruismo y su magnitud.

Los resultados obtenidos demuestran la potencialidad de los experimentos de elección en la valoración de la salud, pues aumentan la eficiencia en el uso de la muestra, y disminuyen los problemas relacionados con la valoración monetaria explícita de la salud. Además, aunque en las elecciones obtenidas no hay una presencia importante de inconsistencias, su inclusión parece estar sesgando al alza las estimaciones finales obtenidas y a la baja la precisión de las mismas. En consecuencia, es necesario diseñar experimentos de elección que permitan la realización de pruebas de consistencia respecto a axiomas fundamentales.

También hemos demostrado que, de los datos obtenidos, no se deduce que existan diferencias significativas en las preferencias que, sobre una misma ganancia en el bienestar, se han obtenido en diferentes etapas de la secuencia de elección, lo que prueba que no existe ni efecto aprendizaje ni efecto fatiga significativos.

Se demuestra, asimismo, que las motivaciones altruistas son relevantes en el contexto de la salud, porque las disposiciones al pago por beneficios indirectos son importantes. Además, se observa que este altruismo está especialmente relacionado con la salud y la renta de los individuos. En consecuencia, al incluirse este altruismo entre los considerados paternalistas, los valores totales pueden ser incorporados en cualquier *análisis coste-beneficio* que se derive de las estimaciones obtenidas, sin riesgo de doble contabilización.

¹ Tesis doctoral defendida en el Departamento de Análisis Económico Aplicado, de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, el 21 de enero de 2002. Dirigida por el Dr. Carmelo León, obtuvo la calificación de sobresaliente "cum laude" por unanimidad. E-mail: maxose@uvigo.es.

ECONOMIC ASPECTS OF THE PUBLIC PROVISION OF HEALTH CARE SERVICES¹

Paula González Rodríguez



En esta tesis doctoral se analizan, desde un punto de vista teórico, algunos de los problemas que surgen en la *provisión de servicios sanitarios*. Tras una sección introductoria (Capítulo I), la tesis consta de tres

capítulos que presentan artículos de investigación independientes. En términos generales, las interacciones estudiadas se pueden englobar en dos grandes bloques. En el capítulo II se emplea una metodología de *teoría de colas y de juegos cooperativos* para analizar el reparto óptimo de los costes quirúrgicos en presencia de listas de espera. Los otros dos capítulos se centran en algunas de las implicaciones de la doble actividad del médico (provisión pública y privada de servicios) sobre su actuación como proveedor de servicios sanitarios. En ellos, el análisis se realiza en un contexto con asimetrías informacionales entre el médico y la autoridad sanitaria. El contenido de cada uno de los artículos se detalla a continuación.

“Reparto Óptimo de Costes Quirúrgicos en Presencia de Colas”

Los problemas de asignación de costes surgen en numerosas situaciones de la vida real, donde los individuos, todos con sus propios propósitos, deciden trabajar juntos. En estas situaciones, surge el problema de cómo dividir los costes conjuntos resultantes de la cooperación (e implícitamente el ahorro en costes) entre los participantes. Esta descripción general de los problemas de asignación de costes puede ser aplicada directamente a este análisis. En este trabajo se modeliza el problema de reparto de costes que surge cuando distintas especialidades médicas comparten la utilización, tanto de los quirófanos, como de las camas de un hospital.

El objetivo principal de este capítulo es proponer una regla de asignación de costes para el reparto de los costes quirúrgicos totales. La primera parte del análisis está dedicada al estudio de los costes asociados directamente al quirófano. Se demuestra cómo compartir el quirófano para tratar a pacientes de distintas especialidades conduce a reducciones en los costes. Se construye entonces una regla de reparto de costes, mediante el diseño teórico de un juego de asignación de costes, basada en el valor de Shapley.

La segunda parte del trabajo extiende el análisis al periodo de hospitalización de los pacientes. Mediante la modelización de la etapa de hospitalización también como un sistema de colas, se puede calcular el número de servidores (camas) necesarios para garantizar el servicio, bajo distintos escenarios de cooperación. Al contrario de lo que ocurre

con los costes directos del quirófano, el impacto de la cooperación en la utilización de los quirófanos sobre los costes esperados de hospitalización es ambiguo y depende de características específicas de los tratamientos. Se computan dos condiciones suficientes que permiten asegurar ahorros en costes también en esta segunda etapa del proceso.

Finalmente, se proporciona un ejemplo numérico, calculado sobre la base de datos reales, para ilustrar los principales resultados del modelo. En él se observan importantes ahorros en los costes de hospitalización cuando los distintos procedimientos médicos cooperan también en la utilización de las camas.

“Implicaciones Políticas de Transferir Pacientes a la Práctica Privada”

En este trabajo se aborda el estudio de la optimalidad de políticas, recientemente puestas en marcha en algunos países con sistemas mixtos de salud (como el español), en las cuales el sector público desvía una proporción de sus pacientes a hospitales privados para aliviar los enormes problemas de congestión que sufre la sanidad pública. El análisis se centra en los incentivos estratégicos del médico debido a su condición de proveedor dual, y en las consecuencias que dichos incentivos pueden tener sobre los costes sanitarios públicos.

Hay dos objetivos principales en este capítulo. En primer lugar, caracterizar el comportamiento de un médico proveedor dual cuando la autoridad sanitaria decide implementar una política de desvío de pacientes a clínicas privadas. El análisis muestra que, cuando el gobierno no es capaz de observar el comportamiento del médico en relación con la gravedad de los pacientes que trata, surge un problema de “selección de pacientes”. La distinta estructura remunerativa en el sistema público y privado hace que los médicos prefieran tratar a los pacientes más leves en las clínicas privadas.

El segundo objetivo del capítulo es estudiar cómo este problema de selección de pacientes afecta a la decisión de la autoridad sanitaria de implementar la política. El análisis muestra que el valor crucial que determina la relevancia del problema es la dispersión relativa de las gravedades de los pacientes. Cuanto mayor es dicha dispersión, más gana el médico al seleccionar pacientes y, al mismo tiempo, mayor es el impacto sobre los costes soportados por la autoridad sanitaria.

