

en este número

	pág.
EDITORIAL	1
ORACIÓN FÚNEBRE POR ERNEST LLUCH	3
XXI JORNADA S.A.E.S. OVIEDO 2001	4
TEMAS	6
– El grupo Tavistock: Más allá del Juramento Hipocrático	
– En el país de los ticos con las preguntas de siempre	
TESIS	8
– Los precios de los medicamentos en Inglaterra y España: Competencia, regulación y financiación pública	
– Equidad en la asignación territorial de recursos financieros destinados a la Sanidad: Estudio de la situación en España	
– Variación en las tasas estandarizadas de intervenciones quirúrgicas entre áreas de salud de la provincia de Alicante	
– Calidad de las altas hospitalarias en el País Vasco	
LIBROS	12
– Novedades bibliográficas	
NOTICIAS DE AES	14

editorial

METODOLOGÍA, DISEMINACIÓN Y FINANCIACIÓN EN LOS ESTUDIOS DE EVALUACIÓN ECONÓMICA: EL BUENO, EL FEU Y EL MALO

Anna García-Altés



Que la evaluación económica es un instrumento importante en los procesos de toma de decisiones, que los estudios con esta metodología son cada vez más frecuentes y que el concepto de eficiencia está cada vez más presente en el lenguaje de todos, suena ya a repetición. Lo que ya no es repetición son las carencias metodológicas de los estudios de evaluación económica, su deficiente difusión y bajo impacto en los procesos de toma de decisiones y el sesgo de los estudios financiados por la industria.

Las revisiones que se van publicando muestran cómo todavía en muchos casos los estudios de evaluación económica hechos en nuestro país no dan la información suficiente sobre los métodos y los datos usados (1). La perspectiva de análisis, las fuentes de información sobre la medidas de efectividad y de costes o la existencia de recomendaciones para la toma de decisiones son aspectos a mejorar. Todos estos aspectos metodológicos deberían ser explicitados con detalle, dada su repercusión directa en los resultados obtenidos y, en consecuencia, su relevancia a la hora de tomar decisiones.

De hecho, el reconocimiento de estas limitaciones y el interés por facilitar la interpretación de los resultados de los estudios, ha impulsado que desde hace unos años se hayan venido desarrollando en muchos países, incluido España, guías metodológicas para la evaluación económica de servicios sanitarios. Estos estándares han de contribuir a hacer los resultados de los estudios relevantes, accesibles y creíbles para la toma de decisiones. Del mismo modo, han sido propuestas algunas pautas para la evaluación de estudios publicados, con algunos resultados interesantes y prometedores. En esta misma línea, otra iniciativa destacable es la desarrollada por el National Health Service, que publica un registro de estudios coste-efectividad con detalles sobre un gran número de estudios de evaluación económica llevados a cabo en las dos últimas décadas (2). Este tipo de bases de datos ha de ayudar en la tarea de aumentar la calidad y la transparencia de los estudios, así como será un instrumento de utilidad para la toma de decisiones.

El rigor metodológico en la aplicación de las técnicas es esencial para garantizar la reproducibilidad de los estudios, al igual que el uso de medidas de resultado clínico obtenidas de estudios con el diseño de mayor calidad, tales como ensayos controlados y aleatorizados o metaanálisis de ensayos controlados y aleatorizados. Históricamente, las tres mayores

críticas a la calidad de los estudios de evaluación económica han provenido por una parte de la calidad de los métodos económicos, pero por la otra, de la calidad de las estimaciones epidemiológicas y de las medidas de resultado utilizadas. La integración de medidas de resultado basadas en la mejor evidencia científica disponible en los estudios de evaluación económica permitirá una mayor calidad de los estudios de evaluación económica.

Poco peso en la toma de decisiones

A pesar de lo anterior, la realización de estudios de evaluación económica tiene poco sentido si no va a tener ninguna influencia en el proceso de toma de decisiones. Sin embargo, su impacto no es directo. Una encuesta realizada en varios países de la Unión Europea para identificar el impacto de los resultados de los estudios de evaluación económica en la toma de decisiones y el diseño de políticas sanitarias, sugiere que los estudios de evaluación económica tenían un impacto bajo en la toma de decisiones: sólo un 27% de los estudios habían tenido impacto en la toma de decisiones (3). A pesar de este hecho, hay un potencial importante para el uso de la evaluación económica en el desarrollo de políticas para la difusión y el uso racional de servicios sanitarios (4). Algunos ejemplos pueden encontrarse en la política de seguro público alemán, la estrategia de investigación del National Health Service, la compra de tecnologías en Cataluña, o en la introducción de nuevos fármacos en Australia y Canadá.

Ante todo, la tarea pendiente está en la mejora de la difusión de los estudios, y en producir estudios de calidad que sean adecuados en el tiempo y relevantes para la toma de decisiones. En nuestro entorno se han identificado, barreras de tipo administrativo o relacionadas con la metodología. Ser capaces de superar estas barreras haciendo los estudios de evaluación económica fácilmente entendibles, útiles y rigurosos, y facilitar los elementos necesarios para favorecer que sean utilizados en los procesos de decisiones, son los principales retos de futuro.

Ojo con los sesgos

Mención aparte, pero relacionado con lo anterior, merece el tema del sesgo en los estudios de evaluación económica. A nadie se le escapa que la existencia de sesgos está presente en cualquier tipo de investigación (5). El caso es que la evaluación económica todavía es más susceptible a este tipo de problemas, dado que los resultados de los estudios dependen en gran medida del modelo y las alternativas elegidas.

La actuación de la industria puede tener diversas formas. Por una parte está la publicación "oportuna" de estudios de coste de la enfermedad previos al lanzamiento de fármacos: los casos de los estudios recientes del coste de la migraña y el coste de la obesidad pueden servir como ejemplo. Por otra parte está la publicidad que pueda hacerse de los fármacos, en términos de su eficacia, eficiencia o efectos beneficiosos sobre la calidad de vida de los pacientes. En Estados Unidos, en un contexto donde la publicidad de fármacos directa al consumidor es mucho más agresiva, la Food and Drug Administration ha optado por regular incluso la publicidad sobre fármacos.

Finalmente está la financiación de estudios por parte de la industria. Las relaciones entre las compañías farmacéuticas y los centros de investigación son cada vez más importantes,

aportando indudables beneficios, pero también algunos problemas. De hecho, existe evidencia de que los estudios financiados por la industria dan mejores resultados que los estudios financiados por otras fuentes (6). Sin que esto tenga que indicar automáticamente un sesgo en la realización de los estudios, sólo que puede ser una señal de alerta a la hora de evaluar de manera crítica los métodos utilizados y usar sus resultados. Todavía más en este caso, la transparencia en el uso de las metodologías es importante para evitar sesgos tanto en la utilización de los métodos como en la presentación y disseminación de resultados. En este sentido, algunas recomendaciones han sido propuestas para la realización de los estudios evitando los sesgos que pueda imponer el financiador (7). Además, las revistas biomédicas imponen políticas editoriales más o menos restrictivas a la publicación de estudios de evaluación económica.

La corrección metodológica y la transparencia en la realización y publicación de los estudios de evaluación económica deberían ser los siguientes pasos en una línea de investigación que cuenta ya con una larga tradición en nuestro país. Ser capaces de presentar los estudios sin que le piten las orejas a nadie y usando a la vez los estándares metodológicos propuestos a nivel internacional, tendría que ser la norma y no la excepción. A partir de aquí, una mayor y más agresiva difusión de los resultados de los estudios ha de ayudar, sin duda, en la mejora de los procesos de toma de decisiones en el sector sanitario.

Bibliografía

1. García-Altés A. Twenty years of health care economic analysis in Spain: are we doing well? En: Antoñanzas F, Fuster J, Castaño E (editores). Avances en gestión sanitaria: implicaciones para la política, las organizaciones sanitarias y la práctica clínica. Barcelona: Asociación de Economía de la Salud, 2000.
2. Nixon J, Stoykova B, Christie J, Glanville J, Kleijnen J, Drummond M. NHS economic evaluation database for healthcare decision makers. *BMJ* 2000;321(7252):32.
3. Davies L, Coyle D, Drummond M. Current status of economic appraisal of health technology in the European Community: report of the network. *The EC Network on the Methodology of Economic Appraisal of Health Technology. Soc Sci Med.* 1994;38:1601-7.
4. Drummond M. Evaluation of health technology: economic issues for health policy and policy issues for economic appraisal. *Soc Sci Med* 1994;38:1593-600.
4. Peiró S, García-Altés A, Meneu R, Librero J, Bernal E. La declaración del conflicto de intereses en las publicaciones científicas. ¿Tiempo para las luces y los taquígrafos en la trastienda de la investigación financiada por la industria? *Gaceta Sanitaria* 2000;14(6):472-481.
5. Newmann P, Sandberg EA, Bell CM, Stone PW, Chapman RH. Are pharmaceuticals cost-effective? A review of the evidence. *Health Affairs* 2000;19(2):92-109.
6. Hillman AL, Eisenberg JM, Pauly M, Bloom BS, Glick H, Kinoshian B, et al. Avoiding bias in the conduct and reporting of cost-effectiveness research sponsored by pharmaceutical companies. *N Eng J Med* 1991;324(19):1362-5.

ORACIÓN FÚNEBRE POR ERNEST LLUCH

(Palabras pronunciadas por Félix Lobo en el Ministerio de Sanidad y Consumo en el acto organizado en memoria de Ernest Lluch el 30 de noviembre de 2000)

Excma. Sra. Ministra, amigos:

Me pide la Sra. Ministra, y es petición que agradezco en el alma, que brevemente exponga en este homenaje, las cualidades de Ernest Lluch como «jefe», como director de equipo, pues yo trabajé con él en dos instituciones bien distintas: este Ministerio y la Universidad Internacional Menéndez Pelayo.

Es encargo difícil pues el asesinato de este catalán de firmeza (1) me ha embargado de dolores y rabias. Mi natural reacción primera es condolerme con vosotros y llorar al amigo. Quizás en algunos de esos estilos, que él sin duda merece, el épico con que se condenan las felonías en el Cantar, o el de las oraciones fúnebres de Bossuet o Fenelon: «Madame est morte...»

Pero desde el encargo he creído oír su voz diciéndome con su tono zumbón:

«Félix, enfócalo mejor; lee un poco más abajo al Miguel Hernández que citas. Dice: '...detrás de ellos el cielo ni se enturbia ni se acaba.' (2). Así que atiende a los organizadores y contribuye a hacer de mi muerte una didáctica y de este acto una sesión de aprendizaje útil para el sistema sanitario español. ¿No has oído la discusión política que he provocado, como El Cid ganaba batallas después de muerto? ¿No has dado tú mismo estos días en el viejo vicio de leer poesía?»

Tienen razón Ernest y los organizadores. Sería de profesionales discutir, como si estuviéramos en un curso de dirección, este estudio de caso:

El liderazgo y las habilidades directivas en organizaciones grandes y complejas, en condiciones extremas de altas expectativas de los clientes, de mejora de los servicios producidos. El Ministerio de Sanidad de España entre 1983 y 1986.

Así, podría describirse por la Teoría de la Organización la encrucijada en que estaba esta casa durante el primer gobierno socialista y el análisis empezaría, sin duda, en torno al estilo del liderazgo y las cualidades o defectos, como directivo, del Ministro Lluch.

Dicen los libros que hay tres estilos de liderazgo: el autoritario, el consultivo y el elusivo. En el autoritario el director toma solo las decisiones e imparte órdenes; en el consultivo el director hace partícipe a su equipo de las decisiones; en el elusivo los problemas no se abordan y se deja que el equipo se las arregle solo.

Me resulta imposible asignar al ministro o al rector Lluch a ninguno de ellos. En realidad él tenía un estilo personalísimo en el que se combinaban y se aderezaban de componentes peculiares los tres mencionados. Sin duda tomó en solitario importantes decisiones, de esas que sólo el líder de la organización puede tomar. Sin duda consultó con nosotros, con su equipo, casi todas las demás. Y, a veces, lo hacía en lo que a mí me parecían larguísimas reuniones, en las que se terminaba hablando de lo divino y lo humano. Y también dejó de tomar decisiones cuando estuvo convencido de que lo mejor era hacer hibernar los problemas hasta que maduraran o se resolvieran solos, como a veces ocurre.

