

en este número

| | pág. |
|--|------|
| EDITORIAL | 1 |
| PRÓXIMAS REUNIONES Y CURSOS | 3 |
| JORNADA TÉCNICA A.E.S. Oviedo 2000 | 4 |
| TEMAS: | 4 |
| – Kerala: 71 años de esperanza de vida con 300 dólares per cápita | |
| XX JORNADA A.E.S. Palma, mayo 2000 | 6 |
| INVESTIGACIÓN | 8 |
| – Base de datos TESEO | |
| – Resúmenes de tesis publicados en el Boletín de A.E.S. | |
| – Health Care: Interacción between public system and private sector | |
| – Las mutuas de accidentes de trabajo: Un caso de competencia gestionada en el mercado sanitario español | |
| – Independencia intertemporal en la evaluación de perfiles de salud | |
| LIBROS | 12 |
| VARIOS | 14 |
| NOTICIAS DE A.E.S. | 16 |

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

IGUALDAD, EFICIENCIA Y FINANCIACIÓN AUTONÓMICA DE LA SANIDAD

José J. Martín / Mª Puerto López del Amo



La práctica totalidad de problemas relevantes de economía de la salud y gestión sanitaria implican aspectos normativos y juicios éticos, dado que se caracterizan como deseables determinadas situaciones en función de uno o varios criterios considerados como relevantes (eficiencia, equidad). Así acontece con el debate de la financiación autonómica de la sanidad.



Cualquier modelo teórico o práctico de distribución territorial de recursos sanitarios, tiende a exigir explícita o implícitamente, igualdad en algún espacio o dimensión considerado prioritario, es decir, un tratamiento igualitario en relación a una definición de equidad. Por ejemplo, es diferente en términos normativos un enfoque utilitarista que persiga la igualdad de ponderación de las utilidades de las personas, una aproximación según el principio de igualdad de oportunidades orientado a eliminar las situaciones o dotaciones desiguales de partida, o la perspectiva de igualdad de capacidades focalizada en la reducción de aquellas desigualdades de capacidad identificadas como relevantes. Como ha argumentado Amartya Sen (Inequality Reexamined, 1992) la demanda de igualdad en algún espacio relevante (utilidades, oportunidades, capacidades, etc.) supone la subordinación de otras definiciones de igualdad en relación a la identificada como central. Distintas teorías o propuestas de distribución territorial de recursos sanitarios suponen juicios éticos y valores normativos sobre la igualdad que pueden resultar irreductibles y conflictivos entre sí.

Sin embargo, con relativa frecuencia, tanto el debate académico como el político, olvida o no distingue con nitidez las cuestiones normativas de las positivas, la posible irreductibilidad de las primeras entre sí, y la insuficiencia de las segundas para erigirse sin más en criterios normativos. Lo real, entendido como aquello empíricamente contrastable en un momento dado, no es necesariamente lo deseable. Y postularlo como inevitable, convierte a la política en un páramo baldío y estéril y a los economistas en simples recolectores de datos, a lo más, modernos nigromantes proféticos del corto plazo, renunciando a lo más importante y bello de cualquier ciencia social: su aspiración a entender la realidad profunda de las cosas, y su ambición de proponer cambios que mejoren nuestra existencia colectiva.

No sólo la igualdad importa como criterio normativo, la eficiencia es otro criterio relevante. La exigencia de igualdad debe confrontarse con exigencias de eficiencia en cualquier modelo

Editor del boletín: **Txomin Uriarte**

Han colaborado en este número:

Puerto LÓPEZ DEL AMO, Pepe MARTÍN, Mª Asun GUTIÉRREZ, Paula BAGÉS, Juan VENTURA, María CALLEJÓN, Vicente ORTÚN, Fernando ANTOÑANZAS, Lluís BOHIGAS, Rosa URBANOS, Mireia JOFRE-BONET, Eugenia SUÁREZ, Ana Mª GUERRERO, Ana GUILLÉN, Itxaso MUGARRA, Anna GARCÍA-ALTÉS, Aurora BERRA, Voro PEIRÓ, Pedro PITA BARROS, Mª Jesús ZANGUITU, Luis BAHAMONDE, Cristina SENARRIAGA y los otros que me gustaría citar pero seguro que se me han olvidado por eso de las prisas de última hora.

de financiación autonómica de la sanidad. Por ejemplo, en un esquema principal-agente, donde el principal es el Estado y las Comunidades Autónomas los agentes, la búsqueda de un modelo que responsabilice a los políticos autonómicos de las políticas de gasto sanitario realizadas en el ámbito de sus competencias, puede aconsejar el diseño cuidadoso de modelos de corresponsabilidad fiscal (principio de autonomía financiera), aunque esto pueda tener potenciales consecuencias negativas para determinadas concepciones de igualdad. La frecuente utilización de alguna definición de igualdad o necesidad sanitaria como coraza defensiva, contra cualquier intento de responsabilizar a los políticos autonómicos de la gestión de los recursos sanitarios transferidos, realza la importancia de considerar el criterio de eficiencia como un criterio normativo central.

Estas reflexiones sobre los aspectos normativos relativos a la financiación autonómica de la sanidad pueden quizás iluminar algo (¡o tal vez, ensombrecerlo todavía más!) el debate y propuestas sobre el nuevo modelo de financiación autonómica de la sanidad que tendrá que entrar en funcionamiento en el 2001, una vez que expire el actualmente en vigor, válido para el período 1998-2001. El volumen de recursos manejados y sus perspectivas de crecimiento, hacen del modelo de financiación autonómica de la sanidad uno de los problemas centrales de la agenda de trabajo de políticos, economistas de la salud y gestores sanitarios durante los próximos años. En los Presupuestos Generales del Estado para 1999, el gasto en sanidad supuso una dotación de 4.113 miles de millones de pesetas, un 23% del total del gasto social y un 13% del conjunto del gasto público estatal. El presupuesto del INSALUD integrado, es decir, incluyendo las dotaciones para las correspondientes Comunidades Autónomas con transferencias sanitarias, supuso más del 90% de dicho importe.

El nuevo modelo de financiación autonómica de la sanidad va a tener que abordar importantes problemas y desafíos que exigirán una mayor robustez y rigor metodológico en los estudios empíricos, acompañado de una mayor claridad en la formulación de los postulados normativos de las propuestas. Sin ánimo de exhaustividad, pueden mencionarse algunas de las cuestiones principales que habrán de abordarse:

En el horizonte de esta próxima legislatura, deberá completarse el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas paralizado desde 1994 con la transferencia a la Comunidad Autónoma de Canarias. Dado que los individuos son adversos a las pérdidas sobre su situación actual, y sus representantes políticos en buena lógica también, nadie va a querer perder sobre sus recursos disponibles actuales. Dada asimismo la importante variabilidad en coste per cápita entre las Comunidades Autónomas que aún no han recibido las transferencias, derivada en parte de una construcción histórica centralizada de la oferta de servicios sanitarios, la búsqueda de mecanismos que hagan viable el proceso en un plazo razonable de tiempo, va a constituir uno de los elementos clave del nuevo modelo de financiación autonómica de la sanidad.

El actual modelo de financiación autonómica de la sanidad, continuista en cierta medida con el modelo aprobado para el período 1994-1997, y claramente superior a la situación existente hasta 1993, donde simplemente no existía ningún modelo general, debe revisarse no obstante en profundidad. La inexistencia de traslados de riesgos significativos a los responsables de las Comunidades Autó-

nomas, derivados del uso más o menos eficiente de los recursos transferidos, es una asignatura pendiente. El criterio poblacional seguirá siendo probablemente una variable de reparto relevante, como es en la actualidad. Sin embargo, la existencia de dos fondos, uno general y otro para programas de gastos específicos (modulación financiera, docencia y desplazados), es mucho más discutible, al menos en su formulación actual. Como ha expuesto convincentemente el profesor Cabasés, la construcción *ad hoc* del segundo fondo, y la debilidad de los argumentos para su existencia diferencial así lo indican.

Debe resolverse la inclusión o no de la sanidad, en el nuevo modelo de financiación autonómica general, así como el eventual mantenimiento del carácter finalista de los fondos sanitarios. En este contexto, el problema se traslada a las características deseables de un modelo general de financiación autonómica (con la sanidad incluida), lo que implica el engarce entre el nivel de corresponsabilidad fiscal y el establecimiento de garantías, para cualquier ciudadano del Estado español, con independencia de su lugar de residencia, en servicios básicos como la sanidad o la educación. Esto conllevará probablemente una nueva discusión sobre criterios y variables a considerar.

Estas tres cuestiones no agotan en absoluto la agenda de trabajo, podrían mencionarse otras, como el papel del Ministerio de Sanidad una vez completado el proceso trasferencial y sus implicaciones para un modelo estable de articulación del Estado, o la conveniencia de explorar impuestos finalistas en sanidad.

El nuevo modelo de financiación autonómica de la sanidad va a constituir sin duda uno de los debates centrales de la política sanitaria en esta legislatura. Uno de los problemas a los que va a tener que enfrentarse la economía de la salud, como ha editorializado adecuadamente con anterioridad el profesor López Casasnovas, es el riesgo de instrumentalización política, en el peor sentido de la palabra, de sus aportaciones, debates y agenda de investigación. Posiblemente, el proceso es en parte inevitable y consustancial al proceso de gestación política de un nuevo acuerdo de financiación. Si no la enfermedad, se podría al menos tratar de paliar algunos de sus síntomas. Algunas sugerencias: mejorar las fuentes de información y las bases de datos utilizadas; ser conscientes de la incertidumbre y provisionalidad de los resultados empíricos obtenidos y de las propuestas formuladas, afirmando en buena tradición popperiana su carácter contingente; mantener en la medida de lo posible separadas y claramente formuladas las propuestas normativas y los juicios éticos de los modelos que se propugnen; y mejorar y ampliar el instrumental analítico utilizado, bien sea con la utilización de metodologías regresionales más sofisticadas (modelos multinivel por ejemplo), bien con la incorporación de técnicas de programación matemática multicriterio, o bien con la utilización de otro instrumental analítico.

La economía de la salud, como cualquier otra ciencia, adopta una estrategia fuertemente reduccionista en su análisis de la realidad, esto es conveniente y positivo, pero convendría no olvidar que, a diferencia de las ciencias físicas, nuestra materia prima es el ser humano realizando transacciones en determinados entornos organizativos e institucionales. Detrás de nuestros modelos analíticos y de nuestras propuestas normativas de financiación autonómica o de cualquier otro problema, están personas y ciudadanos. Como dice Carmen Martín Gaité en su novela *Nubosidad variable*: "La vida no se puede catalogar más que falseándola... y comprenderlo aumenta la desazón".

REUNIONES

5TH ANNUAL INTERNATIONAL MEETING

I.S.P.O.R (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research)

“ISPOR 2000: Bringing Theory to Practice”

Lugar: Washington, DC area, USA

Fechas: 21 al 24 de mayo de 2000

Información E-mail: info@ispor.org

FOSBA (Forum Sanitatis Barcinonis)

and Medical Forum Expo (MFE)

“Hacia la armonización de los derechos sanitarios de los ciudadanos europeos”

Lugar: Barcelona

Fechas: 23 al 26 de mayo de 2000

Eventos: Foro sobre políticas sanitarias, encuentro sobre cooperación sanitaria, simposio sobre prestaciones sanitarias, jornada sobre utilización de la información sanitaria, jornada sobre aseguramiento y jornada sobre telemedicina.

Información:

Pacífico S.A

E. Granados, 44

E-08008 Barcelona

Tel: 93- 4520722

Fax: 93-4517438

E-mail: gp@pacifico-meetings.com

<http://www.medicalforumexpo.com>

STATISTICS AND HEALTH: Edmonton statistics conference

Lugar: Edmonton, Alberta

Fechas: 11 al 13 de junio de 2000

Información:

K.C. Carriere

Associate Professor of Statistics

Department of Mathematical Sciences

University of Alberta

Edmonton, AB T6G 2G1

Tel: 780-492-4230

Fax: 780-492-6826

E-mail: brg@stat.ualberta.ca

<http://www.stat.ualberta.ca/~brg/conf.html>

THE TWENTY-SECOND CONFERENCE OF HEALTH ECONOMISTS

Lugar: Queensland, Australia

Fechas: 6 y 7 de julio de 2000

Información:

H. Shelton Brown III.

E-mail: s.brown@economics.uq.edu.au

Fax: +61 7 3365 7299

6th ANNUAL INTERNATIONAL SYMPOSIUM-WORSHOP 2000

The international society for Research in Healthcare Financial Management (RHFM)

Lugar: Baltimore, Maryland, USA

Fechas: 10 al 12 de agosto de 2000

Información:

Tel: +1.410.837.5253

Fax: +1.810.815.5378

E-mail: workshop@RHFM.Org

<http://www.RHFM.org>

SECOND EUROPEAN CONFERENCE ON THE ECONOMICS OF CANCER (EORTC)

Lugar: Bruselas, Bélgica

Fechas: 3 al 5 de septiembre de 2000

Información:

Tel: +3227741602

Fax: +3227726233

E-Mail: economics.conference@eortc.be

<http://www.eortc.be>

EUPHA (European Public Health Association)

ANNUAL MEETING 2000

“Reducing health inequalities in Europe”

Lugar: Paris

Fechas: 14 al 16 de diciembre de 2000

Idioma: inglés. Traducción en francés

Información:

<http://www.sfsp-publichealth.org>

<http://www.nivel.nl/eupha>

Call for abstracts. Deadline: 31 de mayo de 2000

CURSOS

HOW TO TEACH EVIDENCE BASED CLINICAL PRACTICE (EBCP)

Faculty of Health Sciences. MacMaster University. Ontario. CANADA.

Workshop format. Three tutorial groups: 1-Understanding critical appraisal; 2-Evidence Based teaching techniques; 3-Evidence based clinical practice .