El análisis desarrollado proporciona algunas recomendaciones a la hora de aplicar este tipo de políticas. La autoridad sanitaria debe considerar el hecho de que las diferencias existentes entre los sistemas de remuneración en ambos sectores pueden crear incentivos perversos en el comportamiento de los médicos. Además, los resultados sugieren

que la decisión de llevar a cabo este tipo de políticas debe estar influida no sólo por el precio pactado con el sector privado, sino también por el tipo de enfermedad. En particular, la dispersión de las gravedades de los pacientes juega un importante papel.

“¿Debería Limitarse la Práctica Dual de los Médicos?. Un Enfoque de Incentivos”

Este capítulo está dedicado a analizar los incentivos de los médicos a realizar diagnósticos costosos y a elegir determinados tipos de tratamiento en un contexto de doble riesgo moral. La doble actividad del médico es crucial para este análisis, ya que se considera que el médico puede utilizar su actividad en el sector público para aumentar su “prestigio” como proveedor sanitario y aumentar así sus ingresos privados. El análisis permite estudiar si la autoridad sanitaria puede estar interesada en prohibir o limitar la práctica privada de los médicos.

En primer lugar, se analizan, en un modelo principal-agente, las implicaciones que para la autoridad sanitaria tiene la doble actividad del médico. El análisis señala que la práctica dual del médico tiene efectos contrapuestos. Por un lado, su interés en curar a los pacientes y ganar prestigio genera una sobreprovisión de servicios sanitarios. Por otro lado, si la autoridad sanitaria logra controlar estos incentivos a sobreproveer servicios, puede beneficiarse del interés del médico en realizar diagnósticos muy precisos.

El análisis desarrollado proporciona un marco teórico que permite evaluar algunas medidas introducidas en diversos países europeos para regular la doble actividad del médico. En particular, se analiza la optimalidad de los contratos de exclusividad (vigentes en España) y de la imposición de límites a los ingresos privados del médico (vigentes, por ejemplo, en el Reino Unido y en Francia). Si se considera la primera de estas medidas reguladoras, se obtiene que cuando la autoridad sanitaria diseña un contrato de incentivos nunca es óptimo ofrecer al médico un contrato de exclusividad. Sin embargo, si los médicos son retribuidos conforme a un salario, los contratos de exclusividad pueden ser útiles para la contención de costes. Si se considera el segundo tipo de regulación, se observa que limitar los ingresos privados del médico es beneficioso socialmente, excepto en aquellos casos en los que la autoridad sanitaria está altamente preocupada por la precisión del diagnóstico médico. En estos casos, la regulación sería perjudicial socialmente.

¹ Tesis doctoral defendida en el Departamento de Fundamentos del Análisis Económico de la Universidad de Alicante, el 17 de diciembre de 2002. Dirigida por la Dra. Carmen Herrero, obtuvo la calificación de sobresaliente “cum laude” por unanimidad.

E-mail: paula@merlin.fae.ua.es; gonzalez@core.ucl.ac.be.

MODELOS ESTRUCTURALES Y ESTACIONALIDAD EN SERIES TEMPORALES ECONÓMICAS DE ALTA FRECUENCIA¹

Gloria Martín Rodríguez



El objetivo fundamental de este trabajo ha sido diseñar procedimientos útiles para modelar los *comportamientos estacionales en series temporales económicas* observadas con alta frecuencia, adaptados a las particularidades de este tipo de series, y, en particular, mostrar la utilidad de las funciones *splines* para recoger estas especificidades en el seno metodológico de los modelos estructurales.

En primer lugar, se pone el énfasis en describir la racionalidad subyacente en los *modelos estructurales*, indicar la forma en la que podrían ser empleados y señalar aquellos aspectos en que su metodología difiere de enfoques alternativos. A continuación, se expone la representación más general en el espacio de los estados y se explica cómo se puede usar el filtro de Kalman para estimar el valor de las denominadas variables de estado. Se muestra, entonces, que los modelos estructurales constituyen un caso particular de los modelos en el espacio de los estados. Por último, se indica el modo de obtener una estimación de los componentes de una serie temporal en cada uno de los instantes del tiempo a través del filtro de Kalman.

En segundo lugar, se exponen con detalle las características de las funciones *splines* en el ámbito del análisis de series temporales y, más concretamente, se describen los distintos procedimientos a través de los cuales estas funciones pueden, en el contexto de los modelos estructurales, utilizarse como herramienta adecuada para recoger fluctuaciones periódicas de naturaleza determinística y también estocástica.

Una vez expuesto el marco metodológico se valora el funcionamiento de estas técnicas cuando se aplican a series temporales económicas que contienen fluctuaciones periódicas de alta frecuencia y, en concreto, se han utilizado con objeto de caracterizar la *demand real de un servicio específico de urgencias*.

La atención dispensada a los pacientes en los *Servicios de Urgencias Hospitalarios* (SUH) es objeto de preocupación para la comunidad sanitaria y la sociedad en general. Y parece que en todos los países desarrollados, tanto si ofrecen un servicio nacional de salud con aseguramiento obligatorio y gratuito de la población, como si el modelo sanitario se articula como un sistema de mercado, se ha producido un fenómeno de mayor utilización de estos servicios.

El crecimiento de la demanda produce desajustes en relación con la oferta de servicios que deberían ser eliminados por las evidentes consecuencias sobre los pacientes

afectados, cuya salud está, *a priori*, lo suficientemente deteriorada como para requerir los servicios a los que acuden. Si se acepta esta premisa, la solución a los desequilibrios debe proceder del lado de la oferta. Ahora bien, es preciso considerar que, en última instancia, el factor determinante de la visita a los SUH es la percepción subjetiva de gravedad y ansiedad del paciente. Y este elemento de subjetividad contribuye quizás a explicar el aumento desproporcionado de la frecuencia con la que los SUH se utilizan de forma inadecuada.

