Economía y Salud

boletín informativo

AÑO 10 MAYO 1997 nº 26

ASOCIACION DE ECONOMIA DE LA SALUD

en este número

pág.

EDITORIAL 1

FORMACION 2
– MDOH

PROXIMAS REUNIONES 3

XVII JORNADAS DE AES 3

TEMAS
– La descentralización de competencias de gasto público 5
– Coste-efectividad de una alternativa en el diagnóstico de retinopatía diabética 6

INVESTIGACION
– Evaluación económica de tres alternativas anestésicas en cirujía ambulatoria 7
– Utilización inapropiada de la hospitalización 8

LIBROS 9

VARIOS 10

NOTICIAS DE AES 12

HEMEROTECAES
Serie 5
(Páginas centrales) .... XVII a XX

A.E.S.
Sardenya, 229 - 6º 4ª
Teléfono 93-231 40 66
Fax 93-231 35 07
08013 BARCELONA

HORARIO
Lunes a Viernes:
de 10 a 2 y de 3 a 7

editorial

"QUASI-MERCADOS", "QUASI-REFORMAS" O REFORMAS SANITARIAS EN PROFUNDIDAD

Pere Ibern

La rigidez estructural de la asistencia sanitaria ha llevado a apostar por introducir algunos mecanismos de mercado por parte de muchos gobiernos de países occidentales. La propuesta de quasi-mercados, formalizada por LeGrand en 1991, trataba de argumentar la separación entre compradores y proveedores de servicios. A medida que propuestas como la responsabilidad presupuestaria de los médicos generales, o la competencia entre compradores, se ha aplicado han nacido nuevas preocupaciones sobre sus efectos.

La discusión sobre las oportunidades de introducir mayor eficiencia mediante cambios organizativos debe tener en cuenta inicialmente dos aspectos principales: la asistencia sanitaria se desarrolla en un entorno de seguro y la consideración elemental de los costes de transacción de distintas formas organizativas. La propuesta de quasi-mercados pone énfasis en la separación comprador-proveedor pero desatiende el hecho de que los pacientes están asegurados bajo una cobertura universal. Se preocupa de la provisión pero desatiende la financiación.

Cualquier reforma sanitaria debe preocuparse tanto de la oferta como de la demanda, tanto de asistencia sanitaria como del hecho asegurador. La reforma no puede descansar sólo en reformas desde la oferta de servicios. Mientras que existe un consenso amplio sobre la cobertura universal mediante impuestos resulta más discutido como pueden introducirse cambios organizativos en el entorno actual. La cobertura universal ofrece la garantía de asumir financieramente los costes ante la incertidumbre de cuando aparecerá la enfermedad y los gastos en que se incurrirá.

Sin embargo, cada vez más los usuarios solicitan que se asegure no sólo financieramente la prestación sino que se asegure también el acceso a la prestación en determinadas condiciones. Con el objetivo de limitar listas de espera, en algún lugar del sistema debe introducirse tal responsabilidad. Como sistema de seguro, el Sistema Nacional de Salud necesitará ofrecer tal posibilidad a los ciudadanos, descentralizando esta función aseguradora de carácter financiero con una función adicional aseguradora del acceso. Las Áreas de Salud son justamente el espacio natural donde tal responsabilidad podría recaer en términos similares a lo que ya proponía la Ley General de Sanidad. De esta forma las Áreas ejercerían la función de compradores de servicios por una población a la que deben garantizar el acceso en términos adecuados (calidad y tiempo). Para ello las Áreas establecerían un acuerdo con el Financiador (Servicio de Salud) que reflejara tal compromiso a cambio de un presupuesto según la población ajustada.

Editor del Boletín: **Txomin URIARTE**

Han colaborado en este número: **Pere IBERN, Fidel CAMPOY, Jaume PUIG, Carles MURILLO, Pedro SERRANO, Jose ASUA, Joan ROVIRA, Salvador PEIRO, Itxaso MUGARRA, Francisco-Javier BRAÑA, Asun GUTIERREZ, Paula BAGES, Alberto J. ABERASTURI, Héctor D. FERNANDEZ, Caterina RAMON, Xabier ONAINDIA y los hemerotecaedores.**

Las Áreas de Salud tendrían un conjunto de afiliados (respondiendo a su característica aseguradora), dejarían su estricto fundamento geográfico (área) para convertirse en planes de asistencia sanitaria. En zonas de elevada densidad demográfica se permitiría la elección entre distintos planes de asistencia sanitaria. La ***competencia entre planes de asistencia sanitaria*** *daría lugar a un mayor esfuerzo para satisfacer necesidades de los usuarios mediante un conjunto de servicios con una calidad y acceso admisibles. La competencia se ejercería no mediante la reducción de precios (ya que cada plan recibe un monto según afiliado) sino 'votando con los pies', marchando de un plan hacia otro.*

Los planes de asistencia sanitaria deberían dotarse de instrumentos de gestión aseguradora en sanidad. Especialmente necesitarían aplicar mecanismos de revisión de utilización al lado de potentes sistemas de información que identificaran población, proveedores y costes incurridos para cada prestación recibida por los afiliados.

Mientras que la competencia monopolística entre Áreas de Salud o planes de asistencia sanitaria bajo cobertura universal puede fundamentarse económicamente, no resulta similar el argumento para la competencia entre proveedores sanitarios.

Cuando los hospitales compiten entre sí no necesariamente se generará una mayor eficiencia. En la literatura económica existen abundantes referencias al respecto que sostienen el argumento de la 'carrera armamentística sanitaria'. Los hospitales tratarán de aumentar la calidad observable por los usuarios y de esta forma la competencia por la calidad no necesariamente bajará costes, en un entorno donde el usuario no sufraga los costes

En la atención primaria las oportunidades de competir en calidad se transforman ocasionalmente en competencia por la complacencia y, si no hay asunción de riesgos, tampoco se reducen los costes.

Por todo ello se impone la cautela ante las propuestas de competencia entre proveedores. Algo distinto y necesario es afirmar la necesidad de que los contratos entre Planes de Asistencia Sanitaria y Equipos de Atención Primaria u Hospitales sean los adecuados. Precisamente el esfuerzo de diseño organizativo debería situarse en los ***contratos entre los planes de asistencia y los proveedores*** *(la entidad aseguradora descentralizada).*

Y finalmente un apunte sobre la demanda. Si quien decide no asume los costes, las posibilidades de comportamiento oportunista aumentan considerablemente. En sanidad, entre otros, deciden los médicos y los pacientes. Por una parte, los instrumentos de revisión de utilización pretenden evaluar decisiones de los médicos y los contratos pretenderán introducir incentivos correctos (managed care). Pero por la otra será necesario incorporar mecanismos de participación en el pago por parte del usuario. El efecto sobre la demanda del copago se mostró con claridad en el "Rand Health Insurance experiment" y a pesar de ello los efectos sobre la salud no pudieron confirmarse. El estudio es lejano en el tiempo y en el lugar, y sus predicciones pueden ser inadecuadas en nuestro entorno. Sin embargo, en las visitas a los servicios de urgencias se producen crecimientos preocupantes (4% anual) que al lado de que reflejen dificultades en otros niveles de atención, también muestran una preferencia respecto a la medicina de supermercado, 'comprar y salir con las botas puestas' o casi. Si lo que reflejan es preferencia y ello es costoso ¿por qué no asumir parcialmente los costes por parte del usuario?. Al lado de un copago deberían establecerse mecanismos para que existiera un máximo de contribución anual en copagos al sistema y así evitar que los más enfermos y necesitados fueran los más afectados. Los costes administrativos de puesta en marcha de tal sistema disminuirían en la medida que se realizaran en el marco de cuentas de ahorro sanitarias obligatorias con tratamiento fiscal favorable.

Así pues oferta y demanda de seguro y de asistencia son el fundamento para una reforma en profundidad desde una perspectiva económica. Los avatares de la discusión política no podrán desatenderse, pero una reforma basada desde los principios que ofrece la economía puede ayudar a su consistencia. ■

formación

UN PROGRAMA DE FORMACION ON LINE POR INTERNET

MASTER EN DIRECCION Y ORGANIZACION DE HOSPITALES. (MDOH)

UNIVERSIDAD POLITECNICA DE VALENCIA. (UPV)

El programa Master MDOH consta de dos ciclos (correspondientes a dos años académicos), uno de los cuales se realiza con sesiones presenciales de duración (6 semanas), mientras que el segundo ciclo combina seminarios presenciales con la enseñanza pro vía telemática; el alumno puede acceder a la realización del mismo al comenzar cualquiera de los dos ciclos.

Al inicio del curso, se facilitó al alumno la conexión a Internet y el software de comunicaciones y correo electrónico necesario para ello. A partir de ese momento tiene acceso al servidor Web del CIEGS.

La comunicación de los alumnos con el profesorado y con el resto de los alumnos se realiza mediante un conjunto de utilidades en entorno Windows que permiten de manera interactiva: recoger el material docente, realizar consultas a los profesores, ponerse en contacto con el resto de alumnos y participar en grupos de discusión interactivos (aula virtual).

Para cada asignatura están previstos seminarios presenciales en los cuales se integran disertaciones teóricas, experiencias y casos reales, corrección de las Unidades Didácticas y sesiones de discusión.

Para el óptimo seguimiento de los cursos, la configuración del PC recomendado para los alumnos es como mínimo: procesador 486DX/8 MB RAM/40 MB de espacio libre en el disco duro, Modem 14.400 pbs. y el sistema operativo Windows instalado. El alumno deberá tener conocimiento de la hoja de cálculo Excel.