Date: June 11 to 16, 2000

Information:

Ms Deborah Maddock

Tel.: (905) 525-9140 ext 22900

Fax: (905) 524-3841

E-mail: maddock@fhs.mcmaster.ca

<http://hiru.mcmaster.ca/ebm/default.htm>

33rd ESSEX SUMMER SCHOOL IN SOCIAL SCIENCE DATA ANALYSIS AND COLLECTION

Lugar: Essex. UK

Fechas: 9 de julio al 18 de agosto de 2000

Información:

The Essex Summer School in Social Science Data Analysis & Collection University of Essex Colchester, Essex CO4 3 SQ, United Kingdom

Tel.: 44-1206-872502

Fax: 44-1206-873598

E-mail: sumsch@essex.ac.uk

<http://www.essex.ac.uk/methods>

TRES MESAS: GESTIÓN, CALIDAD, FARMACIA

El pasado día 25 de febrero de 2000 tuvo lugar en Oviedo la Jornada Técnica organizada por AES, con la asistencia de cien personas representativas de los diferentes estamentos que conforman la asociación, gerentes y directivos de atención primaria y especializada, profesionales y académicos. Con la misma se pretendía un doble objetivo: de una parte permitir un ensayo de la capacidad de trabajo y organización de un equipo capaz de poner en marcha en el año 2001 el congreso de la Asociación y de otra contribuir al análisis y discusión de algunos aspectos relevantes de la sanidad pública.

Una vez concluidas las jornadas y después de reponer fuerzas, podemos afirmar que el comité organizador de las Jornadas del 2001 está consolidado y con la motivación suficiente para afrontar el nuevo desafío, y que la jornada permitió profundizar en temas candentes del debate sanitario, como son los instrumentos de gestión sanitaria, la calidad y el uso racional de los medicamentos.

La jornada se organizó alrededor de tres mesas. La primera titulada "*Pasado, presente y futuro de los instrumentos de gestión sanitaria*", contó con la participación del presidente de AES, **Vicente Ortún**, **Juan Ventura** miembro de la junta directiva y presidente del comité organizador, **Juan José Fernández**, Gerente del Hospital Central de Asturias y **Alfonso Florez**, gerente del Hospital de Oriente. A grandes pinceladas se pasó revista a la evolución de diferentes formas de gestión y a la racionalidad organizativa de las mismas. Las fundaciones públicas sanitarias propugnadas por el Insalud Gestión Directa fueron objeto de debate más allá de la pugna electoral. Otra de las cuestiones analizadas fue la innovación institucional y organizativa en sanidad, así como las nuevas formas de gestión en las que está inmerso el Insalud G.D.

La segunda mesa "*Nuevas fronteras de la calidad de la atención sanitaria*" contó con la participación de **David Oterino**, que actuó como ponente y moderador de la mesa, **Gloria Jodar**, que expuso la problemática de la calidad en la atención primaria y **Ana Sainz** que analizó la forma en que el Insalud G.D está trabajando en la calidad de la Atención Especializada.

La tarde se reservó para la tercera mesa dedicada a "*Farmacéuticos, médicos y economistas ante el uso racional de medicamentos*". **Laura Cabiedes** expuso el estado del arte en políticas de

Flórez, Ortún, Ventura y Fernández, en la mesa sobre los instrumentos de gestión sanitaria.

uso racional de medicamentos y moderó la mesa. **Julio Marco**, a pesar de sus obligaciones como organizador de las Jornadas de Palma, tuvo tiempo para participar con una intervención sobre "la visión del clínico y gestor hospitalario sobre el coste del medicamento". **Flor Alvarez de Toledo** expuso algunos de los resultados del proyecto TOMCOR y analizó la viabilidad de la atención farmacéutica en España. Finalmente **Felix Lobo** revisó alguno de los principales estudios disponibles en España sobre Economía de los Medicamentos.

A destacar que la Jornada fue inaugurada por el Consejero de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias, **Francisco Sevilla** y que fue clausurada por el Director Provincial del Insalud en Asturias, **Sergio Gallego**.

Como no podía ser menos para aquellos que resistieron, la Jornada acabó entre *sidra y cordero a la estaca*

Juan Ventura

temas

KERALA: 71 AÑOS DE ESPERANZA DE VIDA CON 300 DÓLARES PER CÁPITA

María Callejón y Vicente Ortún

Atravesábamos los Montes Cardamomos, el extremo meridional de la cordillera de los Ghats que separa el Estado de Tamil Nadu del Estado de Kerala. Aunque algún pico llega a los 2700 metros, nuestro paso se efectuaba a unos 2000 metros y a esa altura la actividad humana bulle en los 10º grados de latitud norte. El nombre de los montes que recorriamos, atentos tanto a las escasas huellas de tigre -algún excremento encontramos- como a las de los trabajos de Amartya Sen, no engaña: el cardamomo es una planta cingiberácea de la India cuyas semillas se emplean en Medicina para favorecer la expulsión de los gases intestinales, y los indios las utilizan para perfumar el aliento y condimentar. Procedíamos de Kodaikanal en Tamil Nadu y nos

dirigíamos a Munnar en Kerala. Habíamos acampado en Top Station, cerca del pueblo de Koviloor, ya en Kerala. Existen lugares con nombres evocadores -como Samarkanda, Tombuctú, Jauja, Babia o Kerala- que únicamente abandonan su aura de irrealidad cuando se visitan. Kerala fue inicialmente una mera palabra en los títulos de un par de artículos de Panikar (el primero de 1979 y el segundo, en Foro Mundial de la Salud, de 1984) que dio a conocer Juan Gervas a uno de nosotros durante la preparación, en su casa, de una clase para unos alumnos centroamericanos, del grupo de Contadora. Los dos artículos comentaban cómo la buena salud de Kerala se obtenía mediante una distribución equitativa de los recursos disponibles.

La mortalidad como indicador económico

Durante la noche anterior habíamos ejercido de economistas recordando los trabajos de Amartya Sen, el economista de la salud por excelencia, el Nobel de 1998 que se ha preocupado por explicar las causas de las hambrunas, de la tremenda desigualdad de géneros en algunas regiones del mundo y que propone el empleo de la mortalidad como indicador económico que refleja muy válidamente el bienestar de un país (*Mortality as an indicator of economic success and failure. The Economic Journal 1998; 108: 1-25*). Explicábamos a la pequeña audiencia cautiva, pero con un hermoso cielo estrellado en el que distraerse, que la esperanza de vida tiene una relación positiva con el PNB per cápita, pero la relación funciona a través del impacto del PNB en (1) las rentas de los pobres, (2) el gasto en salud pública (ojo: no el gasto público en salud). Una vez incluidas estas dos variables en la relación entre esperanza de vida y PNB per cápita, la relación se desvanece. De ahí, que un país pobre como Kerala pueda mejorar mucho sus indicadores de bienestar social a través de la política pública: dando prioridad a los servicios sociales y procurando no discriminar a las niñas.

Kerala, con una renta per cápita de 300 dólares, inferior al promedio de la India, tiene una esperanza de vida de 71 años, y unos excelentes indicadores sociales. Su población es de 33 millones de personas y su extensión la cuarta parte de la española.

Habíamos salido de Top Station y, tras una hora de marcha, nos adentrábamos, al fin, plenamente en Kerala a través de un territorio de colinas con espléndidas plantaciones de té, esa manicura de la naturaleza proporcionada por la agricultura intensiva en mano de obra que -sin llegar a los extremos de la agricultura del arroz de Java o Bali que parece moldear a mano la orografía -dulcifica sin agredir. En los huertos de alguna vaguada pueden observarse huellas de elefante. Algún elefante salvaje se introdujo durante la noche en los campos y arrancó con su trompa las zanahorias a punto de recolección para comérselas (las hojas de té no les gustan). Un rastro de zanahorias apenas digeridas marca su camino de regreso al bosque.

La hoz y el martillo de Kerala

La bruma impide la visión a más de doscientos metros. Llega música desde algún poblado. Y en un ángulo del camino, sobre la superficie plana de un peñasco, en la ladera, entre las plantaciones, aparece la hoz y el martillo. Efectivamente, Tamil Nadu ha quedado atrás: estamos en Kerala. La hoz y el martillo evoca, en lo inmediato, a trabajadores agrícolas asalariados viviendo en colonias propiedad de terratenientes todopoderosos, algunos tan conocidos como Tata. Hoz y martillo de un partido comunista, democráticamente elegido en 1957 y que, desde entonces, ha contribuido a configurar un importante movimiento social particularmente sensible a la educación, en especial de las mujeres.

Habíamos dejado las montañas, con sus noches frías, y estábamos en el cálido vergel de Nuvatupuzha, a 40 Km de Cochin. Acampamos, con permiso naturalmente, en una plantación de caucho y procuramos estar atentos a las cobras, de cuya presencia nos habían advertido los vecinos desde sus sencillas y dignas casas de obra. La zona está densamente poblada y los contactos, en inglés, resultan fáciles. Hablamos y vimos los cuadernos escolares de muchos jóvenes: niveles similares o más altos que los que aquí tenemos. Las estadísticas no estaban equivocadas: 100% de alfabetismo entre jóvenes y 86% en mujeres adultas. Mujeres con mayor protagonismo social que en otros estados indios. No en vano una parte de la comunidad de Kerala, la casta de los Nairs, han conocido la herencia matrilineal de la propiedad por largo tiempo. Las estadísticas ratifican: ratio mujeres/hombre de Kerala de nivel europeo, por encima del de América Latina, y muy por encima del resto de la India, China y Pakistán.

Cochin, abierto y educado

Y de Nuvatupuzha a Cochin, mirando hacia las Islas Laquedivas, en la Costa Malabar del Mar Árabe. Milenios de apertura al exterior se patentizan en Cochin: los judíos que allí fueron tras la

caída de Palestina y un barrio que les recuerda, los cristianos que se establecieron a partir del siglo IV y cuya influencia a través de las misiones parece haber sido benéfica, las tremendas redes chinas de pesca, fijas en el amplio río poco antes de su desembocadura y todavía en uso. Más de un puerto se cegó y otros se abrieron durante milenios de tráfico comercial con chinos, árabes, y, antes, romanos, griegos y fenicios. Vasco de Gama, llegando a las Indias (Kerala) en 1498, fue la punta de lanza de la expansión europea en el mundo.

Las tremendas redes chinas de pesca.

El Palacio de Mattancherry, en Cochin, fue originariamente portugués. En sus murales se entiende, vista la satisfacción de las ocho mujeres que rodean a Krishna, por qué tiene seis manos y dos pies. También se aprecia la saludable influencia de los maharajas de Cochin, que junto con el maharaja de Travancore (Cochin y Travancore constituyen lo fundamental de la Kerala actual, creada en 1956), tuvieron un franco interés, desde inicios del s.XIX, por mejorar la educación de sus pueblos.

Conclusiones: las causas del progreso social

Sin necesidad de esperar vientos ni corrientes favorables embarcamos en Trivandrum de vuelta a Europa. En el avión, además de no olvidarnos de pedir el menú vegetariano de Air India, comentamos que continuaremos recomendado las lecturas de Amartya Sen y que el bienestar relativo de Kerala tiene, como casi todas las cosas de una cierta transcendencia, múltiples explicaciones a distintos niveles de causalidad, así como diferentes palancas de actuación para grados cambiantes de vulnerabilidad. Las estadísticas parecen ciertas (tal vez el PIB per cápita esté infraestimado, no obstante): el bienestar de los países relativamente pobres puede conseguirse con una política adecuada. Además, la geografía y el clima acompañan, la Costa Malabar lleva milenios abierta al mundo, los maharajas fueron ilustrados, alguna casta matrilineal y la influencia de la Iglesia benéfica. En la historia reciente un partido comunista progresista y democrático, un capital humano muy alto que conoce la emigración a los países del Golfo, pero también Internet y unas tarifas telefónicas bajas.

Kerala nos ha presentado la cara amable de esas reglas de juego social forjadas por muchos años de historia y que condicionan el progreso de las sociedades. Lo que habíamos leído parece confirmarse. Pero también en Madurai, Tamil Nadu, dejamos pagados unos saris a medida, que no pudimos recoger. El comerciante nos siguió, preguntando a viajeros -por la ruta que seguimos pasan pocos extranjeros- durante muchos kilómetros para cumplir con un compromiso y entregarnos los saris. Y al igual que la ventaja competitiva de una empresa se mantiene en la medida que no puede ser imitada, la superioridad relativa de algunas zonas del mundo respecto a otras nos habla de inercias, dependencias de senda, ventajas de moverse primero y de dificultades a la imitación. Pero, tal como hemos comentado que sucedía con los lugares de nombres evocadores, las políticas sociales que, como la de Kerala, han destacado en el fomento del bienestar humano, pierden su aura de irrealidad cuando se conocen.

PONENTES EXTRANJEROS

Guido Carrin is currently Senior Health Economist in the Global Programme on Evidence for Health Policy (GPE) at the World Health Organization in Geneva, Switzerland. He holds a M.A. and Ph.D. in economics from the University of New Hampshire (USA) and the University of Leuven (Belgium) respectively. During 1985-6 he was Takemi Fellow in International Health at the Harvard School of Public Health. Since 1986 he has held academic appointments at the University of Antwerp (Belgium) and at Boston University (USA). He is the author of *Economic Evaluation of Health Care in developing countries* and *Strategies for health care finance in developing countries*—with a focus on community financing in sub-Saharan Africa. He recently co-edited a special issue in Social Science and Medicine on *The Economics of Health Insurance in Low and Middle-income countries*.