Las cualidades que adornaban a Ernest como directivo formaban una combinación singular. A mí me impresionó siempre su inteligencia preclara, su capacidad para situar los problemas en la perspectiva adecuada, profundizar en ellos y desvelar sus matices, producto de su increíble don para perfeccionarse en el conocimiento de los desarrollos que el devenir humano genera en los más

diversos campos: la política nacional e internacional, la economía, las artes, ya fuera la literatura, la música, la pintura o el cine, y todo ello sin olvidar el cuidado de las relaciones familiares y personales, ni menos cabar su intensísima dedicación al trabajo directivo.

También estaba dotado de una fina sensibilidad política que le permitía discernir lo importante y sintonizar con los intereses ciudadanos. Las prioridades debían mantenerse claras: Lo primero es lo primero, en el sistema sanitario los enfermos. En la Universidad Internacional lo primero son los alumnos y la calidad de la docencia.

En estos días se ha insistido en su natural bondadoso. Pero que nadie crea que no podía actuar con energía y firmeza, como lo demostró tantas veces en ministerio y rectorado y con valentía épica, sobrecogedora, ejemplar, en la última campaña electoral en San Sebastián.

Al nombrar a mis compañeros demostró ser capaz de seleccionar un equipo, del que formaban parte gestores puros, médicos-gestores o juristas muy destacados y supo dar apoyo a sus colaboradores cuando lo necesitaron. Otra cualidad que me impresionaba era su capacidad como «desactivador de tensiones», utilizando su afición al fútbol y las artes, o chistes y bromas, en comentarios al principio de reuniones o negociaciones complicadas.

Otro mérito suyo, que yo ahora valoro más, fue ser prudente y gradualista en la implantación de novedades y reformas. Como se dice en los EE.UU. «si no se ha roto, no lo arregles (If it 'aint broken don't fix it)» y tratándose del gobierno del Sistema Sanitario Español, en lenguaje castizo, «los experimentos con gaseosa». Consideraba además que las reformas tienen un tiempo de maduración en la sociedad que no se ha de precipitar.

Legendaria era su capacidad de negociación permanente y a todas las bandas con los agentes sociales relevantes y sabía ser partícipe y solidario con los objetivos más amplios de la organización superior, en este caso el Gobierno de España, renunciando a posibles éxitos propios, si así lo exigía la coherencia de la política gubernamental en su conjunto.

Desus defectos, que los tenía porque afortunadamente no era un arcángel, comprenderán ustedes que hoy no quiera hablar.

Ahora que ya he cumplido con los dos encargos, el suyo Sra. Ministra, y el de Ernest, quiero terminar, porque me parece que, a pesar de todo, es ocasión, no leyendo unos versos pero sí leyendo otros. Me entenderán en seguida.

No voy a leer hoy el poema de Walt Whitman «¡Oh, Capitán! ¡Mi Capitán!». Porque «mi capitán en la cubierta yace frío y muerto», pero no «terminó nuestro espantoso viaje»; porque «el navío no ha salvado todos los escollos; porque no «llegamos ya a puerto» (3).

Sí quiero, por el contrario, recordar un versito vietnamita, que gustó en una ocasión a Ernest, y que gracias a él y a personas como él, podemos leer en prenda de confianza hacia el futuro de esta sociedad:

«Malgrè mille tourbillons et tempêtes
le pétale de rose continue de remonter le courant»
«A pesar de mil torbellinos y tempestades
los pétalos de rosa continúan remontando la corriente»

(1) Miguel Hernández: «Vientos del pueblo me llevan», en *Viento del Pueblo* (1937), 37

(2) *Ibid.*, 59 y 60.

(3) Walt Whitman: «¡Oh, Capitán! ¡Mi Capitán!», en «Conmemoraciones del Presidente Lincoln», *Hojas de Hierba*, 1891-1892

XXI jornadas AES, Oviedo: 6 a 8 junio 2001

COMUNICACIONES

1.- NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN

Los asistentes que deseen presentar una comunicación deberán remitir, antes del día 28 de febrero de 2001, un resumen de la misma, de acuerdo al modelo que se adjunta, cuya versión electrónica está disponible en la página web de las Jornadas (<http://econo.uniovi.es/aes/trabajos.htm>). Podrán utilizarse los siguientes modos de envío:

- e-mail (preferiblemente):
jes@correo.uniovi.es.
- Correo ordinario o fax a la Secretaría Científica Jornadas AES.
Dep. Admón. Empresas y Contabilidad.
Facultad de Económicas.
Universidad de Oviedo.
Avda. Cristo, s/n - 33071 Oviedo (España).
Fax: 985 103 708.
Tras el proceso de evaluación por el Comité Científico,

la organización notificará a los autores la aceptación de sus trabajos (para su exposición oral o como póster) antes del 6 de marzo.

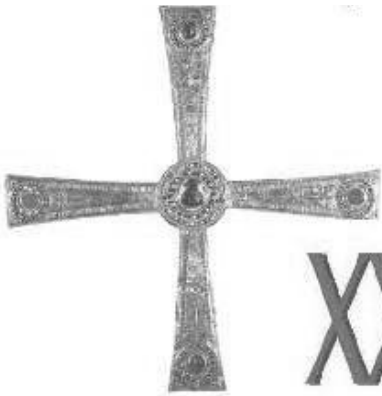
El texto definitivo de las comunicaciones aceptadas deberá ser remitido antes del 8 de abril. La extensión máxima del texto no superará los 20 folios incluyendo cuadros y gráficos.

2.- PREMIOS A PÓSTERS Y COMUNICACIONES

Los tradicionales premios a la mejor comunicación y al mejor póster, tendrán una dotación de 150.000 pesetas. La misma cuantía tendrá el premio ofrecido por SESPA, a la mejor comunicación con contenido asturiano. En esta edición se otorgará además un cuarto premio, cortesía de Pedro Pita Barros, a la mejor comunicación oral o escrita presentada por una persona menor de 35 años.

ESQUEMA DE PROGRAMA CIENTÍFICO PROVISIONAL

MIÉRCOLES 6 DE JUNIO	JUEVES 7 DE JUNIO	VIERNES 8 DE JUNIO
	9:30 Ponencia ESTADO DEL BIENESTAR Y SALUD Julio Segura	9:30 Ponencia AVANCES EN LOS SISTEMAS DE AJUSTE POR RIESGO, case-mix,.. Liza lezzoni
10:30 Acto Inaugural Conferencia: Joseph Stiglitz	10:30 Café 11:00 Ponencia FINANCIACIÓN Guillém López/Carlos Monasterio Rosa Urbanos Juan Manuel Cabasés Hita	10:30 Café 11:00 Ponencia CULTURA ORGANIZATIVA EN SANIDAD Vicente Salas
11:30 Pausa	12:55 Pausa	12:30 Clausura
12:00 Ponencia INCENTIVOS Peter Bogetoft Pau Olivella/Pedro Pita	13:00 Ponencia CONVERGENCIA DE SISTEMAS SANITARIOS EN EUROPA Ana Rico	
13:30 Comida	13:30 Comida	
15:30 Ponencia: FARMACIA: Alternativas de la prestación farmacéutica; regulación. Distribución Vicente Ortún Laura Cabiedes Ricard Meneu	15:30 Ponencia SISTEMAS DE INFORMACIÓN PARA EL ANÁLISIS, COORDINACIÓN E INTEGRACIÓN DE SISTEMAS SANITARIOS Henrik Bjerregaard	
16:30 Café	16:30 Café	
17:00 Ponencia PRIORIZACIÓN Y COORDINACIONES EN TRES NIVELES ASISTENCIALES David Casado Eva Rodríguez Comunicaciones	17:00 Comunicaciones	



XXI Jornadas AES Oviedo 2001



ASOCIACION
DE ECONOMIA
DE LA SALUD

XXI JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD Coordinación e Incentivos en Sanidad

Oviedo, 6, 7 y 8 de junio de 2001

TODA LA INFORMACIÓN E IMPRESOS EN
<http://econo.uniovi.es/aes>

AUDITORIO PALACIO DE CONGRESOS

INFORMACIÓN:

Secretaría científica Jornadas AES.
Dep. Admón. Empresas y Contabilidad
Facultad de Económicas - Universidad de Oviedo
Avda. Cristo s/n 33071 OVIEDO
Fax: 98 5103708; email: jes@correo.uniovi.es

FECHAS CLAVE

Envío resúmenes de comunicaciones: 28 de febrero
Comunicación aceptación trabajos: 16 de marzo
Envío texto definitivo trabajos aceptados: 8 de abril
Final plazo inscripción reducida: 4 de mayo 2001

EL GRUPO TAVISTOCK: MÁS ALLÁ DEL JURAMENTO HIPOCRÁTICO

Mercedes Pérez Fernández

Introducción

Los profesionales sanitarios tienen la confianza de la población en lo que respecta a su integridad en el cuidado de la salud. Esa confianza, fundamento de su trabajo, les constituye en grupo al que la sociedad autoriza para regularse por sí mismo. Los profesionales sanitarios obedecen a principios éticos asumidos por todos sus componentes, que se resumen bien en el "juramento hipocrático" y en su principio básico, "primum non nocere". El seguimiento de esos principios, aceptados y asumidos genéricamente, puede complicarse en la aplicación concreta de los mismos a las mil y una situaciones diarias que depara la práctica clínica, y por la presencia de profesionales no clínicos pero claves en la atención sanitaria, como salubristas y gerentes. También contribuye a su dificultad práctica la evolución social, cultural, científica y tecnológica. Se comprende bien que no es lo mismo tomar decisiones en plena Edad Media, ante una epidemia de cólera, que en el siglo XXI, ante la misma epidemia. Desde luego, es perenne el principio de no hacer daño, de evitar males mayores con la intervención sanitaria, pero los problemas a resolver, y las cuestiones éticas derivadas, son completamente distintas. Hay intentos varios de dar respuesta a estas nuevas cuestiones que se nos plantean a todos los profesionales sanitarios, implícita o explícitamente. Al respecto, merece la pena destacar los trabajos del Grupo Tavistock pues implican tanto a los profesionales clínicos como a los gerentes, salubristas, economistas de la salud y planificadores, así como a los políticos sanitarios; es decir, a todos aquellos implicados en el sistema sanitario.

El Grupo Tavistock

Tavistock es el nombre de una plaza (Tavistock Square) en Londres (Reino Unido), en la que tiene su sede la Asociación Médica Británica, y su revista, el *British Medical Journal*. [Incidentalmente, en esta misma plaza tuvo su consulta Balint, el médico de los "grupos Balint"]. En la sede de la Asociación Médica Británica se reunió un grupo de 15 profesionales sanitarios, en febrero de 1998, para debatir sobre los principios éticos actualizados, necesarios para que todos los profesionales sanitarios compartan una misma regulación básica. Entre los 15 profesionales había de todo, desde enfermeras a médicos, desde un jurista a un economista (Amartya Sen, Premio Nobel por sus trabajos sobre el impacto de la pobreza en la salud), desde el director de una revista médica (Richard Smith, promotor del trabajo, del *British Medical Journal*) a gerentes y salubristas, profesionales de la ética, un jurista y un filósofo. No había, ni se ha incorporado, ningún farmacéutico. Pertenecían a cuatro países: EE.UU., Méjico, Reino Unido y Sudáfrica. No había, ni se ha incorporado, ningún español. El Grupo publicó su propuesta, con cinco principios éticos, para su debate y reforma futura (1-4). En abril de 2000 se reunió de nuevo el Grupo, en Cambridge (EE.UU), en la sede de la American Academy of Arts and Sciences, y aprobó una nueva propuesta, con seis principios básicos, a compartir por todos los profesionales sanitarios.

Los seis principios éticos propuestos por el Grupo Tavistock

El objetivo es que los principios básicos se cumplan e interioricen por todos los profesionales relacionados con la salud, en su amplísimo sentido, desde los políticos que planifican reformas a las auxiliares de clínica que prestan sus servicios en un pequeño asilo rural. Se desea que estos principios sean conocidos, comprendidos y aceptados por la población, para que participe en las decisiones que implican.

