



## en este número

	pág.
EDITORIAL .....	1
PRÓXIMAS REUNIONES .....	3
– Sespas. Sevilla. Nov. 1999	
– XX Jornadas de Economía de la Salud. Mallorca. Mayo 2000	
INFORMES .....	4
– Rotterdam. Junio 1999	
XIX JORNADA S.A.E.S. ....	5
Zaragoza. Junio 1999	
TEMAS .....	8
– Crónica desde Berkeley	
INVESTIGACIÓN .....	10
– Financiación, compra y provisión de asistencia sanitaria	
– Desarrollo de un indicador de necesidad relativa para la estimación de los presupuestos de farmacia	
– De HemerotecAES a GCS.	
LIBROS .....	13
NOTICIAS .....	15
HUMOR .....	15
NOTICIAS DE AES .....	15

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

## editorial

# INFLUENCIA DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA EN LA GESTIÓN CLÍNICA

*Fernando Antoñanzas*



La evaluación económica (EE) aplicada al campo sanitario ofrece un conjunto de instrumentos de análisis que permiten medir de forma ordenada el valor, en términos de salud, derivado del empleo de una tecnología sanitaria, cuya aplicación conlleva unos costes, en relación con los resultados alcanzables mediante el empleo de otra u otras tecnologías alternativas.

La gestión clínica es la clase de gestión que desarrollan los médicos en su quehacer cotidiano cuando diagnostican o tratan a los pacientes. De este modo, aunque la ciencia económica ha ido especializándose en las últimas décadas para analizar los fenómenos de asignación de recursos, de producción y distribución de los bienes sanitarios, para estudiar las organizaciones y sistemas sanitarios, así como para enunciar las políticas más eficientes de aplicación en dicho sector, es, quizás, la EE el instrumento de mayor utilidad en la gestión clínica. Otros instrumentos económicos relacionados con la presupuestación, la demanda de cuidados sanitarios, la financiación e incentivación del personal y de los centros, los seguros, etc. son útiles para la planificación del sistema y de los servicios concretos, pero quedan más apartados de las relaciones médico-paciente, que conforman la denominada gestión clínica.

Bajo el supuesto del correcto funcionamiento del mercado, el conjunto de decisiones individuales de los agentes -que se comportan atendiendo al principio de racionalidad económica- garantizaría la eficiencia social. Sin embargo, el sector sanitario suele caracterizarse por una fuerte intervención pública (debida a múltiples causas) y ese resultado teórico de la eficiencia, o incluso esa meta, se pierde en gran medida.

### En el ámbito de la Atención Primaria

La EE se caracteriza por facilitar una valoración de la eficiencia en esas situaciones en las que ha habido una intervención pública y donde los precios dejan de ser una señal para los consumidores y los productores, aun en el caso de la relación tan sencilla y estrecha como la que tiene lugar en cada consulta médica -un médico y un paciente-. Por ejemplo, en el ámbito de la atención primaria, ese conjunto de encuentros entre médicos y pacientes (unos 40 por médico al día, casi 200 millones de consultas al año), que

Editor del boletín: **Txomin Uriarte**

Han colaborado en este número:

**Fernando ANTOÑANZAS, Juan MCABASÉS, Eulàlia DALMAU, José Luis PINTO, Guillem LÓPEZ i CAÑASNOVAS, Rosa MURBANOS, Javier CALLAU, Marisol RODRÍGUEZ, Misericordia CARLES, Anna GARCÍA-ALTÉS, Salvador PEIRÓ, Ricard MENEU, Marina AYESTARÁN, Itxaso MUGARRA, Herminia MUÑOZ, Aurora BERRA, Juan VENTURA, Puerto LÓPEZ DEL AMO, Paula BAGÉS, Carlos GARCÍA AHEDO, Vicente ORTÚN y Murphy, que da mucho juego.**

constituyen las decisiones atomizadas e individuales de los agentes económicos, conllevan una importante asignación de recursos: más de 35 millones de pesetas al año en forma de recetas de medicamentos prescritos por cada médico, a los que si se añaden los importes de las derivaciones al especialista, las pruebas diagnósticas solicitadas y las bajas laborales recomendadas, fácilmente duplican, en promedio, el importe de dichas prescripciones. Es decir, las decisiones individuales en el ámbito de la gestión clínica de la atención primaria, tomada como ejemplo, implican una asignación de recursos de por sí considerable, cuyo conjunto agregado supera los dos billones de pesetas anuales. Más aún, las reformas organizativas en este ámbito asistencial, aunque suelen tener varias finalidades además de la de racionalizar el gasto, apenas han logrado disminuciones en las diferentes partidas relacionadas con la gestión clínica (véase al respecto, la tesis de Pereda, M.J. Univ. de Valladolid, junio de 1999).

En este estado de cosas, aparte de algunas políticas drásticas de contención del gasto -que no suelen ser precisamente sinónimas de eficientes, puesto que el componente de los resultados, la salud de los pacientes, puede verse menoscabado-, las reformas organizativas son complicadas de implantar y de efectos secundarios imprevistos, incluso en otros ámbitos asistenciales. Así pues, dado que la EE puede proporcionar esa información acerca de la eficiencia de algunas intervenciones sanitarias constituye un elemento de crucial importancia para impulsar la eficiencia general del sistema desde las instancias más sencillas y elementales de la gestión clínica.

Desde hace casi treinta años se han venido elaborando evaluaciones de tecnologías sanitarias, buena parte de ellas incorporando los aspectos económicos mencionados. Existen varias instituciones en los países occidentales que se dedican asiduamente a evaluar y publicar los resultados obtenidos. Algunos, como la Office of Health Economics en Londres, recopila y valora la calidad de los estudios de diferentes países que incluyen ese componente económico en las evaluaciones, y constituye un centro de referencia para iniciar cualquier búsqueda. En España, la evaluación de tecnologías sanitarias, acometida por varias agencias -nacional y autonómicas-, también va incluyendo, aunque no sistemáticamente, los aspectos económicos en dicha tarea evaluadora, y los resultados alcanzados se difunden regularmente. Además, diferentes publicaciones científicas presentan ordenadamente la información relativa a la eficiencia de las técnicas diagnósticas o de los tratamientos de diferentes enfermedades.

Sin embargo, se desconoce la utilización de dichos estudios por parte de quienes están llamados a usarlos: los médicos en su relación con los pacientes. Dicha inquietud por conocer qué ocurre a este respecto en los países europeos ha sido objeto de un proyecto Euromet, recientemente acabado, y de otro del FIS en los que quien suscribe ha tenido el gusto de participar como investigador y coordinador, respectivamente. Mediante diferentes técnicas de

investigación social -cuestionarios postales, entrevistas en profundidad y celebración de reuniones semiestructuradas en grupos de 8-10 personas, "grupos focales"- se ha intentado conocer el interés despertado por esta clase de información económica, su empleo y los posibles impedimentos y dificultades para su extensión o generalización en el contexto, entre otros, de la gestión clínica.

#### Resistencias a su aplicación

Pues bien, referido a España, tanto los médicos de atención primaria como los de especializada creen que la medición de la eficiencia y su incorporación en la gestión clínica va a tener importancia en el futuro. Sin embargo, por ahora no incluyen estas aportaciones en sus procesos de adopción de decisiones, que se basan esencialmente en términos de seguridad y de eficacia para el paciente concreto al que tratan. Los mensajes de carácter económico que emite la dirección del sistema sanitario suelen tener poco eco en sus conductas ya que el carácter marcadamente profesional de esta organización les hace poco receptivos a ciertas normas generales que tildan de "economicistas", mientras que les gratifica más la satisfacción de los pacientes que tienen asignados. A pesar de que no perciben conflictos éticos derivados del potencial empleo del criterio de la eficiencia en la gestión, no parecen muy proclives a su utilización sistemática o formal aunque ya algunos manifiestan que intuitivamente procuran generar más salud en sus pacientes al mínimo coste. Entre las razones aducidas citan: la necesidad de formación en estas áreas, la necesidad de que los estudios empleen los comparadores más cercanos a los usados por ellos, la falta de claridad en algunos de los documentos de evaluación, la metodología sujeta a posibles adaptaciones particulares, la dificultad de interpretar los resultados en ciertos casos, las dudas acerca de su fiabilidad -por saber que en muchas ocasiones han sido patrocinados por los laboratorios-, e incluso la falta de incentivos o en su caso de obligación legal para proceder a la inclusión de un nuevo elemento de juicio que no juzgan imprescindible en su trabajo. Además, todavía la administración pública no considera los presupuestos sanitarios totalmente cerrados, lo cual reduce la presión sobre los médicos que pueden continuar adoptando sus decisiones sin incorporar los criterios de eficiencia.

Así pues, a pesar de los esfuerzos destinados a dotar de un conjunto de técnicas de análisis económico y de estudios de eficiencia de diferentes tecnologías a los gestores clínicos, el empleo de ese conjunto de instrumentos todavía no se ha incorporado en la práctica habitual. ¡Por cierto, para los interesados en las comparaciones, los resultados del estudio europeo se parecían en gran medida a los aquí comentados!

Se puede concluir que en el campo de la EE, al igual que en otros de la economía de la salud también parece patente la dicotomía entre lo que se investiga y recomienda con la adopción de políticas concretas. Quizás algún día, se den las condiciones objetivas para...

# próximas reuniones

CONGRESO DE LA SESPAS, SEVILLA 17-19 DE NOVIEMBRE DE 1999

## «LA SALUD PÚBLICA, NUEVOS DESAFÍOS ANTE UN NUEVO SIGLO»

¡El congreso ya ha comenzado. Entra en los foros de debate!

Bajo este lema, se va a desarrollar en Sevilla el VIII Congreso de la SESPAS. Este Congreso será el último que organiza la sociedad en el siglo XX, y antesala del ya inmediato siglo XXI, debe suponer un espacio de debate en el cual seamos capaces de analizar los cambios más importantes que han tenido lugar en el terreno de la Salud Pública y la Administración Sanitaria en España en los últimos años, con la idea de reflexionar sobre los retos que deberá afrontar la sanidad española de cara a la entrada en el nuevo siglo. La información sobre el congreso puede encontrarse en la página web:

<http://www.easp.es/ReunionesCientificas/Sespas/index.htm>.

Esta página ha sido desarrollada y hospedada por la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Como ya ocurrió en el congreso anterior, el núcleo del mismo se destinará al debate y mejora del informe bienal de la sociedad. En esta ocasión el Informe SESPAS se centrará en una valoración del impacto de la Estrategia Salud para Todos en el año 2000 de la OMS a nivel del Estado español, desde su formulación en 1984. Los editores del informe son Carlos Alvarez-Dardet, Salvador Peiró y Enrique Cruz, y más de cuarenta expertos, con una nutrida representación de socios de AES, están participando en la elaboración del informe, que permitirá conocer qué objetivos de los 38 aceptados por el gobierno de España en 1985 se han

alcanzado y cuáles no. El Comité Científico del congreso invita a los socios de SESPAS a realizar valoraciones, siguiendo el mismo marco, de la situación en las CCAA y ciudades en España. Durante el VIII Congreso en Sevilla, serán presentados y debatidos los informes que compondrán el borrador del Informe SESPAS y que, tras su debate, dará lugar al informe definitivo.

Conforme están siendo disponibles los diferentes documentos, se van incorporando a la página web del Congreso, para su lectura o descarga, de modo que se facilita un foro de discusión para que se puedan ir aportando elementos que vayan enriqueciendo los debates y que sirvan para fijar la posición definitiva de la Sociedad.

El informe SESPAS 2000 se estructura en 5 ÁREAS TEMÁTICAS:

A.- El estado de salud en el Estado de las autonomías

B.- Políticas de salud

C.- Medio ambiente saludable

D.- Mejora del sistema de atención de salud

E.- Investigación y desarrollo en salud.