Peter Zweifel terminó sus estudios de economía pública en la universidad de Zurich, con la presentación de la tesis: «*Investigaciones empíricas del consumo en Suiza*». Habiendo pasado un año en la universidad de Wisconsin, con los profesores A. Goldberger y Burton Weisbrod, presentó su tesis de "agregación": «*Un modelo económico del comportamiento del médico*», en 1982. Enseñó en la universidad de Munich como profesor visitante en 1982/83 antes de ser elegido profesor asistente de economía internacional en Zurich, en 1984. Sucesivamente fue profesor

asociado en 1985 y ordinario en 1990 de microeconomía aplicada, y específicamente de economía de la salud, de aseguramiento, de energía, y de comercio internacional.

Desde 1998, Peter Zweifel dirige el Instituto socioeconómico de la universidad de Zurich. Es autor, junto con Friedrich Breyer, del manual «*Health Economics*», publicado por Oxford University Press en 1997, y es editor jefe, junto con Mark Pauly, de la nueva revista, «*International Journal of Health Care Finance and Economics* (Kluwer).

Alan Maynard is Professor of Health Economics and Director of the York Health Policy Group in the Department of Health Studies at the University of York. He was Founding Director of the Centre for Health Economics at the University of York, 1983 - 1995. He is Founding Editor of the academic journal, *Health Economics*. He has worked as a consultant for the World Health Organisation, the World Bank and the UK Department for International Development in countries such as China, Brazil, Lebanon, Cyprus, Mexico, Chile, Thailand and South Africa. He is a member of the Department of Health's Health Technology Assessment Commissioning Board and has been a member of the Economic and Social Research Council and the Health Sciences Committee of the Medical Research Council. He has published 8 books and over 200 papers on the economics of health and health care. He has been involved in NHS management since 1983, first as a member of a health authority (1983 - 92), then as a non-executive on a trust and, since 1997, he has been Chair of the York NHS Trust.

PROGRAMA CIENTÍFICO

MIÉRCOLES 3 MAYO

SALAMAGNA:

10:00 h. Acto inaugural

10.30 Evolución, recuerdos y nostalgias de XX años de La Asociación. **Lluís Bohigas**.

25 años de racionamiento. **Alan Maynard**

SALAMAGNA:

12.30 Ponencia de revisión: Seguros Sanitarios. **Marisol Rodríguez**. Comentarios: **Aurora Berra**.

SALA LUIS DE MOLINA:

12.30 Ponencia de revisión: Financiación Sistema Sanitario. **Guillem López**. Comentarios: **Guido Carrin**.

13.30 Comida

SALAMAGNA:

15.30 Ponencia de revisión: Influencia de la economía de la salud en las políticas sanitarias recientes. **J Rovira**. Comentarios: **F. Antoñanzas**.

Sala Luis de Molina:

15.30 Ponencia: Gestión de la competencia en el sector público. **Benito Arruñada**. Comentarios: **Vicente Ortún**.

16.30 Café

SALAMAGNA:

17.00 Evaluación Económica: Moderador: **Enrique Bernal**. Ponencia: *Societal perspective on the eliciting of health states preferences*. **J.M. Cabasés, I. Gaminde, J.M. Ugalde**.

Comunicaciones: Establecimiento de prioridades en base a información sobre preferencias sociales. **S. Ondategui, J.L. Pinto, JR Sanchez**.

Argumentos teóricos y evidencia empírica en pro del descuento diferencial de las consecuencias de salud en el análisis coste efectividad. **A. Lázaro, E Rubio, R. Barberán**.

Discrepancias entre evidencia científica, política sanitaria, consumidores e industria farmacéutica: el caso de la FSH recombinante en las técnicas de reproducción asistida como ejemplo. **I. Larizgoitia, A García-Altés, J. M. Pons, D Estrada**.

Objective and subjective family burden in schizophrenia. **C. Agustench, A Martínez, J.M. Cabasés**.

Valoración económica del riesgo-salud y altruismo. **J. Araña, C León**.

La dimensión socioeconómica del trade-off eficiencia-equidad en la política de salud. **I. Abasolo**.

SALA LUIS DE MOLINA:

17.00 Gestión Hospitalaria. Moderador: **José M Carbonero**.

Comunicaciones: Análisis dinámico de eficiencia en la red hospitalaria del servicio andaluz de salud. **C. Pérez, J. Martín, M^a Puerto López del Amo, J. Arellano, A. Segura**.

GRD, complicaciones e incentivos negativos para la calidad asistencial. **J. Libroero, M. Marín, S. Peiró, A. Verdguer**.

Planes estratégicos hospitalarios. Desarrollo de una metodología basada en la participación. **C. Guerrero, M.A. Prieto, J.C. March, F. Martínez**.

Beneficios indirectos de los nuevos productos financieros. **D. Hidalgo**.

Implicaciones en la gestión por la introducción de incentivos en función de compromisos de calidad en los contratos programa de hospitales de agudos de Álava. **J.L. Elexpuru, A. López, G. Viñegra**.

Mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio: ¿Influye la utilización de procedimientos o el tipo de Hospital? **A. Sarriá, A Rodríguez, F. Nogal, J. R. Repullo**.

20,30 Recepción oficial. Excelentísimo Ayuntamiento de Palma.

JUEVES 4 DE MAYO

SALAMAGNA:

9.30 Ponencia de revisión: Evaluación económica y sus aplicaciones a la gestión. **Anna García-Altés, Carmelo Juárez, Fernando Antoñanzas**. Comentarios: **Alan Maynard**.

SALA LUIS DE MOLINA:

9.30 Ponencia de revisión: Eficiencia en la gestión sanitaria. **Jaume Puig, Eulalia Dalmau**. Comentarios: **Peter Zweifel**.

Sala Ramón Lull:

9.30 Presentación: *Observatory on Health Care Systems*. **Ana Rico**.

10.30 Café

SALAMAGNA:

11:00 Conferencia. *On the (in) efficiency of hospitals*. **Peter Zweifel**.

Presenta: **Joan Rovira**.

SALA LUIS DE MOLINA:

11:00 Ponencia de revisión: Medicamentos. **Felix Lobo**. Comentarios: **Salvador Peiró**.

SALA RAMÓN LLULL:

11:00 Ponencia: Modelos de financiación multicriterio para Hospitales. **M^a del Puerto López del Amo**. Comentarios: **José Martín**.

SALAMAGNA:

12:00 Gestión en Atención Primaria. Moderador: **Josep Corcoll**.

Ponencia: Proyecto de autogestión del centro de salud Son Pisà (Mallorca). **G. Tamborero, T. Piqué, E. Carandell, M. Góngora, R. Robles, M.A. Vicente**.

Ponencia: Variabilidad en las actividades preventivas entre equipos de atención primaria. Aplicación del análisis de niveles múltiples al estudio de las variaciones en la práctica clínica. **J. Fusté, M. Rué**.

Comunicaciones: Sistemas de ajuste de riesgo: una alternativa para mejorar el equilibrio entre eficiencia y selección de pacientes. **Buglioli M**.

¿Existe conciencia de gasto farmacéutico entre los médicos de la atención primaria reformada? **F.J. Mengibar**.

Una medida normativa de la calidad de la atención primaria. **M. Pinillos, F. Antoñanzas**.

Variables que influyen en la tasa de derivación de los centros de salud de Mallorca. **E.J. Castaño**.

Descentralización de la gestión e incentivos en la gerencia de atención primaria de Mallorca. **M. García**.

XX jornadas AES. Palma, mayo 2000

SALALUISDE MOLINA:

12:00 Comunicaciones: *Gestión hospitalaria*. Moderadora: **Caterina Ramón**.

La centralización de las compras hospitalarias. **A. Antunez**.

Contribución de las unidades de trabajo social a la disminución de la estancia media. **P. Fuster, C. Rodríguez, A. Mut, J. Fuster**.

Asociación entre indicadores de coste y eficiencia técnica. **J.L. Navarro, T. Gea**.

¿El outlier es un problema estadístico, clínico o asistencial?. **F. Cots, L.L. Mercader, X. Castells**.

Establecimiento de prioridades en la cirugía ambulatoria: el caso de las cataratas. **E. Rodríguez, J.L. Pinto**.

Gestión participativa: análisis de los dos primeros años de funcionamiento. **A. Recober, F. Albertí, J.M. Carbonero, J. Fuster, C. Martínez**.

Utilización de servicios sanitarios; el efecto de la demora en las listas de espera quirúrgicas. **I. Font, F. Cárceles, L. Alegre, A. Izquierdo, G. Martínez, O. Sans**.

Cambios y reformas en atención especializada, percepción de su naturaleza y efectos por parte de informadores clave. **Repullo J, Enriquez R**.

SALARAMÓNLLULL:

12:00 *Planificación de sistemas sanitarios*. Moderadora: **Beatriz González**.

Ponencia: *El número de médicos en España. Análisis de una situación crítica*. **A Coronado, T. Grau, A. Maynard**.

Comunicaciones: *Cuidados de larga duración a personas mayores no institucionalizadas. Un análisis a partir de datos individuales*. **D. Casado**.

La satisfacción de los ciudadanos con los servicios sanitarios en España (1985-1998). **A. Rico, S. Pérez-Nievas**.

Contracting arrangements in the health strategy context. A regional approach for Spain. **J. Cabasés, I. Gaminde, L. Gabilondo**.

¿Trasferencia de instrumentos o transferencia de valores?. Experiencia de un proyecto de cooperación técnica para el desarrollo de políticas de salud. **J. Rovira, I. Ganeva, M.A. González**.

Estrategias competitivas y corporativas en el ámbito del seguro sanitario privado en España. **P. Segarra, C. Murillo, B. López**.

13.30 Comida

SALAMAGNA:

15:30 Ponencia de revisión: *Equidad*. **Beatriz González**. Comentaristas: **Allan Maynard**.

SALALUISDE MOLINA:

15:30 Conferencia: *Macroeconomic projections of the Government health sectoring developing countries: experiences with simulation modelling*. **Guido Carrin**.

Presenta: **José Martín**.

16.30 Café.

SALAMAGNA:

17:00 Mesa de Comunicaciones: *Nuevos instrumentos de gestión*. Moderador: **Gaspar Tamborero**.

Estudio del componente estructural del gasto de los Hospitales andaluces a través de la metodología de los grados de pertenencia (GOM). **M.P. López del Amo, J. Martín, L. Carretero, C. Pérez**.

Nuevo reto tecnológico: el uso de agendas electrónicas en la actividad clínica. **J. Horrach, J. Lago, S. Ferrá, A. Cuadrado, J.M. Mas, E. Cifre**.

Gestión del conocimiento: Diseño y aplicación práctica de un plan de actuación. **J.J. Moreno, J.M. Garach**.

Cambio en las relaciones pacientes - médicos - sistema sanitario con las redes telemáticas de información: organización, ética, economía. **S. Marimón**.

Medidas de apoyo económico a la investigación médica desde una fundación privada. **J.M. Carrasco, M.I. Galera**.

La opinión de profesionales y responsables sobre los cambios orientados hacia el usuario en el sistema sanitario andaluz. **M.A. Prieto, J.C. March, F. Martínez**.

La implantación del sistema lineal de puntos en las listas de espera con especial atención a Nueva Zelanda. **X Gracia**.

SALALUISDE MOLINA:

17:00 Mesa de comunicaciones. *Instrumentos teóricos para la planificación sanitaria*. Moderador: **Txomin Uriarte**.

Cream - Skimming incentives for efficiency and risk adjustment. **P. Barros**.

Estudio multicéntrico de tiempos y costes en las consultas externas de neurología del sistema nacional de salud. **J. Martín, A. Ortega, C. Pérez, L. Carretero, M.P. López**.

Implementación de una metodología de costes por actividades a la donación y extracción de órganos en siete hospitales del Sistema Nacional de Salud. **A. Segura, M. Alonso, J. Martín, R. Burgos, E. Miranda, M. Álvarez, J. Arellano**.

Testing for rationality in discrete choice experiments. **F. San Miguel, M. Ryan**.

Análisis de la percepción de los riesgos asociados al consumo de tabaco: el caso de los fumadores pasivos. **F. Portillo, F. Antoñanzas**.

Costes externos del tabaco e imposición óptima. **J.J. Escario, J.A. Molina**.

Do regional distribution explaining the dental care utilization?. A supplier-induced demand test. **J. Costa**.

La Financiación de los servicios intermedios. **A. Prados, M. Carroquino**.

SALARAMÓNLLULL:

18.30 Asamblea AES

21:00 Cena de Gala. Restaurant Ses cases de Sa Font Seca

VIERNES 5 DE MAYO

SALAMAGNA:

9.30 Mesa de Ponencias: *Gestión hospitalaria*. Moderador: **Ismael Font**.

La Fundación Hospital de Manacor: una nueva visión del Hospital. **Carles Ricci**.

Análisis cualitativo de las innovaciones organizativas en los Hospitales españoles. **Juan del Llano**. Grupo CAHOS.

SALALUISDE MOLINA:

9.30 Mesa de comunicaciones: *Gasto sanitario y financiación*. Moderador: **Pedro Vidal Taberner**.

Financiación autonómica, programación multicriterio. **R. Montero, C. Perez, M.P. López, J.J. Martín, J.D. Jimenez, J. Sanchez**.

Gasto público sanitario y productividad regional: una aproximación con datos de panel. **B. Rivera**.

Análisis económico del gasto sanitario público en la Comunidad Autónoma de Cantabria. **D. Cantarero, N. Fernandez**.

Disposición a pagar por evitar los efectos adversos leves de los medicamentos. **R. Rodríguez, J. Rovira**

SALARAMÓNLLULL:

9.30 Mesa de comunicaciones: *Gestión hospitalaria*. Moderador: **Antoni Bellver Julià**.

Aplicación y análisis de un sistema de ajuste de riesgos en un Hospital general de agudos en la ciudad de Buenos Aires. **Daniel Vitali**.