El conocimiento general de la demanda de los SUH es imprescindible para planificar las inversiones públicas en estructuras y personal. Pero, además de incrementar las dotaciones de recursos humanos y materiales, la correcta asignación de los recursos disponibles es otro de los elementos clave para mejorar la oferta. Ahora bien, adoptar medidas de esta índole exige previamente conocer la demanda real de los SUH en cada momento del tiempo y, teniendo en cuenta la variedad de factores que pueden incidir en ella, cabe pensar en un comportamiento diferente según la época del año, el día de la semana o la hora del día de que se trate. De hecho, la incidencia de los *desajustes entre oferta y demanda* es mayor en determinadas fechas y parece evidente que estos desequilibrios pueden tener graves consecuencias, sobre todo cuando, aun siendo transitorios, se traducen en excesos de demanda que, dadas las características del servicio, pueden ocasionar daños irreparables en la salud del paciente. En suma, la estacionalidad de la demanda se convierte, pues, en el elemento clave en torno al cual debe girar la reorganización de los servicios con el fin último de aumentar la calidad del servicio prestado.

La demanda de los SUH se materializa en centros que pertenecen a distintas realidades socioeconómicas y, por tanto, en la demanda registrada en tales centros inciden diferentes factores sociodemográficos. De ahí la necesidad de analizar de forma minuciosa el comportamiento observado en un centro concreto, de modo que se puedan formular medidas adaptadas a las particularidades de dicho centro y que puedan servir de indicadores de planificación de otros centros con características similares. El estudio realizado se refiere al *servicio de urgencias del Barcelonès Nord*, que cubre la atención de una población de 350.000 habitantes.

Como indicador de la demanda real se ha utilizado el número de visitas registradas. Ahora bien, el examen de la estacionalidad de las visitas con el objetivo que se ha señalado requiere, desde un punto de vista metodológico, adoptar decisiones en cuanto al tipo de datos que va a ser objeto de estudio. La frecuencia con la que se registran las visitas puede ayudar a vislumbrar patrones esta-

cionales o, por el contrario, puede dificultar su apreciación si el grado de agregación temporal es excesivo. Por esta razón se ha utilizado una base diaria, dada la ausencia de datos registrados con mayor frecuencia de observación. Concretamente, se analiza el número diario de visitas registradas en el servicio de urgencias ya indicado en el período comprendido entre el lunes 1 de enero de 1996 y el lunes 31 de diciembre de 2001.

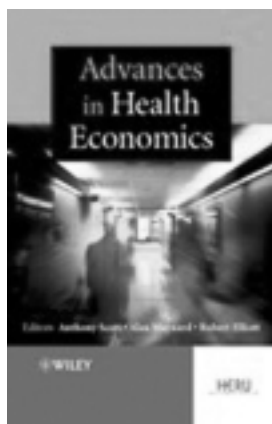
La alta frecuencia con la que se observan los datos permite analizar la presencia de periodicidades de carácter semanal que se superponen a las observadas con período anual. El hecho de que existan dos años bisiestos significa que existen períodos estacionales que no son siempre de la misma longitud. Esta fuente de heterogeneidad y la coexistencia de *fluctuaciones estacionales* de distinto período obligan a introducir modificaciones metodológicas en los procedimientos teóricos desarrollados para el tratamiento de la estacionalidad.

Esta aplicación ilustra el potencial de las funciones *splines* para recoger la estacionalidad presente en series de este tipo. Las variaciones estacionales registradas indican que los días de la semana con mayor demanda son los domingos y el menor número de visitas suele registrarse los jueves y viernes. Considerando en su conjunto los 365 días del año, las épocas de mayor saturación de este centro corresponden a principios y finales de año, mientras que en el verano se reducen notablemente las visitas, quizás como consecuencia de la disminución de la población de la zona en la que está ubicado el centro estudiado durante el período vacacional.

No cabe duda de que una base de datos horaria proporcionaría una información más rica de la demanda. Del mismo modo que el análisis diario puede indicar la conveniencia de redistribuir los recursos en función de que el día sea laborable o no, el estudio por hora podría ser válido para establecer una distribución óptima de los turnos del personal, condicionada por la organización y flexibilidad del centro.

Si el ámbito de estudio se extiende a otros centros, cabría la posibilidad de evaluar la conveniencia de desviar la demanda de servicios de urgencia registrada en centros saturados, en determinados días a determinadas horas, hacia otros que en esos mismos momentos pueden presentar exceso de capacidad para atender exclusivamente su propia demanda.

¹ Tesis doctoral defendida en el Departamento de Economía de las Instituciones, Estadística Económica y Econometría de la Universidad de La Laguna el 13 de diciembre de 2002. Dirigida por los doctores Carlos Murillo Fort y Ginés Guirao Pérez, obtuvo la calificación de sobresaliente "cum laude" por unanimidad. E-mail: gmartinr@ull.es

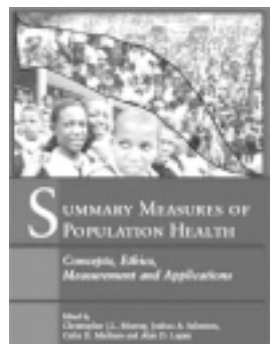


ADVANCES IN HEALTH ECONOMICS.
Editores:
Anthony Scout, Alan Maynard y Robert Elliott, 2002.
274 páginas.

Establecida desde 1977, la Health Economics Research Unit (HERU) de la Universidad de Aberdeen ha tenido como objetivo el desarrollo de nuevas metodologías en economía de la salud y la implantación del análisis económico en los servicios sanitarios. HERU edita este libro como parte de la celebración del 25 aniversario de su fundación. En él aparece un conjunto de temas que recogen las áreas de interés y el trabajo realizado por personal presente y también de aquellos que trabajaron en el pasado en HERU. Los temas seleccionados son aquellos en los que HERU ha desarrollado y desarrolla un papel importante como promotor de nuevas metodologías y áreas de trabajo en economía de la salud. El libro repasa el trabajo realizado en los últimos 25 años pero también abre las puertas y determina las prioridades de investigación relevantes en cada área de cara al futuro.

Los temas se centran en la aplicación de métodos de evaluación económica como la disponibilidad a pagar y los modelos de elección discreta, la preferencia temporal sobre estados de salud, los sistemas de incentivos en atención sanitaria, la atención primaria, la equidad o la medición de la eficiencia en la atención dental entre otros.