Estas áreas se desagregan en 38 capítulos. Es un intento de hacer un debate interactivo en nuestra sociedad, donde todos podemos intervenir en cada momento con nuestras sugerencias y discutir, también de viva voz, en el momento del congreso.

## XX JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

## AVANCES EN LA GESTIÓN SANITARIA: IMPLICACIONES PARA LA POLÍTICA, LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS Y LA PRÁCTICA CLÍNICA

Palma de Mallorca, del 3 al 5 de mayo del 2000

### PRESENTACIÓN

*Las XX jornadas de nuestra AES coinciden con un año que ha servido de referencia para muchos planes pasados, y que lo será también para comparaciones con situaciones venideras. Este hecho ha influido en algunos elementos de la reunión cuya convocatoria ahora publicamos. En primer lugar, al ser veinte las veces que se celebran estas jornadas de economía de la salud, la junta directiva de AES ha propuesto que sean sus antiguos y actual presidente quienes constituyan el comité científico (junto con otros colaboradores). Al reunirnos en calidad de tal comité, hemos reflexionado sobre cómo fueron los inicios, en qué momento nos encontramos y hacia dónde pueden encaminarse los pasos de las reuniones anuales donde se exponen los frutos de las diferentes investigaciones. De ahí que, bajo el amplio lema de las jornadas, propongamos revisar diferentes campos de estudio, comunes a varios investigadores, y de interés general para quienes asisten regularmente a los encuentros de nuestra asociación. Para ello, se han encargado varias revisiones, estructuradas según un esquema similar, a diversos colegas (inicialmente a Anna García-Altés, Beatriz González, Félix Lobo, Guillem López, Marisol Rodríguez y Joan Rovira) cuyas elaboraciones, a su vez, serán remitidas a algunos expertos internacionales —en este sentido ya ha confirmado su asistencia a las jornadas el prof. Alan Maynard quien participó en las primeras jornadas, hace 20 años, Peter Sweifel y Guido Carrin de la OMS— con el fin de que las valoren desde una perspectiva mas amplia y nos ofrezcan su opinión durante el congreso.*

*Además, para recuperar y fomentar una mayor discusión científica, se brinda la posibilidad de que algunas ponencias tengan un replicante preestablecido. También se ha diseñado una mesa en la que se discutirán las posibles influencias de la Economía de la Salud en la política sanitaria de estas dos décadas pasadas. Como se está observando, de unos años a esta parte, que distintos modelos sanitarios vigentes dentro del Sistema Nacional de Salud se comienzan a aplicar en distintos países latinoamericanos, se ha preparado una mesa en la que se presenten*

*dichos modelos y en la que ponentes de dichos países expongan las adaptaciones y repercusiones en diferentes ámbitos.*

*Finalmente, aunque de forma tentativa y abierta, puesto que esperamos contar con vuestra participación, propondremos una agenda de trabajo que podría acometerse, ya en el "próximo milenio", y que sirva de punto de referencia en un futuro.*

### COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente: Julio E. Marco Franco; Vicepresidente: Juli Fuster; Tesoreros: Antoni Bellver, Caterina Ramón; Secretario: Pedro Vidal; Vocales: Kunibert Bauzá, Sergio Beltrán, Eusebi Castaño, Josep Corcoll, Ismael Font, Tito Hidalgo, Josep Pomar, Carles Ricci, Ramón Socías.

### COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente: Fernando Antoñanzas; Vocales: Lluís Bohigas, Juan Cabasés, Juli Fuster, José Martín, Carles Murillo, Vicente Ortún, Salvador Peiró, Joan Rovira.

El plazo de remisión de comunicaciones y posters finaliza el 15 de febrero del año 2000.

### SECRETARÍA TÉCNICA

#### ULTRAMAREXPRES

Departamento de Congresos - Avda. 16 de Julio, 73

07009 Palma de Mallorca

Tel. 971 76 6454 - E-mail: [vhughes@vex.es](mailto:vhughes@vex.es)

### SECRETARÍA CIENTÍFICA

Gerencia Atención Primaria de Mallorca

Gabinete Técnico

C/ Reina Esclaramunda 9, 07003 Palma de Mallorca

Tfn. 971-175897 - Fax. 971-175888

e-mail [gapsis@oce.es](mailto:gapsis@oce.es)

## iHEA 2<sup>ND</sup> WORLD CONFERENCE: PRIVATE AND PUBLIC CHOICES IN HEALTH AND HEALTH CARE (Rotterdam 6-9 junio 1999)

Eulàlia Dalmau  
Jose Luis Pinto

Entre los días 6 y 9 de junio último se celebró en la ciudad de Rotterdam la 2ª Conferencia Mundial de la International Health Economics Association (iHEA) bajo el título genérico de "Private and Public Choices in Health and Health Care". Además de las ponencias invitadas se presentaron aproximadamente un total de 300 comunicaciones agrupadas en 76 mesas, y un total de 250 pósters agrupados en 3 sesiones.

El programa intentaba profundizar en seis líneas generales: el debate público/privado, la salud, el mercado sanitario, el aseguramiento sanitario, la evaluación económica y los países en vías de desarrollo.

La sesión inaugural fue a cargo de **Josep Stiglitz** (World Bank), que trató de los aspectos relativos al debate entre público y privado en la financiación de la asistencia sanitaria, poniendo especial énfasis en su aplicación en los países subdesarrollados y en vías de desarrollo. La segunda sesión plenaria corrió a cargo de los profesores **Mike Drummond** (University of York) y **Dean Jamison** (University of California and WHO) en la que desarrollaron el tema del papel de la evaluación económica y su aplicación en los países subdesarrollados. Finalmente la sesión de clausura fue a cargo de **Victor Fuchs** (Stanford University), en la que trató controvertidamente el futuro de la economía de la salud.

Entre las sesiones paralelas encontramos la presencia de los temas tradicionales en Economía de la Salud: la evaluación económica, tanto en los aspectos de coste efectividad como en los de coste utilidad y la disponibilidad a pagar como medida monetaria de la salud. En referencia a este último, cabe destacar la gran presencia de comunicaciones dedicadas al método del análisis conjunto (conjoint analysis) como un método alternativo al método de la valoración contingente. Otros temas que también contaron con gran presencia de mesas fueron los efectos de ajustes por riesgo en las primas de seguros sanitarios, los pagos capitativos, la equidad tanto del punto de vista horizontal como vertical, los sistemas de pago a proveedores, el "managed care" y la "managed competition". Temas más residuales fueron el mercado laboral y la salud, la salud mental, las sustancias abusivas, la economía del SIDA, la prevención del cáncer, la eficiencia hospitalaria y la fármaco-economía.

En el apartado de premios se dio el Kenneth Arrow al mejor artículo en Economía de la Salud a **Donna B. Gilleskie** por su artículo publicado en *Econometrica*, 66, 1:1-45 en 1998: *A dynamic stochastic model of medical care use and work absence*.

Una introducción nueva en el congreso fueron los premios otorgados a los artículos presentados por estudiantes de doctorado. Esta «student competition» organizada por Andrew Jones (University of York) tiene como premio la suscripción gratuita por un año al *Journal of Health Economics*, una copia del libro de próxima publicación: *Handbook of Health Economics*, así como ayudas para el viaje, inscripción y alojamiento durante el congreso. Tres fueron los premios otorgados, recayendo el segundo y tercer premio en los estudiantes de doctorado del programa IDEA del Departamento de Teoría y Historia Económica de la Universitat Autònoma de Barcelona. El primer premio fue para **Mathis Kifmann** (University of Konstanz) por su artículo titulado: *Community rating in health insurance and different benefit packages*. El segundo

premio fue para **Angel Marcos Vera** por el artículo: *Duplicate coverage and the demand for health care: The case of Catalonia*, y el tercer premio fue para **Jorge Mestre** por el artículo: *The impact of generic goods in the pharmaceutical industry*.

Respecto a las comunicaciones presentadas por los miembros de AES a los que se otorgó las bolsas de viaje, cabe destacar que el profesor **José Luis Pinto** de la Universitat Pompeu Fabra presentó dos comunicaciones. La primera comunicación fue presentada en la sesión *Incorporating social values in cost utility analysis*. En esta sesión dedicada a la equidad y presidida por Alan Williams, el autor expuso la conveniencia de incorporar formas alternativas de presentar los resultados de una evaluación económica cuando no se busca como objetivo de la asignación de recursos la maximización de la salud, sino que se sustituye dicho objetivo por otros que también incluyen objetivos de equidad. La segunda comunicación fue presentada en la sesión *Rank dependent theory*, dedicada al uso de teorías alternativas a la utilidad esperada. Concretamente se mostró que un problema presente en la evaluación económica es que los AVACs están basados en la Teoría de la Utilidad Esperada, y dicha teoría tiene problemas para describir el comportamiento de las personas en situaciones de riesgo (como las decisiones médicas). Más en concreto, se consideró que un fenómeno muy frecuente en las decisiones bajo riesgo consiste en que las probabilidades no entran linealmente en las valoraciones de los individuos sino que las "transforman". El trabajo que presentó el profesor Pinto estima una función de ponderación de probabilidades.

La profesora de la Universitat de Girona, **Eulàlia Dalmau**, presentó una comunicación en la sesión *Health care market analysis*. El trabajo presentado bajo el título: *The economic impact of day case surgery on an urban population: validity of the willingness to pay approach*, tiene como objetivo medir los beneficios que supone la cirugía mayor ambulatoria, con relación al procedimiento clásico del ingreso hospitalario. Para ello se utilizó el Método de la Valoración Contingente, una de las técnicas existente para estimar el valor de los bienes (productos o servicios) para los que no existe mercado. Un objetivo adicional del trabajo era analizar la validez del método, concretamente analizar la validez teórica de las estimaciones obtenidas. En el trabajo se aplicaba un modelo de doble valla para contemplar la existencia de cerros protesta.

Como apunte final a esta breve nota quisiéramos recordar que este congreso internacional, que este año ha celebrado su segunda edición, tiene como objetivo ser un foro de discusión y, algo más importante, de "intercambio" entre economistas y profesionales que ejercen en el campo de la economía de la salud de todos los países. Desde aquí querríamos hacer una llamada para que la presencia de los economistas y profesionales de la salud españoles se animaran a presentar sus trabajos en la próxima edición que se celebrará en el 2001 en la Universidad de York (Inglaterra), trabajos que según nuestra impresión tienen el nivel de excelencia necesario, a la vista de las Jornadas de Economía de la Salud realizadas los últimos años.

Barcelona, 11 de junio 1999

## LA CONSOLIDACIÓN DE UN FORO DE ESTUDIO Y DEBATE PARA LA POLÍTICA SANITARIA: EL XIX ENCUENTRO DE LOS ECONOMISTAS DE LA SALUD

Guillem López i Casanovas

Un año más se ha reunido la Asociación de Economía de la Salud. Esta vez en Zaragoza, a impulso de un grupo de miembros locales de AES, que han sabido crear en Aragón un núcleo de Economía de la Salud sin duda relevante.

Como he tenido oportunidad de dirigir el Comité Científico de las Jornadas, acompañado de los profesores Luis Gómez, Juan Ventura, Eduardo Bandrés, Ana Rico y Rosa Urbanos (los menciono de acuerdo con la antigüedad de su presencia en nuestro campo), paso a continuación a compartir algunas de las conclusiones de esta enriquecedora experiencia.