Información

Centro de Investigación en Economía y Gestión de la Salud (CIEGS)
Universidad Politécnica de Valencia.
C/ Menendez Pelayo,10.
46010 VALENCIA.
Tel. 96/387 70 62.
Fax. 96/387 79 62
E.mail: mdoh @ upvnet.upv.es
Internet: http/www.upv.es/hospital ■

próximas reuniones

8º CONGRESO ANUAL DE ALASS

Lugar: Granada
Fechas: 19 a 21 junio 1997
Organiza: Asociación Latina para el Análisis de los Sistemas de Salud (ALASS)
Información:
ALASS
Apdo Correos 30 028
08080 Barcelona
Fax: 93 - 2023314
Email: alass @ bcn. servicom.es

I CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE MODELOS Y MÉTODOS APLICADOS A LA BIOLOGÍA Y A LA MEDICINA

Organiza: Universidad de Alicante
Lugar: Alicante
Fechas: 30 junio a 3 julio 1997
Información:
ESOC
Tel.: 96.5229940
Fax: 96.5922346

58 COLLOQUE INTERNATIONAL A.E.A

"Economie du médicament, evaluatio economique et aide á la décision"
Lugar: Québec
Fechas: 18 y 19 septiembre 1997
Información:
AEA Santé
Fax: 33.72431044
Email: gduru @ cismsum.univ-Lyon 1.fr

2nd INTERNATIONAL CONFERENCE ON SCIENTIFIC BASIS OF HEALTH CARE and 5th ANNUAL COCHRANE COLLOQ!JIUM

Lugar: Amsterdam
Fechas: 5 a 12 octubre 1997
Información:
Congres Office SB/CC97
Bureau PAOG - Amsterdam
Tafelbergweg 25
NL - 1105 BC Amsterdam (Holanda)
Tel.: 31.20 5664801
Fax: 31.20 6963228

XV CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Lugar: Reus (Tarragona)
Fechas: 21 a 24 octubre 1997
Información:
Reunious i Ciencia, S.L.
Calabria 273 - 275, Entlo. 1ª
08029 Barcelona
Tel.: 93.4108646
Fax. 93.4303263

V ANNUAL MEETING OF EUROPEAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION (EUPHA) y VII CONGRESO DE SESPAS

"The Health of the Regions in Europe"
Lugar: Iruñea/Pamplona
Fechas: 19 a 22 noviembre 1997
Información:
Juan M. Cabasés,
Universidad Pública de Navarra,
Dep de Economía, Campus de Arrosadía
31006 Pamplona
Tel.: 948-169420 - Fax.: 948-169404
E-Mail: EUPHA-SESPAS@ upna.es
Página Web:
http://animal.upna.es/economia/eupha

XVII jornadas de economía de la salud

Murcia, 21 a 23 de mayo de 1997
Costes y calidad en la contratación de servicios de salud

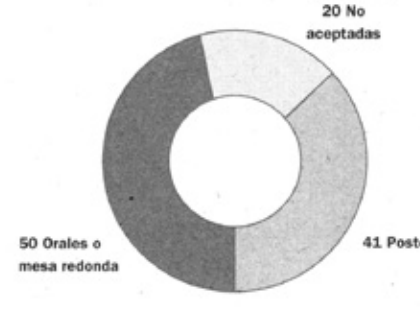
CONFERENCIANTES EXTRANJEROS

Martin Chalkley es profesor de la Universidad de Southampton y sus contribuciones e han realizado en el ámbito de la economía contractual, incentivos e información, economía del trabajo y ciclos de negocio. Sus últimos trabajos se han desarrollado en torno al diseño de contratos en el NHS. La biografía del profesor Martin Chalkley puede encontrarse en : http://www.soton. ac. uk/%7eeconweb/mc.html

Richard Scheffler es profesor de la Universidad de California, Berkeley y pertenece asimismo al Health Policy Institute y al Institute for Health and Aging de la Universidad de California, San Francisco. Es editor de "Advances in Health Economics and Health Services Research" y entre sus contribuciones destacan las relativas a seguros, evaluación de programas y economía de la salud mental.

Albert Ma es profesor de la Universidad de Boston y sus contribuciones se han centrado en teoría económica y organización industrial así como en sus aplicaciones a la asistencia sanitaria.

COMUNICACIONES PRESENTADAS (111)



XVII jornadas de economía de la salud

PROGRAMA CIENTIFICO

MIERCOLES 21

9:30 Inauguración

Conferencia

10:30 **Martin Chalkley:** "La experiencia de contratación en U.K."

11:00

11:30

12:00

12:30

14:00

14:30

16:30

19:00

19:30

- Sala B. Mesa redonda — "Formas organizativas en la asistencia sanitaria"
- Sala 1. Conferencia — **Richard Scheffler:** "Competencia gestionada en entornos de seguro público"
- Sala 2. Comunicaciones — "Cálculo de Costes"
- Sala B. Mesa redonda — "Coordinación entre la atención primaria y especializada"
- Sala 1. Comunicaciones — "Evaluación económica"
- Sala 2. Comunicaciones — "Eficiencia"

JUEVES 22

Conferencia

Albert Ma: "Calidad y costes en la contratación de Servicios de Salud"

- Sala B. Mesa redonda — "Incentivos"
- Sala 1. Conferencia — "Decisiones clínicas, calidad y coste"
- Sala 2. Comunicaciones — "Contratación de servicios"
- Sala B. Comunicaciones — "Evaluación económica de intervenciones sanitarias"
- Sala 1. Mesa redonda — "Equidad y financiación"
- Sala 2. Comunicaciones — "Decisiones clínicas calidad y costes"

Asamblea AES

VIERNES 23

Conferencia

Guillem López-Casasnovas: "La financiación de la sanidad pública española"

- Sala B. Mesa redonda — "Financiación de los servicios de salud de las CC.AA."
- Sala 1. Conferencia — "El cálculo de costes de centros sanitarios. La propuesta de la AECA"
- Sala 2. Comunicaciones — "Políticas de equidad"

Conferencia

Enrique Castellón

Clausura

LA DESCENTRALIZACIÓN DE COMPETENCIAS DE GASTO PÚBLICO. EL CASO DE LA SALUD. (1)

Francisco-Javier Braña (2)

La teoría del federalismo fiscal se ha centrado preferentemente, como ocurre en muchas otras áreas de la Economía Pública, en la vertiente de los ingresos públicos. Pero en lo que respecta a la vertiente del gasto público, las referencias teóricas son muchisimo más escasas.

El **enfoque teórico** predominante se pregunta cómo descentralizar óptimamente, cuáles son los requisitos técnicos para ello, surgiendo de ahí la teoría del federalismo fiscal. Tomando como referencia la propuesta de Musgrave de funciones fiscales del Estado, el punto de partida lo constituye sin duda el llamado "Teorema de Oates" (Oates, 1977), que postula la superioridad de la descentralización en la provisión de los bienes públicos, esto es, de la consecución de una mejor eficiencia asignativa. Este análisis se complemente con la propuesta de Musgrave (Musgrave y Musgrave, 1991) de diseño de un tamaño óptimo de la jurisdicción fiscal. En lo que respecta a la función de redistribución sólo en casos muy especificos podría descentralizarse, estando más a favor de la descentralización aquéllos que creen que hay que someter al gobierno a restricciones para que no se vuelva demasiado grande o ineficaz, en particular en el ámbito de las políticas redistributivas. Por último, se excluye a los gobiernos locales y regionales de las funciones de estabilización y crecimiento económico, aunque matizándose en función de cuál sea el grado de autonomía financiera que hayan alcanzado, pues a mayor autonomía mayor implicación en ambas funciones.

Sobre esta base, hemos realizado un trabajo de investigación con un **doble proposito.** En *primer lugar*, revisar la literatura disponible sobre la teoría de descentralización fiscal, buscando sus aportaciones y sus limitaciones, para a partir de ahí tratar de ofrecer un marco de referencia algo más útil en el diseño de un proceso de descentralización de competencias de gasto. Con este fin se desarrolla un modelo que da la misma importancia a las variables político-institucionales y a los criterios técnicos, del tipo propuesto entre otros por Breton y Scott (1978) y Bennett (1987), al parecernos mucho más adecuado que el modelo exclusivamente teórico dominante en la actual teoría del federalismo fiscal. Desde este enfoque, la tarea a realizar es triple:

a) Diseñar un **cuadro comprensivo de las diferentes actuaciones** del Sector público que sea operativo para su posible atribución a uno u otro nivel jurisdiccional. A nuestro juicio, el mejor cuadro es el que proporciona la clasificación funcional del gasto público, utilizada al menos con un nivel de desagregación de dos dígitos.

b) Establecer un conjunto de criterios que orienten la atribución a cada nivel de las funciones seleccionadas por la tarea precedente, combinando los de carácter técnico con los político-institucionales. Los **criterios técnicos** serían cinco: i) el área de beneficiarios; ii) la consistencia con los objetivos fundamentales de la politica monetaria; iii) la presencia de economías de escala; iv) la existencia de externalidades, aplicando el principio de equivalencia fiscal; y v) la uniformidad técnica y la unidad de políticas. Los **criterios político-institucionales** son dos: i) las exigencias políticas ligadas a peculiaridade regionales; y ii) la consistencia política derivada de la existencia de un consenso sobre el grado de la descentralización.

Estos criterios deben ser modulados por el alcance legal y el grado de intervención cualitativa en el que se van a ejercer las competencias. Por una parte, hay que distinguir al respecto si las competencias son *exclusivas* o *compartidas*, diferenciando en este último caso si la competencia incluye el desarrollo legislativo y reglamentario y la ejecución, o sólo la mera ejecución. Y complementariamente, si se trata de regular, armonizar, o coordinar las diversas competencias, en la línea propuesta por el Informe Mac Dougall.

c) **Evaluar el coste** del proceso de descentralización. Para ello debe disponerse de un modelo de negociación entre los diversos gobiernos que han de integrar o integran la estructura federal o descentralizada.

La descentralización de la sanidad en España.

Nuestro *segundo propósito* es la aproximación al proceso de descentralización ocurrido en España, gracias al pacto alcanzado con la Constitución de 1978. Se trata de estudiar qué competencias han sido descentralizadas y a qué nivel de responsabilidad. Y después hay que preguntarse por qué unas sí y otras no, por qué a unos y no a otros.

Cuadro 1
FUNCIONES DE GASTO

Sanidad	NIVEL DE JURISDICCIÓN	ALCANCE LEGAL	FUNCIONES
	Resumen de los criterios	Exclusivas o Compartidas	Coordinar, Armonizar, Regular
Administración general	R	Ex, AC y CA	-
Investigación	C	Ex, AC y CA	Co
Hospitales, clínicas y centros medicos	C,R	Ex, CA	Co
Servicios sanitarios particulares (vacunas, etc)	C	Ex, CA	Co

C: Central; R: Regional; -: Carece de aplicación / AC: Administración Central; CA: Comunidades Autónomas / Ex: Exclusiva; Co: Coordinación.