Los principios son:

1. Recibir atención sanitaria es un derecho básico humano. Es decir, es un derecho el tener acceso a los cuidados básicos, de forma que los servicios sanitarios deben ofrecer cobertura básica universal. Los profesionales y las organizaciones, privadas o públicas, no deben tener discrecionalidad absoluta en su oferta y cobro de servicios, pues cumplen una función social. Investigar y difundir conocimientos es una obligación, para asegurar que se ofrecen servicios básicos de calidad. Es una exigencia ética el utilizar eficientemente los recursos financieros y materiales, para que lleguen los servicios básicos a toda la población

2. La atención clínica individual es central en el sistema sanitario, pero el objetivo final es la salud de la población. El alivio del sufrimiento personal es el objetivo central del cuidado de los profesionales sanitarios. Los clínicos no deberían olvidar que su objetivo es la atención individual, pero que a veces ese objetivo se contradice con las necesidades de la población. Los clínicos deberían ser, simultáneamente, agentes de los pacientes y de la población.
3. El sistema sanitario debe tratar enfermedades, aliviar sufrimientos y minusvalías y promover la salud. No basta con enfrentarse adecuadamente a las enfermedades, pues la responsabilidad se extiende al alivio de los sufrimientos y minusvalías y a promover la salud. Debería enseñarse, e investigar, sobre estos aspectos múltiples de la atención sanitaria de calidad.
4. Es esencial la colaboración entre todos los profesionales del sector sanitario, con los pacientes, y con profesionales de otros sectores. La colaboración obliga, por ejemplo, a compartir habilidades y conocimientos para evitar variabilidad innecesaria, reflejo de una práctica inapropiada. La confidencialidad respecto al paciente es básica en la colaboración. Los profesionales sanitarios deberían contribuir a la consecución de un ambiente seguro, agradable y disciplinado que facilite la relación interpersonal e intergrupala en el trabajo. La colaboración debería buscar, también, la salud de la comunidad.
5. Todos los profesionales relacionados con la salud deben trabajar para mejorar el sistema sanitario. Las organizaciones sanitarias, y sus profesionales, deberían establecer mecanismos para eliminar pautas obsoletas y para incorporar, rápidamente, nuevos conocimientos y habilidades que mejoren la atención. Los clínicos están obligados a mantener al día sus conocimientos, tanto para mejorar la calidad como para disminuir los costes. La mejora de la atención es tarea prioritaria, incluso frente a los intereses económicos de los profesionales.
6. Primum non nocere. Toda actividad sanitaria tiene riesgos, desde la curación a la prevención, desde las campañas al público a la educación para la salud, desde la intervención a la pasividad, y los profesionales sanitarios deben saberlo y valorarlo. Puesto que los errores pueden causar graves perjuicios, los clínicos deben trabajar en forma que se eviten al máximo.

Conclusión

No creo que nadie discrepe radicalmente de los principios que propone el Grupo Tavistock. Los autores del borrador están abiertos, no obstante, a propuestas y sugerencias. Pueden hacerse a nombre de Ms. Penny Janeway, penny@amacad.org (Initiatives for Children, American Academy of Arts and Sciences, Norton's Woods, 136 Irving Street, Cambridge, MA, 02138-1996, EE.UU).

La propuesta del Grupo de Tavistock nos afecta profundamente a los profesionales sanitarios, en lo personal y en lo ético. Su cumplimiento exigiría cambios fundamentales en la actitud y forma de trabajo de los profesionales, y en la organización, dirección y planificación de los servicios sanitarios. Creo que el paso inicial, la difusión de su existencia, es el primero a dar. El segundo, la reflexión personal y en grupo acerca de su impacto, es también sencillo. Más difícil es su implantación en la práctica clínica y en la organización de los servicios sanitarios.

Referencias

1. Berwick D, Hiatt H, Janeway P, Smith R. An ethical code for everybody in health care. A code that covered all rather than single group might be useful. *BMJ* 1997;315:1633-1634.
2. Hurwitz B, Richardson R. Swearing to care. *BMJ* 1997;315:1671-1673.
3. Tavistock Group. Shared ethical principles for everybody in health care: a working draft from the Tavistock Group. *BMJ* 1999;318:248-251.
4. Smith R, Hiatt H, Berwick D. A shared statement of ethical principles for those who shape and give health care: a working draft from the Tavistock Group. *Ann Intern Med* 1999;130:143-147.

EN EL PAÍS DE LOS TICOS CON LAS PREGUNTAS DE SIEMPRE

Vicente Ortún

"El nombre de la estrella que nos guíe debe ser, costarricenses, el bienestar del mayor número" (discurso de José Figueres Ferrer, 1948)

Se había vuelto a romper el cielo y el aguacero descargaba con fuerza en el patio de la Universidad de Costa Rica. Desde el despacho que me había dejado el profesor Juan Rafael Vargas, con una rápida conexión a internet de esas que no te permiten esfumarte, repasaba el avance en la recogida de hipótesis explicativas de cómo Costa Rica había conseguido unos niveles de bienestar muy superiores a los que corresponden a su nivel de renta y claramente por encima de sus vecinos.

Siempre me han atraído las 'biografías' de los países que han tenido éxito sanitario y acercarme a ellos para entenderlos un poco mejor ha sido un aliciente adicional a cualquier viaje. Así me sorprendió muy gratamente la Cuba de finales de los años setenta, que visitamos algunos integrantes del Departamento de Sanidad de la Generalidad provisional de Cataluña, como me había sorprendido ya el trabajo de Lalonde (*A new perspective on the health of Canadians*) y la traducción práctica que del mismo creí apreciar en la década de los ochenta. En Cuba se actuó en consonancia con el elemental determinismo marxista de que la miseria económica causa la miseria biológica, y se actuó bien. En Canadá se redescubren las políticas de salud que influyen sobre los determinantes vulnerables de la enfermedad. Sobre ambos países pude escribir en el nº 57 de *Nous Horizons* (octubre 1979).

Kerala tuvo ya su espacio en el nº 38 de este Boletín Economía y Salud y su editor, Txomin Uriarte, me dejaría escribir sobre Costa Rica... pero la recogida de material avanzaba despacio. Había pedido a los alumnos, destacados profesionales de un Master de Gestión Sanitaria patrocinado por la Caja Costarricense del Seguro Social y el Banco Mundial y organizado por la Universidad de Costa Rica, que me explicaran a qué atribuían los 74 años de esperanza de vida al nacer en hombres y 79 en mujeres (similar a la de Estados Unidos y Chile, por detrás de Canadá y por delante de Cuba) en un país de cuatro millones de habitantes y una superficie que es la décima parte de la española.

Primeras hipótesis

En la primera relación de hipótesis, producida en el aula, aparecían la supresión del Ejército en 1949, el impuesto sobre la renta introducido por un latifundista cafetero, el hecho de que hubiera que trabajar durante la colonia por la ausencia de minas de oro y plata, el que los segundos se afincaran en el Valle Central -en lugar de seguir una carrera religiosa- sin que aparecieran diferencias entre ricos y pobre, etc.

En una segunda relación, más de chicharronería, elaborada en torno a una cerveza michelada (con zumo de limón y sal en el borde de la jarra) las hipótesis adquirirían un tono más 'rajón' (presumido): la influencia de los «polacos» (judíos venidos a raíz de la IIª Guerra Mundial), la homogeneidad social y cultural (sólo un 3% de indígenas localizados, además, en Sierra Talamanca), la idiosincrasia del país: forma de bautizar la ignorancia -en el mejor de los casos- o de consolarse de las deficiencias individuales apoyándose en las supuestas virtudes del colectivo -en el peor.

La visión del subtropical Valle Central (70% de la población) no aportaba pistas ni desde Tisquisa ni desde Heredia. La noche filtraba todos los rumores y las luces titilaban más cuanto mayor era su lejanía. Uno de los lugares del planeta para golondrinas con posibilidades; suficientemente alejado para que los residentes de otros países no constituyan una avalancha (a la mallorquina) pero no tanto como para evitar el primer puesto de las Américas en años de vida perdidos por discapacidad. Efectivamente, y tal como destacó el profesor Américo Migliónico, de Uruguay, en una reunión organizada por el Ministerio de Salud de Brasil en Río, los años perdidos por discapacidad constituyen una buena pista de los flujos turísticos. En el Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 de la OMS (puede descargarse de WHO.org) Belice y Bahamas lideran el mundo en años de vida perdidos por discapacidad; Costa Rica, menos sorprendentemente que en los casos anteriores por la contribución de los funcionarios a la discapacidad, lidera la región de Las Américas.

La visita al Volcán Poas y el resto de recorridos por los que me condujo, con calidez entrañable, Juan Rafael Vargas confirmaban datos: en los poblados había escuela, iglesia y campo de fútbol, pero no cuartel.

A raíz de una escasamente concurrida conferencia en el Colegio de Médicos, en Sabana Sur, San José, el licenciado Claudio Arce, que trabaja para el Banco Mundial, me facilita una magnífica documentación, de la que destaco un par de artículos en los que a continuación me basaré: 1/ Garnier L, Hidalgo R. El Estado necesario y la política de desarrollo. 2/ Garnier L et al. Cuando el desarrollo social se hace posible en un país pobre: el caso de Costa Rica. *Economía y Sociedad* 1997; 1(5): 49-81.

50 años de historia

Algunas hipótesis se desmontan: hasta los años cuarenta de este siglo, Costa Rica presentaba las características típicas de un pequeño país subdesarrollado con una actividad económica apoyada casi exclusivamente en la exportación de café y banano; la distribución del ingreso y la propiedad eran marcadamente desiguales y la esperanza de vida de los costarricenses, hacia 1940, era de 47 años.

A los años cuarenta se llega con un conflicto abierto entre, por un lado, los minoritarios sectores agro-exportadores y comercial-importadores, y del otro, amplios sectores de la población radicalizados. Las reformas que vivió Costa Rica en los años cuarenta se dieron paralelamente a reformas similares en la mayoría de los países centroamericanos. Sólo en el caso costarricense, sin embargo, estas reformas lograrían consolidarse institucionalmente en las décadas siguientes, permitiendo con ello un largo periodo de crecimiento y bienestar.

Se desemboca en una lucha armada en 1948 con el bando oficialista-comunista por una parte y una ambigua alianza opositora, por otra. En esta última eran los socialdemócratas quienes con sus opositores comunistas compartían la necesidad de un acceso amplio de la población a mejores condiciones de vida.

La guerra civil de 1948 (de tres meses y 2.000 muertos) marcó la ruptura con el agotado Estado liberal y dio pie al desarrollo de un Estado intervencionista con un poder más compartido entre los diferentes grupos económicos. Se desarrolló un sistema político con orientación democrática, abolición del Ejército, alternancia en el poder y porcentajes de participación en las votaciones cercanos al 80%.

Entre 1940 y 1990 el producto per cápita se triplica (aumento producido hasta la fuerte crisis de 1978) y la esperanza de vida aumenta en casi 30 años. Se vierten muchos recursos en la política social (actualmente cerca del 45% del gasto total) y se utilizan bien: programas de atención primaria de salud, de nutrición, de saneamiento ambiental y de vacunación. Gran impacto tuvieron los programas de abastecimiento de agua potable.

La disponibilidad de recursos para las políticas sociales se consigue por el fuerte dinamismo de una economía muy apoyada por el crecimiento de la economía mundial, en la capacidad de captar recursos externos para inversión en infraestructura económica y social y en la reasignación de recursos desde el Ejército hacia sanidad y educación a través de programas bastante eficientes.

Los avances fueron notables pero la clase media se ha debilitado, propiedad e ingresos se han concentrado en los estratos altos, existe un tremendo corporativismo entre los funcionarios, y los servicios sociales se han deteriorado («biombos» -pagos bajo mano a médicos, asignaciones incorrectas de recursos, deterioro educativo)... Tanto el aparato productivo, poco competitivo, como las instituciones (particularmente el Estado) que tan buenos resultados produjeron hasta finales de los años setenta necesitan cambios sustanciales para que el desarrollo ejemplar de Costa Rica sea sostenible.

Y como todavía creo en una cierta utilidad de la Economía para estos propósitos, y más aún en el aprendizaje de la experiencia, trataré de volver al país de los ticos con las preguntas de siempre.

LOS PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS EN INGLATERRA Y EN ESPAÑA: COMPETENCIA, REGULACIÓN Y FINANCIACIÓN PÚBLICA¹

Joan-Ramon Borrell Arqué

La investigación presentada estudia la formación de los precios de los medicamentos. El trabajo sostiene la tesis de que los precios de los medicamentos se forman de acuerdo con la interacción de, por un lado, la competencia efectiva entre medicamentos rivales en los mercados, y por otra, del efecto de la regulación y la financiación pública sobre los mercados.