Como **resumen** de lo que ha sido nuestro Encuentro en Zaragoza, deseo destacar, entre otros extremos, los siguientes:

1- **El grupo de Economistas de la Salud parece hoy más compacto que nunca.** Por un lado, el rigor de los trabajos presentados ofrece un mínimo común denominador que garantiza su calidad: la homogeneidad nos proporciona así una media móvil creciente en el tiempo. Las contribuciones del '*qué guapo soy*', '*mis intuiciones gestoras*' o '*yo creo que se debiera*' han perdido posiciones a favor de la contrastación de evidencias, enfoques metodológicos y desarrollos empíricos. No cabe duda de que la presencia de otros foros afines al de la Economía de la Salud ha descargado presión sobre la tarea de selección del científico. Parece que cada vez es más sabido que mandar al Congreso un texto cualquiera no garantiza una aceptación que justifique unas medias vacaciones. Por otro lado, la descompresión se ha conseguido con una tasa de reemplazo (los que se incorporan versus los que dejan de asistir) considerable: entre 300 y 400 'leales' se mantienen 'oído al parche' de lo que supone cada año este foro de estudio y debate de la política sanitaria. Se rejuvenece la pirámide demográfica (universitarios en tesis, postgraduados, *staff* de la administración, estudiosos de campos afines) y perdemos politólogos y gestores de la vieja guardia. Quiere ello decir también que perdemos, relativamente, 'anclaje' político: excepto en unos pocos casos, entre los que quiero destacar a Enrique Castellón (que pese a MESTOS y pollos belgas no se perdió la cita), y dar la bienvenida al nuevo Consejero vasco Dr. Inclán. Y es que posiblemente, los economistas de la salud no resultamos simpáticos a algunos políticos: basta recordar la excelente presentación de Artells sobre necesidad sanitaria y su ilustración de 'muñequitas rusas', para entender por qué nuestras contribuciones seguramente incordian. Pero puede que de este modo se nos respete más: no todo vale en el debate sanitario. No hace falta ponerse trascendente: los economistas de la salud no guardamos esencias –la nuestra es una ciencia social-, pero no somos perfume de acompañamiento *ad hoc* para las batallas partidistas.

2- **Para bien o para mal, domina en nuestros estudios el 'faro' de las reformas británicas.** Quizás nos equivocamos con ello. Un cierto solapamiento con la Conferencia Mundial de Economía de la Salud implicó otras experiencias más cercanas. Pero nuestro sesgo subliminal quizás continúe siendo York. Su prestigio: en formación, su máster; en consultoría, su Consortium; en investigación aplicada, su Center; en divulgación, su Centro para la Diseminación, continúa pesando. Fuera de ello las aguas andan revueltas: sin Asociación Europea, los estado-unidenses dominan la Conferencia Mundial y la mayoría de publicaciones en Economía de la Salud. El papel pivotal de los ingleses aún nos sirve a algunos como referencia, amén de las proximidades que ofrece su sistema sanitario con el nuestro.

3- Más allá de la crónica de nuestras Jornadas, que se incluye en otro apartado, paso ahora a exponer algunas valoraciones más precisas:

- (i) **Comprar cobertura sanitaria, financiar capitativamente, es el signo de los tiempos** en la definición de los roles políticos del financiador. Tendencia por tanto a variar el discurso de compra de servicios por parte del financiador público (por coste-eficiente que pueda resultar, si ésta es innecesaria) hacia el de compra de aseguramiento. La gestión de la casuística se remite por tanto a los proveedores que internamente satisfagan la cobertura (integral) de las contingencias sanitarias de sus afiliados. El asegurador público se ha de definir sobre si desea gestionar por sí mismo el aseguramiento (por lo que se deberá preparar 'variando el chip' para ello), lo desconcentra o lo descentraliza hacia proveedores dispuestos a asumir dicho riesgo.
- (ii) Clave de todo ello será por tanto, con límites, la **financiación capitativa a favor de quien realice la gestión del aseguramiento** en el punto de provisión de servicios. El *pool* de riesgo continúa siendo único, y se decide solidariamente la financiación. Pero en el traspaso de riesgo y financiación a quien sea que lo gestione, si se ajustaría por riesgo. El ajuste capitativo que aminore la selección de riesgos tiene problemas, pero no parece que exista alternativa que permita eludirlo.
- (iii) Por lo demás, los nuevos referentes (garantía de cobertura y financiación capitativa) permiten conectar, en mayor medida, el suministro de cuidados asistenciales con el cumplimiento de programas, a la vez que favorecer una mejor integración de dispositivos asistenciales (sanitarios y socio-sanitarios). La **calidad asistencial** encuentra para ello un objetivo más coherente: el éxito en el programa, que incluye no una actividad 'económica que no dañe', sino el análisis de (i) cuán apropiada es dicha utilización en primer lugar, y (ii) el impacto en los colectivos y metas destinatarios de dichos programas, no sólo a través de la actividad asistencial, sino también por la vía de aspectos culturales (información), prevención y educación sanitaria, de una manera mucho más coordinada.

4- **Innovar para mejorar.** Este año nuestras Jornadas han buscado mejorar contenidos formativos (un valor añadido para todos los participantes en las Jornadas) a través de dos nuevas modalidades: El debate académico, y los talleres de trabajo.

Lo primero tiene que ver con la organización de mesas de debate académico (esto es, fundamentado, argumentado) sobre temas de relevancia político-sanitaria que permitan contraponer más de una visión sobre una misma cuestión. Equivale a una revisión del 'estado del arte', pero en lugar de implicar una 'venta' subjetiva individual (lo que el conferenciante piensa sobre el tema), el debate hace posible una relativa diversidad que permite a cada asistente formar su propia opinión y ver la agenda de puntos a mejorar por la acción o a través de la investigación. Así el público congresual puede escuchar de primera mano un debate 'ilustrado' por parte de

primeras espadas (o, como mínimo, de espadas conocidas), sobre temas de los que ha oído hablar mucho políticamente pero de los que desconoce los fundamentos que sustentan cada posición.

Nuestras XIX Jornadas atisbaron ya un inicio de discusión sobre los límites de la necesidad en la gestión y planificación sanitarias, y sobre si existe realmente la noción de demanda como para que ésta pueda tomarse en serio en el análisis del sector sanitario. Otras cuestiones abordables en el futuro pueden ser:

- i/ ¿Es posible el ajuste de riesgos en la descentralización del aseguramiento?
- ii/ ¿Cuán a menudo pueden tomarse en serio los resultados de la evaluación económica a la vista de sus problemas metodológicos?
- iii/ Gestión sanitaria: ¿Intuición, ingenio, empirismo o capacitación profesional?
- iv/ Actuación sobre el gasto farmacéutico: ¿Control de precios o de cantidades (financiación selectiva)?
- v/ ¿Cabe financiar complementariamente la sanidad sin empeorar la equidad?
- vi/ ¿Cómo podemos esperar que afecten los incentivos monetarios al comportamiento de los profesionales sanitarios?

Está claro que para abordar dichas cuestiones hace falta establecer unas reglas del juego que garanticen la limpieza del debate, su calidad, y la igualdad de condiciones de los participantes. Sin lo primero (descalificaciones políticas, resentimientos personales), no cabe lo segundo.

En segundo lugar, hemos iniciado este año los talleres de trabajo. Aprovechamos así la presencia de los conferenciantes extranjeros, más allá de sus conferencias formales. Se trata de poder discutir, en pequeño seminario y para los realmente interesados, los métodos y problemas en los que se encuentra uno cuando se trata de investigar determinados ámbitos cercanos al que justifica la invitación a un experto de otro país. La satisfacción por lo bien que estos talleres funcionaron, así como por el nivel de la mayoría de las comunicaciones presentadas, nos confirma en la estrategia seguida.

- 5- Finalmente, ha existido la sensación de que **tres o cuatro mesas simultáneas de comunicaciones, de buen nivel**, impone costes de oportunidad demasiado elevados. Ello es cierto, pero para combatir dicha preocupación (por otro lado, un síntoma excelente de la salud de nuestros economistas de la salud) lo mejor es contar desde el primer día con las comunicaciones publicadas en el libro de las Jornadas. Dicho objetivo aparece cada año como una gran carga para los organizadores: J. Callau y allegados dejaron en dicho empeño muchas horas; nosotros, en el científico, más de un cabreo (cuánto cuesta todavía a los hispanos cumplir los plazos!!). Pero valió la pena. Hoy sabemos de la calidad de algunas comunicaciones a las que no pudimos asistir, y tenemos por delante la posibilidad de leer y releer con más tiempo y menos prisas.

En definitiva, ya ha comprobado el lector que, como responsable del comité científico, me quedo satisfecho. Y como Voro Peiró hace un año concluyo con un ¡¡UF!! (cerca de las siglas de mi universidad), y un ¡¡menos mal!! que se ha acabado. Nos vemos en Mallorca.

LACRONICA:

## EL XIX ENCUENTRO DE LOS ECONOMISTAS DE LA SALUD. Algunas anotaciones a las investigaciones aportadas

Guillem López i Casasnovas  
Rosa Urbanos

Las XIX Jornadas de Economía de la Salud, celebradas en Zaragoza los días 2, 3 y 4 de junio, tuvieron como lema "Necesidad sanitaria, demanda y utilización", y contaron con la presencia de un buen número de ponentes invitados, así como de numerosas comunicaciones orales y posters. Las Jornadas se iniciaron con la conferencia magistral del profesor **Peter Smith**, de la Universidad de York, quien debatió las ventajas y limitaciones de los esquemas de financiación capitativa, y concluyó en la necesidad de establecer sistemas de capitación que combinen distintos objetivos. Para ello, P. Smith abogó por disponer de datos de mejor calidad en los que basar las fórmulas de financiación, el diseño de esquemas sensibles a factores legítimos de necesidad, e independientes de factores de oferta, la minimización de incentivos perversos, o la reducción de los costes de administración a los que éstos se asocian.

Petter Smith

A continuación, tuvo lugar la primera mesa de ponencias, presidida por el Consejero de Sanidad del País Vasco, **Gabriel M Inclán**, en la que se discutieron diversos temas: desde el análisis de los aspectos en que se manifiesta el concepto de necesidad y sus implicaciones para la política sanitaria por **Joan Josep Artells**, hasta las reflexiones de **Eduardo Bandrés** acerca de la sostenibilidad del gasto público sanitario en el Estado del bienestar, pasando por el análisis de los fundamentos éticos de la asignación, realizado por **Ángel Puyol**, quien reivindicó el principio rawlsiano de la diferencia para justificar algunos tipos de priorización en la atención sanitaria.

Las sesiones de la tarde estuvieron dedicadas a la exposición de un buen número de comunicaciones centradas en diversos ámbitos, como los avances teóricos en evaluación económica, la gestión, y el análisis de sistemas y políticas sanitarias. Simultáneamente a las distintas mesas de comunicaciones tuvo lugar el primero de los talleres, en el que el profesor Smith ilustró el papel de las listas de espera como mecanismo de racionamiento en el NHS británico, a través de la revisión de algunos trabajos recientes que muestran la efectividad del incremento de recursos hospitalarios en la reducción de las listas de espera, al menos en el corto plazo.

El segundo día de las Jornadas, la conferencia magistral corrió a cargo del profesor **Ray Robinson**, de la London School of Economics, quien centró su intervención en la revisión de las dos últimas etapas del proceso de reforma sanitaria británica. Tras un repaso por los principales sistemas de contratos de la década de los 90, Robinson abordó el estudio de la nueva etapa de reforma del NHS, iniciado en 1997. Los principales rasgos de esta nueva etapa consisten en la eliminación del mercado interno, junto con un impulso de la cooperación entre agencias y el manteni-

Ray Robinson

miento de una fuerte dirección centralizada. Si bien no se cuestiona la separación de funciones entre proveedor y financiador, se considera la sustitución de los "GP Fund Holdings" por "Primary Care Groups". A propósito de la formulación de la nueva reforma, la exposición del profesor Robinson finalizó con la discusión de una cuestión aún no resuelta: ¿será suficiente el control central, reforzado en esta nueva etapa, o se precisarán incentivos adicionales para lograr la mayor cooperación deseada?.