El **Cuadro 1** recoge los anteriores criterios, referidos a la función Salud, tratando de ofrecer en la columna *"Nivel de jurisdicción"* una recomendación sobre la deseabilidad de la descentralización.

Tras haber efectuado una serie de pasos y realizado los ajustes necesarios, el **Cuadro 2** presenta, con el detalle de la clasificación funcional, una comparación entre las recomendaciones teóricas y la realidad del proceso de descentralización de competencias de gasto público en España en el caso de la salud. Para ello, las Comunidades Autónomas se clasifican en

tres grupos, en función de que el nivel de poder en el ejercicio de las competencias se considere Muy alto, Alto o Medio alto.

Dada la importancia de la función *Salud*, que en principio puede considerarse como un bien técnicamente privado, y cuya provisión puede ser pública o privada, las discrepancias entre competencias exclusivas con restricción constitucional y competencias de desarrollo legislativo asignadas en los Estatutos de Autonomía y las competencias de ejecución que nuestro análisis atribuye a ambas funciones es, además de evidente, preocupante desde los principios del análisis económico.

Cuadro 2
COMPETENCIAS DE GASTO PÚBLICO

	TEORIA		REALIDAD				
	NIVEL JURISD.	Funciones	N. PODER	NIVEL JURISDICCION			
Función de gasto				R	R, C	C, R	C
Hospitales	C, R	Co	Muy alto		2		
			Alto		5		
			Medio alto		9		1
Clínicas	C, R	Co	Muy alto		2		
			Alto		5		
			Medio alto		9		1
Sanidad e Higiene	C, R	Co	Muy alto		2		
			Alto		5		
			Medio alto	2	8		
Ordenación farmaceútica	C		Muy alto		2		
			Alto		2	1	2
			Medio alto				10
Productos farmaceúticos y equipamiento médico	C		Muy alto				
			Alto		1		1
			Medio alto				
Desarrollo experimental e investigación aplicada a la salud y sistema médico	R, C	Co	Muy alto		2		
			Alto		5		
			Medio alto		9		1
Otros (informes,estadísticas y presupuestos	R		Muy alto	2			
			Alto	5			
			Medio alto	10			

C: Central; R: Regional; Co: Coordinación.

(1) Se resumen aquí los resultados de un amplio trabajo de investigación, "La descentralización de competencias de gasto público. Teoría y aplicación a España", que será publicado en breve por la editorial Civitas.

(2) Departamento de Economía Aplicada IV.Facultad de Derecho. Universidad Complutense de Madrid.

COSTE-EFECTIVIDAD DE UNA ALTERNATIVA EN EL DIAGNÓSTICO DE RETINOPATÍA DIABÉTICA

Mª Asun Gutiérrez

La retinopatía diabética (RD) es una de las causas más importantes de pérdida de agudeza visual y ceguera. Está probado que mediante una detección y un tratamiento precoz, pueden reducirse la incidencia y progresión de las complicaciones que se derivan de la diabetes mellitus. No obstante, debido a la cronicidad del proceso diabético y al procedimiento diagnóstico empleado en la actualidad, consistente en *examen de fondo de ojo mediante oftalmología directa o indirecta con midriasis farmacológica*, el 30% de estos enfermos jamás han tenido una exploración de fondo de ojo y menos del 40% no han recibido una exploración funduscópica anual.

Ante esta problemática, *Osteba* en colaboración con un grupo de investigadores emprendieron el estudio de la efectividad y eficiencia de la cámara de retina no midriática de 45º, con obtención de fotografía, como alternativa al método tradicional para detectar una RD.

El **análisis de la efectividad** se realizó mediante un estudio epidemiológico observacional en el Hospital de Cruces (Bizkaia) durante el periodo comprendido entre agosto de 1995 y octubre de 1996. Los resultados sobre la capacidad discriminante en el diagnóstico de la RD, revelan que la cámara presenta una sensibilidad del 91,9% y una especificidad del 89,7% con respecto al método tradicional (*gold standar*).

Osteba, partiendo de los **resultados** de este estudio, ha realizado un informe donde se exponen los costes directos de los recursos que consumen las dos alternativas, así como los resultados de un análisis coste-efectividad y de sensibilidad.

El coste por enfermo detectado mediante la cámara sería de 12.642 ptas, produciéndose un ahorro del 33% por caso verdadero positivo detectado en el caso de que se utilizase el nuevo método. Además, si tenemos en cuenta una valoración más cualitativa de la situación, al considerar el tiempo de los profesionales implicados, se liberaría el equivalente a 15 horas de oftalmólogo por cada 100 pacientes examinados.

Como **conclusión** es que, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, el método de la cámara de retina no-midriática de 45º presenta grandes ventajas con respecto al método tradicional, ya que tiene una gran sensibilidad diagnóstica (91,9%) y ya que el coste por caso por verdadero positivo detectado es sensiblemente menor. Además, la cámara puede se manejada por personal no médico, no requiere el uso de fármacos midriáticos para la exploración funduscópica y facilita el archivo de las imágenes para realizar un seguimiento posterior.

Referencia

Gutierrez A., Asua J. "*Análisis coste-efectividad de la cámara de retina no-midriática en el diagnóstico de Retinopatía diabética*". Osteba. Dpt. Sanidad. Gob. Vasco. Dic. 1996

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE TRES ALTERNATIVAS ANESTÉSICAS EN CIRUGÍA AMBULATORIA. ANÁLISIS DE MINIMIZACIÓN DE COSTES

Caterina Ramón(1)

INTRODUCCIÓN

El objetivo de las técnicas anestésicas en cirugía ambulatoria (CA), es el de permitir el alta del paciente a las pocas horas de acabar la intervención quirúrgica, cuando han revertido los efectos de las técnicas / fármacos utilizados. En CA los pacientes son seleccionados en base a la patología asociada, procedimiento quirúrgico, entorno familiar y características del paciente. Esta selección tiene como consecuencia que la variación en el consumo de recursos por procedimiento anestésico es escasa, lo que permite considerar las técnicas anestésicas como grupo de isoconsumo de recursos

OBJETIVO

El objetivo del estudio es realizar un análisis comparativo de la anestesia general (AG), bloque intradural (BI) y bloqueo peridural (BP) en pacientes intervenidos en régimen ambulatorio, utilizando como técnica de evaluación económica el análisis de minimización de costes

MATERIAL Y MÉTODO

La muestra de este estudio retrospectivo la integran todos los pacientes incluidos en el programa de CA durante 1994 y que cumplan los siguientes requisitos: patología quirúrgica en zona infraumbilical, edad > de 18 años, la técnica anestésica utilizada sea: anestesia general, bloqueo intradural o bloqueo epidural y la elección de la técnica sea indiferente de la patología asociada, edad del paciente,.etc..

En relación a los **Costes Directos** se incluyen a:

- *Coste de farmacia*: se desglosan en costes de sueroterapia y fármacos. Imputándose a cada procedimiento anestésico el número de unidades utilizadas.

- *Coste de material fungible:* se ha contabilizado para cada procedimiento anestésico el material utilizado.

- *Coste material amortizable :* El plazo de amortización de cada equipo técnico es de 5 años, atribuyendo a cada procedimiento anestésico el valor resultante de multiplicar el coste de una hora por el tiempo que ha sido utilizado.

- *Costes de personal*: Se imputan en base a los tiempos de enfermería (tiempo de preparación preoperatoria y recuperación postoperatoria) y del anestesiólogo (tiempos de actuación directa y postanestésica) por sus costes correspondientes en función de los 217 días/ año que la unidad funciona.

- *Coste de las complicaciones:*se atribuye el coste de su tratamiento, tanto si son complicaciones inmediatas como si son tardías. Se imputa 18.434 pts por día de ingreso hospitalario debido a estas complicaciones.

En cuanto a los **Costes Indirectos,** se incluyen los costes de estructura de la unidad ambulatoria asignados al servicio de anestesiología de 1.042.579 pts durante 1994; repercutiendo un coste de estructura de 906,6 pts a cada procedimiento anestésico.

Parámetros de efectividad del procedimiento anestésico

Se ha considerado que el procedimiento anestésico ha sido efectivo cuando ha permitido: el inicio de la intervención quirúrgica como el postoperatorio inmediato y tardío sin ninguna complicación para el paciente y el alta de la unidad de CA a las pocas horas de terminar la intervención quirúrgica.

Evaluación Económica

El punto de partida es suponer que se consiguen los mismos parámetros de efectividad con las tres alternativas anestésicas, por lo que se aplica el método de **análisis de minimización de costes.** En el caso de que no se cumpla esta asunción se realizaría un análisis **coste-efectividad.**

Análisis estadístico

Se ha utilizado la t de Student para la comparación de medias (variables cuantitativas), la X^2 para la comparación de variables cualitativas y para múltiples comparaciones el análisis de varianza. Así mismo se ha realizado una regresión múltiple analizando las variables independientes: edad, sexo, ASA.... y variables dependientes: coste de amortización, coste de fármacos, coste de enfermería...

RESULTADOS

Durante 1994 en la unidad de cirugía ambulatoria del hospital, han sido intervenidos 215 pacientes en regimen ambulatorio de patología quirúrgica infraumbilical. El estudio se ha realizado sobre 206 pacientes: 67 casos AG, 28 casos BP y 111 casos BI, el resto se han excluido al no cumplir con los requisitos prefijados.

La AG. ha presentado el coste de amortización, material fungible y fármacos significativamente mayores que las otras alternativas, en cambio el coste de sueros y anestesiólogo han sido menores. En el BP, el coste de enfermería ha sido significativamente mayor que las otras alternativas. El BI presenta un coste de material fungible significativamente menore a las otras alternativas.

En relación a las **complicaciones,** el BI ha presentado un mayor número de veces complicaciones inmediatas, en cambio la AG las domiciliarias. En ningún caso se ha producido un ingreso hospitalario.

El coste global medio del BI es significativamente **mayo**r al del resto de las alternativas, mientras que la probabilidad de que el BI cumpla con los parámetros de efectividad es **menor** al del resto de las alternativas.