La profilaxis antibiótica en cirugía y el uso de protocolos clínicos para su adecuación. **Jorge Ríos**

Sistema de información y gestión económica en establecimientos asistenciales. **Amanda Rubilar**.

Monitorización de la calidad mediante un cuaderno de mando informatizado de un servicio de cirugía. **J. Lago, A. Cuadrado, S. Ferrá, F. Tugores, J.M. Mas, E. Gifre, C. Ruiz, P. A. Jiménez**.

Valoración económica de cambios en la salud. Métodos directos y efecto información. **M.X. Vázquez, C..J. León**.

10.30 Café

SALAMAGNA:

11:00 Mesa redonda:

Modelos sanitarios europeos en latinoamérica. Moderador: **Carles Murillo, Alberto Diaz Legazpe, Elisabet Jané, Teresa Rossi, Javier Martínez**.

SALALUISDE MOLINA:

11:00 Mesa comunicaciones: *Gestión clínica*. Moderador: **Eusebio J Castaño**.

Implantación de la gestión por procesos en la fractura de cadera. **M.C. Escuder, E. Cardenas, P. García, G. Villajos, R. Bermejo**.

Validación del CSP en cirugía mayor. **J. Librero, S. Peiró, M. Marín**.

The agency function: the portuguese experience. **P. Lopes, J. Almeida, S. Gonçalves**.

¿La medicina basada en la evidencia tiene impacto en la prescripción de fármacos?. **E. Bernal, M. Galeote, F. Pradas, A. Ceresuela**.

¿Interesa el coste de nuestros protocolos clínicos?. **R. Gomis, P. Parra, P.J. Saturno, J. Palomar, M.T. Ramón, E. Aguinaga, J. Campayo**.

Influencia del estado de salud en la hospitalización inapropiada de los ancianos. **D. Oterino, F. Suarez, S. Peiró, F. García**.

Evaluación de la veracidad de la publicidad sobre hipolipemiantes y antihipertensivos apoyada en citas bibliográficas de ensayos clínicos. **P. Villanueva, S. Peiró, I. Pereiro**.

Encuesta de satisfacción a población asignada o a población demandante. **J.L. Ibañez, M.P. González, C. Valero, A. Llobera, M. Punter, G. Puyol**.

SALARAMÓNLLULL:

11:00 Evaluación económica. Moderador: **Tito Hidalgo**.

Ponencia: *Collective choice and public elicitation mechanisms: an application to health care priority setting*. **Joan Costa, Joan Rovira**

Comunicaciones: *Efectividad y eficiencia de la intervención neuro reflejoterápica para el manejo de la lumbalgia inespecífica en atención primaria. Ensayo comunitario aleatorizado*. **F.M. Kovacs, M.T. Gil, J. Llobera, P. Lázaro, F. Pozo, V. Abaira, D. Kleinbaum**, grupo KAP.

Análisis de la demanda de prestaciones de dependencia: un estudio de la disponibilidad a pagar. **J. Costa, J. Rovira**.

Objective and subjective family burden in schizophrenia. **C. Agustenach, A. Martinez, J.M. Cabasés**.

The costs of the inadequate use of antibiotics. **J. Rovira, M. Figueras, J. Caminal**.

SALAMAGNA:

12.30 Clausura.

TESIS DOCTORALES

Sección a cargo de Rosa Urbanos

LA BASE DE DATOS TESEO recoge las tesis doctorales defendidas en las Universidades españolas desde 1976. Esta base de datos puede consultarse en la página web del Ministerio de Educación y Cultura (www.mec.es/teseo). En ella constan los datos básicos referidos a las tesis doctorales (autor, director, título, centro y curso académico), así como un resumen de su contenido, algunos descriptores y los códigos UNESCO de clasificación por áreas temáticas. Las búsquedas pueden referirse a cualquiera de los campos mencionados.

Cuando se realiza la búsqueda a partir de las palabras clave "Economía de la Salud", aparecen algo más de 60 títulos de tesis defendidas entre los cursos académicos 77-78 y 97-98 (las tesis correspondientes a los dos últimos cursos académicos todavía no se han incorporado a la base TESEO, y algunas pertenecientes al curso 1997-98 tampoco han sido incluidas). De ellas, el 72% corresponde a tesis defendidas en facultades de Ciencias Económicas o Empresariales, el 17% a Facultades de Medicina, el 8% a Facultades de Farmacia, y el 3% restante a otras Facultades (normalmente de Ingeniería). Por regiones, Cataluña es, sin duda, la Comunidad Autónoma donde se concentra el mayor número de tesis en Economía de la Salud (aproximadamente el 30% del total), seguida por la Comunidad de Andalucía (17% del total). En tercer lugar aparece la Comunidad Valenciana (11%), con un porcentaje muy similar al correspondiente a Universida-

des de Madrid, y al que representan las tesis defendidas en el conjunto de País Vasco y Navarra. Por su parte, la Comunidad Asturiana cuenta con un 6% del total de tesis en Economía de la Salud, mientras otras Comunidades Autónomas, como Aragón, Galicia o Canarias representan porcentajes marginales sobre el total.

Al observar el curso académico al que corresponden las tesis doctorales, se constata que la Economía de la Salud representa un área de estudio en claro auge, puesto que aproximadamente el 75% del total de trabajos se han defendido entre 1990 y 1998. En realidad, entre el curso 1995-96 y el último registrado en la base TESEO (1997-98) se ha leído aproximadamente el 40% del total de tesis consultadas. No obstante, las cifras anteriores no representan con exactitud el conjunto de tesis doctorales que podrían clasificarse en el ámbito de la Economía de la Salud, puesto que una parte de las mismas, que corresponden normalmente a facultades de Medicina y Farmacia, no aparecen entre los resultados de la búsqueda inicial. En cualquier caso, los datos mostrados ofrecen una idea general de lo mucho que ha crecido la producción científica en este campo. Parece que los esfuerzos de los pocos investigadores que hace aproximadamente dos décadas decidieron iniciarse en el estudio de la Economía de la Salud van dando sus frutos...

En esta sección seguiremos ofreciendo periódicamente algunos resúmenes de las tesis doctorales más recientes que tengan por objeto de estudio algún tema relacionado con nuestra área. Si conocéis alguna tesis que pueda ser divulgada en el Boletín, poned en contacto con Rosa Urbanos (urbanos@ccee.ucm.es).

RESÚMENES DE TESIS PUBLICADOS EN EL BOLETÍN DE A.E.S.

| Boletín Nº | Autor/a | Título | Universidad | Fecha lectura |
|------------|---------------------------------------|---|-------------------------------|---------------|
| 5 | Estany Castella, Ana | "Estudio coste-beneficio de la detección precoz de la clamidiosis genital en mujeres asintomáticas" | Barcelona | 1988 |
| 5 | Ginestal Gómez, Jaime | "La demanda de tabaco y la formación de capital humano en salud" | York (Inglaterra) | 1989 |
| 6 | Rodríguez Martínez, Marisol | "El gasto sanitario en Cataluña. Análisis del gasto sanitario privado y su contribución a la política sanitaria" | Barcelona | 1989 |
| 7 | Montserrat Codorniu, Julia | "El gasto público y la eficiencia en la prestación de los servicios sociales. Análisis del sector público y del sector privado no lucrativo" | Barcelona | 1990 |
| 7 | Ortún Rubio, Vicente | "Política sanitaria, práctica clínica y eficiencia económica" | Barcelona | 1990 |
| 7 | Casas i Galofré, Mercé | "Sistemas de información hospitalaria basados en la casuística: grupos relacionados con el diagnóstico. Impacto en la gestión hospitalaria" | Barcelona | 1990 |
| 8 | Moncunill i Ribas, Josep | "Estructura y costes de la cobertura y autoabastecimiento de sangre y hemoderivados de una población de 700.000 habitantes" | Barcelona | 1989 |
| 8 | Muñoz Machado, Andrés | "Organización regional de un sistema de Salud" | Madrid | 1989 |
| 9 | Clavero Barranquero, Antonio | "La economía de la Salud en España. Una aproximación cuantitativa" | Málaga | 1982 |
| 9 | Del Llano Señarín, Juan | "Desempleo y Salud: Relación existente entre la situación de desempleo y el estado de salud en población en edad de trabajar del municipio de Madrid" | Madrid | 1990 |
| 10 | Puig i Junoy, Jaume | "La provisión de servicios sanitarios, crecimiento, empleo y tecnología en el sector hospitalario español. 1974-1985" | Barcelona | 1991 |
| 10 | Guerrero Fernández, Mariano | "Análisis de factores condicionantes del nivel de salud. La población española en el período 1983-1987" | Valencia | 1991 |
| 11 | Triadó i Ivern, Xavier M ^a | "Dirección de empresas en el sector servicios, consideración especial del sector sanitario" | Barcelona | 1991 |
| 13 | Rué, Monsterrat | "Las leyes de mortalidad: un ajuste paramétrico para Cataluña y España" | Barcelona | 1992 |
| 14 | Cabiedes, Laura | "Estructura industrial, intervención estatal y barreras técnicas a las transacciones comerciales. Una aplicación a la industria farmacéutica" | Oviedo | 1992 |
| 18 | García-Tenorio Ronda, Jesús | "Las unidades estratégicas de negocio como instrumento de administración de la empresa: una aplicación a la dirección de hospitales" | Madrid | 1994 |
| 19 | López de Vicuña, Fernando | "El enfoque analítico de las listas de espera hospitalarias. El caso del Hospital Aranzazu de San Sebastian" | Deusto (Campus San Sebastian) | 1994 |
| 28 | Abásolo, Ignacio | "La economía del gasto sanitario en la Comunidad Autónoma Canaria" | | 1997 |
| 31 | Dalmau i Matarrodona, Eulàlia | "Competencia e innovación tecnológica en la atención hospitalaria. Mercados geográficos y evaluación de la eficiencia de la cirugía mayor ambulatoria en Catalunya" | Pompeu Fabra | 1998 |
| 36 | Carles, Misericordia | "Financiación, compra y provisión de asistencia sanitaria: una aproximación contractual" | Rovira i Virgili | 1998 |
| 37 | Lázaro, Angelina | "La referencia temporal en la evaluación económica de programas de salud" | Zaragoza | 1999 |
| 37 | Valdivieso, Bernardo | "Factores asociados a la efectividad de la atención y consumo de recursos en una unidad de hospitalización a domicilio" | Murcia | 1999 |
| 37 | García Izquierdo, Bernardo | "El diseño de un sistema de información marketing para mejorar la eficacia en la toma de decisiones de una organización humanitaria" | Deusto (Bilbao) | 1999 |

HEALTHCARE: INTERACTION BETWEEN PUBLIC SYSTEM AND PRIVATE SECTOR¹

Mireia Jofre-Bonet



La tesis doctoral de Mireia Jofre-Bonet consta de tres artículos que estudian el resultado de la *interacción del sector público y el sector privado* desde diferentes perspectivas. El objetivo central es estudiar cómo la existencia de un sistema de salud pública de cobertura universal influye en la provisión de servicios médicos, el gasto en sanidad y la elección individual de seguro médico. Hallar respuestas a estas cuestiones es especialmente importante en entornos como el europeo, donde más de las tres cuartas partes del gasto sanitario

es financiado por el sector público.

Provisión pública, privada o mixta: implicaciones sobre el bienestar

La tesis analiza los efectos de la coexistencia del sector público de salud y el privado bajo tres perspectivas: el primer artículo, publicado en el *European Journal of Political Economy*, estudia la interacción de proveedores públicos y privados de servicios sanitarios utilizando un *modelo teórico*. El modelo supone que los consumidores se diferencian en sus niveles de renta, y que asignan una proporción de su riqueza a comprar servicios de salud (o seguro médico). En concreto, se supone que los consumidores con bajo nivel de renta no pueden cubrir el coste marginal del paquete más básico de servicios sanitarios. Los servicios sanitarios se caracterizan por dos dimensiones: frecuencia de uso y otros atributos de calidad (no sólo tecnológica sino también tipo de acomodación, por ejemplo). En el modelo, los servicios de salud son provistos por un proveedor público, que maximiza el bienestar de los consumidores, y/o por proveedores privados que maximizan beneficios. El proceso de decisión de las empresas consta de tres etapas: la entrada en el sistema, la calidad de los servicios sanitarios y la cantidad de servicios ofrecida. La solución simultánea del modelo de *oligopolio mixto* donde el proveedor público tiene la ventaja de decidir en primera instancia, tiene como resultado que el *proveedor privado* ofrece la *calidad más alta* y el proveedor público la relativamente más baja. La provisión mixta implica un aumento de bienestar cuando es comparada con la provisión estrictamente privada, y resulta menos costosa para el erario público que el monopolio público. La provisión de servicios sanitarios bajo un sistema de provisión mixto supera el fallo de mercado que resulta de la cobertura sólo parcial bajo el sistema estrictamente privado. Adicionalmente, la intervención del proveedor público impone un calidad mínima que fuerza el proveedor privado a elevar su propia calidad y bajar el precio.

Este artículo contribuye a la literatura preexistente, por el hecho de que trata la provisión de servicios de salud como un bien que se caracteriza por más de una dimensión. A menudo, los servicios de salud son ofrecidos por diferentes tipos de proveedores. Los consumidores eligen teniendo en cuenta no sólo la frecuencia con que pueden usar ciertos servicios, sino también con qué calidad son ofrecidos. La evaluación y la satisfacción extraídas dependen de las características del consumidor y de sus preferencias sobre esos atributos multidimensionales de los servicios sanitarios. El uso de un *modelo de diferenciación vertical de producto* permite recoger este hecho. La incorporación de un proveedor público que se preocupa por asegurar acceso universal y por la calidad, pero también por el coste, se ajusta a una descripción estilizada de la mayoría de los gobiernos de la OCDE.