Andrew Murphy

Seguidamente, la segunda sesión de ponencias se dedicó al análisis de la adecuación efectiva entre utilización y necesidad, a partir de diferentes perspectivas. En primer lugar, **Andrew Murphy**, de la Universidad de Galway, centró su intervención en la utilización inadecuada de los servicios de urgencia, destacando que, tanto la definición del propio término "utilización inadecuada" como las estrategias de gestión subsiguientes, deberían considerar el contexto

social y psicológico que motiva la decisión del paciente de acudir directamente a estos servicios. Por su parte, **Alex Scott-Samuel**, de la Universidad de Liverpool, examinó los métodos para evaluar y promover la equidad en salud, haciendo hincapié en la necesidad de utilizar evaluaciones prospectivas del impacto en salud que se deriva de las políticas públicas, tanto a nivel central como local. Finalmente, **Carol Propper**, de la Universidad de Bristol, se encargó

Alex Scott-Samuel

de revisar las respuestas de los GP fundholders británicos a distintos tipos de incentivos financieros.

El segundo de los talleres, también a cargo del profesor Robinson, se dedicó a la revisión de los esquemas organizativos representativos del "managed care" americano (Health Maintenance Organisations, Preferred Provider Organisations, o Primary Care Case Management, entre otros), así como de las técnicas empleadas por dichas organizaciones (incentivos financieros, revisiones de utilización o instrumentos de gestión clínica), con el fin de extraer posibles estrategias de gestión para los sistemas sanitarios europeos. El profesor Robinson resumió los logros del "managed care" en algunos ámbitos, pese a resaltar la escasez de evidencia concluyente en la mayor parte de los casos. La conclusión principal de su exposición consistió en señalar que la experiencia americana debiera servir como fuente de inspiración para la adopción de fórmulas e ideas innovadoras en el ámbito de la política sanitaria europea, si bien cualquier innovación debiera ser sometida a un proceso de evaluación a la luz del contexto cultural específico de cada país.

Carol Propper

Por su parte, la tercera sesión de ponencias estuvo dedicada a la revisión de los objetivos del sistema sanitario público y de las políticas necesarias para su consecución. La mesa contó con la presencia de **Enrique Castellón** y **José Manuel Freire**, quienes mostraron su particular visión sobre esta cuestión, y con **Jaime Ginestal**, quien discutió la existencia de una demanda de cuidados sanitarios en sentido estricto, y planteó, en consecuencia, una pregunta de fondo: ¿qué mide la estimación de demandas sanitarias, y en qué medida responde a demandas individuales?. A lo largo de todo el día continuó la exposición de numerosas comunicaciones orales dedicadas, además de a los

José Manuel Freire y Enrique Castellón

temas ya citados, al análisis de distintas políticas farmacéuticas y al estudio de ciertas aplicaciones prácticas en el ámbito de la evaluación económica.

El último de los talleres que tuvo lugar en las Jornadas corrió a cargo de Carol Propper, quien analizó los determinantes de la demanda de asistencia sanitaria privada en el Reino Unido. Este novedoso estudio demuestra que los usuarios de servicios privados responden a un cierto perfil, que les caracteriza como individuos de renta relativamente elevada, de ideología conservadora, y con cierto grado de desacuerdo con respecto a los objetivos de equidad definidos por el NHS. Asimismo, se comprueba cómo la población que en el pasado ha utilizado los servicios privados presenta una mayor probabilidad de utilizarlos en el presente (sean cuales fueren estos servicios). Por otro lado, Propper señaló la existencia de movimientos entre sector público y privado en ambas direcciones, indicando de este modo la complementariedad de la demanda de ambos tipos de asistencia.

Tampoco faltó en las Jornadas el debate, ya tradicional, sobre los temas relativos a la equidad. La última mesa de ponencias se dedicó a esta cuestión. En ella, **Carme Borrell** mostró la existencia de desigualdades sociales en la utilización de servicios sanitarios y, especialmente, en la realización de prácticas preventivas. Asimismo, puso de manifiesto la necesidad de evaluar, entre otros, el impacto de la reforma de la atención primaria en las desigualdades de utilización por clases sociales. Precisamente en el ámbito de la atención primaria centró su intervención **Itziar Larizgoitia**, quien sugirió limitaciones en la satisfacción de necesidades sanitarias debidas a defectos en la idoneidad de la atención prestada, en la coordinación de servicios o en el rango de la oferta, que parecen perjudicar más a la población con mayor desventaja social. Finalmente, **Rosa Urbanos** mostró la evolución del grado de equidad horizontal logrado por el sector público español en la prestación de servicios sanitarios entre 1987 y 1995. De las conclusiones de su trabajo cabría destacar la reducción de la desigualdad social a lo largo del tiempo, contemplada desde el enfoque de igual utilización a igual necesidad, así como la conveniencia de rediseñar algunas políticas de salud, con el fin de que tengan en cuenta la diferencia de impacto que provocan en los distintos grupos sociales.

También se presentaron en las Jornadas dos investigaciones de gran dimensión, prácticamente finalizadas: La relativa al informe "Evaluación de políticas sanitarias autonómicas", promovido por la Fundación BBV y la Generalitat de Cataluña, y la que constituye el próximo Informe SESPAS, que está dedicado a la evaluación de los resultados de la estrategia Salud para todos en el año 2000.

Por último, las Jornadas finalizaron con la conferencia magistral del profesor **Xavier Calsamiglia**, de la Universidad Pompeu Fabra, quien destacó lo inevitable de racionar en un contexto de recursos limitados y, por lo tanto, de priorizar los tratamientos sanitarios. El profesor Calsamiglia abogó por un sistema imparcial y eficiente, que haga explícitos los mecanismos de priorización de las prestaciones, y permita someter a debate la redistribución de los años de vida en un contexto de claridad y transparencia.

## CRÓNICA DESDE BERKELEY

Marisol Rodríguez



Queridos amigos y colegas: Os escribo esta crónica animada por una sugerencia en este sentido de nuestro presidente, y tras el ejemplo sentado por el vicepresidente con su relato del diario de verano del año pasado. Esperad, por tanto, un recuento de peripecias personales; aderezadas, eso sí, con algunas impresiones sociológicas y varias observaciones sobre el sistema sanitario estadounidense para justificar el envío de la misiva al Boletín (para los no avisados, estoy pasando un año sabático —¡bendita institución!— en la universidad de Berkeley).

Os diré, de entrada, que mi actitud ha pasado de la reticencia a la integración (reflejada, y a su vez alimentada, por la conexión permanente a Internet y al correo electrónico) al más completo entusiasmo y a la postergación continua de la fecha de vuelta. Berkeley es como un paraíso: diverso, estimulante, acogedor, tranquilo, vindicativo, tolerante ... en suma, excepcional, dentro y fuera de Estados Unidos.

Naturalmente, los inicios estuvieron plagados de complicaciones. Muchas de ellas derivadas precisamente de que este sea el país del mercado, por excelencia. Hay tantas opciones, tantos precios, tanta variedad, que tomar cualquier decisión de consumidor que maximiza utilidad (¡para algo una es economista!) es un agobio y un mareo, amén de la cantidad de tiempo que requiere. No es sorprendente, pues, que sea en este país donde más se hayan desarrollado todas las teorías referentes a la información y los costes de la misma. Comprar un coche (de segunda mano, claro), obtener una póliza de seguro para el coche o contratar una compañía telefónica (bueno, dos, porque la que ofrece las llamadas locales no puede ser la misma que la que ofrece las llamadas interestatales e internacionales) son decisiones que pueden implicar un montón de horas ... y una diferencia de precios de doble o triple contra sencillo. No os digo nada del dilema de la elección de la leche o el pan cuando vas al supermercado: hay más de 10 variedades en cada caso y si no te lees bien la letra pequeña de las etiquetas o recuerdas bien los colores puedes acabar comiendo un pan ácido al que son muy aficionados, o bebiendo cualquier cosa menos leche. O comiendo atún en aceite que no es atún y está en agua y aderezando la verdura con un sucedáneo de mayonesa que tiene el mismo color y se vende en envases casi idénticos.

Como contrapartida a tanto mercado, las cosas públicas son bastante cutres. Las calles son oscurísimas (una bombilla de 40 vatios cada 100 metros, y sólo en un lado de la calle), las duchas de las piscinas municipales recuerdan a las de los barracones de algún campo de refugiados, los autobu-

ses urbanos a viejas carracas, y las instalaciones de las escuelas primarias son igual o peor que las españolas (aunque suelen estar dotadas de más y mejor material). Además de no haber puesto nunca mucho énfasis en lo público, en California parece que las deficiencias se notan más porque los recortes del gasto público empezaron ya hace muchos años (recordad que Reagan fue gobernador de este estado) y se percibe claramente la falta de reposición y mantenimiento.

De todas formas, la fealdad y, sobre todo, la ausencia total de diseño alcanzan también al sector privado. Aquí no tendría sentido ir de escaparates, porque más que escaparates las tiendas tienen ventanas con cosas allí dejadas o tiradas -y cristales a veces sucios! Los locales son en general feos, especialmente por fuera. Por ejemplo, aunque se supone que Berkeley es uno de los reinos de los gourmets, nunca adivinarías cuáles son los mejores restaurantes por su aspecto exterior (y el interior tampoco mata). Otro ejemplo, me fui a cortar el pelo a una de las que se supone mejores peluquerías, y era un localón decorado con la estética pop-art de los años 70 ya bastante desconchada. Eso sí, aprendí un montón sobre la formación de precios y su ajuste estricto a costes en un mercado que se precie de tal: cuando fui a reservar hora, inmediatamente me preguntaron si quería un corte de 26 dólares, de 32 o de 51. Perpleja ante tal disyuntiva pregunté naturalmente en función de qué estaba el precio; la respuesta fue lógica (aunque a casi ninguno de los amigos españoles a los que se lo contado se les había ocurrido): en función del tiempo/experiencia del peluquero/a -y, por tanto, imaginé yo, de su salario o comisión.

La impresión visual y estética es, por tanto, que todo me parece menos deslumbrante que en las ocasiones anteriores en que había pasado una temporada en este país. Claro que esta visión no debe ser ajena al hecho de que mi estándar de comparación, el nivel de vida en España, ha subido mucho desde la primera vez que estuve aquí en el año 1970. El lado positivo de todo esto es que son una gente muy práctica y muy poco ostentosa (al menos en Berkeley): ni modelitos, ni joyas, ni supermaquillajes ... ni plancha !lo cual es un chollo. Incluso observo menos gordos (aunque, de nuevo debe ser el efecto Berkeley y California). Pero no me extraña demasiado viendo lo que comen : todo son ensaladas o pasta, con un poco de pollo como mucho —las carnes rojas están proscritas-, y luego todo es "low fat", "fat free" y "healthy". Las estadísticas lo reflejan con un descenso acelerado de las cifras de colesterol. Sin embargo, parece que el consumo de azúcar está aumentando, y desde luego aquí la tónica Schweepps sabe a gaseosa, de lo dulzona que está.

### El sistema sanitario

Lo anterior nos lleva a las observaciones sobre el sistema sanitario. La primera impresión se puede resumir con un refrán castellano: no querían caldo y les han dado dos cacetadas. Como recordaréis, hace 5 años los Clinton se embarcaron en una larga batalla para reformar el sistema y dotarlo de algo parecido a los sistemas de seguros nacionales obligatorios europeos, pero dicho intento de reforma fue derrotado, entre

otras razones, con el argumento de que con el nuevo sistema se iba a acabar la libertad de elección y los servicios sanitarios estarían controlados y racionados por el Estado. Bien, pues ahora se están encontrando con que son las propias mutuas (HMO's) y las compañías de seguros privadas las que están imponiendo fuertes restricciones y controles a la oferta bajo el amparo de las prácticas de gestión conocidas, en general, como "managed care". Todo el mundo está descontento, tanto médicos como pacientes. La autorización para que se le practique una determinada prueba a un paciente puede dilatarse más de un mes o ser finalmente denegada (o concedida para la 1:00 de la mañana de tal día), la consulta a un médico fuera del cuadro autorizado puede que nunca sea reembolsada, el médico que se exceda en la utilización de servicios puede verse expulsado del grupo y las admisiones y estancias de hospital son altamente escrutinizadas.