A la luz de los resultados nuestro estudio demuestra que, en la unidad de CA del hospital durante 1994, la AG ha sido la alternativa anestésica más eficiente. El BI ha sido la decisión clínica menos eficiente y la más utilizada.

Tabla I: **Efectividad y coste de las alternativas**

ALTERNATIVA	EFECTIVIDAD	COSTE GLOBAL MEDIO
GENERAL (DG)	0,80	16.581,07
PERIDURAL (BP)	0,81	17.865,13
INTRADURAL (BI)	0,77	20.384,39

DISCUSIÓN

En el estudio, la efectividad de los procedimientos anestésicos ha presentado pocas variaciones entre las diferentes alternativas, siendo el procedimiento más utilizado aquél al que corresponde un mayor coste. El porcentaje que representa cada elemento del coste total medio, coincide con otros estudios, siendo el coste de personal el que representa un mayor porcentaje en el coste total medio del procedimiento anestésico.

En nuestro estudio se observa una clara tendencia a la utilización de bloqueos espinales frente a la AG.

Al revisar la bibliografía se ha observado diferencias en los estilos de práctica clínica en los procedimientos anestésicos utilizados en CA. A modo de ejemplo, el porcentaje de pacientes intervenidos bajo procedimiento anestésico loco-regional puede variar entre 2,1% y el 60%.

Estas diferencias demuestran la falta de consenso en cuanto a seguridad y riesgo de complicaciones, así como escasos conocimientos sobre el coste, la eficacia y la efectividad relacionadas con la toma de decisiones en la práctica clínica.

CONCLUSIÓN

Podemos afirmar que las tres alternativas anestésicas son válidas en el paciente ambulatorio. Los parámetros de efectividad presentan escasas variaciones entre ellas, siendo el coste por procedimiento mayor en el grupo de BI; aunque algunos cambios en la práctica clínica (tipo, concentración y volumen del anestésico local y simpaticomiméticos v.s hiperhidratación) pueden disminuir el coste y aumentar su eficencia.

(1) Premio AES a la mejor tesina para estudiantes de Economía de la Salud (1996), compartido.

UTILIZACION INAPROPIADA DE LA HOSPITALIZACION: MARCO CONCEPTUAL Y SITUACION EN EL PAIS VALENCIANO.

Salvador Peiró (1)

INTRODUCCION.

El objetivo general del proyecto de investigación era estimar la magnitud de la utilización hospitalaria inapropiada (estancias no necesarias desde un punto de vista estrictamente clínico) en el País Valenciano, identificar las posibles razones (causas) de la misma y explicar sus determinantes. Los objetivos concretos incluían: 1) Desarrollar y validar una adaptación española del Appropriateness Evaluaion Protocol (AEP), incluyendo su traducción y adaptación al entorno hospitalario español y la evaluación de su fiabilidad, validez de criterio y validez predictiva, 2) Estimar la magnitud de la utilización inapropiada en los hospitales generales de la red del Servicio Valenciano de Salud y sus causas, 3) Desarrollar un modelo comparativo de las tasas de uso inapropiado entre hospitales y 4) Analizar las variables del paciente y del episodio de hospitalización que se asocian a una mayor proporción de uso inapropiado.

Las hipótesis de la partes no descriptivas de la investigación fueron que el AEP: 1) debido a su construcción con criterios explícitamente definidos, se comportaría como un instrumento fiable (reproducibilidad de resultados en el uso por diferentes revisores), 2) que se comportaría como un instrumento válido respecto al juicio médico para la identificación de la proporción de uso inapropiado de la hospitalización en el entorno hospitalario del Sistema Valenciano de Salud, pero con un escaso valor predictivo a nivel individual , 4) que el uso inapropiado se asociaría a las variables del paciente que, a su vez, se asocien conceptualmente a demoras en los procesos de alta: falta de apoyo familiar, mayor distancia desde el hospital al domicilio del paciente, mayor edad, sexo mujer, 5) que el uso inapropiado se asociaría a las variables del episodio de hospitalización que, a su vez, puedan asociarse conceptualmente a mayor complejidad o menor capacidad de programación de los procesos diagnósticos o de alta: ingreso urgente, mayor duración de la estancia, ingreso en servicios de medicina interna y 6) que el uso inapropiado tendría un carácter estacional, asociándose a aquellos periodos con dificultades en la organización hospitalaria: fines de semana, meses vacacionales.

MATERIAL Y METODO.-

Los distintos objetivos del proyecto de investigación se desarrollaron mediante tres investigaciones *ad hoc*: 1) Adaptación y validación del AEP, que incluye la traducción del instrumento, la revisión por especialistas hospitalarios para su adaptación, la evaluación de la fiabilidad del AEP mediante la revisión retrospectiva de 56 historias clínicas de un hospital realizada independientemente por tres revisores y la valoración de los niveles de acuerdo entre ellos, y la evaluación de la validez de criterio y predictiva, mediante la revisión de las mismas historias por un panel de clínicos hospitalarios utilizando criterios implícitos y el análisis del nivel de acuerdo alcanzado entre el juicio clínico y los resultados del AEP, 2) Estimación de la proporción de uso inapropiado en los hospitales del SVS y sus causas, mediante la revisión retrospectiva de 2375 historias clínicas en 18 hospitales del SVS utilizando el AEP. Sobre esta muestra se realizó el análisis (regresión logística) para ajustar la proporción de uso inapropiado hallada en cada hospital por las características de los pacientes/hospital que se asocien a esta proporción y no sean, al menos directamente, controlables por el propio hospital (edad y sexo del paciente, servicio, admisión urgente/programada y día de la semana revisado y 3) Análisis de determinantes del uso innecesario, mediante la revisión concurrente de 600 estancias de un hospital universitario, acompañada de una entrevista para al paciente para obtener información socio-demográfica sobre el mismo.

RESULTADOS.-

Tanto el AEP-Admisiones (Acuerdo global 91-95%, acuerdo específico 64-83%, Kappa 0,84-0,90) como el AEP-estancias (Acuerdo global 89-93%, acuerdo especifico 79-89% y kappa: 0,75-085) mostraron una excelente fiabilidad entre-observadores. El AEP mostró asimismo una aceptable validez frente al criterio clínico mayoritario (Acuerdo global 84%, acuerdo especifico 66,7%, Kappa 0,67), pero su validez predictiva fue menor (valor predictivo= 0,75).

La tasa global de estancias inapropiadas fue del 37% (rango entre hospitales: 17,6%-47,9%), atribuibles en un 90% a problemas organizativos del hospital o pautas médicas de hospitalización excesivamente conservadoras. El uso innecesario se asoció al sexo mujer, ingreso urgente, servicios de ginecología y medicina y determinados hospitales, pero no a la edad de los pacientes, ni mostró comportamientos estacionales.

CONCLUSIONES.-

La versión española del AEP desarrollada presenta una elevada fiablilidad y se comporta como un instrumento moderadamente válido a nivel de población hospitalizada, pero con escasa validez predictiva a nivel individual. La proporción de estancias inapropiadas en la red del Servicio Valenciano de Salud, con un 9% de precisión, se sitúa entre el 31,2% y el 35,7%, existiendo diferencias significativas entre los hospitales de la red. La proporción de estancias inapropiadas se asocia a la falta de apoyo familiar, el servicio hospitalario, la duración de la estancia, la distancia del domicilio al hospital y la inadecuación del ingreso.

La proporción de estancias inapropiadas no se asoció, a la mayor edad, nivel de estudios, día de la semana, fines de semana y meses. El ingreso urgente y el sexo se asociaron al uso inapropiado de la hospitalización cuando no se controlaron algunas variables del paciente (distancia al domicilio, apoyo familiar) y la inadecuación del ingreso. La mayor parte del uso inapropiado en los hospitales del Servei Valencia de la Salut (64,2%) es atribuible a demoras en el alta por deficiencias organizativas del hospital o por el uso de pautas de duración de la estancia conservadoras. La segunda causa en importancia (27,8%) son los problemas de programación de pruebas y quirófanos cuando el paciente todavía requiere atención hospitalaria. Las causas bajo responsabilidad del paciente o su familia (1,7%) y las originadas en la escasez de recursos alternativos al hospital (6,4%) tienen en la actualidad escasa importancia.

(1) Tesis leída en 1996 en la Universitat de Valencia, Facultat de Medecina i Odontologia. Director: Adolfo Benages Martínez.

NOVEDADES BIBLIOGRAFICAS

Sección a cargo de Itxaso Mugarra Bidea
Departamento de Salud-Gobierno de Navarra
Tel. 948-423542 • Fax. 948-423510

I. GESTIÓN SANITARIA

GESTIÓN SANITARIA EN EL SIGLO XXI

Fernando Silió Villamil, Esteban de Manuel Keenoy, editores

Este Documento Técnico presenta las seis conferencias y debates más importantes del seminario, sobre "Claves de éxito de la gestión sanitaria en el siglo XXI", que tuvo lugar en 1995:

1. Jean-Jacques Laffont: Teoría de contratos y economía de la salud
2. Jo Ivey Boufford: Claves de éxito en la gestión sanitaria
3. Antoni Serra Ramoneda: Relaciones entre la eficiencia y el mercado, aplicadas al entorno sanitario
4. José Ramón Rodríguez: Managed Care
5. Nigel Crisp: Hospital Trust en el Reino Unido
6. Laurie McMahon: GP Fund Holders en el Reino Unido

Esta obra es de especial interés para los profesionales del nivel de decisión, gerentes, y jefes de servicios de salud. También es de gran utilidad para médicos clínicos y estudiosos de los sistemas de salud.

Documento Técnico nº 11, 1996, 2.500 ptas., 206 pags.
Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública, Unidad Técnica de Publicaciones, tfno. 958- 16 10 44, fax. 958 - 16 11 42

GESTIÓN CLÍNICA. MANUAL PARA MÉDICOS, ENFERMERAS Y PERSONAL SANITARIO

Tony White

Este libro constituye una guía para los profesionales sanitarios que deseen aumentar su comprensión del proceso de gestión en el que están implicados y mejorar sus habilidades. Define el papel de cada uno de los protagonistas que están implicados en la gestión de los centros sanitarios. Basándose en el modelo del Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña (NHS) , el autor describe las responsabilidades de los médicos, jefes de servicio, auditores, etc. en esta materia. A lo largo de los 8 capítulos el manual detalla como el reparto de responsabilidades entre cada uno de los agentes evita sobre todo los recelos que puede haber entre médicos y gestores. El libro también detalla algunas de las técnicas de gestión que puede emplear cada uno de los agentes que participan de alguna u otra manera en la gestión sanitaria. También hace especial hincapié en las habilidades que deben tener los responsables de la toma de decisiones con repercusiones en la gestión, como los jefes de servicio.