A pesar de que el artículo teórico no ofrece predicciones empíricas que se puedan analizar directamente, los otros dos artículos son de carácter empírico y están relacionados con las cuestiones examinadas en el artículo teórico.

¿Cómo afecta la calidad de la atención pública a la demanda de seguros privados?

Uno de los artículos empíricos, publicado en la revista *Health Care Management Science*, estudia el *efecto de la calidad* ofrecida por el sistema nacional de salud español sobre la *demanda de seguro médico privado*. El modelo supone que los consumidores pueden elegir entre un proveedor público que ofrece una calidad fija, y proveedores privados que ofrecen una variedad de calidades. La decisión de comprar seguro médico privado depende de la calidad del sector público y de las características del consumidor. El estudio emplea datos procedentes de la Encuesta Nacional de Salud de 1993. La ausencia de información sobre los niveles de renta de los individuos en la Encuesta Nacional de Salud se palia combinando esta base de datos con la Encuesta de Presupuestos Familiares 1990/91, siguiendo el procedimiento propuesto por Arellano-Meghir (1992). En concreto, la variable indicativa de calidad es el tiempo *en lista de espera* para procedimientos quirúrgicos y el tiempo de espera en las consultas médicas. El análisis empírico sugiere que un incremento en la calidad pública (disminución de los tiempos de espera) reduce la probabilidad de comprar seguro médico privado. Este trabajo aplicado sugiere que los proveedores privados deberán incrementar su propia calidad si quieren recuperar la fracción de mercado perdida debido al incremento de calidad de provisión pública. Por tanto, en la dirección apuntada en el artículo teórico, la calidad de provisión del sistema nacional de salud ejerce una presión "positiva" (desde el punto de vista de los consumidores) sobre la calidad de los servicios sanitarios provistos privadamente.

Efectos del gasto público sobre el gasto sanitario agregado

El segundo artículo empírico estudia el *efecto del gasto público en sanidad sobre el gasto sanitario agregado*. Un incremento del gasto público puede reducir el gasto sanitario privado si se produce un *efecto de "sustitución"*. Si el valor absoluto del efecto de sustitución es menor que 1, entonces el gasto total en servicios sanitarios se incrementa. Por otra parte, un incremento de los servicios sanitarios públicos puede hacer sentir a los individuos más ricos y por ello elevar su propensión al gasto en servicios sanitarios (*efecto "renta" neto de impuestos*). El valor absoluto de los dos efectos, sustitución y renta, determina el efecto de un incremento del gasto público sobre el gasto sanitario total. El artículo supone que los individuos deciden cuánto gastar en sanidad privada siguiendo un modelo de *riesgo moral*. El modelo genera predicciones sobre los efectos de sustitución y renta que se pueden examinar empíricamente. Los datos utilizados proceden de la Encuesta de Presupuestos Familiares 1990/91. El análisis empírico muestra que la expansión del sistema nacional de salud *reduce el gasto sanitario privado* pero, por otro lado, *el gasto sanitario global aumenta*. La contribución a la literatura previa de este artículo reside básicamente en la utilización de datos micro (a nivel individual) para el estudio de una cuestión que, tradicionalmente, se había analizado a partir de datos macro.

¹ Tesis doctoral dirigida por Guillem López i Casasnovas y Massimo Motta, defendida el 9 de febrero de 1998 en la Universidad Pompeu Fabra.

LAS MUTUAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO: UN CASO DE COMPETENCIA GESTIONADA EN EL MERCADO SANITARIO ESPAÑOL¹

Eugenia Suárez Serrano

En un momento en que los sistemas sanitarios se hallan inmersos en procesos de reforma, las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) proporcionan un excelente caso de estudio en el ámbito de la *Economía de la Salud*, al constituir un mercado de diseño en el que el Estado fomenta la competencia entre aseguradoras pero garantiza, al mismo tiempo, la calidad y el acceso a la atención sanitaria a través de la financiación y regulación. Asimismo, el análisis de este sector permite reflexionar, tomando como marco teórico la *Economía de las Organizaciones*, sobre la racionalidad económica de las soluciones intermedias entre el mercado y la planificación.

Diseño de incentivos en las MATEPSS.

La combinación de regulación y competencia, unida a un peculiar régimen de propiedad, crean un conjunto de *incentivos* en las MATEPSS que, sin duda, condiciona su rendimiento. Así, de la revisión teórica efectuada en la tesis, se desprende que los gestores de estas entidades estarán motivados a ofrecer servicios de calidad a sus asociados para conseguir una mayor cuota de mercado, pero sujetos a una financiación externa. Siempre que no superen el techo impuesto por las tarifas establecidas legalmente, dispondrán de discrecionalidad en sus actuaciones. En este contexto, cabe cuestionarse si dichas tarifas se ajustan realmente al riesgo o, si por el contrario, podrían estar generando comportamientos derrochadores.

Todas estas reflexiones deben, no obstante, enmarcarse dentro de los *cambios normativos* experimentados por las MATEPSS a principios de la década de los noventa. Por un lado, desde la Administración se propició un fuerte proceso de concentración, con el objetivo de racionalizar y consolidar un sector que muy pronto debería afrontar nuevos desafíos. Por otro, se abrió el campo de actuación de estas entidades, al permitir a las empresas y entes públicos asociarse libremente a las mutuas, lo que produjo un fuerte trasvase de cuotas desde la Seguridad Social. Estas modificaciones en la regulación llevan a formular dos grupos de hipótesis: en primer lugar, cabe preguntarse en qué medida la reordenación pudo haber conducido a un incremento de la eficiencia y, en segundo lugar, plantearse si el crecimiento de las cuotas gestionadas por el sector estaría indicando una elevada satisfacción por parte de los usuarios.

¿Han contribuido los cambios normativos a la eficiencia de las MATEPSS?

Con el fin de contrastar las *hipótesis relacionadas con la eficiencia*, se aplica un análisis envolvente de datos (DEA) a un panel de 93 unidades, formado por 31 entidades durante tres años. Se toma el periodo 1993-95 porque se caracteriza por una relativa estabilidad, tanto en el número de mutuas –que consolidan los procesos de concentración a raíz de la nueva normativa– como en el tipo de prestaciones –ya que a partir de 1996 las MATEPSS comienzan a gestionar la incapacidad temporal por contingencias comunes–. Los resultados obtenidos en los dos problemas planteados –tomando todas las unidades y restringiendo la comparación por grupos de mutuas– confirman un incremento significativo de los distintos índices de eficiencia técnica.

Evaluación de la satisfacción de los usuarios: ¿de qué depende y cómo afecta a las MATEPSS?

Para verificar las *hipótesis relativas a la calidad*, se realiza una encuesta postal enviada a 1.800 empresas en todo el territorio español. A partir de los 443 cuestionarios recibidos y válidos, se evalúa la satisfacción y se detectan los factores que inciden sobre ella, se comparan las valoraciones entre la MATEPSS y la Seguridad Social y, mediante técnicas de análisis multivariante, se segmenta el mercado en tres grupos de empresas usuarias. Los resultados permiten concluir que: (a) existe una elevada satisfacción por parte de los usuarios; (b) los servicios que realmente diferencian a las

MATEPSS de la Seguridad Social son los de tipo preventivo y la atención ambulatoria, mientras que las prestaciones hospitalarias y económicas aparecen igualmente valoradas; (c) no existe una relación directa significativa entre el tamaño de la mutua y la satisfacción, pues hay un claro nicho de mercado –denominado “usuarios tradicionales”– que puntúa de forma muy positiva a entidades medianas y de implantación regional; y (d) la falta de una clara relación entre el grado de eficiencia de la mutua y la satisfacción, nos lleva a pensar que los empresarios no son conscientes en muchos casos de su condición de asociados, actuando como meros clientes. De hecho, al no poder apropiarse de los excedentes generados, estarán más preocupados por las prestaciones recibidas que por una gestión eficiente de los recursos de la mutua.

Ventajas e inconvenientes de las MATEPSS.

En definitiva, las MATEPSS constituyen una fórmula organizativa que proporciona certeza al gasto público –por ser centros de responsabilidad–, al tiempo que genera una elevada satisfacción entre sus usuarios/asociados. Sin embargo, algunas de las *limitaciones* generalmente atribuidas a la competencia gestionada se ponen de manifiesto en la tesis. Así, la soberanía del consumidor se ve mermada, sobre todo en las empresas más pequeñas, cuando es un asesor laboral externo quien elige a la mutua, lo que deriva en unos menores niveles de satisfacción. Además, las consecuencias positivas de la competencia sólo son reales si ésta es efectiva. En este sentido, la existencia de un mayor número de mutuas radicadas en una zona geográfica provoca una mayor satisfacción, aunque sólo en las prestaciones preventivas. Es decir, se pone de manifiesto que tanto la medicina preventiva como la seguridad e higiene son los principales instrumentos utilizados para diferenciarse cuando la competencia –frente a otras mutuas o a la Seguridad Social– es más intensa.

Propuestas de reforma.

Finalmente, de la tesis se desprenden varias *recomendaciones*. En primer lugar, el hecho de que no se haya encontrado una relación directa entre el grado de integración vertical de la mutua y la satisfacción de los usuarios, unido a que las inversiones en inmovilizado son las más excedentarias, ponen en tela de juicio la racionalidad de mantener instalaciones infrautilizadas, máxime si, como ya se ha indicado, las prestaciones hospitalarias no parecen implicar una mayor diferenciación. Los posibles beneficios de la cooperación intermutual para optimizar el uso de los centros propios cobraría sentido, pues ceder el uso de esos activos no erosionaría un posicionamiento diferenciado. En segundo lugar, los procesos de concentración experimentados por el sector llevan asimismo a plantear dos últimas reflexiones. Por una parte, se ha constatado una mejora de la eficiencia, sin que los ahorros conseguidos hayan beneficiado económicamente a los asociados. Si ya con anterioridad las tarifas parecían ser elevadas, el incremento de la eficiencia podría ser un argumento más a favor de una revisión tarifaria a la baja, aunque no de forma homogénea –como se ha venido haciendo hasta ahora–, sino discriminando en función del esfuerzo preventivo para generar comportamientos más activos por parte de los empresarios en dicha materia. Por otra parte, la reordenación también parece haber provocado una mejora y homogeneización en la calidad de los servicios, al desaparecer muchas mutuas que, por su tamaño, eran incapaces de ofrecer una gestión integral de los siniestros laborales. No obstante, este proceso debe ser vigilado muy de cerca desde la Administración, si no se quiere derivar en un sector excesivamente concentrado, en el que las grandes MATEPSS ostenten un elevado poder de mercado y se pierdan, en consecuencia, la razón de ser de estas entidades y las ventajas de la descentralización.

¹ Tesis doctoral dirigida por Juan Ventura Victoria, defendida en noviembre de 1998 en la Universidad de Oviedo.

LAS MUTUAS DE ACCIDENTES DE TRABAJO: UN CASO DE COMPETENCIA GESTIONADA EN EL MERCADO SANITARIO ESPAÑOL¹

Eugenia Suárez Serrano

En un momento en que los sistemas sanitarios se hallan inmersos en procesos de reforma, las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales de la Seguridad Social (MATEPSS) proporcionan un excelente caso de estudio en el ámbito de la *Economía de la Salud*, al constituir un mercado de diseño en el que el Estado fomenta la competencia entre aseguradoras pero garantiza, al mismo tiempo, la calidad y el acceso a la atención sanitaria a través de la financiación y regulación. Asimismo, el análisis de este sector permite reflexionar, tomando como marco teórico la *Economía de las Organizaciones*, sobre la racionalidad económica de las soluciones intermedias entre el mercado y la planificación.

Diseño de incentivos en las MATEPSS.

La combinación de regulación y competencia, unida a un peculiar régimen de propiedad, crean un conjunto de *incentivos* en las MATEPSS que, sin duda, condiciona su rendimiento. Así, de la revisión teórica efectuada en la tesis, se desprende que los gestores de estas entidades estarán motivados a ofrecer servicios de calidad a sus asociados para conseguir una mayor cuota de mercado, pero sujetos a una financiación externa. Siempre que no superen el techo impuesto por las tarifas establecidas legalmente, dispondrán de discrecionalidad en sus actuaciones. En este contexto, cabe cuestionarse si dichas tarifas se ajustan realmente al riesgo o, si por el contrario, podrían estar generando comportamientos derrochadores.

Todas estas reflexiones deben, no obstante, enmarcarse dentro de los *cambios normativos* experimentados por las MATEPSS a principios de la década de los noventa. Por un lado, desde la Administración se propició un fuerte proceso de concentración, con el objetivo de racionalizar y consolidar un sector que muy pronto debería afrontar nuevos desafíos. Por otro, se abrió el campo de actuación de estas entidades, al permitir a las empresas y entes públicos asociarse libremente a las mutuas, lo que produjo un fuerte trasvase de cuotas desde la Seguridad Social. Estas modificaciones en la regulación llevan a formular dos grupos de hipótesis: en primer lugar, cabe preguntarse en qué medida la reordenación pudo haber conducido a un incremento de la eficiencia y, en segundo lugar, plantearse si el crecimiento de las cuotas gestionadas por el sector estaría indicando una elevada satisfacción por parte de los usuarios.

¿Han contribuido los cambios normativos a la eficiencia de las MATEPSS?

Con el fin de contrastar las *hipótesis relacionadas con la eficiencia*, se aplica un análisis envolvente de datos (DEA) a un panel de 93 unidades, formado por 31 entidades durante tres años. Se toma el periodo 1993-95 porque se caracteriza por una relativa estabilidad, tanto en el número de mutuas –que consolidan los procesos de concentración a raíz de la nueva normativa– como en el tipo de prestaciones –ya que a partir de 1996 las MATEPSS comienzan a gestionar la incapacidad temporal por contingencias comunes–. Los resultados obtenidos en los dos problemas planteados –tomando todas las unidades y restringiendo la comparación por grupos de mutuas– confirman un incremento significativo de los distintos índices de eficiencia técnica.