Y eso, mientras uno tenga la suerte de mantener el seguro. Un problema que saltó a la prensa a finales del año pasado fue que muchas HMO's que habían competido por la provisión de servicios al colectivo de mayores de 65 años (cubiertos por el seguro público denominado Medicare) a cambio de un pago capítativo igual al 95% del coste medio de los asegurados de dicho colectivo en la modalidad tradicional de libre elección de médico y pago por acto, empezaron a anunciar que a partir del 1 de enero darían de baja como afiliados a los miembros de dicho colectivo, porque la tarifa no estaba llegando a cubrir costes y no les era rentable. Muchas de estas personas mayores habían sido atraídas a las HMO's fundamentalmente porque acogiendo a esta modalidad el coste de los medicamentos también quedaba cubierto, mientras que en la modalidad tradicional no. Además de la volatilidad que suponen estos cambios (nuevos médicos, dificultad de comprensión de todos los aspectos implicados, etc.) algunas personas están teniendo dificultades para encontrar una compañía que les venda una póliza de seguros complementaria para cubrir dichos gastos farmacéuticos, o lo hacen sólo a precios astronómicos. Una señora de 66 años, que tiene que tomar medicamentos para la angina, la presión alta y el colesterol puede encontrarse con que la prima puede ascender a 270 dólares mensuales (unas 42.000 ptas.).

El miedo a perder el seguro, o a no encontrar un seguro a un precio asequible, es una de las grandes preocupaciones de los norteamericanos actualmente. Cada vez hay más empresas que no ofrecen seguro médico a sus empleados o que les exigen una participación mayor en su coste. El fenómeno es común entre los muchos trabajadores que hay a tiempo parcial, pero no se circunscribe sólo a ellos, también está ocurriendo entre los empleados regulares. Eso implica que estas personas, en caso de asegurarse, lo han de hacer individualmente.

Mirado a simple vista, ello no parecería tener mayores consecuencias -sobre todo cuando el salario monetario fuera proporcionadamente más alto. Sin embargo, esto, junto con la práctica del "carve-out" (fraccionamiento del riesgo y reventa de los trozos a otras compañías especializadas; especialmente habitual para el aseguramiento de las enfermedades mentales) y el ajuste de la prima al riesgo llevada a su extremo, constituye la génesis del que, en definitiva, es el problema más serio del sistema sanitario estadounidense en la actualidad.

### **Crisis en el mercado de seguros**

Simplemente, el mercado de seguros está quebrándose. Dicho de otra forma, está perdiendo sentido el propio concepto

de seguro, como sistema de compartición de riesgos dentro un determinado colectivo. El tema está descrito en los manuales de microeconomía (ver, por ejemplo, el de Varian). Las compañías de seguros tienen menos información que los propios asegurados sobre la probabilidad y la dimensión del riesgo. Para una determinada compañía, su preocupación es que si el precio de la póliza es excesivamente bajo, atraerá a una cantidad desproporcionadamente grande de personas con alto riesgo (será adversamente seleccionada, en la jerga economista) que la llevará a tener pérdidas; pero si sube el precio de la prima para adecuarla al mayor riesgo, se darán de baja los buenos riesgos. Por eso, la contratación de pólizas con colectivos no autoseleccionados o definidos a priori según su riesgo sanitario (por ejemplo, todos los trabajadores de una empresa) es una forma de protección para la compañía: le asegura un colectivo de afiliados con una distribución de riesgos más o menos aleatoria. Otra "solución" es ajustar lo mejor posible el precio de la prima al riesgo potencial de los diferentes individuos, para ni atraer excesivamente a unos ni perder a otros. Pero esta individualización del seguro llevada al extremo desemboca en que acaba no habiendo una prima general, sino tanta variedad de primas como sujetos asegurados. Para el individuo, esto implica incertidumbre con respecto a las primas futuras, que irán cambiando a tenor de los shocks de salud experimentados. Pero lo que todavía es más crucial, el mercado de seguros se rompe, no hay compra y venta ni compartición de riesgos entre enfermos y sanos bajo este sistema. Es evidente que, en este caso, al individuo el seguro le supone, a lo sumo, simplemente una forma de pagar a plazos mensuales la propia factura sanitaria.

En comparación con este fenómeno, los demás que están ocurriendo en el sistema sanitario estadounidense me parecen de menor importancia, aun teniéndola y aun siendo los que más atención están recibiendo en las revistas especializadas: fusiones o adquisiciones continuas de hospitales y grupos hospitalarios (minoración de la competencia), exceso de oferta de médicos (¿disminución de sus rentas?), problemas de calidad, altos costes, incluidos los administrativos, etc.

Respecto de este último punto, y como no hay nada mejor que la propia experiencia, una de mis hijas fue tan amable de romperse el quinto metatarso del pie derecho hace dos meses jugando en el parque, para que yo pudiera comprobar lo de los altos costes. Esta nimiedad (sobre todo en el hueso de una niña) le saldrá a nuestra compañía de seguros por unos 2.000 dólares (360.000 ptas.). Eso sí, convenientemente facturados separadamente por el radiólogo, la empresa dueña del aparato de rayos X, el médico que le dijo "Hola guapa, ¿cómo te hiciste esto?", el escayolista, y cada uno de los dos hospitales a los que fuimos (el primero de urgencias donde le hicieron la primera inmovilización y cinco días más tarde el hospital pediátrico al que nos remitieron), que cobran por poner las instalaciones en las que trabajan los mencionados profesionales. Ha sido una verdadera inundación de facturas en nuestro buzón. No se fían de las compañías de seguros y, en definitiva, hacen responsable del gasto al paciente y te lo van recordando. Una quinta parte del tiempo en cada visita estuvo dedicado a rellenar formularios, en los que una pregunta esencial es el tipo de seguro que tienes.

En cualquier caso, si dentro de siete años me vuelvo a perder, ¡buscadme por aquí!

## FINANCIACIÓN, COMPRA Y PROVISIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA: UNA APROXIMACIÓN CONTRACTUAL

Misericòrdia Carles<sup>1</sup>

Este trabajo pretende estudiar uno de los muchos problemas que afectan al mercado sanitario. Sus especiales características, que ocasionan los conocidos fallos de mercado, dificultan la asignación eficiente de recursos, y por lo tanto un equilibrio óptimo. Los agentes que participan en la toma de decisiones se enfrentan a incertidumbre y poseen información asimétrica. En este sentido, la búsqueda de la eficiencia nos permite el empleo de modelos de economía de la información, que hasta hace poco tiempo no han tenido, en este mercado, una aplicación generalizada.

En España, la mayoría de las investigaciones se basan en el análisis del actual Sistema Nacional de Salud y sus posibles cambios. No obstante, una posible reforma del sistema que separe las funciones de financiación, provisión, y compra, y admita criterios de mercado en alguna de ellas, puede hacer variar la posición estratégica del sector privado.

Esta investigación se centra en el mercado de seguros sanitarios privados con prestación de servicios en España. El análisis se desarrolla desde dos perspectivas distintas: en primer lugar, como un mercado complementario al sistema público, con una importancia relativa específica; y, en segundo lugar, como un mercado que posee características parecidas a las nuevas formas organizativas implantadas en diversos países occidentales. En este caso, los resultados obtenidos se pueden generalizar.

Estas nuevas organizaciones tienen en común la relación directa entre gestores de planes de salud y proveedores, y tienden hacia un cambio en el sistema de pago entre compradores y proveedores, a medida que se consolidan. Es decir, inicialmente, es habitual un pago por acto entre médicos y aseguradoras (sistema retrospectivo); pero posteriormente, las formas contractuales se vuelven más prospectivas. Sin embargo, en el mercado de seguros sanitarios con prestación de servicios en España, aunque se da también esta relación contractual directa, el sistema de retribución no evoluciona en el mismo sentido, y las formas de pago siguen siendo fundamentalmente por acto.

### Objetivos:

Con los antecedentes anteriores, pretendemos evaluar, en términos de eficiencia, las relaciones contractuales actuales en el sector de seguros sanitarios privados con prestación de servicios en España, y formular contratos distintos que sean más eficientes.

### Método:

Ante todo es necesario revisar la evolución de las formas de pago, tanto en nuestro país como en otros mercados sanitarios y otros países. A continuación, un análisis empírico nos permite conocer como está constituida la relación entre el asegurador que es responsable de la función de compra (y contrata al médico como proveedor), y el paciente, que, en nuestro caso, financia el sistema a través del pago de una prima. Por último, modelizamos las relaciones contractuales del mercado que estamos analizando, y proponemos fórmulas alternativas, susceptibles de generalización a otros mercados sanitarios, que permitan una mejor asignación de recursos.

### Análisis:

El estudio empírico analiza las formas contractuales entre aseguradoras y médicos, de manera que las primeras (intermediarios financieros) contratan a los segundos como proveedores de servicios altamente especializados. Las características de ambos agentes dan como resultado un intercambio especial donde la relación contractual distingue a esta modalidad de seguros de cualquier otra, y la aproxima a las formas organizativas implantadas en otros países.

Esta primera parte de la investigación se realiza a partir de los datos de entidades y asegurados que se consiguen mediante las fuentes habituales (UNESPA, y la Dirección General de Seguros del Ministerio de Economía y Hacienda, entre otros), pero la información de los profesionales se obtiene gracias a la colaboración personal de muchos de los médicos afectados, y sobre todo de sus asociaciones

profesionales. La Organización Médico Colegial (OMC) nos facilita los resultados de una encuesta que ella misma había realizado a los profesionales del sector, y el Colegio de Médicos de Barcelona nos proporciona información detallada sobre su provincia. Por otra parte, la revisión de la regulación del sector se concreta en el análisis de las ventajas e inconvenientes que, para las relaciones contractuales entre médico y aseguradora, ha tenido la implementación de la Ley Sobre Ordenación y Supervisión de Seguros Privados de 1995.

La revisión teórica diferencia entre el comportamiento individual de los proveedores extrahospitalarios, y el que cabe esperar de un colectivo de profesionales que se adhieren a un mercado autorregulado. Distingue también entre aquellos modelos que admiten la inducción de demanda y los que no la consideran. Éste no es un tema zanjado, y las soluciones dependen del mercado analizado y de los supuestos de partida.

La importancia de la modelización de las formas de pago ha dado lugar a numerosos trabajos teóricos. Utilizamos como punto de partida para la elaboración de nuestro propio modelo, los que se basan en los principios de la economía de la información. De este análisis, se deduce que las retribuciones óptimas son formas mucho más prospectivas que las que observamos en el mercado de seguros sanitarios con prestación de servicios en España. Asimismo, los sistemas que incluyen incentivos en la función de pagos del proveedor, son más eficientes que los que lo hacen en la del asegurado.