Por la importancia de HERU y su contribución a la economía de la salud, este libro resulta interesante para cualquier economista o profesional del ámbito sanitario que desee conocer el "state of the art" de un importante abanico de temas en Economía de la Salud.

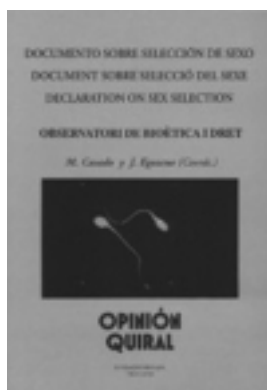


SUMMARY MEASURES OF POPULATION HEALTH. CONCEPTS, ETHICS, MEASUREMENT AND APPLICATIONS.
Editores: CJL Murray, JA Salomon, CD Mathers y AD López. **Organización Mundial de la Salud, 2002.**

Este libro abarca una serie de cuestiones en torno a la medición de la salud poblacional mediante el uso de índices que combinan datos sobre mortalidad y morbilidad. Estas medidas de salud poblacional son usadas por la Organización Mundial de la Salud para comparar los niveles de salud y las desigualdades existentes en distintos países, analizar el efecto de enfermedades, accidentes o factores de riesgo, realizar análisis de coste-efectividad y análisis de eficiencia de los sistemas sanitarios. Es importante reflexionar sobre el uso de estas medidas y analizarlas detenidamente, dada la enorme cantidad de recursos que se dedican a resolver problemas de salud pública como el SIDA, la malaria, la tuberculosis o la pobreza. Asimismo, el texto estudia la validez y aborda las principales cuestiones metodológicas en la aplicación de las medidas de salud "micro", por lo que se convierte en una referencia clave para aquellos profesionales interesados en su diseño y aplicación.

El libro se divide en 15 partes, estructuradas en capítulos que abarcan desde la descripción de las principales medidas de salud utilizadas hasta, como se ha mencionado, algunas cuestiones metodológicas de su implantación, así como reflexiones sobre la incorporación explícita y directa de criterios de ética y justicia en el diseño de medidas de salud y sobre su articulación práctica.

El libro aporta una visión global y en detalle sobre la medición de la salud a nivel "macro" (frente a las metodologías "micro" utilizadas en economía de la salud), y por tanto puede resultar atractivo para aquellos que no conocen de cerca dicha aproximación.



DOCUMENTO SOBRE SELECCIÓN DE SEXO.
Coordinadores: M. Casado y J. Egocue. **Observatori de Biòtica i Pret, Opinió Quiral. Fundación privada Vila Casas, 2003.**

Presentado en tres idiomas (castellano, catalán e inglés), y de forma muy breve, este documento es una declaración de opiniones y argumentos sobre la selección de sexo de los futuros hijos. Los autores cubren una variedad de disciplinas, aportando al debate el carácter multidisciplinar necesario para afrontar una cuestión de esta naturaleza. El objetivo del documento es aportar información

y puntos de vista racionales para participar en el debate público, así como para proporcionar pautas de actuación a la administración.

Se toma como punto de partida, previo a la definición de las conclusiones, el reconocimiento del respeto a la decisión razonada de las personas, que eligen y deciden sobre sus procesos reproductivos. Se reconoce también que cualquier normativa relativa a esta cuestión debería ser establecida en función de los descubrimientos científicos.

Los autores defienden que la selección de sexo por razones no terapéuticas debería ser admitida, en determinadas circunstancias, siempre que no sea utilizada como sistema de discriminación y los medios utilizados para efectuarla sean proporcionados. Los autores no ven justificada la prohibición del Estado sobre selección de sexo, ni siquiera por motivos demográficos, y entienden que limita la libertad ciudadana. Tras la exposición de motivos, el equipo llega a cuatro conclusiones principales, sustentadas en idea básica de que la selección de sexo de los futuros hijos debería ser permitida bajo determinadas condiciones relacionadas con el método seguido y la finalidad del mismo.

Se trata de un documento interesante que lleva a la reflexión sobre un tema puntual y concreto, pero que es tan solo un vértice de uno más amplio e importante: la legitimidad del uso de la tecnología y los avances de la ciencia para determinados fines.

CÓMO PREPARAR ESTUDIOS DE INVERSIÓN EN EL SECTOR SANITARIO.

José María Corella, Editorial Díaz de Santos, 2003. 91 páginas.

Un título muy atractivo y ambicioso que posiblemente, para sorpresa de los lectores, se resuelve en un volumen no demasiado extenso, considerando además que una cuarta parte del mismo se dedica al preámbulo y la introducción. Centra sin embargo su atención en los rasgos principales de los estudios de inversión: el estudio de la demanda y los aspectos tecnológicos de la oferta, así como el análisis financiero y económico (de costes) del proyecto. El libro es una buena introducción que sirve de visión general sobre lo que supone el análisis de un proyecto de inversión en el sector sanitario y sobre las variables que deberían tenerse en cuenta. Algo de lo que quizá el libro se beneficiaría es de la inclusión de una bibliografía mucho más extensa que permitiese al lector profundizar en determinados temas de una forma más técnica o exhaustiva.

URGENCIAS HOSPITALARIAS VERSUS URGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA EN ASTURIAS: UN ANÁLISIS DE COINTEGRACIÓN¹

Víctor Fernández, David Oterino, José Baños, Ana Rodríguez

Durante las últimas décadas, y en todos los países desarrollados, ha aumentado el interés de su ciudadanía por los problemas de salud que, como es obvio, se ha traducido en una creciente exigencia en cuanto a las prestaciones sanitarias, lo que lleva aparejado un importante aumento del gasto sanitario. España no ha sido ajena a este proceso. Antes bien, lo ha sufrido con una intensidad especial, asociado con el cambio radical experimentado por nuestro sistema de salud al pasar de ser un sistema contributivo a otro universal que garantiza la prestación sanitaria para todos los habitantes del país. Esta expansión de la sanidad ha traído nuevos retos (financieros, de calidad, de nuevas prestaciones, etc.) y ha acentuado otros ya existentes. Éste ha sido el caso de los servicios de urgencias hospitalarias (SUH), que han visto cómo se disparaba la presión asistencial que venían soportando. Según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (2002), entre 1991 y 2001 el número de consultas de urgencias por día en hospitales se ha incrementado en un 50,2% en territorio INSALUD. En Asturias, la zona geográfica a la que se circunscribe este estudio, dicho incremento ha sido de casi el 40% por lo que se adapta al perfil de la evolución media nacional.