Evaluación de la satisfacción de los usuarios: ¿de qué depende y cómo afecta a las MATEPSS?

Para verificar las *hipótesis relativas a la calidad*, se realiza una encuesta postal enviada a 1.800 empresas en todo el territorio español. A partir de los 443 cuestionarios recibidos y válidos, se evalúa la satisfacción y se detectan los factores que inciden sobre ella, se comparan las valoraciones entre la MATEPSS y la Seguridad Social y, mediante técnicas de análisis multivariante, se segmenta el mercado en tres grupos de empresas usuarias. Los resultados permiten concluir que: (a) existe una elevada satisfacción por parte de los usuarios; (b) los servicios que realmente diferencian a las

MATEPSS de la Seguridad Social son los de tipo preventivo y la atención ambulatoria, mientras que las prestaciones hospitalarias y económicas aparecen igualmente valoradas; (c) no existe una relación directa significativa entre el tamaño de la mutua y la satisfacción, pues hay un claro nicho de mercado –denominado “usuarios tradicionales”– que puntúa de forma muy positiva a entidades medianas y de implantación regional; y (d) la falta de una clara relación entre el grado de eficiencia de la mutua y la satisfacción, nos lleva a pensar que los empresarios no son conscientes en muchos casos de su condición de asociados, actuando como meros clientes. De hecho, al no poder apropiarse de los excedentes generados, estarán más preocupados por las prestaciones recibidas que por una gestión eficiente de los recursos de la mutua.

Ventajas e inconvenientes de las MATEPSS.

En definitiva, las MATEPSS constituyen una fórmula organizativa que proporciona certeza al gasto público –por ser centros de responsabilidad–, al tiempo que genera una elevada satisfacción entre sus usuarios/asociados. Sin embargo, algunas de las *limitaciones* generalmente atribuidas a la competencia gestionada se ponen de manifiesto en la tesis. Así, la soberanía del consumidor se ve mermada, sobre todo en las empresas más pequeñas, cuando es un asesor laboral externo quien elige a la mutua, lo que deriva en unos menores niveles de satisfacción. Además, las consecuencias positivas de la competencia sólo son reales si ésta es efectiva. En este sentido, la existencia de un mayor número de mutuas radicadas en una zona geográfica provoca una mayor satisfacción, aunque sólo en las prestaciones preventivas. Es decir, se pone de manifiesto que tanto la medicina preventiva como la seguridad e higiene son los principales instrumentos utilizados para diferenciarse cuando la competencia –frente a otras mutuas o a la Seguridad Social– es más intensa.

Propuestas de reforma.

Finalmente, de la tesis se desprenden varias *recomendaciones*. En primer lugar, el hecho de que no se haya encontrado una relación directa entre el grado de integración vertical de la mutua y la satisfacción de los usuarios, unido a que las inversiones en inmovilizado son las más excedentarias, ponen en tela de juicio la racionalidad de mantener instalaciones infrautilizadas, máxime si, como ya se ha indicado, las prestaciones hospitalarias no parecen implicar una mayor diferenciación. Los posibles beneficios de la cooperación intermutual para optimizar el uso de los centros propios cobraría sentido, pues ceder el uso de esos activos no erosionaría un posicionamiento diferenciado. En segundo lugar, los procesos de concentración experimentados por el sector llevan asimismo a plantear dos últimas reflexiones. Por una parte, se ha constatado una mejora de la eficiencia, sin que los ahorros conseguidos hayan beneficiado económicamente a los asociados. Si ya con anterioridad las tarifas parecían ser elevadas, el incremento de la eficiencia podría ser un argumento más a favor de una revisión tarifaria a la baja, aunque no de forma homogénea –como se ha venido haciendo hasta ahora–, sino discriminando en función del esfuerzo preventivo para generar comportamientos más activos por parte de los empresarios en dicha materia. Por otra parte, la reordenación también parece haber provocado una mejora y homogeneización en la calidad de los servicios, al desaparecer muchas mutuas que, por su tamaño, eran incapaces de ofrecer una gestión integral de los siniestros laborales. No obstante, este proceso debe ser vigilado muy de cerca desde la Administración, si no se quiere derivar en un sector excesivamente concentrado, en el que las grandes MATEPSS ostenten un elevado poder de mercado y se pierdan, en consecuencia, la razón de ser de estas entidades y las ventajas de la descentralización.

¹ Tesis doctoral dirigida por Juan Ventura Victoria, defendida en noviembre de 1998 en la Universidad de Oviedo.

INDEPENDENCIA INTERTEMPORAL EN LA EVALUACIÓN DE PERFILES DE SALUD¹

Ana M. Guerrero Agós

"Mide lo que se pueda medir, y lo que no se pueda medir, hazlo medible"
Galileo Galilei (1564-1642)

Un tema clave en el análisis de medidas de política sanitaria lo constituye la valoración de perfiles de salud, tanto a nivel individual, como a nivel social. En la literatura concerniente a Economía de la salud, una forma tradicional de abordar el tema ha sido el desarrollo de funciones valorativas de los perfiles de salud de los individuos a partir de sus preferencias. Desde el punto de vista individual hay dos tipos de líneas de trabajo bien diferenciadas. Por una parte, una serie amplia de trabajos considera estados de salud *crónicos*, esto es, en todos los periodos de su vida el individuo experimenta un estado de salud idéntico, y después muere. Por otra parte una segunda línea de la literatura analiza perfiles de salud *no crónicos* donde a lo largo de los distintos periodos de vida de un individuo éste disfruta de diferentes estados de salud. Esta tesis se centra en este segundo enfoque, que es más general, ya que contiene, como caso particular, la valoración de estados crónicos.

Supuestos implícitos en las funciones de valoración de perfiles de salud crónicos.

En el análisis y valoración de estados de salud crónicos, aparece la medida "QALY" (Quality Adjusted Life Years), expresada como una función de utilidad individual, del tipo von Neumann y Morgenstern, cuyos argumentos son la calidad de vida y la duración de la vida. La formulación QALY en el caso *no crónico*, cuando consideramos un contexto de incertidumbre, está basada en tres elementos estructurales: la teoría de la utilidad esperada vNM, el empleo de un espacio euclídeo de dimensión finita, cuyos elementos son los perfiles de salud, y los supuestos de Independencia Mutua en Utilidad e Independencia Aditiva. La conjunción de estos tres elementos da lugar, en algunos casos, a inconsistencias teóricas en la valoración de perfiles de salud no crónicos. Así, por ejemplo, un primer problema lo constituye el hecho de que, perfiles idénticos, excepto en los "estados de salud experimentados con posterioridad a la muerte", puedan ser evaluados de diferente manera.

Adicionalmente, se ha criticado, desde el punto de vista de las preferencias individuales, tanto el supuesto de Independencia Aditiva como el de Independencia Mutua en utilidad. No parece razonable que en la evaluación actual de los perfiles de salud, no influyan las expectativas sobre las situaciones de salud futuras [véase Loomes y McKenzie (1989)]. Finalmente, los modelos intertemporales que se han manejado hasta el momento, distan de ser satisfactorios [Hall et al. (1992), Richardson et al. (1996), Krabbe y Bonsel (1998) y Kuppermann et al. (1997)].

Alternativa a los supuestos de independencia mutua y aditiva.

En esta tesis intentamos avanzar en la solución de algunos de estos problemas. Para ello, en un contexto intertemporal, con incertidumbre, nos centramos en una propiedad de independencia más débil que las mencionadas, que parece más consistente con el comportamiento individual: *Independencia en Utilidad de los estados futuros respecto de los pasados*. Esto es, que en la valoración de perfiles de salud realizada en un momento del tiempo, el individuo sólo toma en consideración los estados de salud futuros, independientemente de su pasado. Este supuesto de independencia, más débil que los anteriores, se constituye en el eje principal del modelo descrito. Con él se obtiene una función de utilidad *semiseparable* que generaliza el QALY, y que presenta algunas peculiaridades interesantes.

El marco analítico adecuado para evaluar las preferencias de los individuos por perfiles de salud debe ser en incertidumbre. En este

sentido, se sigue adoptando, en este trabajo, la teoría de la utilidad de von Neumann y Morgenstern en la valoración de perfiles inciertos.

Alternativa a los modelos intertemporales clásicos.

Un elemento clave de las valoraciones de perfiles de salud no crónicos lo constituye la *intertemporalidad* de las preferencias individuales para la evaluación de perfiles de salud. Desde ese punto de vista, tanto el periodo en el que el individuo se propone ordenar los perfiles de salud como los periodos donde se producen los estados de salud futuros son relevantes. El primero en cuanto que de alguna manera es un elemento separador de los estados de salud ya experimentados por el individuo y de los que espera experimentar, con lo cual las preferencias se formulan condicionadas a un vector de salud pasado y por lo tanto ya determinado. La incorporación explícita de la intertemporalidad en los términos indicados es sustancialmente diferente de la empleada en Bleichrodt y Gafni (1996).

En el Capítulo 1, se considera el marco tradicional de perfiles de duración constante (espacio euclídeo), donde la dimensión del espacio se identifica con el número máximo de años que un individuo puede vivir. En este contexto la muerte aparece como un estado de salud que sirve para diferenciar perfiles con longitud de vida diversa. Además de considerar el supuesto de *Independencia en Utilidad de los estados de salud futuros respecto a los pasados* se establece una condición natural, la *Indiferencia de los estados después de la muerte*. Esta condición dice que perfiles de salud que coinciden antes de la muerte deben ser indiferentes. Como consecuencia se evitan las incongruencias teóricas sobre valoración positiva de estados posteriores a la muerte. La función de utilidad resultante tiene una estructura *semiseparable*.

En el Capítulo 2 consideramos perfiles de salud cuya dimensión corresponde a la duración de la vida y por lo tanto la "muerte" ya no se considera como un posible estado de salud. En este contexto de nuevo obtenemos la formulación conseguida en el Capítulo anterior pero asumiendo únicamente que los *perfiles de salud futuros son Independientes en Utilidad de los pasados*. Además recuperamos una estructura *multilineal* similar a la del modelo QALY al añadir la propiedad de que *los estados de salud pasados son Independientes en Utilidad de los futuros* en perfiles de idéntica longitud de vida. Esta estructura multilineal toma una forma específica, que es la denominada Aditiva, cuando de nuevo se añade la propiedad de *Independencia Aditiva para algunos perfiles de salud*. De este modo obtenemos un modelo tipo-QALY pero, a diferencia del cual, las valoraciones de los estados de salud dependen de la duración de la vida del perfil en particular.

Comprobación de la propiedad de independencia: un estudio experimental.

En el último capítulo se realiza un estudio experimental para perfiles de salud de longitud variable que evidencia un mayor cumplimiento de la propiedad de *Independencia en Utilidad del futuro respecto del pasado que del pasado respecto del futuro*, y también, *del pasado y futuro mutuamente*. Este resultado refuerza el modelo *semiseparable* en utilidad obtenido en los capítulos previos.

¹ Tesis doctoral dirigida por Carmen Herrero Blanco, defendida el 18 de octubre de 1999 en la Universidad de Alicante

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

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



I. ADMINISTRACION SANITARIA

EL FUTURO DE LA SANIDAD ESPAÑOLA. UN PROYECTO DE REFORMA

Javier Rey (Coordinador) Varios autores.
Fundación Alternativas. Ediciones Exlibris, 1999

Esta publicación recoge las exposiciones y debates del seminario sobre "Alternativas en los servicios sanitarios" que se celebró en los meses de mayo y junio de 1999:

Capítulo 1: La cobertura del derecho a la asistencia sanitaria.

Capítulo 2: La organización territorial de los servicios sanitarios

Capítulo 3: La financiación de la sanidad.

Capítulo 4: El sector farmacéutico y su gasto en España.

Capítulo 5: Las nuevas formas de gestión de los servicios sanitarios.

Capítulo 6: El personal médico en el Sistema Nacional de Salud.

EFFECTOS ECONÓMICOS DEL GASTO PÚBLICO EN SANIDAD

Varios autores. Edita Price Waterhouse-Coopers.

El presente estudio se ha planteado desde el análisis de la realidad socioeconómica y con la participación de un amplio colectivo de expertos. El libro se ha dividido en 5 capítulos. En el primero se describe el proceso de formación del sistema español de protección de la salud y la evolución de sus fórmulas de financiación. En el segundo se analizan los modelos de gestión. Y en los tres siguientes se estudian las repercusiones del gasto sanitario.

MÉTODOS CUANTITATIVOS EN LA TOMA DE DECISIONES (Con aplicaciones en el ámbito sanitario)

Daniel Serra de la Figuera. Fundación BBV, 1999

Debido a la creciente complejidad de la gestión y administración de las organizaciones, en las últimas décadas se han desarrollado una serie de métodos cuantitativos destinados a ayudar a los gestores a tomar decisiones. Este libro presenta algunos de los métodos más relevantes utilizados actualmente como son la programación lineal y la gestión de colas. El nivel de complejidad matemática se mantiene al mínimo nivel posible, y se hace especial

énfasis en el planteamiento de modelos y en explicar como algunas de las técnicas existentes pueden ayudar a solucionar problemas que aparecen en cualquier organización. Por otro lado se hace hincapié en la formulación de problemas que aparecen en la gestión de instituciones sanitarias.

ADVANCED CASE MANAGEMENT: OUTCOMES AND BEYOND

Powell, Suzanne K., 2000, 338 pags
Advance Case management: outcomes and beyond, is a theoretical, research-oriented, and statistical publication providing comprehensive coverage of advanced case management information. Essential topics presented in this text include outcomes management, disease management, continuous quality improvement (CQI) and complementary medicine practices. Each section presents important terms and concepts, core topic information, and concludes with a list of resources and references as well as study questions to provoke further thought and discussion.