Editorial Masson, Barcelona,
1997, 177 pags., pvp.3.300,- ptas
Tfno. 93-253 02 00
Colección "Planificación y gestión sanitaria"
Traducción: H.Pardell Martí

PRINCIPIOS DE GESTIÓN SANITARIA

Francisco Errasti

El libro ofrece una visión integral de los aspectos relacionados con la gestión. En 14 capítulos va desgranando los argumentos por los que considera que la gestión va más allá del control de costes. El autor ilustra con tablas y gráficos la situación de los sistemas europeos, los principios de la economía de la salud, la contabilidad, los costes y los recursos humanos, entre otros aspectos.

Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1996, 332 pags.

II. EPIDEMIOLOGÍA

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN EN EPIDEMIOLOGÍA

Marisa Rebagliato, Isabel Ruiz y Manuel Arranz

Guía práctica para estudiantes de postgrado, clínicos, técnicos de salud pública y otros profesionales de la salud, que quieren llevar a cabo un proyecto de investigación con una metodología fundamentalmente epidemiológica.

Editorial Díaz de Santos, Tfno. 91- 577 28 28

EPIDEMIOLOGÍA Y ESTADÍSTICA

Emilio Sánchez, Cantalejo Ramírez

La publicación recoge las ponencias del V Encuentro Marcelino Pascua, que se desarrolló en 1995 en la Escuela Andaluza de Salud Pública, en Granada, y trató sobre las relaciones entre la estadística y la epidemiología. La publicación se estructura en 6 capítulos: Los métodos cuantitativos en la sanidad española; la estadística en las publicaciones científicas, uso de la estadística en las publicaciones médicas; abusos de la estadística en medicina; nuevos métodos estadísticos en la investigación epidemiológica, e influencia de la epidemiología en la estadística.

Escuela Andaluza de Salud Pública , Serie de Ponencias, Conferencias a Congresos 1996, 91 pags., 1.200 ptas. Tfno. Unidad Técnica de Publicaciones 958-16 10 44, Fax. 958- 16 11 42

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y ORDENADORES

Jaime Armando Aguirre

El autor relata su experiencia en la puesta en marcha de un sistema informático de vigilancia epidemiológica en Cuba. Describe a los largo de los nueve capítulos todos los aspectos que rodean a la creación de un modelo de este tipo, como el manejo de las fuentes de información, o la evaluación del riesgo epidemiológico. Tablas, gráficos y algunos ejemplos de programas informáticos aplicados a los procesos relacionados con la vigilancia epidemiológica ilustran el libro para facilitar su comprensión.

Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1996, 231 pags.

III. TEMAS VARIOS

SANIDAD: LA REFORMA POSIBLE

El estudio contiene aportaciones de un total de 52 expertos nacionales e internacionales coordinados por José Mª Vía, Koldo Etxebarria, Jesús Mª Fernández y Joaquín Camprubí. Han informado el documento un panel de 16 expertos, entre los que destacan Xavier Trias, Alfredo Pastor, Jon Azua, Peter Key o Duncan Nichol.

Los autores del estudio han elaborado una serie de recomendaciones formales, en el convencimiento de que constituyen reformas viables. Han estudiado los resultados de las reformas en 6 países que siempre han sido referencia para España y cuyos sistemas sanitarios se parecen bastante estructuralmente al nuestro.

El informe está estructurado en cinco capítulos que tratan de aportar ideas nuevas a la condición de servicio público que debe tener la sanidad, el nuevo papel que debe desempeñar el usuario dentro del sistema, la financiación, organización y gestión y la incorporación de los profesionales de la sanidad a la reforma.

Merck Sharp & Dohme de España, S.A
Edita Bega Comunicación, febrero 1997

LA REGULACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA

Guillem López Casasnovas, Diego Rodríguez Palenzuela

El contenido del presente libro se publicó en la sección "Temas" del número anterior (nº 25, febrero 97) de este Boletín informativo (Pag. 6-7)

Extracto del sumario: Parte 1: Eficiencia e incentivos en los servicios sanitarios;Parte 2: Financiación de los servicios sanitarios; Parte 3: Oficinas y productos farmaceúticos; Parte 4 : Estrategias de regulación de los servicios sanitarios.

Colección Economía. Tratados y Manuales. Coedición con la Fundación de Estudios de Economía Aplicada (FEDEA), y la Asociación de Economía de la Salud, 1997, 620 pags, 6.200 ptas. Editorial Civitas, tfno. 91 - 725 53 40/ 725 52 30

NUEVA REVISTA DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN

La revista **"Administración Sanitaria"**, creada en enero de 1997, nace con la aspiración de contribuir a la reflexión de los profesionales que dedican sus esfuerzos a la gestión, dirección, administración y evaluación de servicios y programas sanitarios, tanto en el ámbito público como privado.Pretende también ser un cauce para el debate y un complemento para la formación.

Serán aceptadas las contribuciones de investigadores, gestores, políticos, profesores y profesionales de la sanidad que estén relacionadas con la: política sanitaria, economía de la salud, recursos humanos etc.

Su periodicidad es trimestral, siendo su precio anual para personas individuales de 2.000 pts y para las instituciones de 5.000 pts.

Edición, suscripción y publicidad:
Exlibris Ediciones
C/ Muller, 47-1ºB
28029 Madrid

NUEVA ETAPA DE LA REVISTA ESPAÑOLA DE FARMACOECONOMÍA

Tras un paréntesis de seis meses, esta revista ofrece su madurez como publicación científica para difundir el progreso de la investigación farmacoeconómica. El creciente interés por esta materia, surgido en diferentes ámbitos profesionales españoles producirá, sin duda, un incremento en la productividad científica, que va a permitir disponer de numerosos resultados de estudios coste-efectividad realizados en nuestro país. Los organismos e instituciones sanitarias podrían, basándose en los resultados de estos estudios, adoptar decisiones sobre la distribución de recursos. Su periodicidad es trimestral.

Los interesados en esta revista pueden dirigirse a:

Alfonso Domínguez- Gil Hurlé, Director
Hospital Universitario de Salamanca.
Paseo de San Vicente, 58-182.
39007 Salamanca

Edita: Plannner Media. Paseo de la Castellana, 201-3ª 28046 Madrid. Tel.: 91-3230405. Fax:91-3231390. Internet: Planner @ bitmailer.net

INDUFARMA: Industria Fármacéutica

Es una revista que recoge información sobre todo el entorno de la industria farmacéutica y los posibles acuerdos que puedan suscribir ésta con la Administración. La industria farmacéutica es un sector industrial en continuo progreso, líder en investigación y desarrollo e innovador de tecnología, cuya evolución requiere un marco de estabilidad y unas condiciones estimulantes que aseguren su ampliación y desenvolvimiento.

Es de periodicidad trimestral y su contenido se estructura en :entrevista, informe, opinión, hechos y cifras, documento, infome científico y varios.

Edita ASESORINFA
Dirección: Juan Alvárez Mend izabal 48
Madrid 28008,
Tel:91 5478136

EFICACIA DEL CORDÓN DE SAN BLAS (1)

Xabier Onaindia (2)

Según tradición ampliamente extendida en el Duranguesado (Bizkaia), ponerse un cordón previamente bendito alrededor del cuello durante 9 días a partir de San Blas y quemarlo al terminar la novena, es un profiláctico eficaz de la tos, el catarro común y la amigdalitis.

Con el fin de determinar la eficacia del Cordón de San Blas en la prevención de la tos y otras patologías O.R.L., hemos realizado un estudio en la población infantil de Abadiño el pasado febrero. El segundo objetivo era, caso de confirmar su eficacia y una correlación positiva Coste/Beneficio, recomendar a Osakidetza su universalización de 0 a 14 años en la C.A.V. para rebajar costes de medicación. En este caso el control periódico del Cordón sería responsabilidad de Enfermería que lo colocaría a los doce meses al mismo tiempo que la Triple Vírica. Para su correcta colocación existe un protocolo que se explicaría en un curso fuera del horario laboral.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio ha sido doble ciego, o sea: ni los niños/as sabían que eran estudiados, ni se les dijo nada a las madres/padres para no sesgar sus respuestas. También ha sido aleatorio, o sea: se seguía rigurosamente el orden de la Cita Previa.

Se estudiaron 193 niños/as de 2 a 14 años. Se despreciaron los menores de 2 años por no ser inteligibles sus respuestas. 100 llevaban el Cordón en el momento de la consulta, 73 eran unos descreídos y pasaban del Cordón y los 10 restantes, no saben/no contestan. De los 100 acordonados, 83 (es decir, 83%) presentaban tos (con/sin mocos, con/sin fiebre, con/sin sibilantes) en el momento de la exploración, mientras que de 73 descordonados sólo 7,3 (es decir, 10%) tosían, lo que da un valor de $p<0,001$ que es estadísticamente significativo. Insignificante pero significativo a favor de estos últimos.

Encontramos además que de los 83 tosedores acordonados, 60 siguen tosiendo en marzo y sin embargo, de los otros sólo uno tose y lo hace para llamar la atención, pues le ha nacido un hermano.

Encontramos también una relación entre tos/apretura, de modo que si se apretaba mucho se tosía más. Una niña con tos continua, eexoftalmos y cianótica perdida, resultó tener dos vueltas de cordón y al cortarlo mejoró su Apgar de 3 a 9 en cinco minutos. Otro niño se perdió para el estudio y todavía no lo hemos encontrado.

El color del Cordón no influye en los resultados pues sea rosa (niñas) o azul (niños) tosen como posesos/as. El sexo sí influye en el color del Cordón. A la vista está.