Nuestro modelo teórico pretende conocer la forma funcional, tanto de la prima que debe pagar el consumidor, como de la retribución que cobrará el médico. La entidad se convierte en el principal de dos agentes, y se vincula con ellos mediante relaciones contractuales que se estructuran a través de un modelo principal –agente–. Algunos de los supuestos que establecemos, han sido utilizados como hipótesis en algunos de los modelos revisados; por ejemplo, entre la cantidad, como variable observable, y el esfuerzo, como no observable, se determina una relación de sustitución. Otros, en cambio, son sustancialmente distintos; por ejemplo, planteamos un modelo en el que coexiste un problema de riesgo moral con información y acción oculta. Finalmente, obtenemos fórmulas prospectivas tanto para los asegurados como para los médicos del sector. En concreto, la función de retribución del médico le permite recuperar su utilidad de reserva y el valor de los costes esperados, que incluye la desutilidad del esfuerzo; además, devuelve al paciente su salud inicial (en este sentido, el pago se asemeja al conocido pago por proceso patológico). Por su parte, el asegurador, obtiene un beneficio fijo consecuencia de su intermediación financiera, y el paciente resulta totalmente asegurado a través del pago de una prima fija. Estas nuevas formas contractuales resultan ser óptimas; se demuestra que las actuales son ineficientes; y se relaciona directamente la toma de decisiones con el resultado.

### Conclusiones:

Las formas obtenidas (fórmulas prospectivas para médicos y asegurados) son consistentes con las reformas emprendidas por diferentes países occidentales y también con los principios teóricos básicos hallados en la revisión de la literatura especializada. Aunque los nuevos contratos suponen un cambio significativo para los profesionales sanitarios que hasta este momento cobraban sus honorarios mediante un pago retrospectivo, su implantación no tendría que ser problemática. No obstante, falta estimar los costes implícitos de los costes esperados por enfermedad y de la utilidad de reserva de los médicos. Como pretendíamos, estos resultados permiten un funcionamiento más eficiente del mercado y se pueden aplicar a otros entornos sanitarios distintos. En definitiva, el resultado de la investigación nos permite conseguir una mejor asignación de recursos mediante la propuesta de nuevas formas contractuales.

<sup>(1)</sup> Tesis leída en 1998 en la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la "Universitat Rovira i Virgili". Director: Carles Murillo Fort.

# DESARROLLO DE UN INDICADOR DE NECESIDAD RELATIVA PARA LA ESTIMACIÓN DE LOS PRESUPUESTOS DE FARMACIA EN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD <sup>(1)</sup>

Marina Ayestarán, S Esnaola, C Anitua, B Fernandino

La equidad y la eficiencia en la asignación de los recursos de salud son preocupaciones prioritarias en la planificación sanitaria. El gasto farmacéutico es uno de los principales elementos del gasto sanitario. El coste de los productos farmacéuticos consumidos por una comunidad está relacionado con las características de los pacientes (demográficas, socioeconómicas, de salud, etc.), de los prescriptores, y de la oferta de servicios de salud. A pesar de la complejidad del proceso, es posible identificar qué factores se asocian con el coste farmacéutico de una comunidad, y desarrollar fórmulas de evaluación y de asignación más equitativas.

El objetivo de este estudio fue desarrollar un indicador de las necesidades de recursos farmacéuticos en los servicios de atención primaria de salud basado en las características demográficas, socioeconómicas y de salud de la población, que permita avanzar en una evaluación y asignación más equitativas de los presupuestos de farmacia.

## Métodos y resultados

Se realizó un análisis ecológico utilizando el modelo de regresión múltiple. Se utilizó el cupo médico de atención primaria como unidad de análisis y diversos indicadores medidos al nivel del cupo y de la zona básica de salud. La variable dependiente fue el coste farmacéutico total anual de cada médico. Como variables explicativas, al nivel del cupo se estudió el número de personas atendidas, así como su distribución por edad y sexo, y al nivel de la zona básica diversas variables socioeconómicas y la razón de mortalidad estandarizada en los menores de 75 años.

Inicialmente, se realizó un análisis descriptivo de las variables analizadas. Además del modelo de regresión de efectos fijos (convencional) se utilizó el modelo de efectos mixtos, que permitió tener en cuenta la estructura jerárquica de los datos, obtener mejores estimaciones de la variabilidad de los estimadores, valorar si el efecto de las variables cambiaba según la zona básica, y considerar el efecto de otros factores no considerados y asociados a la zona. Se valoró el ajuste de los modelos y se compararon los valores observados y predichos. Se evaluó el estadístico  $R^2$  que mide el porcentaje de la varianza de la variable dependiente explicada por el modelo. El umbral de significación estadística (alfa) se fijó en 0,05. El modelo de regresión de efectos fijos incluyó las variables siguientes: el número de personas atendidas en el cupo, el número de personas mayores de 65 años, la proporción en búsqueda del primer empleo, la proporción de viviendas de confort bajo y la proporción de población diseminada ( $R^2 = 0,57$ ). El modelo de regresión de efectos mixtos introdujo además un componente aleatorio en el efecto de la variable mayores de 65 años ( $R^2 = 0,60$ ).

## Indicadores de necesidades relativas de medicamentos

Al nivel de cada cupo médico, se calcularon los indicadores de necesidades correspondientes cuatro mo-

delos de asignación. Para el modelo de asignación **histórico** se calculó el coste per capita relativo, cociente del coste per capita observado en un cupo por el coste per capita observado en la CAPV. De acuerdo con el modelo de asignación **per capita**, se asignaría a cada persona el promedio gastado en el conjunto de la CAPV. Como indicador del modelo de asignación **per capita ponderado** se utilizó el cociente del coste per capita estimado para cada cupo y el coste per capita estimado para el conjunto de la CAPV, utilizando un indicador de necesidad desarrollado previamente para las consultas médicas de atención primaria. Finalmente, con los **modelos de regresión** construidos se calculó el coste estimado para cada cupo y para el total de la CAPV. El índice de necesidad relativa (INR) de un cupo fue calculado mediante el cociente del coste per capita estimado para ese cupo por el coste per capita estimado para la CAPV. Este indicador muestra así, de acuerdo a las variables incluidas en los modelos, cuáles serían las necesidades relativas de coste farmacéutico de un cupo respecto al promedio de la CAPV.

La distribución de estos indicadores reduce la gran variabilidad existente en la distribución del coste per cápita relativo de los cupos.

## Conclusiones

Se observan marcadas diferencias en el coste farmacéutico per capita entre los cupos médicos de atención primaria de la CAPV. Además, se evidencian las relaciones entre el coste farmacéutico por un lado, y la edad de los usuarios y las características socioeconómicas de las comunidades por otro. Además de los problemas de salud de los pacientes, la clase social de los mismos, la oferta de servicios de salud, y las características de los prescriptores determinan las diferencias en la prescripción farmacéutica. La complejidad del proceso de prescripción farmacéutica y la imposibilidad de conocer cuáles son las necesidades "reales" de consumo farmacéutico de una comunidad dificultan la mejora en la evaluación de los costes y en la asignación de los presupuestos. Las variables incluidas suelen ser utilizadas como indicadores aproximativos de las necesidades de atención sanitaria.

Además de las variables mencionadas, otros factores como el 'case-mix' de la población atendida, las características de los prescriptores y la oferta de servicios influyen en el coste farmacéutico. De cara al futuro, el desarrollo de los sistemas de información en atención primaria hace viable el uso de datos individuales sobre las características de los episodios de utilización, que permitan un mejor conocimiento de los factores involucrados en el consumo farmacéutico, y una mejor evaluación de esas necesidades.

(1) Premio al mejor poster de las XIX Jornadas de AES.

# DE “HEMEROTECAES” A “GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA”: LA EVOLUCIÓN DE UN PROYECTO

Anna García-Altés, Salvador Peiró.

Hace ya un tiempo, *Txomin Uriarte* utilizó sus dotes de persuasión para convencer a unos cuantos socios de mantener una sección de resúmenes de artículos originales en **ECONOMIA Y SALUD**, el boletín informativo de la Asociación. En realidad, no necesitó mucho. Todos estábamos convencidos de la importancia de difundir los resultados de investigación y acercarlos a los posibles usuarios, muchos habíamos colaborado en experiencias similares y, así, **HemerotecAES** apareció por vez primera en 1996 (boletín 22) y, desde entonces y durante 4 años, no ha faltado a su cita con los socios de AES.

En frios números, se han realizado 11 entregas (44 paginas del boletín) y un total de 74 resúmenes. En personas, y al margen de los coordinadores y *Txomin Uriarte*, han colaborado *María Pilar Astier, Enrique Bernal, Francesc Cots, Juan Gervas, Beatriz González, Pere Ibern, Jaime Latour, Juan del Llano, Susana Lorenzo, Gemma Navarro, Manuel Marín, Soledad Márquez, José Luis Martínez Zahonero, Ricard Meneu, Vicente Ortún, David Oterino, Sandra Prados, Jaume Puig, José Ramón Repullo, Magda Solá y Santiago Rubio*. Sin duda, un cartel de lujo para una modesta sección de un boletín.

HEMEROTECAES se despide con esta entrega. Su final, sin embargo, no supone la desaparición de los resúmenes para los socios de AES. El interés por acercar la investigación en economía de la salud y en servicios sanitarios a la toma de decisiones clínicas, políticas y de gestión ha llevado a instituciones en las que también colaboramos, a avanzar un paso más en el proyecto de difusión del conocimiento científico que fue **HEMEROTECAES** -y otras secciones similares mantenidas en publicaciones de otras sociedades científicas- con la edición de una nueva revista: **GESTION CLINICA Y SANITARIA (GCS)**. Precisamente, la buena acogida de esta sección, la amplia colaboración lograda y la ayuda de Novartis Farmacéutica, que sufragará los ejemplares distribuidos a los socios de AES, han permitido disipar los temores que suscita lanzar una nueva publicación, incluso cuando no se busca competir por público u originales con otras revistas sino, bien al contrario, colaborar a la difusión de tales originales. Así, los socios de la AES, junto a su ejemplar de **ECONOMIA Y SALUD**, recibirán un ejemplar de **GESTION CLINICA Y SANITARIA**, una nueva revista de publicaciones secundarias en la que –y al igual que en **HEMEROTECAES**- se presentarán resúmenes estructurados de artículos originales publicados en revistas clave de investigación en servicios sanitarios y economía de la salud, acompañados de un comentario sobre su relevancia o interés y cuyos referentes anglosajones podrían ser las revistas *ACP Journal Club*, *Evidence-Based Medicine* o *Evidence Based Nursing*.

**GESTION CLINICA Y SANITARIA** proviene de tres instituciones sin ánimo de lucro que, con el patrocinio de Novartis Farmacéutica, uno de los socios institucionales de AES, la publican: la **Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud** (Valencia), el **Centre de Recerca en Economia i Salut de la Universitat Pompeu Fabra** (Barcelona) y la **Fundación Gaspar Casal** (Madrid). La motivación básica de estas instituciones al lanzar **GESTION CLINICA Y SANITARIA** es acercar los resultados de investigación en servicios sanitarios a la toma de decisiones de política sanitaria y de gestión de servicios de salud y, en último extremo, mejorar la atención de salud en el sistema sanitario español.

Aunque entristece acabar algo hecho con tanta ilusión como **HEMEROTECAES**, tanto nosotros como la Junta Directiva de la Asociación, estamos convencidos que este cambio va a resultar ventajoso para los socios de AES. Obviamente, un paso más no significa haber alcanzado ningún final. El proyecto sigue abierto a todo tipo de colaboraciones y sugerencias y todos aquellos que, como en **HEMEROTECAES**, estéis interesados en colaborar con **GESTION CLINICA Y SANITARIA** os podéis poner en contacto con cualquiera de sus editores, cuyas coordenadas encontrareis en el número que ya tenéis en vuestras manos.

Ahora, ya como ex-coordinadores de **HEMEROTECAES**, nos queda agradecer –y mucho– a quienes han colaborado en la sección, a los lectores y a quienes nos han animado, tanto su esfuerzo como su buen hacer... y como integrantes del nuevo proyecto que es **GESTION CLINICA Y SANITARIA**, esperar que resulte de interés para los socios de AES.

## NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

Sección a cargo de Itxaso Mugarra Bidea  
Departamento de Salud-Gobierno de Navarra  
Tel. 948 42 35 42 • Fax. 948 42 35 10  
E-mail: imugarrb@cfnavarra.es



### I. ECONOMIA DE LA SALUD

#### THE ECONOMICS OF HEALTH RECONSIDERED

*Thomas H. Rice. Health Administration Press. ISBN 1567930778.*

This book reconsiders the field of health economics as it is taught and practiced. It discusses and analyzes the assumptions that must be met for a competitive market to be successful, concludes that these assumptions are not met in the health field, and provides a number of applications for health policy. Among the policy issues addressed are: \*Effects of managed care and capitation on patient care, \*Access to care by the poor, \*Medical savings accounts.

#### HEALTH, HEALTHCARE AND HEALTH ECONOMICS. Perspectives on Distribution

*Morris L. Barer, Thomas E. Getzen, Greg L. Stoddart ( Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia, Canada; Temple Univ., Pennsylvania, USA; CHEPA. Mc. Master Univ., Ontario, Canada).*

John Wiley & Sons, 1998, ISBN 0471978795.

A narrow selection of 19 papers from a 1990 Conference in Zurich, focusing on the distribution of resources and services in the health-care industry, rather than emphasizing efficiency as most health economics studies do. They consider how income and income inequality are related to health inequalities; the persistence of inequalities despite policy interventions designed specifically to improve on the existing measurement of a construct of central importance to health and public policy; and the under-emphasis of distribution relative to efficiency in the research to date on health economics. The program of the five-day conference is appended.

#### HEALTHCARE AND COST CONTAINMENT IN THE EUROPEAN UNION

*Elias Mossialos, Julian Le Grand (editors), The London School of Economics and Political Science. Ashgate Publishing Company, 1999; ISBN 1840144033.*

Reports on the measures taken by European governments

during the 1980s and 1990s to reduce the growth in public payments for medical and health care. First overviews the health policies and cost-containment measures in all countries by reviewing some aspects of the current systems of health care and recent expenditure trends, presenting a new method of classifying such measures, and using that classification scheme to draw some conclusions about the effectiveness and other impacts and to examine whether there is a convergence in trends across the continent. Then details the policies and measures in 15 countries of the European Union.

#### HEALTHCARE ECONOMICS (Delmar Series in Health Services Administration)

*Paul J. Feldstein*

*Delmar Pub., 1998; ISBN 0766806995*

This revised fifth edition text examines the critical economic issues that affect the delivery of today's medical care. From the demand for medical services and the role of health insurance, to the least information on competition, regulation, and national health insurance, the book takes an analytical approach in covering a wide range of topics in detail.

#### WHO SHALL LIVE?: HEALTH, ECONOMICS, AND SOCIAL CHOICE (Economic Ideas Leading to the 21st Century, Vol 3).

*Victor R. Fuchs.*

*World Scientific Pub Co; ISBN 9810232012, 1998.*

The author draws on his deep understanding of the strengths and limitations of economics and his intimate knowledge of health care institutions to help readers understand the problems every nation faces in trying to allocate health resources efficiently and equitably. Six complementary papers dealing with national health insurance, poverty, and health, and other policy issues, including his 1996 presidential address to the American Economic Association, accompany the original 1974 text.

### II. ECONOMIA MEDIOAMBIENTAL

#### INTRODUCCION A LA ECONOMIA ECOLOGICA

*Martinez Alier J., 1999*

ÍNDICE (Parte del contenido)

Valoración de proyectos: el coste-beneficio; el descuento del futuro en el ACB; valoración económica de bienes ambientales...

Hacia una macroeconomía ecológica: la contabilidad nacional y la pérdida de patrimonio natural sin amortización. La corrección del PIB por el Serafy...

Microeconomía ecológica: la economía ambiental y la internacionalización de externalidades; permisos de contaminación negociables...

Economía ecológica y ecología política: conflictos ecológicos distributivos; el ecologismo de los pobres; lo local y lo global...

#### NATURAL CAPITAL AND HUMAN ECONOMIC SURVIVAL

*Prugh Thomas, Costanza R., Cumberland J.H., et al.*

*Chelsea Green Pub Co; ISBN 1887490019*

The book focuses on a key aspect of ecological economics: natural capital in the context of sustainable development, presents policy options and uses real-world examples and case studies. This book is part of the ecological economics series initiated by the International Society of Ecological Economics.

#### GUIDANCE ON THE DEVELOPMENT OF EDUCATIONAL AND TRAINING CURRICULA ENVIRONMENTAL HEALTH SERVICES IN EUROPE

*OMS, 1999.*

Provides practical guidance for the development of relevant curricula used in the education and training of environmental health professionals.

### III. ADMINISTRACION SANITARIA

#### TRANSFORMING PRIMARY CARE: PERSONAL MEDICAL SERVICES IN THE NHS

*Edited by Richard Lewis, 1999, ISBN 1857172906.*

Ed. Kings Fund. Tel. orders: 01476-541-080/ Fax orders: 01476-541-061.

Pag. Web.: kingsfund.org.uk

The National Primary Care Research and Development Centre at the University of Manchester and the King's Fund have cooperated on this book to look at early lessons from the first wave of PMS Pilots in England. These pilots replace the national GP contract (the Red Book) and introduce new models of providing primary care. The book explains the background to this initiative and looks at several case studies. A number of themes are explored, including new nursing roles, the salaried employment of GPs and the development of new primary care organisations.

## QUALITY IN GENERAL PRACTICE

*Trisha Greenhalgh and John Eversley*  
Ed. Kings Fund. Tel.orders: 01476-541-080/ Fax orders: 01476-541-061  
Pag.Web.: kingsfund.org.uk

The authors describe the historical and political context of the current drive for quality in UK primary care and general practice. They also illustrate with hypothetical examples, the argument that general practice remains difficult to define and measure, and explore a number of individual perspectives on quality in general practice.

## INTERNATIONAL COMPARISON OF HEALTHCARE DATA: METHODOLOGY DEVELOPMENT AND APPLICATION

*Mosseveld C. Y Son P., 1999*

In this book a method is presented for the advancement of international comparison of health care. Starting points are the determinations of the boundaries. The book is meant for all those working in the international health care field or interested in international comparison, who want to be aware of the pitfalls of international comparison and who want to learn, from the described experiences, how to solve problems of comparability.

## VI. VARIOS TEMAS

### ELESTADODELBIENESTAR

*Juan Velarde Fuertes (Univ. Complutense Madrid), Alejandro Cercas Alonso.*  
Acento editorial, 1999

*El libro ofrece un contraste de opiniones que enriquece el debate en torno a la seguridad social, las pensiones, la reforma sanitaria, la pobreza y el desempleo, entre otros aspectos. Se trata de una reflexión sobre los actuales sistemas de protección social.*

## THE HANDBOOK OF SOCIAL STUDIES IN HEALTH AND MEDICINE

*Fitzpatrick R. And Scrimshaw, S*  
Ed. Tela, 1999

*The book is an international and interdisciplinary social science handbook on health and medicine, a complete survey of social science research and debate on health and medicine. The material is organized into three sections: social and cultural frameworks of analysis; the experience of health and illness; health care systems and practices. Each section consists of chapters specially commissioned from leading scholars in Australia, Canada, England, Germany, Israel, Scotland and USA, who examine the vital conceptual and methodological practice and policy issues.*

## PAPERS Y DOCUMENTOS DE TRABAJO:

### 1. UNIVERSITY OF YORK.

Centre for Health Economics. University of York.

Para solicitar las publicaciones: The Publication Secretary. CHE University of York. York YO1 5DD England. Tel. 01904-433648; Fax 01904-433644

E-mail: chepub@york.ac.uk

Pag.Web.: <http://www.york.ac.uk/inst/che>.

- "Economics and public policy-NHS Research and development as a public good". A.J.Culyer. Discussion Paper 163, 4/2/99.
- "Nicely does it: economic analysis within evidence-based clinical practice guidelines". James Mason, Martin Eccles, Nick Freemantle, and Michael Drummond. Discussion Paper 164, 4/2/99.
- "Clinical governance: striking a balance between checking and trusting". Huw Talfryn Oakley Davies and Russell Mannion. Discussion Paper 165, 4/2/99.
- "Incorporating option values into the economic evaluation of health care technologies". Stephen Palmer and Peter Smith. Discussion Paper 166, 1999
- "The cornerstone of Labour's New NHS: reforming primary care". Karen Bloor, Alan Maynard and Andrew Street. Discussion Paper 168..  
"A critical structures review of economic evaluations of intervention and treatment of osteoporosis". Mark Sculper, david

Torgerson, Ron Goeree, Bernie O'Brien. Discussion Paper 169, 1999.

- "Prioritising investments in health technology assessment: can we assess the potential value for money?". Linda Davies, Michael Drummond; panos Papanikolaou. Discussion Paper 170, 1999.
- "Evaluating change in professional behaviour: issues in design and analysis". Nick Freemantle, John Wood and James Mason", Discussion Paper 171, 1999.

### 2. UNIVERSITY OF ONTARIO (CHEPA)

The Centre for Economics and Policy Analysis. Mc.Master University. Tel. 905-525 9140, ext. 22135; Fax. 905-546 5211

E-mail: rgregor@fhs.mcmaster.ca (publications).

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

- "Recognizing preference diversity: the use of preference sub-groups in cost-effectiveness analysis". M. Sculpher, A.Gafni, Working Paper 99-01, 1999.
- "Income effects of reduced health and health effects of reduced income: implications for health state evaluation". M. Sculper, B. O'Brien. Working Paper 99-02, 1999.
- "Bridging academic disciplines and policy sectors: understanding the influences on community participation". J. Abelson. Working Paper 99-03, 1999.
- "Building uncertainty into cost-effectiveness rankings: portfolio risk-return trade-offs, and implications for decision rules". B.O'Brien, M.Sculpher. Working Paper 99-05, 1999
- "Soliciting public preferences for health care priorities: a critical review of methodologies". Anita Kothari. Working Paper 99-07, 1999
- "Understanding the role of contextual influences on local health-care decision making: cast study results from four Ontario Communities". J. Abelson. Working Paper 99-08, 1999.
- "Policy considerations in implementing capitation for integrated health systems", J.Hurley, B.Hutchinson, M.Giacomini, et al. C99-01, 1999.
- "Capitation formulae for integrated health systems: a policy synthesis". B.Hutchinson, J.Hurley., R.Reid, et al. C99-02, 1999

# noticias

## COLABORACIÓN CON FEDEA

Como editor de la página que FEDEA tiene dedicada al sistema sanitario español (en <http://www.fedeas.es>) invito a aquellos asociados que dispongáis de buenos trabajos descriptivos o de investigación a que participéis en su confección. Para ello, basta que me mandéis los archivos por mail a:

([guillem.lopez@econ.upf.es](mailto:guillem.lopez@econ.upf.es)). Se debe tratar de textos actuales, si son en inglés mejor, sobre los distintos aspectos de nuestro sistema sanitario, suficientemente generales, pero rigurosos a la vez, para que puedan interesar a un visitante de la página.

Esta claro que, como editor, me reservo la selección final de los textos (control de calidad y para evitar duplicidades, etc.). El dar a conocer nuestros trabajos bien vale el esfuerzo. Ah! y os invito a que visitéis la página de Economía y Sanidad de FEDEA, desde hoy mismo.

## ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA, S.A., PRECISA CONTRATAR PROFESORES/AS

- 2 epidemiólogos/as
- 2 expertos/as en gestión de servicios sanitarios (atención primaria y hospitales)
- 1 experto/a en medio ambiente

## FUNCIONES A DESARROLLAR:

- Docencia.
- Asesoría.
- Investigación.
- Cooperación Internacional.
- Actividad Institucional.

## SE REQUIERE:

- Formación especializada, con nivel master y/o doctorado.
- Inglés.
- Residencia en Granada y disponibilidad para viajar.