El aumento vertiginoso de la demanda de los servicios de urgencias es, de por sí, motivo suficiente para deteriorar de manera sensible la calidad asistencial de tales servicios. En principio, se le han buscado explicaciones relacionadas con la presencia de enfermedad y la capacidad de las personas de comprender su importancia y cuidarla. En esta dirección, cabe destacar factores como el envejecimiento progresivo de la población, cambios en los patrones de morbi-mortalidad, las alteraciones en las pautas de comportamiento social o la falta de educación sanitaria. Pero, en general, estos factores resultan muy insuficientes para explicar el crecimiento de la demanda de la atención urgente: el crecimiento de las visitas a urgencias ha sido mucho mayor que el crecimiento de la población anciana; las visitas realizadas por ancianos suelen ser más apropiadas que las de los más jóvenes; los problemas sociales –con ser importantes– suponen una proporción discreta de las visitas a urgencias, y es poco creíble que el nivel

educativo, incluyendo la educación sanitaria, sea actualmente peor que hace 20 ó 30 años. Además, como ha quedado de manifiesto en diversos estudios, se aprecia que un porcentaje significativo de las consultas en los SUH es realmente inadecuado, pues se deben a ciertas razones sociales (evitar listas de espera, comodidad o desconfianza en el sistema de atención primaria) antes que demográficas o patológicas.

En definitiva, podemos aceptar la opinión generalizada de que la mayor parte de las visitas a los SUH podrían tratarse con idéntica eficacia y menor coste en centros asistenciales menos complejos. Ante esta situación, parece claro que la mejora en la eficiencia y la calidad de las prestaciones de los SUH pasa por una modulación de su demanda. En esta dirección, y con fortuna dispar, se han diseñado diversas estrategias: programas de educación sanitaria de la población, interposición de barreras financieras como el copago, reformas en la organización y funcionamiento de los SUH, o el estímulo a la red de asistencia primaria, tanto por la vía de la mejora de los centros existentes como por la apertura de nuevos centros y servicios. La filosofía de esta política es bastante sencilla: el ciudadano no acudirá con tanta frecuencia a los centros hospitalarios si dispone de alguna propuesta de atención urgente alternativa e incluso geográficamente más próxima.

Este trabajo intenta contribuir, con evidencia empírica rigurosa, al debate sobre la eficacia de esta última opción, esto es, si la apertura de servicios de urgencia extrahospitalarios sirve como mecanismo para reducir la presión asistencial sobre los servicios de urgencia hospitalarios y, de este modo, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria prestada a la población. Para ello hemos aplicado el análisis de series temporales, en concreto la metodología de cointegración, a las series mensuales de consultas urgentes en los Puntos de Atención Continuada (PAC) y en los SUH de las ocho Áreas Sanitarias del Principado de Asturias, durante el periodo 1994-2001. El análisis de cointegración nos permite identificar si existe una relación inversa entre las dos series, a fin de contrastar la sustituibilidad en el largo plazo entre ambas.

Los resultados obtenidos indican que para el conjunto de la comunidad autóno-

ma no se ha detectado relación de cointegración alguna. Es decir, del análisis de las series temporales de las visitas urgentes en Asturias, no se ha detectado evidencia empírica que sustente la idea de que la presencia de servicios de urgencia en atención primaria haya contribuido a reducir las consultas urgentes en los hospitales. Por tanto, se ha de concluir que no existe capacidad de sustitución entre esas urgencias, *ceteris paribus* el resto de variables que influyen en la conducta de los usuarios.

Sin embargo, al realizar el análisis por áreas sanitarias, en Jarrío, Avilés y Gijón se ha encontrado que sí existe una relación de largo plazo, pero en ninguna de ellas podemos hablar de una dependencia negativa. Sólo en el área sanitaria de Oviedo se ha encontrado un vector de cointegración que expresa una relación inversa entre las dos series analizadas, lo que indica un cierto grado de sustituibilidad entre los servicios de urgencias hospitalarias y no hospitalarias. Este resultado puede venir condicionado por las características peculiares de esta área, como son: a) es el hospital referencia para Asturias (nivel 4), b) cuenta con tres servicios de urgencias diferenciados físicamente (general, materno-infantil y silicosis), c) dispone de consulta de cribado previo (*triagem*), d) atiende el mayor número bruto de visitas y tiene la tasa de visitas/1000 habitantes más elevada, e) parte del mayor número de visitas al principio del periodo de estudio, aunque el incremento de las mismas es el más bajo, f) hasta el año 1988 era el SUH de referencia del área sanitaria de Arriendas (en este año se inauguró el hospital comarcal de referencia para esta área), y g) en atención primaria es el área con mayor población y la que cuenta con mayor número de PAC.

Agradecimientos: Los autores manifestamos nuestro agradecimiento a las 8 gerencias de las Áreas de Atención Primaria de Asturias y a los hospitales Álvarez Buylla de Mieres, Jove de Gijón y Grande Covian de Arriendas, por facilitarnos los datos sobre las visitas urgentes atendidas y su colaboración para responder y aclarar cuantas dudas les planteamos sobre los datos, que fueron muchas.

¹ Resumen del proyecto ganador de la Beca de Investigación en Economía de la Salud, financiada por laboratorios Bayer, en su edición de 2001.

MEMORIA DEL X ENCUENTRO ANUAL DE LA EUPHA

José Luis Navarro Espigares

Elisa Hernández Torres

Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)

elisah@fundacionhvn.org

A finales de 2002 se celebró en Dresde, Alemania, el décimo encuentro anual de la EUPHA, bajo el lema "Acortando distancias entre investigación y política en salud pública: información, promoción y formación".

El objeto principal de la última edición del encuentro fue reunir a científicos y representantes de la política, de la sociedad y de la industria para impulsar la transferencia e implementación de los resultados científicos a la sociedad y la política en salud pública. Al mismo tiempo, trataba de proporcionar un foro para profesionales de diferentes disciplinas, ofreciéndoles la posibilidad de debatir problemas comunes con quienes están directamente involucrados en la toma de decisiones políticas.