Para contrastar la validez de la tesis se utiliza un enfoque comparado. El estudio de los mercados de Inglaterra y España permite observar la interacción de las fuerzas del mercado y de las políticas en dos países en los que marcos nacionales de regulación y prestación pública difieren de forma sustancial: en el tipo de regulación de precios, en el nivel de exigencia de las regulaciones de autorización de nuevos productos y en el diseño de las políticas de control de la prescripción y financiación pública de los medicamentos.

La investigación utiliza información que no había sido explotada hasta el momento para llevar a cabo estudios económicos de carácter empírico: la información del consumo de cada una de las presentaciones de especialidades farmacéuticas prescritas en el ámbito de la asistencia sanitaria extrahospitalaria pública de Inglaterra (datos relativos a 1996) y España (datos relativos a 1997). El trabajo empírico no se hubiera podido llevar a cabo sin la colaboración del Department of Health y el Ministerio de Sanidad y Consumo.

En particular, la investigación pretende abordar el estudio de las siguientes cuestiones: ¿Hasta qué punto la diferenciación de productos reduce la competencia en precios? ¿Qué efectos tienen las restricciones de entrada de nuevos productos al mercado (registro y patentes) y las regulaciones de precios? ¿Cómo afecta sobre la demanda que el paciente no escoja el producto ni pague su precio?

Para estudiar estas cuestiones la información obtenida de carácter transaccional fue convenientemente tratada junto a información recopilada de otras fuentes para construir dos bases de datos operativas para llevar a cabo estudios económicos empíricos. Para cada una de las 6181 observaciones del caso inglés se construyó un vector de variables de mercado (precio, unidades y cuotas de mercado) y un vector de siete variables de características. Para cada una de las 5609 observaciones del caso español se construyó un vector de variables de mercado (precio, unidades y cuotas de mercado) y un vector de nueve variables de características.

Contenido

La memoria de la investigación está estructurada en seis capítulos. Aparte de un capítulo introductorio, del de revisión de los trabajos anteriores y del capítulo de conclusiones, el contenido de la memoria se detalla en los tres capítulos centrales.

En primer lugar, se muestran de forma comparativa las particularidades de los mercados inglés y español. Mostramos el grado de dominio de los medicamentos líderes en los mercados definidos de forma terapéutica en Inglaterra y en España. Se muestran indicadores de concentración y competencia calculados a partir de nuestras bases de datos. A partir de esta evidencia empírica la investigación muestra las particularidades de la regulación de los precios y las características de la prestación farmacéutica pública en cada uno de estos países.

En segundo lugar, la investigación se centra en estudiar el efecto de la regulación de precios máximos y la exclusión de medicamentos de la financiación pública sobre los precios y la variedad de medicamentos en los mercados. Mostramos estos efectos a partir de un modelo teórico de ecuaciones de demanda y precio construidas teniendo en cuenta las características del mercado de medicamentos a partir del modelo de competencia monopolística de Dixit y Stiglitz (1977).

Finalmente, la investigación muestra la capacidad explicativa de las ecuaciones construidas en el capítulo anterior para describir el equilibrio en el mercado de medicamentos inglés y español utilizando la información de nuestras bases de datos. Para ello se utiliza la forma estructural de un modelo econométrico de ecuaciones como el propuesto por Berry (1994) que permite estimar simultáneamente los parámetros de las ecuaciones de demanda y precio que describen el equilibrio en mercados de bienes diferenciados. El modelo se estima mediante el Método de los Momentos Generalizados. Se resuelve el problema de la endogeneidad de los precios y las cuotas de mercado utilizando instrumentos construidos a partir de las

variables de características de la demanda y los costes de producción de cada una de las presentaciones de las especialidades farmacéuticas tal y como proponen Berry, Levinsohn y Pakes (1995).

El principal resultado de las estimaciones econométricas llevada a cabo es que los supuestos básicos de competencia monopolística utilizados en la investigación son válidos para estudiar los mercados de medicamentos inglés y español. Las estimaciones muestran que los laboratorios farmacéuticos obtienen mayores márgenes precio-coste en Inglaterra que en España. La mediana de los márgenes del conjunto de presentaciones farmacéuticas es del 12,89% en Inglaterra y del 1,55% en España. La media aritmética de los márgenes de todas las presentaciones es del 32,69% en Inglaterra y del 6,47% en España. Tanto en un país como en el otro un número reducido de presentaciones tienen márgenes sustancialmente mayores que la mayoría de las presentaciones.

Conclusiones

La investigación permite obtener las siguientes conclusiones. En primer lugar, en relación a nuestro interés por saber hasta qué punto la diferenciación reduce la competencia en precios entre medicamentos: (1) en general, los medicamentos no alcanzan posiciones de dominio en los mercados amplios de sustitutivos terapéuticos ni en Inglaterra ni en España, a pesar de que se detectan posiciones de dominio y elevada concentración de la prescripción en los grupos de medicamentos sustitutivos más próximos; (2) tan sólo unos pocos medicamentos gozan el privilegio de no contar con sustitutivos terapéuticos cercanos ni sustitutivos genéricos; (3) la competencia tiene en el caso de los medicamentos un marcado carácter monopolístico, ahora bien, el grado de monopolio relativo del que gozan los medicamentos difiere sustancialmente entre mercados terapéuticos; (4) la introducción de medicamentos que contienen nuevos principios activos aumenta la competencia en los mercados, así como la introducción de genéricos permite también aumentar la competencia siempre y cuando los procesos de autorización de los genéricos sean ágiles y poco costosos.

En segundo lugar, en relación a la cuestión de cómo afectan las regulaciones de entrada y de precios a los precios de los medicamentos en cada uno de los países estudiados, la evidencia empírica investigada indica lo siguiente: 1) en Inglaterra, la combinación de regulaciones de introducción de nuevos medicamentos en los mercados (el registro y las patentes) intensas y amplias con regulaciones de precios tan sólo moderadamente restrictivas conduce a un resultado de márgenes relativamente elevados, 2) en España sucede a la inversa, las históricamente limitadas regulaciones de entrada en los mercados, junto con las intensas regulaciones de precios, han conducido a que los pacientes se beneficien actualmente de precios reducidos y márgenes estrechos.

Finalmente, en relación con nuestro interés sobre hasta qué punto la financiación pública de medicamentos reduce la elasticidad precio de la demanda de medicamentos y de qué manera afecta la financiación selectiva de medicamentos a los precios de los medicamentos, podemos extraer las siguientes conclusiones: 1) por una parte, nuestras estimaciones indican que la demanda de cada medicamento, e incluso, la demanda agregada en cada mercado terapéutico, es precio elástica a pesar de la prescripción médica y la financiación pública de medicamentos, al contrario de lo que se deduce de los estudios de series temporales; 2) y, por otra parte, la política de financiación selectiva de medicamentos puede tener un efecto restrictivo sobre los precios si las decisiones de exclusión dependen del precio de cada uno de los medicamentos.

El conjunto de tareas llevadas a cabo en el transcurso de la investigación nos ha permitido contrastar positivamente la tesis de que los precios de los medicamentos en Inglaterra y en España resultan de la competencia entre medicamentos rivales en los mercados terapéuticos, del efecto de la particular combinación de regulaciones de entrada y de precio en vigor en cada uno de los países estudiados, y de las características de la organización de la prescripción y la financiación pública en el seno de la asistencia sanitaria pública.

¹ Tesis doctoral defendida en la Universidad de Barcelona el 21 de julio de 1999. Dirigida por el Dr. Antón Costas Comesaña. E-mail: borrell@eco.ub.es

EQUIDAD EN LA ASIGNACIÓN TERRITORIAL DE RECURSOS FINANCIEROS DESTINADOS A LA SANIDAD: ESTUDIO DE LA SITUACIÓN EN ESPAÑA¹

Pedro Tamayo

La noción de equidad, expresada en la Ley General de Sanidad como la garantía de un igual acceso (o posibilidad del mismo) para todos los individuos con igual necesidad de asistencia sanitaria, realmente no ha informado el diseño del procedimiento asignativo, tal y como se articula en el art. 82 de esta misma Ley: La asignación a los diversos entes gestores ha seguido un criterio esencialmente capitativo. De esta forma se ha asumido que todos los individuos tienen una necesidad igual de asistencia sanitaria, y que no existen diferencias relevantes por razón de la edad, sexo o nivel de renta.

La tesis presentada pretende profundizar en el análisis de la equidad en la asignación territorial de los recursos sanitarios para el caso español. El primer capítulo se dedica a revisar la noción de equidad en el ámbito de la salud y de la asistencia sanitaria, así como las relaciones que desde la Economía de la Salud se han establecido con los diversos criterios de reparto de recursos.

En el segundo capítulo se describe el proceso de formación del sistema sanitario público en nuestro país, con la intención de señalar algunas de las características más significativas de su actual configuración, y que en mayor o menor medida han condicionado el peculiar proceso de transferencias sanitarias, y su financiación, a las Comunidades Autónomas. De entre estas características sobresale la vinculación del sistema de salud a la Seguridad Social por razones de predominio histórico de ésta, así como por lo extenso de su entramado asistencial, creado en una determinada etapa de desarrollo de la economía española. La promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986 constituye un punto de inflexión en el diseño de la sanidad pública española. El apartado que esta Ley dedica a la financiación del sistema contiene, no sólo la especificación de las fuentes financieras, sino las reglas de reparto de los recursos entre entidades gestoras. Y es precisamente la regla contenida en el art. 82 – reparto según la población de cada Comunidad – la que entra en contradicción con la previsión que respecto de la equidad como norma de justicia se expresa en la misma Ley en sus artículos 3 y 12.

El tercer capítulo se dedica a revisar el proceso de transferencia a las Comunidades que hasta el momento han asumido esta competencia. Dicho proceso se ha dividido en tres fases históricas. La primera etapa, que se inicia en 1981 con el traspaso de las competencias de gestión a Cataluña, corresponde al periodo en que se materializaron las transferencias a las Comunidades de 'vía rápida' (acceso a la autonomía a partir de las previsiones del art. 151 de la Constitución: Cataluña, Andalucía, Comunidad Valenciana, País Vasco, Galicia, Navarra y Canarias). La principal característica de esta fase es la heterogeneidad de los traspasos, tanto por la existencia de dos sistemas (uno para las Comunidades de régimen común, y otro para la de régimen foral), como por la utilización de criterios de reparto diferentes en cada uno de ellos. La segunda fase arranca con el Acuerdo de financiación alcanzado en 1994, y que se aplicaría durante el cuatrienio 1994-1997. Con este Acuerdo el criterio de reparto se hace homogéneo, utilizando a la población protegida para todas las Comunidades de régimen común, poniendo fin de esta forma a las disparidades previas. Paralelamente se introduce una variable de estabilidad financiera en el sistema, al vincular el crecimiento de los recursos sanitarios a la evolución del PIB, rompiendo de esta forma la dependencia hasta entonces mantenida con la presupuestación que realizaba el INSALUD. La tercera y última fase de este proceso se ha situado a partir del Acuerdo de 1997, y que debe servir para ordenar la financiación de la sanidad pública transferida hasta el año 2001.

El Acuerdo de 1997, origen de una polémica que puede condicionar los futuros traspasos, ha servido fundamentalmente para poner al día los criterios de reparto y, por otro lado, para separar los recursos sanitarios en dos grandes fondos, de carácter finalista, cuyo reparto ha sido considerado como el factor más controvertido de esta última fase. En un intento de mejorar las asignaciones de recursos, el denominado Fondo de Atenciones Específicas se ha dividido en tres subfondos, vinculados a factores que pueden expresar diferencias en los costes de provisión (centros de

excelencia, centros con docencia sanitaria, y coste por desplazados), cuyo reparto entre los agentes gestores puede considerarse esencialmente como el resultado de la negociación política entre el gobierno de la Comunidad catalana y el central.

El cuarto capítulo de la tesis se dedica al estudio de las formas de asignación en el ámbito comparado, como búsqueda de referencias metodológicas que puedan informar la revisión del sistema empleado en nuestro país. Se han repasado los métodos asignativos basados en fórmulas de medición de las necesidades de gasto sanitario, algo propio del mundo anglosajón, y que necesariamente tiene como punto de referencia el mecanismo aplicado en el Reino Unido durante más de veinte años. Otros países, como Nueva Zelanda y Finlandia, han incorporado fórmulas de menor complejidad para la asignación de recursos destinados a financiar la función sanidad prestada por los niveles inferiores de gobierno.