## SE OFRECE:

- Entorno de trabajo competitivo e innovador.
- Salario atractivo con componente fijo e incentivos.
- Incorporación inmediata.

## El plazo de presentación de candidaturas finaliza el día quince de diciembre de 1999.

Para más información llamar a Begoña Martínez Vázquez.

Teléfono 958 161044.

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

Ap. Correos 2070 - 18080 GRANADA.

# murphys

## Ley de Murphy

Si algo puede ir mal, irá mal.

## Extensión de la ley de Murphy

Si una serie de cosas pueden ir mal, lo harán en el peor orden posible.

## Tercer corolario de Murphy

Ante la eventualidad de que puedan ir mal varias cosas, irá mal la que cause el mayor perjuicio.

## Revisión taxativa de la ley de Murphy

Todo va mal al mismo tiempo.

## Ley de Pudder

Todo lo que empieza bien, acaba mal. Todo lo que empieza mal, acaba peor.

## Comentario de O'Toole

Murphy era un optimista.

## Paradoja de Silverman

Si la ley de Murphy puede fallar, lo hará.

## Principio de la investigación de Murphy

Con unas cuantas encuestas, un buen análisis demográfico y un muestreo de grupos, cualquier teoría cobra validez.

## Ley de Felson

Robarle ideas a alguien es plagiar; robárselas a muchos es investigar.

## Primer postulado investigativo

Los principales descubrimientos médicos y científicos son fruto de un error.

## Principio de investigación de Wingo

Cuanto mayor el descubrimiento, menos previsto estaba.

## Ley de investigación de Martin

La biblioteca tendrá todos los números de una determinada revista salvo aquél que hemos solicitado.

# noticias AES

## EXTRACTO DEL ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL DE AES (Zaragoza, 3 de junio de 1999)

### 1- Actividades 98-99

El Presidente presenta la Memoria que ya ha sido distribuida a los socios.

### 2- Cuentas 1998

Se aprueban las cuentas, se acuerda sanear la partida de activo realizable y se reconoce el éxito económico de las XVIII Jornadas de Vitoria-Gasteiz.

### 3- Presupuestos para 1999

Aprobados

### 4- Actividades 1999-2000

Se aprueba la composición del Comité Científico y la presidencia del Comité Organizador de las XX Jornadas en Palma de Mallorca. Se invitará a las Jornadas a otras Asociaciones extranjeras de Economía de la Salud. Se aprueba la candidatura de Asturias para las XXI Jornadas.

### 5- Renovación de componentes de la Junta Directiva

De acuerdo con los Estatutos, abandonan la Junta: Norberto Sanfrutos, Fidel Campoy, Jaime Ginestal y Txomin Uriarte. Se presentan cuatro candidatos, que resultan elegibles y después del turno de presentaciones,

es elegido cada uno de ellos, sin ningún voto en contra. Los nuevos directivos son: Txomin Uriarte, Puerto López del Amo, Anna García-Altés y Julio Marco.

### 6- Ruegos y preguntas

Se estudiará el ofrecer un descuento en la inscripción de futuras Jornadas a los estudiantes de tercer ciclo. Se discute la alternativa de crear una revista específica de economía de la salud o llegar a un acuerdo con Gaceta Sanitaria. El Sr Rovira propone lanzar una revista virtual de economía de la salud y realizar alguna jornada técnica más participativa y con comentario de trabajos previamente repartidos. Se cede la palabra a los organizadores de las Jornadas de Zaragoza y la Asamblea termina agradeciendo con un nutrido aplauso su buena labor.

## JUNTA DIRECTIVA 1999-2000

Presidente:	Vicente Ortún
Vicepresidente:	Salvador Peiró
Vicepresidente:	Txomin Uriarte
Secretaría:	Aurora Berra
Tesorera:	Anna García-Altés
Vocales:	Javier Callau, Julio Marco, Juan Ventura, Puerto López del Amo.

## REUNIONES DE JUNTA DIRECTIVA

Desde el último Boletín se han celebrado tres reuniones de la Junta Directiva. La primera, de la Junta saliente tuvo lugar el **3 de junio**, en Zaragoza, con ocasión de las XIX Jornadas. Se trató de la puesta en marcha del Comité Científico de las XX Jornadas en Mallorca, de la Jornada Técnica en invierno del 2000 en Asturias y del seguimiento de las acciones pendientes: página web de AES, encargo de un estudio sobre el impacto de las evaluaciones económicas en los últimos 20 años y encargo de una revisión de los estudios de evaluación económica en España y mejora de la difusión de los Informes Técnicos de AES. También se repasó la situación de los tres informes pendientes: - Financiación autonómica, - Fundaciones y - Aseguramiento privado en el SNS.

El mismo **3 de junio**, por la noche, se reunió la recién nombrada Junta Directiva para proceder a la elección de sus cargos y para ratificar las decisiones sobre las XX Jornadas, que se celebrarán bajo el lema "Avances en Gestión Sanitaria".

El **21 de septiembre** se reunió en Madrid la Junta, con un apretado Orden del Día en cumplimiento de las decisiones de la Asamblea General. Se repasó la situación de los temas en marcha (Mallorca, Asturias, web, informes, colaboración con Gaceta, etc) y se tomaron una serie de acuerdos que vienen ampliadas en esta misma página.

## TELEGRAMAS DE SECRETARÍA

### POSICIONES

Dos socios de AES han sido nombrados consejeros del Gobierno de Aragón: **Eduardo Bandrés**, de Economía, Hacienda y Función Pública, y **Alberto Larraz**, de Sanidad, Bienestar Social y Trabajo.

**Josep Pomar** ha sido nombrado Director General de Sanidad, de la Consejería de Sanidad del Gobierno balear.

### NUEVOS SOCIOS INSTITUCIONALES

Damos la bienvenida y ofrecemos las páginas del boletín a tres nuevos socios institucionales: **Fundación Avedis Donabedian**, **Kendall Institute** y **Pfizer**. Esperamos completar esta información en boletines futuros.

### PREMIOS EN LAS XIX JORNADAS

Los premios a las mejores comunicaciones de las XIX Jornadas, dotado cada uno con 100.000 Ptas (600 euros), fueron concedidos en la modalidad comunicación oral a **Berta Riveira**, de la Universidad de A Coruña por "*Evidencia de la relación entre recursos sanitarios y estado de salud: un análisis regional*", y en la modalidad poster a **M Ayestarán** y otros, del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, por "*Desarrollo de un indicador de necesidad relativa para la estimación de los presupuestos de farmacia en los servicios de atención primaria*".

### BECA BAYER 1999

Fue concedida la beca de un millón de pesetas a Carmen Rodríguez, para realizar el trabajo "*Disposición a pagar para evitar los efectos adversos de los medicamentos*".

### SEÑAS DE CORREO ELECTRÓNICO

Se recomienda a los socios que quieran acceder a los múltiples servicios que la Asociación les puede proporcionar en formato electrónico, y hasta que no esté en funcionamiento la página web de AES, que hagan llegar las señas de su E-mail a la Secretaría de AES.

### BOLSAS DE VIAJE XX CONGRESO DE ECONOMÍA DE LA SALUD

En cumplimiento del acuerdo de la Asamblea de AES, celebrada en Vitoria-Gasteiz, tendente a facilitar la asistencia a los Congresos de AES paliando las barreras económicas, la Junta Directiva ha dotado un fondo de 500.000 ptas (3000 euros), para bolsas de viaje y nombrado un órgano resolutorio de las solicitudes que se reciban en la Secretaría de AES.

Podrán solicitar las bolsas de viaje (para cubrir gastos de viaje, alojamiento e inscripción) los socios nacidos con posterioridad a 1970, y que aparezcan como primeros firmantes de una comunicación oral aceptada por el Comité Científico de las XX Jornadas.

### BOLSAS DE VIAJES A CONGRESOS INTERNACIONALES

La Junta Directiva de AES ha decidido tratar el IX Congreso de la Asociación Argentina de Economía de la Salud, y primero americano, que se celebrará en Iguazú del 20 al 22 de abril del 2000, de la misma forma que ha tratado otros congresos internacionales de Economía de la Salud (Vancouver, Rotterdam). Para promover la presencia de contribuciones españolas en esos foros internacionales se concederán bolsas de viaje a aquellos socios de AES que tengan una comunicación oral aceptada por el

Comité Científico del Congreso Americano de Economía de la Salud. Las solicitudes hay que dirigirlas a la Secretaría de AES.

### JORNADA TÉCNICA EN OVIEDO

La Jornada Técnica de AES en el 2000 se celebrará en Oviedo, en el salón de actos de la Escuela de Minas. Se recomienda ir apuntando, de momento, en la agenda la fecha del 25 de febrero, viernes. A final de este mes de octubre, los socios de AES recibirán información detallada.

### PÁGINA WEB DE AES

Se envía un pequeño reclamo a los socios, para que los que tengan interés en colaborar, se pongan en contacto con la Junta Directiva, a través de la Secretaría.

### LIBRO A DISPOSICIÓN DE LOS SOCIOS

La Fundación BBV, socio institucional de AES, ha editado un libro titulado "*El sistema sanitario español: Informe de una década*", del que son autores los socios de AES Guillem López, Vicente Ortún y Carles Murillo. La directora de la Fundación BBV, María Luisa Oyarzabal, ha accedido gentilmente a facilitar una copia del citado libro, mientras disponga de existencias, a quienes, identificándose como socios de AES, lo soliciten a Fundación BBV, Gran Vía 12, 48001 Bilbao.

### OTROS LIBROS OFERTADOS

La oferta de tres libros que hacíamos en el boletín de AES nº 34 (mayo de 1999), ha tenido un éxito insospechado, de modo que del de "Gestión Clínica", que había muy pocos ejemplares, ha habido que hacer fotocopias (con todas las autorizaciones pertinentes), para satisfacer las peticiones recibidas.

Por cierto, tenemos que aclarar que el tomo de Cuadernos de Gestión sobre "*Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de Atención Primaria en el siglo XXI*" lo ha proporcionado Novartis, que financió el estudio y su publicación. Agradecemos calurosamente su atención a Cristina Espinosa.

### LITERATURA GRIS

Se dispone también en Secretaría, a disposición de los socios que soliciten alguno de ellos, en papel o en formato electrónico, los siguientes textos de ponencias no publicadas en las XVIII Jornadas de AES (Gasteiz, 27-29 mayo 1998):

- *Cambios organizativos en sanidad: Algunas reflexiones*, José Manuel González-Páramo.
- *Contratos y asignación de recursos en presencia de objetivos múltiples por parte del regulador*, José Martín, Rafael Caballero, Puerto López del Amo, Julián Molina.
- *Las cuentas satélite del gasto sanitario público: 1991-1994*, Teresa Morales, Jorge J. Relaño, M<sup>a</sup> Luisa García Calatayud.
- *Información para garantía y mejora de la calidad*, Montserrat Viñas.
- *APGs, The portuguese experience*, Margarida Bentes, Salomé Estevens, Ana Barardo
- *Análisis de la eficacia de los tratamientos y coste de la enfermedad de alzheimer en la CAPV*, M. Asunción Gutierrez, Iñigo Aizpurua, Oscar Moracho, Jose Asua.
- *Public and private provision of health services*, Xavier Martinez-Guiralt.
- *Equidad en la provisión y acceso al médico general público en España*, Ignacio Abásolo, Andrew Jones, Rob Manning,
- *Quality choice and market structure in a regulated duopoly*, Arantza Beitia.
- *El modelo fundación*, Fernando Astorqui, Jesús Bengoechea
- *Intranet Sanitaria*, Rodrigo García Azurmendi.

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

### ASOCIACION ECONOMIA DE LA SALUD

Sardenya, 229 6º 4ª

Teléfono 231 40 66 - Fax 231 35 07

08013 BARCELONA

### HORARIO

Lunes a Viernes:

de 10 a 2 y de 3 a 7