Se presentaron gran número de comunicaciones procedentes de diferentes países y en distintos campos científicos, constatando el creciente interés de esta reunión. Concretamente se expusieron 110 comunicaciones orales, 150 póster y 23 "workshops", agrupados en catorce áreas temáticas (orientación al paciente y sistema sanitario, información y "counselling" sobre medicamentos y productos farmacéuticos, sistema sanitario y economía, migración, participación ciudadana y salud pública europea, salud pública dental, salud pública mental, gestión de la salud laboral, nutrición y salud pública, investigación en uso del medicamento, sociología médica, psicología de la salud, epidemiología y medicina social). Se reservaron espacios a grupos específicos, como enfermos mentales, emigrantes, ancianos y jóvenes, y a ciertas enfermedades como diabetes o enfermedades cardiovasculares.

Como novedad de esta edición la presentación de los póster se organizó en sesiones, disponiendo cada ponente de tres minutos teóricos para presentar el póster, que en la práctica se alargaron hasta los 10 minutos. Las presentaciones se organizaron por áreas temáticas con objeto de estimular la comparación e interacción entre participantes.

Nuestra Aportación

La aportación de nuestro grupo de investigación al X encuentro de la EUPHA consistió en dos comunicaciones póster, de las que aporta-mos una breve descripción:

-Is the capitative funding system compatible with the free election of hospital? (área temática de economía de la salud). Autores: Navarro Espigares, J. L.; González de la Flor, P.; Hernández Torres, E.; Ortega Monfuleda, A.; Padial Ortiz, M. A.

El objetivo de este trabajo es estudiar las implicaciones de la libre elección de hospital sobre un modelo de financiación capitative para un proveedor sanitario. Para ello, mediante explotación del CMBD del año 2001 del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, analizamos la procedencia geográfica de la demanda del hospital, diferenciando la población de referencia (que se tiene en

cuenta en la financiación) de la que no lo es. El perfil de demanda se estudió para la patología relacionada con el aparato locomotor. Resultó que más del 50% de los casos atendidos no son población de referencia para el hospital, lo que genera una notable brecha entre financiación y costes.

- *Perceived health and organizational climate in the work place* (área temática de salud laboral). Autores: González de la Flor, P.; Navarro Espigares, J. L.; Jover Casas, J. M.; Fajardo Contreras, M. C.; Hernández Torres, E.

El objetivo de este estudio es conocer el clima organizacional y analizar su relación con la salud percibida por los trabajadores. Se realizó un estudio descriptivo transversal en 10 Zonas Básicas de Salud de Jaén. Los cuestionarios realizados fueron el cuestionario sobre problemas de salud, VOEG, y el cuestionario WES, de clima organizacional. El clima organizacional mostró una asociación estadísticamente significativa con la salud percibida ($p = 0,008$).

La salud pública en Europa

En los últimos años, la salud pública ha cobrado gran importancia en la vida pública europea, realizándose importantes avances. Así, en Europa, tanto la oferta de formación en salud pública como la demanda de profesionales con formación en esta materia han aumentado sostenidamente.

En el contexto actual de globalización, los principales problemas de salud pública son globales en su origen, lo que requiere abordarlos de forma global. En esta situación, los gobiernos y asociaciones de salud pública de Europa están llamados a aportar soluciones, con especial urgencia para aquellos países europeos con peores resultados en los indicadores de salud de la población. Actualmente se está desarrollando un acervo comunitario en el ámbito de la salud pública, impulsando el uso de metodología y conceptos nuevos, científicamente fundamentados, en aquellas regiones europeas donde las prácticas tradicionales permanecen como norma general.

Las asociaciones de salud pública coinciden en la vital importancia de la ciencia y la investigación para la salud pública, pero insisten en recordar a la población y los gobiernos su responsabilidad en esta materia. Así, el lema central bajo el que se convocó el décimo encuentro anual de la EUPHA hace referencia a la necesidad de acercar los resultados de la investigación científica a la realidad social.

La economía de la salud en la EUPHA

En los últimos años, la gestión sanitaria ha evolucionado tratando de aumentar la cooperación entre grupos profesionales de la gestión, de la salud pública y de la práctica

clínica, con la finalidad de servir a la vez a los ciudadanos, a las instituciones y a las políticas nacionales e internacionales.

En el décimo encuentro de la EUPHA las aportaciones relacionadas con la economía de la salud fueron escasas. Concretamente, de las 110 comunicaciones orales y 150 póster, sólo 5 y 7 respectivamente trataban de esta materia.

Los temas tratados en la mesa de economía de la salud fueron:

- Consecuencias de la flexibilización del mercado laboral: sectores favorecidos y perjudicados
- Reforma del sistema de financiación: el caso de Bulgaria
- Análisis coste-efectividad: estudio de los procedimientos diagnósticos en un hospital durante 30 años
- Marketing y efectividad de las medidas preventivas en hipertensión.
- Análisis coste-utilidad de tratamientos alternativos contra el dolor.

Respecto a los póster, los temas se centraron en procesos asistenciales, financiación, costes y cuasimercados.

Conclusiones

En el encuentro anual de la EUPHA se trataron problemas relacionados con la falta de aplicación de los resultados de la investigación científica a la realidad social europea, aportando soluciones para solventar esta situación. Algunas propuestas giraron en torno a la necesidad de establecer el marco necesario para la investigación y la plena comunicación de los resultados científicos y tecnológicos, así como para generar entornos de diálogo que vinculen a los órganos encargados de adoptar decisiones y los resultados derivados de las investigaciones. Ese diálogo además ayudaría a la comunidad científica a apuntar prioridades de investigación y proponer medidas para lograr soluciones constructivas. En este sentido destaca la importancia de los mecanismos regionales de cooperación dedicados a la identificación de las necesidades regionales de salud pública, apoyando aquellas áreas más necesitadas.

Por otro lado, pese a la creciente conexión entre economía de salud, gestión sanitaria y salud pública, los temas relacionados con los primeros se trataron escasamente en el desarrollo de este encuentro.