CONSTRUIAMOS EL INSALUD DEL 2000. AVANCES 1997-2000

INSALUD, 2000
En este documento se presentan las inversiones realizadas por el INSALUD en su red asistencia para la mejora de la funcionalidad de sus centros, tanto inversiones en infraestructura como en equipamiento sanitario e informático en Atención Primaria, Atención Especializada y en sedes administrativas

II. SALUD PÚBLICA

INFORME SOBRE LA SALUD DE LOS ESPAÑOLES: 1998

Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999
Este es un documento elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. El informe ha quedado estructurado en cinco grandes apartados:

- 1 Situación demográfica y socioeconómica.
2. Los problemas de salud.
3. Factores determinantes; elementos que producen un mayor impacto en la salud.
4. Consideraciones finales: sugerencias que se desprenden como consecuencias

de la valoración de los capítulos anteriormente tratados y que pueden ayudar a mejorar la calidad y bienestar de los españoles desde una perspectiva sanitaria.

5. Apéndice: incluye aspectos como: planes especiales que se están desarrollando, la organización de la salud pública en España, tanto en las distintas administraciones autonómicas como en la general del Estado, concluyendo con una breve presentación de la importancia, necesidad y características de las fuentes de información en el sector salud.

La actualización de la información que se incluye se cerró al 30/5/98.

LA SALUD EN LAS AMÉRICAS

Organización Panamericana de Salud, Oficina regional de la OMS. <http://www.paho.org>

En esta publicación de dos volúmenes, se recoge la información más reciente sobre las tendencias de la situación de salud de los 800 millones de habitantes de las Américas (Norteamérica y Sudamérica), situación socioeconómica, características demográficas y las respuestas del sector salud, entre otros temas. Recoge un capítulo en el volumen I sobre "Cooperación técnica y financiera externa en salud", señalando las distintas fuentes y formas de cooperación técnica y financiera en el sector salud.

III. ECONOMÍA MEDIOAMBIENTAL

ENVIRONMENTAL ECONOMICS: A CRITICAL OVERVIEW

Gilpin Alan, 1999, 334 pags.
This introduction to the ideas, theories and problems of environmental economics stresses the links between economic concepts and the real-world environmental impact of various issues. Coverage includes population, natural resources, valuation, environmental regulation, costs-benefits, water resources, air pollution, and world trade.

ECONOMY ENVIRONMENT DEVELOPMENT KNOWLEDGE

Cole Ken, 1999
This book contrasts and compares theories of, and policies for economic prosperity, environmental sustainability and social progress. Economists, environmentalists, and development theorists have been unable to agree on the most successful prescriptions to address problems, and this book shows why theorists conceptualise the process of social experience so differently.

LA CONSTRUCCIÓN POLÍTICA DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL: DE LA POSGUERRA A LA DEMOCRACIA

Ana Guillén
Ex Libris, Madrid, 2000

Este libro contiene un análisis del nacimiento y consolidación del sistema sanitario español y de sus continuidades más allá de los cambios políticos de finales de los sesenta desde el punto de vista de la sociología

política. Pero la sanidad es tan sólo la excusa para diseccionar el complejo mundo del franquismo y el proceso de transición a la democracia, con la plétora de intereses y contradicciones que aparece en cada momento de cambio. El libro ofrece un análisis innovador del franquismo y de la transición, partiendo del uso de las categorías analíticas de los procesos de elaboración de políticas públicas. Las políticas implican siempre opciones de fondo, enraizadas en valores, en ideas. Unos actores y otros trasladan al ámbito de decisión colectiva de forma más o menos explícita concepciones, valores, que pretenden transformar en políticas concretas. Todo ello en un entramado institucional por donde circulan los distintos actores políticos y sociales y su red de interacciones.

En definitiva, se trata de un libro muy recomendable para quienes quieran conocer más a fondo la historia contemporánea española. Para quienes quieran saber cuáles fueron las dinámicas concretas de las luchas entre facciones políticas franquistas durante la evolución del régimen. Para quienes estén interesados en los orígenes y evolución del sistema sanitario español y en saber cuántas facetas de su funcionamiento actual tienen sus raíces en decisiones del pasado. Y, finalmente, para todos aquellos investigadores interesados en el análisis de procesos de toma de decisiones en políticas públicas.

EL GASTO SANITARIO EN ASTURIAS (1991-1997): ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA

Juan Ventura / Eduardo González Fidalgo
Organización de Empresas - Universidad de Oviedo
Oviedo, 1998

Asturias se encuentra entre las Comunidades Autónomas que están a la espera de recibir las transferencias en materia sanitaria,

lo que obliga de forma prioritaria a identificar los recursos sanitarios actualmente en funcionamiento, cuantificar la magnitud del gasto sanitario, conocer la adecuación del mismo a las necesidades sanitarias de la población y valorar el grado de eficiencia con que estos recursos están siendo utilizados.

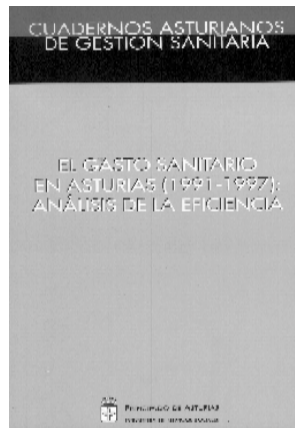
Entre los trabajos de preparación del proceso de transferencias, los profesores Ventura y González Fidalgo presentan este libro que plantea tres objetivos: 1) Describir la composición y evolución del gasto sanitario público en Asturias durante el período 1991-1997. 2) Analizar la eficiencia en el uso de los recursos sanitarios para desarrollar el continuo de servicios asistenciales que requiere la población protegida y 3) Revisar y profundizar, desde la Economía de la Salud y de las Organizaciones, las tendencias más recientes en la forma de gestionar los sistemas sanitarios, predominantemente públicos. El trabajo concluye con una revisión crítica del Sistema Sanitario Público en Asturias, en la etapa pretransferencial, a fin de detectar sus puntos fuertes y débiles. El objetivo último es contribuir a aportar evidencias para la discusión en el proceso previo a la toma de decisiones por parte de las instancias políticas.

CUENTAS SATÉLITE DEL GASTO SANITARIO PÚBLICO 1991-1996

Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 1999

En España, al igual que en el resto de los países de nuestro entorno, existe gran interés por conocer la cuantía de los recursos públicos destinados al sector sanitario dado el permanente conflicto entre condicionamientos presupuestarios y demandas crecientes de cuidados de salud.

En respuesta a este interés, la presente publicación tiene como objetivo dar a conocer las cifras de gasto sanitario de todos los agentes públicos para el período 1991-1996. La preparación de esta primera edición de la Estadística del Gasto Sanitario Público ha supuesto la realización de dos tareas fundamentales: 1) la recopilación y revisión de todo el material documental - antecedentes y textos sobre metodología de las Cuentas Satélite del gasto sanitario público y series estadísticas correspondientes a los años



1991-1993 - existente en el Ministerio de Sanidad y Consumo y que refleja el trabajo realizado en etapas anteriores y 2) La elaboración de la serie correspondiente a los años 1994-1996, contando con la participación de la Administración sanitaria de las Comunidades Autónomas con competencias sanitarias transferidas

El trabajo, elaborado en la Secretaría General de Asistencia Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo, ha permitido construir una serie homogénea del gasto público en sanidad para el período 1991-1996. Las cuentas de la sanidad se presentan en los términos de una cuenta satélite dentro del marco conceptual de la Contabilidad Nacional lo cual permite insertar sus resultados en un contexto macroeconómico. Los resultados aparecen en varios niveles de agregación: total nacional, sectores de gasto (Administración Central, Sistema de Seguridad Social, Mutualidades de funcionarios, CC AA con gestión transferida, CC AA con gestión no transferida y Corporaciones Locales) y subsectores (descendiendo al detalle de las Instituciones que integran los sectores). Para cada uno de estos niveles se ofrecen varias "familias" de tablas: las que reflejan la cifra de gasto a través de la cuenta satélite correspondiente a cada año y las que recogen la evolución, en términos absolutos y relativos, de la serie correspondiente agrupada en función de: los agregados de contabilidad nacional - consumo público, prestaciones sociales, transferencias corrientes, y gastos de capital - y la clasificación de los gastos con un criterio funcional y/o económico. Adicionalmente, para cada nivel aparece el detalle de la composición del gasto en términos del peso de los sectores o subsectores que comprende.

Una de las mayores aportaciones de la investigación que se ofrece en la presente publicación es, sin duda, el tratamiento y clasificación de las transferencias entre el conjunto de los agentes, variable clave en el proceso de consolidación del gasto. Destacar, por último, que en el presente volumen se incluye un capítulo dedicado a exponer los antecedentes del mismo y a describir la metodología empleada y las fuentes de información utilizadas.

Dada la orientación estadística de esta investigación, refrendada por la inclusión de la misma en el Plan Estadístico Nacional, su objetivo se centra en la elaboración y publicación periódica de una serie estadística que se inicia con el presente volumen, sin entrar en el análisis y evaluación de las cifras de gasto.

Estas Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público se van actualizando anualmente. A lo largo del presente año, se publicarán los datos correspondientes a los años 1997 y 1998.

GOALS OF HEALTH SYSTEMS

Dear Colleagues,

As you may know, the World Health Organization has embarked on a major exercise to assess the performance of health systems for all Member States. Part of this effort will be reflected in the upcoming World Health Report 2000.

The performance framework is centred around the goals of health systems. Clearly, there are many views about the relative importance of each of those goals. Therefore, an important step in assessing performance is to measure people's preferences on health system goals.

We are asking you for your help in this effort. We have designed a web-based interactive survey to measure your preferences on the goals of health systems. The questionnaire is available in English, French and Spanish. It takes about 30 minutes to complete the survey. You can exit the survey at any point by going to the end and hitting the «Submit» button.

Please forward this message to your colleagues who may be interested in participating in this survey. The results will be an important contribution to the World Health Report 2000. We welcome comments at the following email address: survey@who.int

You can access the survey by clicking on the following link:

http://www.who.int/whosis/www_survey.html

Thank you very much for your valuable contribution and collaboration.

NGOs INFORMATION SHARING

Welcome to ID21: the Development Research reporting service. Researchers and NGOs produce a constant stream of development research findings, but all too often those who implement development policy are unaware of this knowledge.

To bridge this knowledge gap, the UK Department for International Development is backing an Internet-based system which links development research directly to policymakers and practitioners around the world. Hosted by the Institute of Development Studies, the initiative is known as ID21 - or Information for Development in the 21st Century. Its key feature is a searchable online collection of short, one-page (500-word) digests of the latest social and economic research studies across 30 key topic fields.

All services are FREE and can be found at: <http://www.id21.org> <<http://www.id21.org>> <<http://www.id21.org>> <<http://www.id21.org>>

There is also an email newsletter called ID21NEWS, which brings regular updates of the latest research findings which have been added to the ID21 collection.

To subscribe to ID21NEWS send a blank email message to: id21news@ids.ac.uk <<mailto:id21news@ids.ac.uk>> <<mailto:id21news@ids.ac.uk>> <<mailto:id21news@ids.ac.uk>>

In the SUBJECT field include the words: subscribe id21news

CONTENTS OF HEALTH ECONOMICS VOL. 9 (2) MARCH 2000

PG 089

AU Hutton, J. and Maynard, A.

TI A Nice challenge for health economics

PG 095

AU Goddard, M., Mannion, R. and Smith, P.

TI Enhancing performance in health care: a theoretical perspective on agency and the role of information

PG 109

AU De Wit, G.A., Busschbach, J.J.V., and De Charro, F.

TI Sensitivity and perspective in the valuation of health status: whose values count?

PG 127

AU Ubel, P.A., Richardson, J. and Menzel, P.

TI Societal value, the person trade-off and the dilemma of whose values to measure for cost-effectiveness analysis

PG 137

AU Ratcliffe, J.

TI Public preferences for the allocation of donor liver grafts for transplantation

PG 149

AU Kirsch, J. and McGuire, A.

TI Establishing health state valuations for disease specific states: an example from heart disease

PG 159

AU Yurekli, A.A. and Zhang, P.

TI The impact of clean indoor-air laws and cigarette smuggling on demand for cigarettes: an empirical model

PG 171

AU Van der Pol, M.M. and Cairns, J.

TI Negative and zero time preference for health

PG 177

AU Bala, M.V. and Zarkin, G.A.

TI Are QALYs an appropriate measure for valuing morbidity in acute diseases?

PG 181

TI Announcement: Ninth European workshop on econometrics and health economics

VII ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAUDE

La Asociación Portuguesa de Economía de la Salud realizará los días 16 y 17 de noviembre de 2000 su VII Encontro Nacional de Economia da Saude, en Lisboa. El objetivo del VII Encontro es presentar las investigaciones recientes sobre temas de economía de la salud, relevantes para comprender la realidad portuguesa y para definir las políticas de salud.

El ponente invitado es el profesor Peter Zweifel, de la universidad de Zurich, que antes habrá venido a tomar parte en las XX Jornadas de AES, en Palma de Mallorca.

Se abre el "call for papers" para el envío de comunicaciones, para su eventual presentación en el Encontro. Se admitirán todos los ámbitos relacionados con la economía de la salud, citándose como ejemplos pertinentes los trabajos relacionados con: las reformas de los sistemas de salud, la oferta y la demanda, las innovaciones en atención primaria, la evaluación económica, la economía de los medicamentos, la calidad en la asistencia sanitaria, los modelos de organización de unidades de atención a la salud, la financiación de la sanidad, los sistemas de información, los indicadores de actividad, etc.