Asimismo, se analizan las asignaciones de recursos, no mediante fórmulas, sino mediante transferencias de carácter más o menos finalista desde el gobierno central hacia las administraciones territoriales. El ejemplo paradigmático en este apartado es el de Canadá, donde se ha logrado conjugar un cierto grado de descentralización tributaria, mediante la cesión de un tramo de los impuestos sobre la renta de las personas físicas y de sociedades, junto con transferencias casi incondicionadas desde el gobierno federal.

Por su parte, el capítulo quinto se dedica a repasar la literatura producida en nuestro país, y que ha explorado formas asignativas alternativas a las vigentes. La razón de este capítulo es doble. Por un lado, esta literatura de carácter aplicado es lo suficientemente escasa como para que se haya convertido en referencia necesaria de cualquier estudio que pretenda profundizar en este tema. Y por otro lado, porque la literatura aquí repasada expresa casi todas las posibilidades de reforma de la asignación de recursos sanitarios para nuestro país, desde la utilización de técnicas de optimización mediante programación lineal, hasta el empleo de otras técnicas estadísticas consideradas como más adecuadas para la construcción de índices de necesidad, pasando por los trabajos que han intentado evaluar los resultados de una eventual traslación a nuestro país de la metodología británica RAWP.

Finalmente, el capítulo sexto se dedica a la exploración de una línea alternativa que incorpore variables de necesidad sanitaria hasta ahora no manejadas. Mediante la técnica de regresión mediante mínimos cuadrados ordinarios, se ha perseguido conocer las relaciones que pueden existir entre algunas variables mayoritariamente consideradas como explicativas de la necesidad de recursos: población mayor de sesenta y cinco años; población menor de cinco años; razón de mortalidad estandarizada; tasa de paro; dispersión geográfica; y renta per cápita. De los resultados obtenidos, se puede apuntar que se observa una fuerte relación entre el gasto realizado y la mayor o menor presencia de los grupos de edad para los que tradicionalmente se ha considerado una mayor necesidad de sanidad (mayores de 65 y menores de 5). Creemos que el resto de variables potencialmente expresivas de la necesidad dentro de este ejercicio, no deben descartarse por el hecho de que en el análisis realizado no resulten significativas.

A modo de resumen, cabe destacar que, al menos a partir del ejercicio realizado, la población constituye la base para cualquier reparto de recursos. Con todo, la propuesta que se plantea consiste en mantener la base capitativa de reparto ajustada, al menos, por su estructura de edad. Esta ponderación podría servir para generar asignaciones más acordes con el nivel de necesidad, así como para rebajar la incidencia de asignaciones no basadas en la necesidad sobre la suficiencia de los servicios sanitarios tras pasados.

¹ Tesis defendida el 5 de octubre de 1999 en el Departamento de Economía Aplicada e Historia Económica de la UNED, dirigida por Jesús Ruiz-Huerta y tutorizada por Juan A. Gimeno. E-mail: ptamayo@cee.uned.es

VARIACIONES EN LAS TASAS ESTANDARIZADAS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS ENTRE ÁREAS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE ALICANTE¹

Juan Antonio Marqués



Las variaciones en la práctica médica se definen como «las variaciones sistemáticas, no aleatorias, en las tasas estandarizadas de un procedimiento clínico particular a un determinado nivel de agregación de la población». En general, los estudios que tratan de profundizar en el conocimiento de este fenómeno, consideran el número de individuos que han recibido un procedimiento médico o quirúrgico determinado en un periodo de tiempo definido relacionándolo con la población total de las diferentes áreas o regiones estudiadas en el mismo periodo. Se pretende con ello comparar las tasas obtenidas en las distintas demarcaciones y estimar si la variabilidad apreciada, en el caso de que se produzca, implica diferencias en la utilización de los servicios sanitarios entre las referidas poblaciones. Se trata de estudios habitualmente ecológicos cuyos resultados suelen interpretarse como evidencia indirecta de la existencia de componentes evitables de la atención sanitaria que, según la magnitud de las variaciones halladas, pueden tener implicaciones en los costes y en los resultados de la atención médica. De acuerdo con algunos autores, las causas de la variabilidad en la práctica clínica se clasifican en cuatro grandes grupos de factores explicativos: inexactitud de los datos, factores relacionados con la demanda de la población atendida, factores propios del sistema sanitario y factores dependientes del proveedor directo de la atención (el médico).

Material y método

Se trata de un estudio transversal descriptivo de las tasas estandarizadas por edad y sexo de las intervenciones quirúrgicas seleccionadas realizadas a lo largo de 1994 y 1995 en las diferentes áreas de salud de la provincia de Alicante, seguido de un análisis ecológico de la variabilidad utilizando una serie de indicadores de la misma, según la metodología empleada en los llamados análisis de áreas pequeñas. Los datos poblacionales se han obtenido del Censo de población de 1991. El estudio abarca las ocho áreas de salud de la provincia definidas por la Consellería de Sanidad y Consumo. La captura de casos se ha realizado, fundamentalmente, a partir del CMBD al alta hospitalaria, complementando la información con la incluida en bases de datos de intervenciones realizadas en unidades de cirugía sin ingreso y en centros concertados. Se estudian un total de veinte procedimientos quirúrgicos, elegidos por ser, en general, de elevada utilización, habitualmente realizados en los hospitales y centros seleccionados y, al mismo tiempo, representativos de los diferentes grados de variabilidad que refiere la literatura consultada. Se obtuvieron las tasas brutas y estandarizadas por edad y sexo, por cada 10.000 habitantes, de cada una de las intervenciones, en cada una de las áreas de salud y para el conjunto de la provincia. La variabilidad se consideró estableciendo comparaciones entre las tasas merced al cálculo de cuatro medidas de variación (razón de variación, coeficientes de variación ponderado y no ponderado y el componente sistemático de la variación) y la prueba de Ji al cuadrado. Así mismo, se valoró la asociación entre las tasas estandarizadas y la oferta de servicios, estimada a partir del número de médicos especialistas, de camas disponibles y de horas de quirófano, mediante regresión simple o multivariante. Dicho análisis se llevó a cabo, igualmente, con los datos de lista de espera de cada una de las intervenciones.

Resultados

Las áreas de salud 1, 2 y 8 ofrecen las tasas más bajas de utilización de los procedimientos quirúrgicos seleccionados. Por el contrario, las áreas 3, 7 y, especialmente, la 5, presentan en general tasas de uso de las intervenciones más elevadas que el resto de demarcaciones. La cesárea, gastrectomía, histerectomía, apendicectomía y prostatectomía resultaron las intervenciones con menor variabilidad, mientras que la rinoplastia, operación de cataratas, artroscopia de rodilla, rectectomía y hemorroidectomía, presentan la variabilidad más elevada entre los procedimientos estudiados.

Discusión

En general, los resultados del estudio son consistentes con los mostrados por la literatura internacional, de forma que se aprecia mayor variabilidad en los procedimientos considerados electivos o en aquellos en los que existe mayor incertidumbre acerca de su efectividad, mientras que las intervenciones urgentes o que se realizan sobre patologías que comprometen seriamente la calidad de vida o la supervivencia del paciente, presentan menores índices de variabilidad. De esta pauta se apartan, de acuerdo con los resultados obtenidos, la cesárea, la histerectomía y la rectectomía. La relación entre recursos poblacionales y tasas de intervenciones, se mostró positiva ante asociaciones significativas, de manera que a mayor disponibilidad de recursos se presume una mayor tasa de empleo del procedimiento quirúrgico en cuestión. La relación entre tasa y lista de espera solo resultó significativa para la artroscopia de rodilla, la intervención con mayor variabilidad de las estudiadas. Se debe llamar la atención sobre el impacto poblacional que representa la variabilidad mostrada en el estudio, de manera que procedimientos poco frecuentes pero de alta variabilidad tienen poca repercusión poblacional, mientras que bajos índices de variabilidad sobre intervenciones muy frecuentes tienen un importante efecto sobre la población, al afectar a miles de personas. Por otra parte, no resulta sencillo establecer comparaciones con los resultados de otras investigaciones similares, debido fundamentalmente a la diferente estructura de las poblaciones analizadas o al tipo de sistemas sanitarios en el que se desarrollan los trabajos. Las limitaciones del estudio se deben principalmente a la ausencia de datos referentes a intervenciones realizadas en centros sanitarios privados así como al margen de error que conllevan las deficiencias en la calidad del CMBD de los años estudiados, si bien incluye cerca del 95% de las altas hospitalarias producidas en los hospitales de Alicante, por lo que se considera suficientemente exhaustivo.

Conclusiones

Las tasas de utilización de los procedimientos quirúrgicos analizados en la provincia de Alicante, muestran variaciones sistemáticas, en su mayoría, importantes. Esta variación tiende a ser superior en la cirugía electiva que en las intervenciones urgentes o por procesos neoplásicos. En general, no se ha logrado demostrar la existencia de asociación entre el volumen de la oferta poblacional de recursos y la tasa de intervenciones. Así mismo, en la mayor parte de los casos, no ha sido demostrada la presencia de asociación entre el volumen de la oferta de recursos y la reducción de la lista de espera. Únicamente en un procedimiento, se evidenció relación entre la tasa de intervenciones y la lista de espera poblacional.

¹ Tesis doctoral defendida el 16 de junio de 2000 en el Departamento de Patología y Cirugía de la Universidad Miguel Hernández de Alicante, dirigida por los profesores Justo Medrano y Salvador Peiró. E-mail: gerent@hnj.inisalud.es

CALIDAD DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS EN EL PAÍS VASCO, SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES Y ASIGNACIÓN DEL GASTO HOSPITALARIO¹

Elena Aldasoro



La última reforma del Sistema Sanitario Vasco culminó con la publicación, en 1997, de la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi, que introducía un nuevo marco jurídico e incorporaba un nuevo concepto de gestión de servicios de salud. Desde ese momento, Osakidetza/Servicio vasco de salud (Svs) pasó a ser una entidad proveedora de servicios, y el Departamento de Sanidad un organismo financiador y comprador de los mismos. Su relación contractual se efectúa por

medio de los contratos programa, donde se especifican las condiciones y el precio de los servicios. La implantación de estos nuevos mecanismos de financiación trajo consigo la necesidad de conocer la calidad de la fuente de información más importante a nivel hospitalario, el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos), ya que sus variables son utilizadas por los SCP (Sistemas de Clasificación de Pacientes), que permiten conocer la complejidad y el precio de los procesos atendidos. Si la calidad del CMBD no es buena, además de tener un conocimiento erróneo de la patología atendida y de la utilización de servicios, se puede incurrir en una falta de equidad en la asignación de recursos. Esta tesis pretende medir el impacto de las discrepancias en la codificación sobre la asignación de los Índices de Complejidad de dos SCP diferentes, ya que, en el año 2000, el Sistema Sanitario Vasco ha cambiado del sistema PMC (Patient Management Categories) a GRD (Grupos Relacionados por el Diagnóstico). Para ello, se planteó como objetivo medir el grado de concordancia interobservador de la codificación del CMBD en el País Vasco, y estimar su repercusión en los ICM (Índice Case Mix) y en los costes por punto de complejidad, que sirven para conocer el coste por proceso.

Metodología

Se diseñó un estudio descriptivo de comparación entre dos observaciones. El ámbito del estudio lo constituían 11 hospitales de agudos de Osakidetza/Svs, y los sujetos a estudio, 5.203 episodios de alta representativos de los servicios de Medicina Interna, Cardiología, Digestivo, Neumología, Neurología, Oncología, Pediatría, Cirugía General, Oftalmología y Traumatología, correspondientes al año 1995. La instrumentalización se llevó a cabo por medio de la recogida de datos y codificación (CIE-9-MC), por un equipo ad hoc, de las variables de interés, y su posterior procesamiento por los Sistemas de Clasificación de Pacientes PMC y GRD. Todos los indicadores resultantes de esta codificación se compararon con los producidos, para los mismos episodios de alta, por la codificación de rutina que se envía al Registro de Altas de Euskadi. Se calcularon las frecuencias de las discrepancias en las variables relevantes del CMBD, en la asignación de categorías PMC y GRD, en los Índices de Complejidad, y en los costes por punto de complejidad. Además, se elaboraron modelos de regresión mixtos o jerárquicos para estimar el efecto que ejercían los desacuerdos en la codificación sobre los ICM de cada Sistema de Clasificación (PIR y Peso).