Desde este balance quisiéramos animar a los socios de AES a participar en dicho foro, donde la economía de la salud juega un papel secundario en contra de lo que parece lógico. En el año 2003, el 11th Annual EUPHA Meeting, se celebrará en Roma durante los días 20, 21 y 22 de Noviembre. El tema central de esta reunión tratará sobre "Globalización y salud en Europa: armonizando las prácticas de salud pública". Se puede encontrar más información en la dirección: http://www.eupha.org/html/menu3_2.html.

CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE AES Y APES

El presente Convenio de colaboración se celebra entre la **Asociación de Economía de la Salud** de España, que en lo sucesivo y para efectos del presente Convenio se denominará **AES**, representada por su Presidente Dr. Vicente Ortún Rubio, por una parte y por la otra la **Asociación Portuguesa de Economía de la Salud**, que en lo sucesivo y para efectos del presente Convenio se denominará **APES**, representada por su Presidente Dr. Joao Pereira, conforme a las siguientes manifestaciones y cláusulas:

MANIFESTACIONES

La **Asociación de Economía de la Salud** (AES) de España es una Asociación sin ánimo de lucro, se constituyó formalmente el 24 de Octubre de 1985 con el objetivo de promover el estudio, discusión y divulgación de la economía de la salud y tiene su sede en la calle Sardenya 229 6^o-4^a de Barcelona.

La **Asociación Portuguesa de Economía de la Salud** (APES) es una Asociación sin ánimo de lucro constituida formalmente el 24 de Enero de 1987, con el objetivo de promover el estudio, discusión y divulgación de la economía de la salud y tiene su sede en la Escuela Nacional de Salud Pública de la Universidade Nova de Lisboa, Av. Padre Cruz, en Lisboa.

Estas dos entidades acuerdan establecer el presente convenio de colaboración con objeto de realizar actividades en común y ofrecer la oportunidad a todos sus asociados de aprovechar cada uno de ellos las ventajas de la otra Asociación.

El presente convenio se registrará por los siguientes

PACTOS

Primero. El objetivo del presente convenio es la colaboración entre AES y APES para el desarrollo conjunto de actividades de difusión, investigación y docencia en el ámbito de la Economía de la Salud.

Segundo. A partir de la fecha de la firma del presente Convenio la AES se convertirá en socio colectivo de APES y APES en socio institucional de AES, quedando ambas exentas de pago de cuotas a la otra Asociación.

Tercero. Cuando una de las Asociaciones celebre algún acto especial (Jornadas, seminarios, etc.) invitará a un representante de la otra Asociación. Como política general cada institución asumirá los gastos de traslado de sus miembros, quedando los gastos de inscripción y hospedaje a cargo de la entidad receptora.

Cuarto. Los socios de cada una de las instituciones tendrán los mismo derechos que los de la otra a efectos de precios de inscripción, derechos de ayudas, etc que ofrezca la otra, excepto a recibir individualmente las publicaciones.

Quinto. AES y APES publicarán regularmente en sus Boletines las noticias de la otra Asociación (actos, publicaciones, convocatorias, etc.), con este fin ambas instituciones se comprometen a enviar regularmente a la redacción del boletín de la otra Asociación las noticias de interés para mantener puntualmente informados a todos los asociados.

Sexto. En el marco de este Convenio podrán elaborarse programas específicos de colaboración para la organización de eventos conjuntos o programas específicos de trabajo, según las especificaciones que se elaboren para cada caso, las cuales serán incluidas como anexos del presente Convenio formando parte integrante del mismo.

Séptimo. Para el adecuado desarrollo de las actividades a que se refiere el Pacto Sexto, las partes designarán un Comité con dos representantes de cada una de las partes que se encargará de la programación y ejecución o supervisión de las actividades, culminando su intervención con un informe-resumen que presentarán a las Juntas Directivas de cada Asociación y una nota informativa que será publicada en los boletines respectivos.

Octavo. Ambas partes intercambiarán publicaciones de carácter científico, técnico o de divulgación relacionadas con el objeto del presente Convenio sin costo alguno para el receptor.

Noveno. Ambas partes se comprometen a promover, planificar y ejecutar coordinadamente las acciones y mecanismos de colaboración necesarios para el adecuado cumplimiento de este convenio.

Décimo. El presente convenio entrará en vigor en la fecha de la firma por ambas partes y tendrá una vigencia de tres años, pudiendo prorrogarse por períodos iguales a menos que una de las partes lo comuniqué a la otra por escrito con tres meses de anticipación a la fecha de expiración. En otro caso se entenderá prorrogado por un período igual.

Undécimo. Este Convenio podrá ser modificado o ampliado por mutuo acuerdo de las Juntas Directivas de ambas Asociaciones. Las modificaciones entrarán en vigor en la fecha de la firma de los acuerdos respectivos.

Leído el presente escrito, ambas partes se ratifican en sus acuerdos y en prueba de su conformidad lo firman por duplicado ejemplar y a un solo efecto en el lugar y fecha que se indican bajo las firmas respectivas.

Por la AES

Por la APES

Dr. Vicente Ortún Rubio
Presidente

Dr. Joao Pereira
Presidente

Barcelona, 3 de febrero de 2003

Lisboa, 3 de febrero de 2003

OBITUARIO

La muerte de Caterina Ramón nos sorprendió el pasado 6 de Abril, una mañana de domingo de viento y sol. Pocas semanas antes se le había diagnosticado un cáncer avanzado, con el que se había enfrentado con una serenidad increíble y con el que preveíamos una lucha tenaz y silenciosa.



Caterina se fue demasiado pronto, a los cincuenta años, una mañana que habría dedicado a caminar junto al mar, cerca de su Cala Gamba, a lo largo del Paseo del Molinar o a escuchar una vez más alguna de sus óperas preferidas, una de sus grandes pasiones.

Especialista en Anestesiología y Reanimación, ejerció en primer lugar en la Maternidad de Santa Coloma, y posteriormente, durante seis años en el Hospital del Valle Hebrón, donde había sido residente. Fue sin embargo, a partir de 1991, cuando empezó a ejercer el puesto de Jefe de Sección de Anestesiología del Hospital de Viladecans, y de Coordinadora de la Unidad de Cirugía sin Ingreso, cuando se reveló como profesional de referencia en el ámbito de la Cirugía Mayor Ambulatoria.