CONCLUSIONES:

- San Blas es menos efectivo que la Codeína pero no provoca estreñimiento.
- El Cordón de San Blas puede ser causante de tos.
- Mejor talo con txorizo.
- Desaconsejamos a Osakidetza introducir el Cordón en el Calendario Vacunal.

BIBLIOGRAFIA:

- Conferencia Episcopal: "La Fe mueve montañas"
- Monseñor Setién: "San Blas y el Diálogo"
- Stula Varick: "Patología respiratoria"

(1) Reproducido de "BARNEKO Albistaria" nº 51, marzo 1997.

(2) Pediatra. Abadiño.

OFERTA DE TRABAJO

Servicio Canario de Salud

Desea contratar un senior metodólogo con experiencia en evaluación de tecnlogías sanitarias.

- Puesto de trabajo asimilado a jefe de sección, en el seno de la jefatura de servicio del Plan de Salud, Investigacion y Evaluación de Tecnologías.
- Retribución neta: 7.000.000 pesetas anuales.
- Retribución liquida: 350.000 pesetas mensuales.
- Duración del contrato: 2-3 años.
- Lugar de trabajo: Servicios Centrales del Servicio Canario de Saluk en S/C de Tenerife.
- Función o cometido: Coordinar las estrategias de investigación en servicios sanitarios y de evaluación tecnológica.
- Perfil del candidato:
  Médico o economista con formación y experiencia en:-Métodos de investigación aplicados a epidemiología y/o a los servicios sanitarios. - Evaluación Económica de la salud. - Informática y usos de los siguietes programas: procesadores de texto, base de datos, paquetes estadísticos y programas de gráficos. - Conocimiento escrito y hablado de inglés.
- Remitir curriculum profesional a la siguiente dirección:
  Dirección del Servicio Canario de Salud.
  Servicio del Plan de Salud e Investigación.
  C/ Pérez de Rozas, 5
  38.004 - S/C de Tenerife
  Tfno: 922 - 47 57 15
  Fax: 922 - 47 57 51
  E-mail:
  pserrano@dguirem.educa.rcanaria.es

SALUD PARA TODOS

Hemos recibido los números de julio 96 a abril 97 del mensuario argentino "Salud para todos", que mencionábamos en nuestro boletín nº 24 (pág. 14). El periódico es francamente interesante, consta de 32 páginas de tamaño 29x32 cm. y, como detalle anecdótico, en estos últimos nueve números se han ido incluyendo los textos de las diferente intervenciones en las XVI Jornadas de Economía de la Salud (Valladolid, 1996).

«Salud Para Todos»
Fundación FEMEH
Avda. Santa Fe nº 3553 piso 1 Dpto. 6
CP 1425 Buenos Aires ARGENTINA
Tel. y Fax 54 1 8321765

DIRECTORIO DE RECURSOS SANITARIOS ESPAÑOLES
PÁGINA WEB

www.hulp.es	H. La Paz. Madrid
www.hrc.es	H. Ramón y Cajal. Madrid
www.hup.es	H. Princesa. Madrid
www.cph.es	C. Puerta de Hierro. Madrid
ourworld.compuserve.com/homepages/rduran/uro-hggm.htm	H. Gregorio Marañón. Madrid
www.husc.es	H. Univ. San Carlos
www.mrbit.es/hsa	H. San Agustín. Avilés
www.pta.es/hcs	H. Costa del Sol
linux.valme.sas.cica.es/valme.htm	H. de Valme. Sevilla
www2.uca.es/huesped/uci	H.Univ. Puerto Real
www.unicies.cesga.es/	H- Xeral Cies de Vigo
www.fasis.com/sct	H. Juan Canalejo. Coruña
www.softernet.es/salud/chaya	H. Carlos Haya
www.meditex.es/matoses/CliVal.htm	H. Clin. Valencia
www.a3.san.gva.es	H. Sagunto
www.cistia.es/hmilp	H Mat. Infantil Las Palmas
www.cistia.es/cabildotf/huc	H. Univ. Canarias
www.arrakis.es/ cule	H. Son Dureta. Mallorca
www.mur.hnet.es/crm/ticrm.html	H. Cruz Roja. Murcia
www.audinex.es/ jirayo	H. Infanta Cristina. Badajoz
www.sld.ar:70/belgrano/main-bel.html	H. Gral Belgrano
www.unizar.es/gine/indire.htm	H. Clínico Zaragoza
www.intercom.es/hmanacor	H. Manacor
www.i2000.es/hospital bidasoa	H. Bidasoa
www.arrakis.es/ arurenma	H de la Candelaria. Tenerife
www.costanet/schum	H.Univ de Malaga
www.mrbit.es/ coreleon	H. de León
www.intercom.es/fegs	Federación Esp de Gestión Sanitaria (BRNA)
www.mrbit.es/medisat	MEDISAT
www.meditex.es	Meditex (acceso restrigido)
www.ar.vhebron.es/	H. Vall D'Hebron
194.179.46.65/insalud	Insalud
www.isciii.es	Instituto Salud Carlos III
www.csic	CSIC

REUNION DE JUNTA DIRECTIVA DE AES EN BARCELONA EL 28 DE FEBRERO 1997

SELECCION DE ACUERDOS ADOPTADOS

Información relativa al Congreso System Science, Barcelona '96

• SE ACUERDA liquidar la mitad de la cantidad pendiente conforme al contrato firmado en su día con el ISP (SSHC´96).

• SE ACUERDA intentar encontrar un financiador para su edición y distribución gratuita a los socios y asistentes al SSHC'96.

• SE ACUERDA que los editores sean institucionales (AES y, en su caso el ISP y el SSHC'96).

• SE ACUERDA encargar a Ricardo Meneu la organización y estructuración técnica del libro.

• SE ACUERDA encargar un prefacio a Joan Rovira, Secretario del SSHC'96.

Presupuesto 1997.

• SE ACUERDA facultar al Presidente para intentar la renegociación de las condiciones pactadas juntamente con FEDEA con la editorial Civitas para la publicación del libro "La regulación de los servicios sanitarios en España".

Premios, becas y bolsas de viaje.

• SE ACUERDA que para próximas convocatorias, los solicitantes deberán ser socios de AES con anterioridad mínima de un año.

• SE ACUERDA mantener a los mismos miembros del jurado del año anterior para la concesión del premio a la mejor tesina y para la beca Bayer.

Jornadas AES Murcia.

• SE ACUERDA, cerrando las discrepancias habidas entre el Comité Científico y el Comité Organizador:

1. Cada uno de los dos comités tiene unas funciones asignadas, claramente delimitadas, y en ningún caso dependerá uno de otro. Las funciones del Comité Científico consisten en la definición del contenido de las Jornadas, contenidos científicos, ponentes y comunicantes.

2. La Junta no puede tomar ningún acuerdo con relación a la propuesta del CRES puesto que, tal como consta en el acta del Comité Científico, esta propuesta no ha sido presentada.

SOLICITUDES DE SEÑAS PARA MAILING A LOS SOCIOS DE AES

Ha vuelto a surgir el tema del conflicto que se puede presentar cuando AES recibe una solicitud de proporcionar el listado de señas de sus socios a efectos de que sean incluidos en envíos de mailing.

El criterio seguido hasta la fecha por la Junta Directiva ha sido proporcionar las señas de sus socios solamente cuando se ha considerado que el envío que se iba a hacer contenía un claro interés para los receptores (revistas y libros profesionales, alguna convocatoria deseable, etc).

De todas formas, y para aclarar definitivamente posiciones, evitando que alguno pueda sentirse perjudicado, se ha enviado un impreso a todos los socios de AES para que **cualquier socio que desee que sus señas no figuren en ningún envío de mailing, lo comunique a la secretaría de la Asociación**. Con todos los demás se seguirá el mismo procedimiento que hasta la fecha.

SOCIOS INSTITUCIONALES DE AES

Entre los fines de AES destacan:

- facilitar a sus miembros el ejercicio de las actividades propias de la Economía de la Salud y extender su interés a otros profesionales, particularmente los sanitarios, en este área científica, propagando métodos uniformes para su desarrollo;

- 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 investigaciones;

- organizar por sí misma, o en colaboración con otras entidades, todo tipo de reuniones científicas;

- editar todo tipo de publicaciones relacionadas con la Economía de la Salud y fomentar la formación de bibliotecas especializadas, y en general cualquier otra actividad vinculada a la Economía de la Salud.

Parece evidente que hay muchas instituciones que tienen que sentirse identificadas con el cumplimiento de estos objetivos y a las que tiene que interesar el desarrollo de una asociación interdisciplinar como la nuestra, que organiza actividades para alcanzarlos. Estas instituciones se encuentran en todos los terrenos: en la Industria, en la Administración sanitaria y en la Universidad, en las consultorías , en los medios de comunicación y revistas especializadas, en editoriales de libros técnicos, en asociaciones profesionales y científicas, en centros sanitarios, en colegios profesionales, en institutos y empresas docentes, en centros de investigación, en aseguradoras sanitarias, en fundaciones y en un largo capítulo de afines.Son todas las entidades que podríamos definir - como nosotros mismos, los socios de AES - con el rasgo común de encontrarse entre los interesados en el desarrollo de la Economía de la Salud.

AES puede ofrecer una buena cartera de servicios valiosos a estos organismos, públicos o privados, como lo demuestra el balance de las actividades realizadas en los doce años de funcionamiento formal de la Asociación: actividades docentes, de información y asesoramiento, de difusión y divulgación, de creación de bases referenciales, de protocolización, de contactos internacionales.

Probablemente no nos habíamos ocupado de dar los pasos para acercarnos a estos colectivos, y ahora estamos desarrollando una campaña de captación de socios institucionales (los "miembros protectores" que mencionan nuestros estatutos), entre los que reciben regularmente el Boletín de AES y entre las entidades con las que más colaboramos.

Invitamos desde aquí a los socios de AES a sumarse a esta labor de contacto con las instituciones en las que trabajan o con las que tienen relación, para exponerles el interés de incorporarse a la condición de socios institucionales de AES.

En secretaría hay unos impresos, similares a los de solicitud de socios individuales, y la cuota anual se limita a 75.000 pesetas.