Resultados

Las patologías más discrepantes fueron neumonía, investigaciones y reconocimientos especiales, insuficiencia cardíaca, obstrucción crónica de las vías respiratorias, y otras enfermedades pulmonares. La media de diagnósticos por alta fue superior en la observación del estudio (2,6 versus 2,4). Esta comparación realizada entre los pacientes que fallecían y los que no lo hacían confirmó que, en la población

a estudio de Osakidetza/Svs, no se cumplía la teoría de Jenks, ya que se halló un promedio de diagnósticos por alta significativamente mayor entre los pacientes cuya circunstancia de alta era el fallecimiento (4,2 versus 2,6). Las discrepancias en el diagnóstico principal fueron del 22% en la codificación de los 3 primeros dígitos y del 14% en la de los 2 últimos. Estas discrepancias incluían el error de selección que fue del 7%. La asignación de categoría GRD resultó menos concordante que la del PMC principal (28 y 22%). El sesgo interobservador en los ICM y en los costes por punto de complejidad fue, para ambos sistemas, del 3%, es decir, si la codificación de rutina se asemejara a la de este estudio, la complejidad media de Osakidetza/Svs aumentaría en un 3%, y el coste por punto de complejidad disminuiría en la misma proporción.

Existían diferencias significativas entre hospitales en todos los indicadores, y se pudo observar que un hospital que sistemáticamente omitía los últimos dígitos del diagnóstico principal, experimentaba una disminución del coste por punto Peso de 62.000 pts y sin embargo, el coste del punto PIR sólo variaba en 2.000 pts. Entre servicios también se encontraron diferencias significativas en todos los indicadores, aunque el rango de las mismas era inferior que el hallado en los hospitales. Los de Neumología fueron los más discrepantes en el diagnóstico principal y experimentaron una disminución muy parecida en los costes por punto de complejidad, 25.000 pts con ambos Sistemas de Clasificación. Los PMCs resultaron ser más sensibles que los GRDs a la falta de acuerdo en la codificación de los servicios de Oncología y, por el contrario, los desacuerdos de Cirugía General produjeron mayor variación en el coste por punto Peso.

El Sistema GRD producía Índices de Complejidad más elevados y como consecuencia de ello, el coste por punto Peso resultaba más barato. Por otro lado, los modelos de regresión permitieron confirmar que, si bien las discrepancias en la codificación y selección del diagnóstico principal afectaban significativamente a la complejidad de ambos sistemas, la influencia era mayor en GRDs. Es decir, la selección inadecuada del diagnóstico principal producía una variación mucho mayor en el Peso que en el PIR (0,36 versus 0,10), y la codificación incorrecta de los últimos dígitos del mismo, solamente afectaba de manera significativa a los puntos Peso.

Conclusiones

Los resultados hallados en este trabajo se encuentran dentro del rango observado en los mejores estudios publicados, donde también se descubrieron diferencias entre hospitales y entre servicios. Esta variabilidad debería disminuir, si se quiere trabajar a favor de la equidad en la asignación del gasto hospitalario. Para ello, sería interesante emprender un rediseño del proceso de codificación, haciendo especial énfasis en las fases que implican la interacción entre clínicos y codificadores. Por otro lado, merece la pena recomendar la realización de más estudios que incluyan los procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos, priorizando las patologías más prevalentes y más complejas, hasta llegar a la monitorización de la codificación. El cambio de Sistema de Clasificación hace necesario marcar la atención en los hábitos de codificación, ya que con los GRDs, seleccionar y codificar correctamente el diagnóstico principal, a nivel de todos los dígitos, tiene mucha más repercusión en la complejidad. Para finalizar, cabe recordar que la importancia de la calidad de la codificación es de tal envergadura que el avance en el desarrollo de los SCP depende de ello.

¹ Tesis doctoral dirigida por Francisco Javier Goiriena, defendida el 22 de junio de 2000 en la Universidad del País Vasco. E-mail: osasunka-san@ej.gv.es

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

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



que incluye los aspectos económicos y sanitarios e incorporan numerosos ejemplos y aplicaciones referidas al entorno socioeconómico español. Partiendo de la definición de la salud y la atención sanitaria se analizan cuestiones como los determinantes de la salud, la fijación de precios en los mercados sanitarios, el racionamiento que suponen las listas de espera, el copago como método de disuasión de la demanda, el mercado de medicamentos genéricos o los incentivos que mueven a los gestores de las instituciones sanitarias.

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

Efectividad y eficiencia. Reflexiones al azar sobre los servicios sanitarios.

Cochrane, Archie L. 2000. 104 págs.
Centro Cochrane Iberoamericano y Fundación Salud, Innovación y Sociedad.

Aquí está el texto verdaderamente originario de la medicina basada en la evidencia, un término con el que muchos médicos y otros profesionales sanitarios se han familiarizado y preparado para encarar mejor el nuevo milenio. Inicialmente publicado en 1972, este libro clásico de Archie Cochrane ha tenido una profunda influencia sobre la práctica de la medicina y la evaluación de las intervenciones médicas. Fue el primero en destacar la vital importancia de los ensayos clínicos controlados (ECCs) en la evaluación de la eficacia de los tratamientos y su trabajo en este sentido constituyó una base sobre la que se estableció la Colaboración Cochrane. De gran valor biográfico es la necrología escrita por el propio Cochrane y que se incluye al final del libro, así como sus comentarios sobre el mismo.

Advanced handbook of methods in evidence based healthcare

Stevens, Andrew, Abrams, Keith R., Brazier, John, Fitzpatrick, Ray
2000, 592 Págs.,
26.734 Ptas. (IVA incluido), 160,67 Euros

The Advanced Handbook of Methods in Evidence Based Healthcare provides a comprehensive, state-of-the-art review of the available methods of health care evaluation. It is the product of the British Health Technology Assessment Research Programme. Over 2 million has supported the research behind this book. The 'effectiveness revolution' both in research and clinical practice, has tested methods for health services research to the extreme. Contributors to this ground-breaking volume explore the key debates and issues which include: how should the material from multiple trials be meta-analysed?, what are the practical and ethical limits of clinical trials?, how can health care technologies be assessed in their early stages?. This Handbook provides a synthesis of all of the existing knowledge in these areas, and sets the agenda for future debate and research.

Alternative Medicine: An Objective Assessment
Ed. British Medical Journal, 1999, 656 págs., 57L

With more than 650 science-based, peer-reviewed pages, this book offers balanced coverage on one of today's most controversial topics. Leading authors of the Journal of the American Medical Association (JAMA) and the Archives Journals provide an authoritative assessment of a broad range of topics from the evaluation of treatment modalities to prevalence and use of alternative medicine therapies. It includes overviews and guidance from expert physician specialists, rigorous science-based findings and objective references and reliable perspectives from JAMA and Archives Journals.

Topics include: acupuncture, herbal therapies, nutrition and homeopathy.

INVESTIGACION EN CIENCIAS DE LA SALUD

Metodología de la investigación en ciencias de la salud

Castilla Serna, Luis
2000, 110 Págs
5.060 Ptas. (IVA incluido), 30,41 Euros

Conducir una investigación científica es un proceso complejo en el cual se concatenan diversas acciones: una observación causal, una intencionada; el planteamiento de hipótesis descriptivas y explicativas; la elección de un plan experimental que, a su vez, conlleva metodología, edición, equipos y aparatos; comunicación interpersonal; recolección de observaciones o datos, ordenamiento de los mismos, elaboración de formas para representarlos, ya sea mediante cuadros, tablas o gráficas o cualquier representación numérica; análisis estadístico de las observaciones; interpretaciones mediante el método inductivo; teorización y divulgación del conocimiento generado. Aun cuando la investigación científica representa un proceso muy elaborado, tiene como base principios lógicos y se realiza de manera ordenada a través de cierto número de etapas que son fundamentales para cualquier tipo de investigación.

Investigación científica en ciencias de la salud
Polit, D., Hungler, B.P.
2000, 764 Págs., 6a Edic.,
8.265 Ptas. (IVA incluido), 49,67 Euros

Obra clásica, acreedora de importantes premios y reconocimientos. La sexta edición conserva todas las características que le han dado éxito, pero se le han agregado innovaciones que le harán de mayor utilidad para un público más amplio que se inicia en la investigación y para los profesionales de la salud que evalúan informes de investigación. Como aspectos novedosos cabe mencionar la Presentación Balanceada de Métodos de Investigación Cualitativos y Cuantitativos y la exposición más detallada sobre la Investigación Multimétodica.

Índice: Proceso de investigación. Contextos de la investigación en ciencias de la salud. Diseños para la investigación en ciencias de la salud. Medición y colecta de datos. Análisis de los datos de investigación. Comunicación en el proceso de investigación.

Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria

Luis Carlos Silva Aycaguer. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Ed Díaz de Santos., 2000.

Marco conceptual de las técnicas muestrales. La encuesta y el cuestionario. Muestra simple aleatoria. Muestreo sistemático. Muestreo aleatorio estratificado. Muestreo por conglomerados. Un diseño especial: selección de conglomerados con probabilidades proporcionales a sus tamaños. Muestreo estratificado polietápico. Otras técnicas de muestreo. Muestreo y técnicas estadísticas convencionales. Recursos computacionales para el tratamiento de datos muestrales.

ECONOMIA DE LA SALUD

Economía de la salud
Hidalgo Vega, Alvaro
2000, 366 Págs.,
3.100 Ptas. (IVA incluido), 18,63 Euros

Esta obra, destinada fundamentalmente a economistas y profesionales sanitarios, se estructura en cuatro partes que permiten desarrollar su contenido de forma independiente y gradual en función del tiempo disponible y del grado de profundidad requerido. Los temas se abordan desde una perspectiva interdisciplinar

GESTION SANITARIA

Manual de Gestión para jefes de servicios clínicos
José Jiménez Jiménez
2000, 700 Págs. 8.850 Ptas. (IVA incluido), Ed. Díaz de Santos.

Este libro es el resultado de la colaboración de un grupo numeroso de profesionales de reconocido prestigio del sector sanitario, que han aportado ideas y experiencias innovadoras en la modernización de la atención sanitaria. Dirigido a médicos y enfermeras con responsabilidades de gestión o con interés en la materia, combina teoría y ejemplos en Gestión Sanitaria, para que el lector pueda extraer con facilidad, conclusiones e ideas aplicables en la práctica diaria.

Índice resumido: Principios de gestión sanitaria. El marco referencial básico. Las nuevas formas de gestión en la Sanidad Pública, cuatro ejemplos prácticos (empresa pública, fundación, consorcio, y gestión privada). La gestión de un Servicio Clínico. La búsqueda de la excelencia en la gestión clínica.

Gestión Sanitaria
J.L. Temes, B. Parra
2000, 248 Págs. Ed. McGraw-Hill-Interamericana

Este libro recoge respuestas a preguntas comunes que cualquier médico interesado en implantar la nueva organización se hace: ¿Cómo se hace un contrato programa?, ¿Cuáles son los indicadores a través de los que se van a medir la consecuencia de objetivos? En sus páginas se desgana una metodología sencilla que puede ayudar a un médico, tanto de atención especializada como primaria a implantar una unidad en su lugar de trabajo.

Ethics, management and mythology: the philosophy and politics of contemporary health service management

Loughlin, Michael
2000, 150 Págs
5.686 Ptas. (IVA incluido), 34,17 Euros

This book resists the temptation to offer solutions to the real and complex problems of health service organisation. Rather, it introduces a method of reasoning that is applicable to a vast range of practical problems. The author has set out to equip readers with the knowledge to understand the nature and causes of the problems they encounter and to recognise false solutions. Dr Michael Loughlin holds an honours degree in philosophy and a doctorate in Epistemology. In the early '90s he worked as a research associate within the Department of General Practice at Liverpool University. He currently lectures within the Department of Applied Social Sciences at the Alsager campus of Manchester Metropolitan university. Dr Loughlin has held research posts on the editorial board of Health Care Analysis and has published on a range of subjects including health management, moral philosophy, politics, epistemology and philosophy of the mind.

INDICE: Chapters include: Management, morals and philosophy. The morass of management theory. Philosophy: its applications and its limits. Education for an irrational world.

Decision making in health care
Chapman, Gretchen, Sonnenberg, Frank
2000, 452 Págs
12.688 Ptas. (IVA incluido), 76,26 Euros

Decision making is a crucial element in the field of medicine. The physician has to determine what is wrong with the patient and recommend treatment, while the patient has to decide whether or not to seek medical care, and go along with the treatment recommended by the physician. Health policymakers and health insurers have to decide what to promote, what to discourage, and what to pay for. Together, these decisions determine the quality of health care that is provided. Decision Making in Health Care is an up-to-date, comprehensive overview of the field of medical decision making. It includes quantitative theoretical tools for modeling decisions, psychological research on how decisions are actually made, and applied research on how physician and patient decision making can be improved.