Efectivamente, a lo largo de los años 90 consiguió convertir Viladecans en el sancta sanctorum de la CMA y prodigarse como pionera en todos los foros profesionales, con cuotas muy elevadas de credibilidad y reconocimiento. "Caterina dixit" fue durante un tiempo dogma de una nueva forma de gestionar los procesos quirúrgicos, hoy perfectamente asimilados en todos los hospitales, pero que hace sólo una docena de años era innovador y encontraba resistencias a su extensión.

Su última etapa profesional, su regreso a Mallorca, se vinculó a la Fundación Hospital de Manacor, ya antes de su apertura en 1997, como asesora de la gerencia y después como Jefa del servicio de Anestesia y Reanimación. En Enero del pasado año, coincidiendo con la transferencia a la comunidad de Baleares, fue nombrada Directora Gerente de su hospital. Ha sido una etapa corta e intensa de la que Joan López Farré, Jefe del Servicio de Urgencias y miembro de su equipo escribía: "su gran tarea, su mayor aportación fue su etapa de Gerente. Corta y brutalmente interrumpida pero muy fructífera. Fue una profesional entregada a la tarea, buscando siempre el bien general del hospital, en el corto pero también, y sobre todo, en el medio y largo plazo. No hizo concesiones a la galería. Algunos no la comprendieron, otros le hicieron el trabajo más difícil. Pero nos quedará su impulso, las mejoras concretas laborales, la adecuación de los recursos humanos a la demanda... en busca de la eficiencia y sobre todo la fidelidad al proyecto inicial del hospital. Caterina fue, por encima de todas las cosas, médico. Eso la hizo mejor gestora pues nunca se alejó de la realidad. Siguió trabajando hasta el último momento por y para su gran pasión, su hospital".

Caterina Ramón fue también una persona conocida y reconocida "en esta casa". Alumna de la V Promoción del Máster de Economía de la salud y gestión sanitaria, autora de la tesina "Evaluación económica de tres alternativas anestésicas en cirugía ambulatoria" dirigida por Jaume Puig, no perdía la oportunidad de acercarse a sus profesores y compañeros a su ámbito asistencial, como mecenas de visitas, encuentros y actividades, donde la gestión clínica y aplicada fue siempre el leiv motiv. Socia de AES, formó parte del comité organizador de las XX Jornadas celebradas en Palma.

Caterina Ramón fue precursora de la generación de médicos comprometidos con la gestión clínica. Fue una persona recta, honesta y directa. Nos deja su ejemplo profesional y su inquebrantable fe en su proyecto.

Josep M. Pomar

WEB AES

Las visitas a www.aes.es presentan las siguientes cifras estadísticas en lo que va de este año 2003:

Informe de sitio para: www.aes.es

SUMARIO

Total de visitantes	8,624
Total de páginas vistas	65,040
Promedio de visitantes por día	179.66
Promedio de páginas vistas por día	1,355
Promedio de páginas vistas por visitante	7.54
Promedio de duración de visitas	632 seg.

REFERENCIAS	PÁGINAS VISITADAS (abril)	PAÍSES
(no referral) 56%	/default.htm 36.8%	com (Commercial) 20.7%
google.com 22.2%	/inicio.asp 5.4%	net (Network) 19.3%
yahoo.com 5.1%	/Publicaciones/eysalud44.pdf 3.8%	es (Spain) 10.5%
google.com.mx 2.7%	/entrada.asp 3.6%	mx (Mexico) 3.8%
google.com.pe 1.4%	/Publicaciones/p38.pdf 3.2%	ar (Argentina) 1.9%
google.com.ar 0.9%	/Publicaciones/AES_Informe_tecnico_4.pdf 3.2%	uy (Uruguay) 0.9%
search.msn.es 0.9%	/Jornadas/e_regidor_18.pdf 3.2%	pe (Peru) 0.8%
healthconomics.org 0.9%	/Publicaciones/op_economiaSalud.html 3.1%	org (Non-Profit Organizations) 0.7%
www.google.cl 0.8%	/Publicaciones/economia_42.pdf 2.9%	co (Colombia) 0.6%
altavista.com 0.7%	/Publicaciones/op_informetecnicoguille.pdf 2.7%	cl (Chile) 0.4%

En los cuatro primeros meses del 2003, se han producido 8.624 visitas al dominio www.aes.es, un 35% de las 24.471 contabilizadas desde 1/01/2001. Al día entran 179 interesados que en término medio ven 7,5 páginas durante 10,5 minutos. 56% acceden directamente tecleando la dirección, el resto proceden de los buscadores, principalmente de google.com. La mayoría de accesos se realizan desde dominios.com o .net, un 10% de .es y a continuación, Méjico, Argentina, Uruguay, Perú, Colombia y Chile (además de las .org).

En el mes de abril, las páginas más visitadas fueron los boletines 44, 38 y 42, el informe técnico de Beatriz González "Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios", la ponencia de Enrique Regidor en las Jornadas AES en Vitoria (1998) "Sistemas de información sanitaria de base poblacional en España: situación actual y propuestas (de futuro)" y el informe técnico de Guillem

López Casanovas y Jaume Puig "Análisis económico de los precios de referencia. Ventajas y limitaciones y el potencial impacto de su aplicación al Sistema Sanitario Español".

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- Aumenta la frecuencia de visitas a www.aes.es, principalmente interesadas en las publicaciones, tanto este boletín *Economía y Salud*, como los Informes técnicos y los textos seleccionados de las Jornadas.
- Hay acceso fluido desde los buscadores más utilizados.
- Recibimos bastantes visitas de interesados en Hispanoamérica.
- Debemos materializar la intención de traducir la página al inglés para hacer llegar nuestros contenidos a otros países.

Un saludo

María del Puerto López del Amo González. Administradora Web AES.

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 6ª 4ª • Tel. 231 40 66 - Fax 231 35 07 • 08013 BARCELONA
HORARIO: Lunes a Viernes: de 10 a 2 y de 3 a 7