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

ASOCIACION ECONOMIA DE LA SALUD
Sardenya, 229 6º 4ª
Teléfono 231 40 66 - Fax 231 35 07
08013 BARCELONA

HORARIO
Lunes a Viernes:
de 10 a 2 y de 3 a 7

Depósito Legal: VI-26/94 – ISSN: 1133-6536 Imprime: Gráficas Santamaría, S.A.

Sección a cargo de Salvador Peiró
Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública
Tel. 96 - 386 93 69 Fax. 96 - 386 93 70
E. mail: vpeiro @ san.gva.es

HemerotecAES es una sección de reseñas bibliográficas de artículos sobre temas de economía de la salud, en el sentido menos estricto de la disciplina, realizada con fines de difusión de la literatura científica. Los resúmenes son redactados por profesionales y su selección y opiniones no son necesariamente compartidas por el coordinador de la sección o la redacción de ECONOMÍA Y SALUD.

HemerotecAES es una sección abierta a todas las personas que quieran colaborar en la misma. Si consideras de interés la difusión de un trabajo concreto, puedes enviarnos un disquete (preferible Word o WordPerfect) con las siguientes características: Artículo de revista científica y, como norma, reciente, a seleccionar por el revisor en función de relevancia, calidad e innovación. Referencia bibliográfica completa y sin traducir, preferiblemente por el sistema Vancouver. Resumen de unas 500 palabras (un folio a un espacio con tipos de letra y márgenes usuales) y con el siguiente esquema sugerido: objetivos del trabajo, interés/relevancia, entorno, material y método, resultados, limitaciones, comentarios del revisor. Incluir al final el nombre y centro de trabajo del autor del resumen.

A VUELTAS CON EL EXPERIMENTO OREGON

***Tammy O. Tengs.* An Evaluation of Oregon's Medicaid rationing algorithms. Health Economics. 1.996; Vol. 5: 171-181.** Guest editorial.

Con el objetivo de ampliar de forma notoria en número de beneficiarios del sistema Medicaid, a partir del año 1.990, en el estado de Oregón (USA) se puso en marcha un experimento de extraordinario interés, tratando de «ablandar» los criterios de inclusión en dicho sistema (basados en niveles de pobreza). A cambio, se renunciaba a proporcionar una cobertura sanitaria completa, siendo sustituida por la jerarquización de una amplia lista de pares de enfermedades/procedimientos (inicialmente priorizados en base a su respectivo coste/utilidad), sobre la que en función de las disponibilidades presupuestarias, se trataba de trazar una línea de corte, por debajo de la cual los servicios se verían excluidos del catálogo de prestaciones asistenciales básicas en ese periodo.

El autor del artículo hace historia de los diferentes algoritmos utilizados a lo largo del tiempo por la *Oregon Health Services Commission* para ordenar las listas de prestaciones desde 1990 (momento en que fueron jerarquizadas según el criterio del Coste/efectividad), hasta la actualidad (en que el papel de los costes o del ratio coste/efectividad es prácticamente irrelevante). Asimismo, explica y evalúa las razones que han provocado las sucesivas modificaciones.

En realidad, la fórmula utilizada en el año 1.990 no era sino un ratio medio de la forma genérica coste/efectividad, en cuyo numerador se consideraban costes tales como los derivados de diagnósticos, tratamientos o procedimientos, seguimientos y servicios auxiliares; en tanto que en el denominador se tenía en cuenta el producto del beneficio neto alcanzado (diferencia entre la calidad de vida con y sin tratamiento), por la duración del mismo. Después de haber sido hechos públicos los resultados, fueron severamente criticados (en algunos casos de forma más que justificada) desde los más elementales principios éticos (dado que, por ejemplo, los tratamientos para dolores de cabeza tenían prioridad sobre el tratamiento del SIDA o el de la fibrosis quística). Ese año fueron tenidos en cuenta 1692 pares de enfermedades/procedimientos, de los que 1499 se ordenaron según el anterior criterio, y para los 193 restantes, se siguió un simple orden alfabético, al no disponerse de suficiente información sobre sus costes y/o efectividad.

Visto el relativo fracaso del año anterior, en 1991 la Comisión adoptó un criterio secuencial: 1ª fase) todos los servicios fueron agrupados en 17 categorías, desde las consideradas «esenciales» (como la nº 1, correspondiente al tratamiento para los estados amenazadores de la vida, con completa recuperación al estado inicial; o la nº 9, referida a los cuidados preventivos efectivos para los adultos); hasta las categorías consideradas «solo valorables para algunos individuos» (tales como la nº 17, relacionada con los tratamientos que no propocionan ninguna mejora en la calidad de vida). 2ª fase) dentro de cada una de las anteriores categorías se ordenaron las prestaciones de conformidad con el beneficio neto (en el sentido señalado con anterioridad) aportado por cada una de ellas. 3º fase) ajustes manuales dentro y entre los diferentes items anteriores. Finalmente fue aprobada una lista de 709 pares, de los que recibieron cobertura 587 (el 82,8 %).

En 1992, la Comisión no fue autorizada por la Administración Bush a tomar en consideración el parámetro «calidad de vida» vinculada a los diferentes estados de salud, atendiendo las reclamaciones (poco justificadas, según el autor del artículo) hechas en el año anterior invocando la Americans with Disabilities Act (ADA). En consecuencia, durante este periodo se siguieron los siguientes pasos en la elaboración de la lista: 1º fase) orden según la mejora alcanzada en cinco años de supervivencia, calculada mediante la maximización de las diferencias con y sin tratamiento; 2º fase) maximización de las diferencias en los síntomas, después de salvar las vidas, con y sin tratamiento; 3ª fase) mejora en síntomas, con y sin tratamiento; 4ª fase) costes; 5ª fase) ordenación alfabética; y 6ª fase) ajustes manuales. Finalmente fue aprobada una lista de 688 pares, de los que recibieron cobertura 568 (el 82,6 %).

Con posterioridad, la Comisión fue nuevamente desautorizada, esta vez por la Administración Clinton, a tomar en consideración las mejoras en síntomas, invocando el ADA. Por esta razón, en el año 1.993, fueron excluidas las fases 2º y 3ª del año anterior. Y a pesar de que el item de costes pasó a ocupar la 2ª fase dentro del algoritmo, el casi absoluto dominio del primer criterio hizo que los costes jugaran un papel casi irrelevante en la ordenación de las listas, dado que en la práctica sólo el primer paso tiene importancia sobre el orden final. Para este periodo fue aprobada una lista de 696 pares, de los que recibieron cobertura 565 (el 81,2 %).

El autor, que se reconoce partidario de utilizar el Análisis Coste Efectividad como guía esencial para racionalizar los procesos de priorización de prestaciones sanitarias, sugiere las siguientes dos razones (con independencia de algunas imperfecciones e inexactitudes en datos sobre costes, calidades de vida o efectividades) que han contribuido a su paulatino abandono: 1º) las personas están más inclinadas a preferir aquellas acciones sanitarias que son más

eficaces o que afectan a mayor número de individuos, antes que las que son más coste efectivas (especialmente cuando no soportan tales costes); y 2º) se han podido introducir errores de diseño al considerar los pares de enfermedades/tratamientos.

En conclusión, a pesar de que la fórmula sugerida en 1990 pudiera pecar de inexacta y poco convincente, los algoritmos empleados en los años posteriores no son mejores (en muchos aspectos han resultado peores); y en cualquier caso, no existe ninguna esperanza de que la jerarquización de las prestaciones responda a un orden eficiente, toda vez que el único algoritmo con el que se puede aspirar a mejorar la eficiencia se basa en establecer prioridades mediante un análisis coste efectividad rigurosamente definido y medido. *Resumen: Santiago Rubio Cebrián. Escuela Nacional de Sanidad. Madrid.*

DE ANCIANOS, HOSPITALES, CENTROS ASISTIDOS, SISTEMAS DE PAGO...

Castle NG, Mor V. **Hospitalization of nursing home residents: a review of the literature, 1980-1995. Med Care Res Rev 1996; 53: 123-148**

Dentro del actual sistema sanitario de Estados Unidos existen presiones importantes para derivar pacientes entre centros de diferente nivel asistencial. Por ejemplo, con la introducción del sistema de pago prospectivo, pacientes de una gravedad elevada son transferidos desde los hospitales hacia centros sociosanitarios. Esto hace que los residentes actuales de los centros sociosanitarios americanos estén más incapacitados que hace unos años. Además, muchos de estos centros no están adecuadamente equipados para hacer frente a las necesidades de pacientes más complejos, lo que hace que también estos centros tengan una mayor presión para hospitalizar de nuevo a los residentes.

El artículo revisa los estudios realizados sobre transferencias de residentes de centros sociosanitarios hacia hospitales, partiendo de una amplia revisión bibliográfica. En lo referente al método de búsqueda utilizado, dado que en opinión de los autores no hay ninguna revisión bibliográfica previa sobre el tema en la que poder basarse, se optó por aquel que permitiera la obtención de un mayor número de referencias: búsqueda en MEDLINE con la combinación de varias palabras clave, limitando el periodo de tiempo a 1980-1995, revisión de las citas de los artículos seleccionados y búsqueda de publicaciones del gobierno. En total, se identificaron 26 estudios sobre el tema.

Primero, los autores describen la incidencia de las transferencias de residentes, haciendo especial referencia a las diferencias existentes entre ellas, derivadas de los datos utilizados (su ámbito y representatividad), de la hetereogeneidad de las definiciones de hospitalización empleadas y de cambios en las directrices de política sanitaria. Como era de esperar, las estimaciones varían dentro de un intervalo muy amplio: en los estudios basados en datos representativos a nivel nacional, las estimaciones oscilan entre el 25 y el 49%; en los estudios basados en datos de áreas pequeñas, las estimaciones oscilan entre el 12,6 y el 63%.

Después, se describen las características demográficas y clínicas de los residentes asociadas a la hospitalización. Aunque los resultados no son concluyentes, es posible afirmar que las condiciones clínicas de los residentes son importantes en la derivación hacia los hospitales, así como también lo son condicionantes del entorno (tipo de centro-con o sin afán de lucro-, ayuda domiciliaria, tasa de ocupación, etc.). En tercer lugar, los autores hacen referencia a los efectos negativos de la hospitalización sobre los residentes, a nivel de enfermedades iatrogénicas e infecciones nosocomiales (más comunes entre ancianos hospitalizados), mortalidad asociada con la hospitalización (que puede ser debida a una mayor complejidad de los residentes derivados) y costes financieros (más elevados en los hospitales).