The managed health care handbook
Kongstvedt, Peter R.
2000, 1250 Pags., 4a Edic.,
26.286 Ptas. (IVA incluido), 157,98 Euros

This thoroughly revised and updated book provides a strategic and operational resource for use in planning and decision-making. The Handbook enables readers to fine-tune operation strategies by providing updates on critical managed care issues, insights to the complex managed care environment, and methods to gain and maintain cost-efficient, high quality health services. With 30 new chapters, it includes advice from managers in the field on how to succeed in every aspect of managed care including: quality management, claims and benefits administration, and managing patient demand. The Handbook is considered to be the standard resource for the managed care industry.

Improving care for the end of life: a sourcebook for health care managers and clinicians

Lynn, Joanne; Schuster, Janice Lynch, Kabcenell, Andrea
2000, 408 Pags
9.521 Ptas. (IVA incluido), 57,22 Euros

Using example taken from a year-long collaborative on improving end-of-life care, Improving Care aims to equip readers with the best available advice on how to make substantial improvements in the delivery of health care to seriously ill people who are coming to the end of life. The book is intended audience includes anyone working in health care management, ranging from doctors, nurse managers and social workers, to administrators, hospital chaplains, and directors of volunteer services. Improving Care describes the gains organizations have made, the changes they have attempted and the successes they have achieved. By offering step-by-step stories of successful efforts to provide good end-of-life care, the book provides a template for organizations interested in improving the way people die in Americas health care system and closing the gap between what is known about good end-of-life care and what is actually done for patients. By seeing what didn't work, readers can avoid common pitfalls.

GASTO SANITARIO

Base de Datos "Expendata 1999". Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Expendata es una base de datos, en formato electrónico (CD Rom) diseñada para dar información relativa al Gasto Sanitario en la Comunidad de Madrid. No obstante se facilita información relacionada con el sistema sanitario de dicha comunidad, tales como: indicadores sanitarios, datos demográficos, recursos sanitarios, actividad asistencial y datos económicos.

Se pretenden en un futuro poder realizar comparaciones entre Comunidades autónomas y de éstas con respecto al conjunto del Estado Español y con otras regiones y países miembros de la Unión Europea. Es una herramienta útil para todos aquellos que estén dedicados al análisis y planificación estratégica de la salud, los servicios sanitarios y la distribución de los recursos empleados, que deseen disponer de una información que, por su volumen y calidad, facilite una aproximación al sector sanitario en la Comunidad de Madrid.

Anteriormente se editaron dos ediciones publicadas en los años 1995 y 1997 (2ª edición revisada y ampliada) sobre "El Gasto Sanitario en la Comunidad de Madrid y su financiación 1986-1990"

VARIOS TEMAS

Anuario español de sanidad 2000-2001
Artigas i Candela, Josep
2000, 1930 Pags., 3a Edic
49.950 Ptas. (IVA incluido), 300,21 Euros

Proporciona a los dirigentes hospitalarios y profesionales sanitarios la información esencial y práctica de la sanidad española.

INDICE: Legislación. Normas básicas del Estado. Normativa general del Ministerio de Sanidad y Consumo, del Insalud, del Instituto Social de la Marina, del Isfas, Muface, Mugefu. Normativa General de las Comunidades Autónomas. Normativa de autorización y acreditación de centros y servicios. Normativa adicional. Ministerio de Economía y Hacienda. Estatuto y remuneración del personal. Concierdos de Hospitales. Normativa sanitaria europea. Organización y estructura de la Sanidad. Instituciones de la Unión Europea. Hospitales y centros extrahospitalarios. Colegios profesionales. Asociaciones y entidades sanitarias. Instituciones de carácter académico, docente y de investigación. Entidades de servicios hospitalarios. Proveedores.

Envejecimiento y dependencia: futuros deseables y futuros posibles. Análisis prospectivo
Fundación, Salud, Innovación y Sociedad
Barcelona 2000

En este informe se plantea cómo vivirán las personas mayores y especialmente las muy mayores, de más de ochenta y cinco años en las primeras décadas del tercer milenio, en un contexto de rápido progreso biomédico, bipolaridad del crecimiento económico con aumento de las desigualdades sociales, precariedad laboral con nuevas formas de organización del trabajo, transformación de la vida cotidiana por la movilidad y la tecnología de la información, y por el cuestionamiento de valores y actitudes colectivas en paralelo a la liberalización de las formas de conducta.

Asimismo, se aporta datos para facilitar un mayor realismo en la consideración de las consecuencias sociales del envejecimiento poblacional y la anticipación de sus efectos negativos evitables.

La epidemia del tabaquismo: los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco.

Organización Panamericana de la Salud, 2000, 133 pags., US\$ 25

Este libro ofrece una evaluación de los aspectos económicos del control del tabaco en un informe sencillo y conciso, en el que se revisa la experiencia internacional. Se debate la elevación de los impuestos sobre el tabaco y otras medidas no relacionadas con el precio, como la prohibición completa de la publicidad y la promoción de los cigarrillos. El análisis examina los efectos que las políticas de control del tabaco tienen sobre el empleo y llega a la conclusión de que la mayoría de los países no sufrirán pérdidas permanentes de puestos de trabajo.

El informe examina también los costos de las políticas de control y establece un calendario para la acción de los gobiernos, incluida la ayuda a los cultivadores de tabaco más pobres. Señala asimismo el papel que deben desempeñar los organismos internacionales en la reducción de la carga de muertes prematuras y discapacidades relacionadas con el tabaco.

La intimidad y el secreto médico.

Carmen Sanchez Carazo. (Asesor técnico: Juan Mª Sanchez Carazo) Ed. Diaz de Santos.

Este libro está dirigido a profesionales de la salud, del derecho y todos aquellos que quieran adentrarse en el conocimiento de la protección de los datos de carácter

personal relativos a la salud. En el se trata de fundamentar el derecho a la intimidad y profundizar en los diferentes aspectos, éticos—legales del secreto profesional sanitario. Se estudian los aspectos generales de la historia clínica manual o informatizada, los aspectos a tener en cuenta a la hora de tratar los datos sanitarios de carácter personal. Finalmente examina la problemática que se plantea en algunos casos particulares que por su importancia, bien por el ámbito en el que se recogen los datos, por el fin de su recopilación y tratamiento o por la naturaleza de los datos en cuestión, requiere una atención especial.

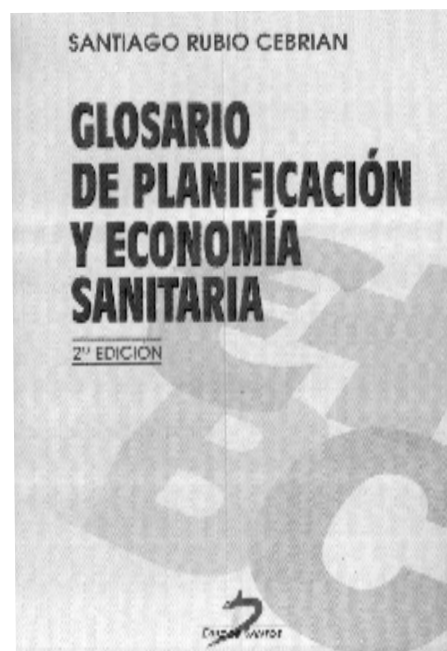
INDICE: Aproximación histórica a la intimidad y privacidad. Precisión noción de los términos intimidad, confidencialidad y privacidad. El derecho a la intimidad. Datos especialmente protegidos. El secreto médico. Protección de datos sanitarios: aspectos generales. Protección de datos sanitarios: casos particulares.

Glosario de planificación y economía sanitaria (2ª edición)

Rubio Cebrián, Santiago. Ed Diaz de Santos S.A. Madrid, 2000, 580 Pags

Una obra de estas características, en la que se definen más de 1.500 términos y expresiones de uso corriente en la planificación estratégica, el desarrollo directivo y la economía sanitarias (incluyendo un vocabulario inglés-español y español-inglés), tiene de un lado, un carácter instrumental, dado que supone una siembra de inquietudes y deseos de profundización en un área del conocimiento de gran actualidad e interés general; y de otro, la demostración de una notable capacidad sistemática y de síntesis, que facilita al estudioso un rico bagaje conceptual e incluso operativo, hace posible la ayuda referencial y deja abiertos atractivos horizontes para seguir perseverando en esta línea del pensamiento.

La conveniencia de la obra justifica su oportunidad en el tiempo porque la literatura disponible en castellano parece insuficiente respecto del creciente interés que estos temas han despertado durante los últimos años entre los profesionales sanitarios; y de ella pueden servirse numerosos y diferentes colectivos comprometidos con la asignación, la planificación y la gestión de los recursos sanitarios, en orden a emplear cada vez con más precisión y exactitud un lenguaje común e integrador. El principal propósito del autor es colocar otro remache más en los puentes de entendimiento, entre los agentes sociales intervinientes en los procesos de atención a la salud, propiciando el cumplimiento de los principios normativos que deben inspirar cualesquiera actuaciones favorecedoras de su mejoramiento.



ACUERDO DE COLABORACION CON EL MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Se han distribuido en el mes de diciembre dos libros a los socios de AES, en virtud del siguiente Acuerdo de Colaboración específica entre la Ministerio de Sanidad y Consumo y la Asociación de Economía de la Salud, para la difusión de dos publicaciones sobre economía sanitaria.

REUNIDOS

DE UNA PARTE: D. Julio Sánchez Fierro, Subsecretario de Sanidad y Consumo.

DE OTRA PARTE: D. Vicente Ortún Rubio, Presidente de la Asociación de Economía de la Salud (en adelante AES).

Y reconociéndose la capacidad legal suficiente con la que respectivamente actúan:

EXPONEN

1. Que AES tiene entre sus objetivos promover y difundir los estudios de Economía de la Salud facilitando la formación de expertos, el intercambio entre profesionales y la confrontación de los estudios e investigadores.
2. Que la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, a través del Servicio de Publicaciones del Departamento, en virtud de los convenios que se vienen suscribiendo con la Universidad Pompeu y Fabra, ha editado los siguientes libros:

– *“Prospectivas de cambios en el sector asegurador en España y su interrelación con el Sistema de Salud”.*

– *“El establecimiento de prioridades en la cirugía electiva”.*

3. Que la Subsecretaría desea que estos estudios alcancen la máxima difusión entre economistas de la salud y profesionales interesados del ámbito sanitario, y, a tal efecto, sin perjuicio de otras modalidades de distribución y difusión, se propone la colaboración específica con la AES para que a través de sus asociados se difundan tales publicaciones.

Es por esto por lo que ambas partes, sin perjuicio de que se establezcan otras líneas de cooperación e intercambios, deciden firmar el presente Acuerdo específico de Colaboración de conformidad con las siguientes

ESTIPULACIONES

Primera.— La Subsecretaría de Sanidad y Consumo a través del Centro de Publicaciones del Departamento, pondrá a disposición de la AES, de forma gratuita, 600 ejemplares de cada uno de los libros citados.

Los libros estarán disponibles para su retirada por la AES, en el almacén del Centro de Publicaciones de este Ministerio, Paseo del Prado, 18-20 (sótano), Madrid.

Segunda.— La AES retirará del Centro de Publicaciones del Ministerio los citados ejemplares antes del próximo día 1 de diciembre, comprometiéndose, en un plazo máximo de tres meses a partir de la retirada, a la distribución personalizada de un ejemplar de los libros, a cada uno de los socios de la AES.

Los costes de distribución personalizada de estos libros correrán a cargo de la AES, quien hará constar en la remisión de los mismos a sus asociados, que esta distribución se hace al amparo del presente Acuerdo de colaboración.

Tercera.— La distribución de estos libros será gratuita y libre de cargas para los asociados de la AES.

Cuarta.— El Boletín Informativo “Economía y Salud” de la AES dará publicidad a estos trabajos y los términos de este Acuerdo.

RELACIONES CON APES

Estamos revitalizando una relación que fue importante en nuestras primeras Jornadas.