Las comunicaciones deberán ser remitidas por duplicado a APES, ENSP-UNL, Av Padre Cruz 1600, 560 Lisboa, o en fichero de formato MS Word o PDF al E-mail: apes@mail.telepac.pt

Las comunicaciones deberán estar escritas en **portugués o en inglés**. La fecha límite de recepción es el **15 de septiembre de 2000**.

Serán aceptadas una 12 comunicaciones para su presentación oral. La selección será realizada por el Comité Científico y será comunicada a los autores antes del 15 de octubre de 2000.

El Comité Científico está compuesto por: Pedro Pita Barros, Clara Dismuke, Pedro Lopes Ferreira, Suzete Gonçalves, Miguel Gouveia, João Pereira y Carlos Gouveia Pinto.

El Comité Organizador lo forman: Maria João Amaral, Pedro Pita Barros y Artur Vaz

FONDO DE SOLIDARIDAD 0,7% DE LOS TRABAJADORES Y TRABAJADORAS DEL GOBIERNO VASCO Y OSAKIDETZA



Memoria 1999

INTRODUCCION

En este documento se describen las actividades realizadas por la Asociación Fondo de Solidaridad de los trabajadores y trabajadoras del Gobierno Vasco y Osakidetza (en adelante **zer0,7**) durante el año 1999. Éste ha sido el primer año de andadura de la asociación y sabemos que tenemos mucho camino por andar. Queremos mejorar en nuestro trabajo y vincular a más personas en esta iniciativa solidaria.

RECOGIDA DE FONDOS E INSCRIPCIÓN DE SOCIOS

En enero de 1999 comenzaron a realizarse las aportaciones económicas de los socios de **zer0,7**, mediante la contribución y descuento de las nóminas del 0,7% de sus retribuciones brutas. A lo largo del año 1999 el número de socios ha ido aumentando hasta llegar a un total, en diciembre de 1999, de 1.031.

ASAMBLEA ANUAL

La Asamblea Anual de **zer0,7** se celebró el 3 de junio de 1999, en la sede del Gobierno Vasco en la Calle Donostia 1, en Vitoria-Gasteiz. Esta asamblea vino precedida por otras tres, que se celebraron en los días previos en la Subdirección Territorial de Salud Pública de Bizkaia (31-5-99), en el Hospital Santiago (1-6-99) y en el Hospital Aranzazu (2-6-99). Antes de la celebración de la Asamblea Anual, se envió a todos los socios de **zer0,7** la información sobre los puntos del orden del día, y se puso en marcha un mecanismo de voto por correo que permitiera la participación de aquellos socios que no pudieran acudir a dicha Asamblea.

En la Asamblea Anual se tomaron los siguientes acuerdos:

— Ratificación de la Junta Directiva de la Asociación,

— Aprobación de las bases de la convocatoria de los proyectos a financiar por **zer0,7**.

— Aprobación de los criterios de elegibilidad de los proyectos a financiar durante 1999. Los proyectos financiados en 1999 irían destinados a los diez países más empobrecidos.

— Adhesión de **zer0,7** a la campaña por la condonación de la deuda externa de los países del tercer mundo.

CONVOCATORIA Y SELECCIÓN DE LOS PROYECTOS A FINANCIAR

De acuerdo con lo fijado en los estatutos de la Asociación **zer0,7**, y siguiendo lo acordado en la Asamblea Anual, se realizó un llamamiento a todas las organizaciones no gubernamentales para el desarrollo (ONGD) con sede en la Comunidad Autónoma de Euskadi, para que participaran en la convocatoria de ayudas a la financiación de proyectos de cooperación para el desarrollo. El llamamiento se realizó a través de la Coordinadora de ONGD de Euskadi.

Se presentaron un total de nueve proyectos. La selección de los proyectos se realizó tras llamar a votación a los socios de **zer0,7**. Todos los socios recibieron un resumen de los proyectos presentados. Cada uno de los socios participantes en la votación seleccionó uno de los nueve proyectos. De un total de 1109 socios, se contabilizaron 426 votos (38,4% de participación). Tras contabilizar los votos, se seleccionaron los proyectos a financiar, según el número de votos recibidos, hasta agotar la cuantía de ingresos prevista para el año 1999.

Los seis proyectos financiados fueron, en orden de frecuencia de votos, los siguientes:

| Denominación | Destino | ONGD | Cuantía (ptas.) |
|---|------------|-----------------------------|-----------------|
| Abastecimiento de agua potable | Rwanda | Medicus Mundi Gipuzkoa | 2.941.281 |
| Centro de Salud Materno-Infantil | Mozambique | Prosalus Gipuzkoa | 6.665.789 |
| Centro de Promoción de la Mujer | Congo | Behar Bidasoa ONG | 10.282.000 |
| Relanzamiento de escuelas infantiles | Rwanda | Behar Bidasoa ONG | 6.500.000 |
| Proyecto de salud comunitaria "Etiopía" | Etiopía | Caritas Diocesana de Bilbao | 1.672.000 |
| Rehabilitación de la escuela de enfermería de Gitamara "Sta María Rejena" | Rwanda | Medicus Mundi Alava | 3.398.930 |
| | | Total | 31.460.000 |

MEMORIA ECONÓMICA

El estado de las cuentas de la Asociación **zer0,7** al cierre del ejercicio 1999 era el siguiente:

| Ingresos | | Gastos | |
|------------------------------|-------------------|------------------------|-------------------|
| Cuotas personal Adm. General | 10.584.453 | Abonado a ONGDs | 12.584.000 |
| Cuotas personal Osakidetza | 22.359.384 | Comprometido pendiente | 18.876.000 |
| Ingresos bancarios | 213.279 | Remanente | 1.697.116 |
| Total | 33.157.116 | Total | 33.157.116 |

ACTIVIDADES DE SENSIBILIZACIÓN

Además de la financiación de proyectos, **zer0,7** trabaja en la sensibilización del colectivo de trabajadores y trabajadoras respecto a la injusta situación de desigualdad existente entre los países del norte y del sur. Durante el año 1999, las actividades de sensibilización fueron las que se detallan a continuación.

Artículos

Hemos elaborado y editado diversos artículos de información-sensibilización, sobre comercio, consumo, medioambiente y deuda externa. Su difusión se ha realizado a través de los tablones de anuncios.

Bibliografía

Hemos creado un pequeño fondo de documentación con algunos libros, informes, artículos de prensa y folletos relacionados con diversos aspectos de situaciones injustas, solidaridad y cooperación.

Campañas

Tras la aprobación por la Asamblea General de socios de la adhesión a la campaña para la condonación de la deuda externa, se realizó una campaña de recogida de firmas (2.200 hasta la fecha).

Otras actividades

Se organizaron charlas y conferencias sobre la situación en Ecuador (Jesús Narváez Quinto), los proyectos de desarrollo comunitario desarrollados por la Fundación Vicente Ferrer en la India, así como un cuenta-cuentos sobre la solidaridad y la cooperación internacional.

Para más información visitar:

www.osakidetza-svs.org/osakidetza/cas/bazar.htm

REUNIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA DE AES EN OVIEDO EL 26 DE FEBRERO DE 2000

SELECCIÓN DE PUNTOS DEL ACTA

Resultado de las Jornadas Técnicas de Oviedo

• Juan Ventura informa del resultado de la Jornada Técnica desarrollada en Oviedo. Se han inscrito 60 personas, lo que supone unos 80-90 asistentes con invitados y ponentes, y se ha producido un excedente de alrededor de 300.000 pts. La Junta Directiva felicita al Comité Organizador por el resultado de la Jornada. Se ha conseguido implicar a la Universidad, a la Consejería de Salud (el Consejero se refirió muy elogiosamente a AES) y a la dirección territorial del Insalud y el acto ha tenido repercusión en los medios de comunicación.

XXI Jornadas de AES en 2001

• Se acuerda entregar el primer anuncio de las XXI Jornadas que tendrán lugar en Oviedo durante el transcurso de las próximas Jornadas en Palma de Mallorca. En la convocatoria se incluirá las fechas, el lema: *Organización e incentivos en Sanidad* y una hoja para envío de comunicaciones. Se acuerda incluir Salud Laboral como área de desarrollo en dichas Jornadas. La Junta Directiva propone como presidenta del Comité Científico a Beatriz González y como miembros del comité científico a Santiago Marimón, Ricardo Meneu y Jaume Puig.

Página Web de AES

• Se acuerda solicitar permiso a Gaceta Sanitaria para incluir los informes técnicos que publicarán en dicha revista.
• Se acuerda incluir en la página Web una recopilación de toda la serie de hemerotecas AES.

Beca Bayer

• Se acuerda mantener para la convocatoria 2000 los mismos miembros del tribunal de evaluación de la beca Bayer que el año pasado: Fernando Antoñanzas, Juan Ventura y Beatriz González.
• Se acuerda que se realizará difusión de la Beca Bayer en la sección de premios y becas del Diario Médico.
• Se acuerda que en convocatorias sucesivas se eliminará como requisito para la solicitud de la beca ser socio de AES.

Convenio con el Ministerio de Sanidad

• Se informa de un borrador de acuerdo con el Ministerio de Sanidad para la distribución a los socios de AES de cinco libros de Economía de la Salud editados por el Ministerio.

Revista Gestión Clínica y Sanitaria

• La Revista de Gestión Clínica y Sanitaria se esta está repartiendo a todos los socios de AES. Salvador Peiró informa de que se podría incluir en soporte informático en la página Web de AES.

Acuerdo con la Sociedad Española de Calidad Asistencial

• Se informa de que se está negociando un acuerdo con la Sociedad Española de Calidad Asistencial para intercambiar las publicaciones que reciben los socios de ambas sociedades.

TELEGRAMAS DE SECRETARÍA

GESTIONES DE COLABORACIÓN CON IHEA

La Junta Directiva de AES comisionó a Anna García-Altés para realizar los contactos pertinentes con iHEA, International Health Economics Association, de modo que se estudiase la posibilidad de establecer un nexo de relaciones formales entre las dos asociaciones. Una posibilidad sería que AES se constituyese en miembro institucional de iHEA de modo que, a una tarifa general acordada, nuestros socios recibiesen algunos de los servicios de la cartera de iHEA (newsletter, descuentos en las reuniones) y los socios que estuviesen interesados recibirían la revista de iHEA, pagándola individualmente.

iHEA ha mostrado estar interesada en llegar a un acuerdo de colaboración, siguiendo el precedente de otros acuerdos, por ejemplo, con las asociaciones de países como Australia, Canadá y China. Su director, Tom Getzen, y el director administrativo, Bill Swan, siguen adelante con los contactos iniciados.

Primer socio electrónico

Damos la bienvenida en AES al primer socio que ha cumplimentado su hoja de alta en la web de la Asociación. Se trata de Josep Benet Trave, médico del ICS que trabaja como técnico de salud, es especialista en medicina preventiva y salud pública y es ex-alumno del master de Economía de la Salud, VIII promoción.

Posiciones

Fernando Lamata (socio nº 47) ha sido nombrado Consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha. Con anterioridad había sido Director del Insalud de Madrid y director de la Escuela Nacional de Sanidad.

Joseba Vidorreta (socio nº 156) ha pasado a ocuparse de la gerencia de la Policlínica Gipuzkoa, en Donostia-San Sebastián.

Luis Bahamonde (socio nº 750) es el gerente de una nueva compañía dedicada a la comercialización y promoción de especialidades farmacéuticas genéricas, denominada SUMOL PHARMA y con sede en Barcelona.

Nuevo socio institucional

Damos la bienvenida a nuestro décimo socio institucional, el Hospital Sant Joan de Reus.

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

PAGINA WEB DE AES

Desde hace un par de meses está ya plenamente operativa la página web de AES. (Dicen que cada día se abren en el mundo mundial unas 3.000 páginas web, y te he dicho 100.000 veces que no exageres, pero habrá pocas con tantas ilusiones puestas en ellas como en la nuestra). Como todavía recibe pocas visitas de socios, repetimos la noticia de su apertura, tal como la dábamos en nuestro boletín de enero.

<http://www.econosalud.es>

¡Por fin! Ya tenemos nuestra propia página web. ¿Cómo hemos podido sobrevivir hasta ahora sin ella?

En un primer momento www.econosalud.es nos permitirá:

- Acceder a la **información sobre nuestras Jornadas**, la próxima Jornada Técnica en Asturias y las XX Jornadas AES en Palma de Mallorca. De las Jornadas anteriores quedarán reflejadas algunas de las ponencias más relevantes de las mismas.
- Consultar nuestro **Boletín Economía y Salud y los Informes Técnicos de AES**, junto con enlaces a **las publicaciones que recibimos como socios**: *Gaceta Sanitaria*, *European Journal of Public Health* y una relación de los libros que se pueden adquirir en nuestra Secretaría en Barcelona.
- Conocer información actualizada de las Convocatorias y Premios AES, la Beca Bayer, bolsas de viaje, premios a tesinas de Maestría, etc.
- A los **socios de AES** se nos permitirá el **acceso restringido** a la base de datos de socios, los Estatutos y las actas de la Junta Directiva y la Asamblea. Los **no socios de AES** encontrarán en este sitio web información sobre nuestra Asociación, su Junta Directiva, cómo hacerse socio de AES, cuáles son nuestros socios institucionales y cómo incorporarse como tal.
- Daremos a conocer también otras actividades en **Economía de la Salud y Gestión Sanitaria**: encuentros, publicaciones, noticias de prensa, actividades docentes y actividades científicas.

Será una página **flexible y dinámica**, con correos para la Presidencia, la Secretaría, los miembros de la Junta Directiva y el Editor del Boletín *Economía y Salud*, formularios, ficheros PDF descargables y diversos foros en los que será posible encontrar listado actualizado de aportaciones.

¡Y eso que sólo estamos empezando!

Esperamos que se convierta en un instrumento de gestión del conocimiento cálido, útil y abierto a aportaciones de todos.

Puerto López del Amo