Los pasados 16 y 17 de noviembre se celebró el 7º Encuentro Nacional de Economía da Saúde en Lisboa (Torre del Tombo). Vicente Ortún moderó una mesa en la que participó Beatriz González con *‘Veinte años de estudios sobre equidad y salud en España’*. Fernando Antoñanzas presentó otra ponencia sobre *‘Impact of the studies of economic evaluation in the health care decision making’*. Ambos ponentes fueron seleccionados por los portugueses, cuya asociación cuenta con destacados economistas académicos, por ejemplo, el que ha sido presidente durante estos tres últimos años, -Pedro Pita Barros- y el presidente elegido la semana pasada, Joao Pereira. Confiamos en que ambos participen en nuestras XXI Jornadas en Oviedo. La información sobre el Encuentro está en <http://planeta.clix.pt/economia-saude>.

Últimos “Documentos de Trabalho” editados por APES:

– 4/1999 Pereira J.; Mateus C.; Amaral M.J., *Costos da obesidade em Portugal*.

– 1/2000 Barros P.P.; Martínez-Giralt X., *Public and private provision of health care*.

– 2/2000 Lima M.E., *A produção e a estrutura de custos dos hospitais públicos: uma aplicação de um modelo translogaritmico*.

– 3/2000 Machado M.P., *Dollars and performance: cost effectiveness of substance abuse treatment in Maine*.

Los interesados en solicitar copias, pueden dirigirse a APES:

E-mail: apes@mail.telepac.pt.

RELACIONES CON AES ARGENTINA

Reproducimos los pactos más importantes del Convenio de Colaboración firmado con AES (Argentina) en junio de 1998.

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

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

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

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

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

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

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

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

BECA BAYER DE INVESTIGACIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD

Xª Edición – Enero de 2001

La ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD convoca una Beca para un Proyecto de Investigación en Economía de la Salud creada a propuesta y financiada por Química Farmacéutica BAYER, S.A. Su concesión se hará de acuerdo a las siguientes

B A S E S

- Se concederá una única Beca a un Proyecto de Investigación en Economía de la Salud, original e inédito.
- Podrán optar a esta Beca aquellos proyectos en el campo de la Economía de la Salud cuyo investigador principal desarrolle su actividad profesional en España.
- El desarrollo total del Proyecto debe realizarse necesariamente en España.
- Podrán optar a la Beca aquellos Proyectos iniciados o en curso siempre que no hayan sido completados en su totalidad y no hayan recibido ninguna otra subvención de entidades privadas. No se podrán presentar Proyectos que opten a otros premios o becas de investigación similares (nacionales o extranjeros).
- Para concursarse enviará original y cuatro copias del Proyecto de Investigación a la secretaría de AES (Cerdeña, 229-237, 6º 4ª, 08013 Barcelona). El plazo de entrega de los Proyectos termina el 28 de abril de 2001.
- La Memoria del Proyecto de Investigación debe constar de los apartados siguientes:
 2. Nombre de los Investigadores, haciendo constar el nombre del investigador principal y el Centro de trabajo.
 2. Antecedentes sobre el tema del Proyecto de Investigación, o interés científico y práctico del mismo.
 3. Objetivos generales y específicos de la investigación.
 4. Material y Métodos, incluyendo fases de desarrollo y tiempo de duración estimado, que no debe ser superior a 18 meses. A Juicio del Tribunal, se podrá ampliar la duración hasta un máximo de 6 meses.
 5. Resultados y conclusiones.
 6. Análisis de la viabilidad del Proyecto de Investigación, detallando los medios necesarios para su realización y justificando la disponibilidad de los mismos.
 7. Curriculum de los Investigadores participantes, con especial referencia a la experiencia y publicaciones sobre el tema del Proyecto de Investigación.
- La Beca tiene una dotación de 1.000.000 de pesetas, entregándose en tres fases:
 - Una primera entrega de 300.000 pesetas en el momento de su concesión.
 - Una segunda entrega de 300.000 pesetas transcurridos 6 meses de la iniciación del Proyecto de Investigación, previo Visto Bueno de los Miembros del Tribunal, y tras la presentación de un informe de la evolución de dicho Proyecto en la secretaría de la AES.

– La última entrega de 400.000 pesetas al ser aprobado por el Tribunal el trabajo terminado en su redacción definitiva. El trabajo irá acompañado de un resumen no superior a 1.000 palabras.

- El Tribunal estará formado por tres miembros de AES, nombrados por la Junta directiva, y un Representante de Bayer, que actuará como Secretario, sin voto.
- Los investigadores que hayan ganado alguna de las Becas Bayer en ediciones anteriores, podrán optar a la convocatoria actual, siempre y cuando hayan entregado la redacción definitiva del trabajo ganador.
- La concesión de la Beca no supone el pago de los importes pendientes cuando el investigador incumpla alguna de las Bases a Juicio del Tribunal.
- Se hará entrega de la Beca en las XXI Jornadas de AES, que tendrá lugar en Oviedo del 6 al 8 de Junio de 2001.
- Las decisiones del Tribunal son inapelables. La Beca podrá declararse desierta si, a Juicio del Tribunal calificador, se estimase que el trabajo o trabajos presentados no reúnen el nivel profesional, económico o técnico adecuado. En este caso, el importe de la Beca se dedicará a otro tipo de ayudas, de común acuerdo entre AES y Bayer.
- Bayer se reserva el derecho de la difusión del trabajo premiado. De ser publicado el trabajo, deberá hacerse referencia a haber recibido la Beca inmediatamente después del título y relación de los investigadores.

COSTES DE DIÁLISIS EN CD ROM

El grupo de costes de diálisis de AES y la Sociedad Española de Nefrología que coordina el Dr. Julio E. Marco, ha presentado un taller de costes en las V Jornadas de Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios el pasado 9 de noviembre de 2000. En dicho taller se ha presentado una aplicación informática que permite analizar los costes de cada centro, y compararlos con un modelo estándar de costes. Pueden analizarse tanto la hemodiálisis como la diálisis peritoneal.

Existe una cantidad limitada de CD Rom disponibles, que pueden solicitarse al patrocinador del taller. Baxter SA. Contacto: Sr. Jesús Aguilar. E-mail: aguilaje@baxter.com

SE BUSCA ECONOMISTA DE SALUD

Empresa farmacéutica internacional desea cubrir un puesto de economista de la salud para su departamento de «Outcomes Research». Sería deseable disponer de experiencia en evaluación económica. Los interesados pueden solicitar en la Secretaría de AES el teléfono y persona de contacto.

NUEVO SOCIO INSTITUCIONAL

Damos la bienvenida a: Presidencia del Gobierno. Departamento de Bienestar y Educación. Complejo de la Moncloa. Edificio Semillas. 28071 MADRID.

POSICIONES

Carlos Hernanz se ha incorporado a GlaxoWellcome en calidad de Director Comercial.

Juan Manuel Reol ha sido nombrado máximo responsable de la Real Academia de Farmacia.

REUNIONES DE JUNTA DIRECTIVA

El 30 de noviembre de 2000 se reunió la Junta Directiva en Valencia, con motivo de la lectura de la tesis doctoral de Ricard Meneu.

Los principales puntos tratados fueron:

- Valoración de las XX Jornadas en Palma. El déficit económico generado se compensa por el éxito de las Jornadas desde el punto de vista científico.
- Situación organizativa de las XXI Jornadas en Oviedo. Se confirma la participación de Joseph Stiglitz. Se intensifican los contactos con las sociedades APES y AES Argentina. Habrá más premios a comunicaciones y pósters. Se ofrece a médicos jubilados el mismo trato a efectos de inscripción que a estudiantes y becarios.
- Jornada Técnica de Cádiz. Se mantiene el contacto con los organizadores, para octubre de 2001.
- Nombramiento del tribunal de la Beca Bayer. Se proponen a Salvador Peiró, Juan M. Cabasés y Juan Ventura.
- Informes Técnicos de AES. Se comenta la renovación del convenio con Gaceta y los tres informes encargados para el año 2001:
 - Casado D.* "Efectos del envejecimiento demográfico sobre los servicios sanitarios: mitos y realidades".
 - Cabasés J., Martín J., López del Amo P., Montero R.*, "Sistemas y modelos de financiación autonómica de la Sanidad"
 - Meneu R.* "Distribución de productos farmacéuticos: alternativas y financiación".
- Directrices para la organización de Jornadas. Guía de Buena Práctica Congresual. Se aprueba el documento.
- Socios institucionales. Se acuerda intensificar la captación de socios institucionales. El impreso de solicitud está en la página web.

NOVEDADES EN WWW.AES.ES

Cumpleaños feliz. Ya hace un año que estamos en la web. Hora es por tanto de, como siempre, reflexionar sobre nuestra andadura cibernética, felicitarnos de los aciertos y actualizar puntualmente para mejorar.

Dos buenas prácticas:

- satisfacer al cliente, preocupado por la dificultad de los trámites de ingreso en nuestra Asociación (www.aes.es/comosersocio.doc), y
- la vuelta a las fuentes, relejendo nuestros Estatutos (art. 4ºb), que también se encuentran en la web - www.aes.es/aes/estatutos.pdf,

aconsejan modificar y facilitar el procedimiento hacerse socio de AES, eliminando el requisito de la firma de dos socios que lo avalen y sustituyéndolo por adjuntar 'un currículum vitae que acredite los méritos y actividades específicas del solicitante. Estos méritos serán juzgados por la Comisión de Admisión de la Junta Directiva, cuyo dictamen deberá ser finalmente aprobado por la Junta Directiva y ratificado por la Asamblea General en la primera reunión posterior a aquella'. Manos a la obra, hemos rehecho el documento de ingreso en AES, cuéntanos quién eres, en qué trabajas y qué te interesa y te daremos una sonora bienvenida a AES (entre otros, tu nombre de usuario y tu clave de acceso a los contenidos de la web restringidos, este boletín *Economía y Salud*, *Gaceta sanitaria*, *European Journal of Public Health*, el libro de las Jornadas anuales).

Las XXI Jornadas de Economía de la Salud *Coordinación e Incentivos en Sanidad* que se celebran en Oviedo, del 6 al 8 de junio, ya tienen su sitio en la web www.aes.es/jornadas/op-XXI.html, donde se incluye un hiperenlace a www19.uniovi.es/aes/. Este año se convocan 10 Bolsas de Viaje por valor de 50.000 ptas. para socios menores de 30 años con comunicaciones admitidas para facilitar la asistencia a estas XXI Jornadas. Podéis ver los detalles en www.aes.es/convocatorias/op-bolsaviajes.html. Se convoca asimismo una bolsa de viaje de hasta 100.000 ptas. para socios con comunicación aceptada en la 3rd iHEA Conference (York, 22-25 de julio de 2001). En la ventana de novedades de la página encontraréis igualmente un hiperenlace a la información de este congreso www.ihea2001york.org.uk.

La convocatoria de la Beca Bayer este año ya no está restringida a socios de AES. Animaos, consultar en la web, www.aes.es/convocatorias/op-becabayer.html las bases y la larga trayectoria de esta convocatoria fomentando la investigación en Economía de la Salud y presentad vuestros trabajos antes del día 5 de abril de 2001. En las próximas Jornadas de Oviedo, del 6 al 8 de junio, se fallará el resultado y se asignará una beca de 1 millón de pesetas al trabajo seleccionado por la Comisión nombrada al efecto.

Este primer boletín del siglo se incorporará también puntualmente en el apartado de publicaciones de nuestra página www.aes.es/publicaciones/op_economiaSalud.html. En breve se incorporará asimismo el último informe técnico acordado entre AES y Gaceta Sanitaria y encargado a David Casado *Efectos del envejecimiento demográfico sobre los servicios sanitarios: mitos y realidades* en www.aes.es/publicaciones/op-informesaes.html.

Varios

- Insistimos en que actualicéis vuestros datos de correo electrónico en www.aes.es/miembros/form_mod.asp. El resto de los datos que debéis también actualizar de vuestra ficha, hacedlo por correo electrónico a Paula Bagés en la Secretaría de AES: secretaria@aes.es
 - Se ha hecho referencia al envío de los libros de las XX Jornadas a los socios que no fueron a Palma.
 - Se ha dado noticia de un puesto de trabajo en Baxter SL, y de la publicación de un CD ROM de costes de hemodiálisis y diálisis peritoneal.
- Como siempre, contamos con vuestra ayuda para, como introducíamos esta nota, actualizar cumplidamente los contenidos y formatos en www.aes.es.

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

ASOCIACIONECONOMIADELA 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