La hospitalización puede acarrear importantes implicaciones económicas. Sin embargo, la hospitalización puede ser significativa en otros aspectos. El conocimiento de los factores de riesgo puede mejorar estimaciones de la probabilidad de ingreso, lo cual puede ayudar en la planificación a los médicos y los servicios sociales. Las tasas de hospitalización pueden ser usadas por los centros sociosanitarios para monitorizar la calidad de la atención prestada en sus centros. Los modelos de predicción de riesgos de hospitalización pueden ser usados por los aseguradores para el desarrollo de programas específicos para disminuir estas tasas. Como conclusiones, los autores ponen como ejemplo estas áreas de interés para estudios e investigaciones clínicas posteriores, dada la importancia y el poco desarrollo del tema. *Resumen: Anna García. Agencia d'Avaluació de Tecnologies.*

... Y DE LA NECESIDAD DE MARCOS CONCEPTUALES PARA ABORDAR LA PROBLEMATICA EPIDEMIOLOGICA (Y ECONOMICA) DEL ENVEJECIMIENTO.

Eikkinen EM. **Epidemiologic-ecological models of aging. Can J Aging 1995; 14: 82-99**

La construcción de modelos en la investigación epidemiológica-ecológica sobre el proceso de envejecimiento en el marco del actual paradigma del empirismo estándar adolece de falta de conocimiento sobre los orígenes biológicos y las causas del envejecimiento, y tiene problemas a la hora de diferenciar el proceso de envejecimiento de las enfermedades y discapacidades derivados de la edad.

En consecuencia, la identificación de asociaciones o relaciones causales entre factores de riesgo, envejecimiento, enfermedades y discapacidades, tiene numerosos problemas conceptuales y metodológicos que pueden llevar a resultados absurdos en el contexto de la vida real a pesar de su corrección formal. Este hecho pone de manifiesto la necesidad de construir un orden de sucesos empíricamente razonable que reproduzca el objeto de investigación.

Se ha sugerido que en la investigación multifactorial del envejecimiento podría ser útil adoptar y testar empíricamente el concepto de "cadena causal real" en lugar de continuar (en muchos casos infructuosamente) por el camino de definir los efectos de un único factor de riesgo en las asociaciones entre envejecimiento, problemas fisiológicos, enfermedad y discapacidad.

La intención del autor en este artículo es el de describir los objetos de estudio en el campo de la investigación epidemiológica-ecológica del envejecimiento humano y evaluar las premisas teóricas y los modelos, ya sean explícitos o implícitos. El análisis se centra en el grupo y la población, si bien el objetivo último de la investigación es el de producir conocimientos aplicables a nivel individual.

Uno de los ejes centrales de la investigación epidemiológica-ecológica del envejecimiento es identificar y describir las diferencias entre envejecimiento "normal" y envejecimiento condicionado por la existencia de enfermedades crónicas. La dificultad principal aparece en la distinción entre enfermedad y proceso de envejecimiento, puesto que la barrera entre ambos conceptos es ambigua. De hecho, sólo muy pocos usuarios de servicios sanitarios envejecen sin ningún diagnóstico clínico y, por el contrario, la comorbididad es muy elevada. Esto significa que en el desarrollo de modelos de investigación es necesario hacer suposiciones acerca de los efectos recíprocos entre el proceso de envejecimiento y la enfermedad, e incluir en el modelo los factores de riesgo de ambos.

Dejando de lado las condiciones crónicas y el estilo y las condiciones de vida, el proceso de envejecimiento conlleva como consecuencias una disminución de la capacidad funcional y de trabajo, un nivel inferior de autonomía y una mayor necesidad de ayuda externa. Dada la gran importancia de la noción de capacidad funcional en el campo de la investigación sobre envejecimiento poblacional, es bastante sorprendente el hecho de que no se halla llevado a cabo todavía ningún estudio amplio sobre el tema.

Los cambios producidos a nivel de capacidad física, psicológica y social con el aumento de edad son el resultado de distintos factores, que interactúan entre ellos: desórdenes funcionales y funcionamiento anormal a nivel de órganos, empeoramiento de la capacidad cognitiva, existencia de un cuadro depresivo, etc. que, la mayoría de las veces, son ignorados.

De hecho, dada la complejidad del tema, la existencia de distintas definiciones de capacidad funcional y el gran número de factores que pueden explicar las variaciones existentes a nivel de persona en su capacidad funcional, y dada la falta de instrumentos teóricos sofisticados, es muy difícil hacer generalizaciones útiles sobre la etiología de la capacidad funcional.

La supervivencia es el tercer eje de la investigación epidemiológica-ecológica. En esta línea los conceptos tratados son los de esperanza de vida, esperanza de vida libre de incapacidad y las diferencias existentes: su evolución a lo largo del tiempo, tanto a nivel global como entre grupos de edad, la influencia de variables socio-económicas y culturales en su evolución; la existencia de variaciones regionales. Estos aspectos tienen influencias distintas en la supervivencia de los individuos, si bien sus efectos todavía no están claramente determinados.

Todos estos temas ponen de manifiesto la necesidad de intensificar los esfuerzos en el desarrollo de instrumentos teóricos en este campo, de trabajar en definiciones más claras y consistentes de los conceptos clave y de crear diseños de investigación que permitan tratar más en profundidad cuestiones de desigualdad (sexo, estado civil, condiciones de vida, entorno, etc.) en el nivel de salud, de capacidad funcional y esperanza de vida de la población anciana. *Resumen: Anna García. Agencia d'Avaluació de Tecnologies.*

DE LA EFECTIVIDAD DEL CATETERISMO DE ARTERIA PULMONAR A LA NECESIDAD DE EVALUAR LAS TECNOLOGIAS MEDICAS

***Connors AF, Speroff T, Dawson NV, Thomas C, Harrell FE, Wagner D, et al.*, por los investigadores del SUPPORT. The effectiveness of right heart catheterization in the initial care of critically ill patients. JAMA 1996; 276: 889-897 [original]**

El objetivo de este estudio es examinar la asociación entre el uso del cateterismo de arteria pulmonar (CAP) durante las primeras 24 horas de estancia en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y la supervivencia ulterior, duración de la estancia, intensidad de los cuidados y costes del tratamiento. Los autores desarrollaron un estudio de cohortes prospectivo en 5 hospitales docentes estadounidenses entre 1989 y 1994, incluyendo un total de 5735 pacientes críticos adultos ingresados en UCI por una diversidad de causas preestablecidas.

Como medidas de efecto adoptaron la supervivencia, costes del tratamiento, intensidad de los cuidados, y duración de la estancia en UCI y en el hospital, determinados a partir de la historia clínica y del registro de mortalidad. La asociación entre CAP y los distintos puntos finales se estudió mediante apareamiento y técnicas de regresión múltiple controlando el efecto de *confounding por indicación* mediante un índice de propensión al cateterismo. El efecto potencial de covariables no identificadas se estimó mediante un análisis de sensibilidad.

El análisis apareado mostró un aumento de la mortalidad a los 30 días en los pacientes con CAP (odds ratio 1,24; IC95% 1,03-1,49). La mediana del coste por estancia hospitalaria fue de 30.500$ (recorrido intercuartílico 17.000-56.000$) en los pacientes con CAP, frente a 20.600$ (11.300-39.200$) en los pacientes sin CAP. La mediana de estancia en UCI en los pacientes con CAP fue de 9 días (5-17) frente a 7 (4-14) en los pacientes sin CAP. Todos estos hallazgos se confirmaron mediante modelos multivariantes. El análisis por subgrupos no reveló ningún grupo de pacientes o lugares en los que el CAP se asociara con mejores resultados. Los pacientes con una mayor probabilidad basal de sobrevivir a los 2 meses fueron los que mostraron un mayor riesgo relativo de muerte tras el CAP. El análisis de sensibilidad sugirió que para que el riesgo relativo real fuera de 1,0 tendría que existir una covariable no controlada que multiplicara por 3 de forma simultánea el riesgo de muerte y la probabilidad de CAP.

La conclusión fue que, tras ajustar para el sesgo de selección por tratamiento, el CAP se asocia con un aumento de la mortalidad y de la utilización de recursos. Los resultados de este análisis deben ser confirmados por otros estudios observacionales. Estos hallazgos justifican la reconsideración de un ensayo clínico aleatorizado sobre el uso del CAP y puede guiar en la selección de pacientes para este estudio.

El cateterismo de arteria pulmonar (CAP) mediante catéter flotante de Swan-Ganz es una técnica ampliamente utilizada en las UCI. Los intensivistas, por lo general, creen que la información aportada por el CAP ayuda a la toma de decisiones terapéuticas y mejora el pronóstico en determinados subgrupos de pacientes críticos. La efectividad del CAP no ha sido, sin embargo, evaluada formalmente. De hecho, un reciente intento de ensayo clínico controlado y aleatorizado hubo de ser suspendido ante la reticencia de los clínicos para asignar aleatoriamente el CAP a sus enfermos (vease Guyyat et al, J Intensive Care Med 1991; 6: 91-95). La evidencia disponible se basa, por tanto, en estudios observacionales, cuya principal limitación reside en el sesgo de selección por tratamiento: el CAP se indica habitualmente en enfermos inestables, con un peor pronóstico inicial que el grupo control. A pesar de estas limitaciones, la información aportada por los estudios observacionales a lo largo de los últimos 10 años obliga a reconsiderar la seguridad del CAP.

En 1987, Gore et al (Chest 1987; 92:721-727) comunicaron la existencia de un llamativo exceso de mortalidad en los pacientes con infarto agudo de miocardio (IAM) a los que se les había implantado un catéter de arteria pulmonar. Este aumento de la mortalidad se pudo demostrar incluso después de ajustar los resultados para tamaño de infarto y otros índices de gravedad mediante análisis multivariante. Este estudio motivó una editorial (Robin DE, Chest 1987; 92:727-731) en la que se solicitaba una moratoria en el uso del catéter. En 1990, Zion et al (Chest 1990; 98:1331-1335) publicaron un estudio retrospectivo basado en 5841 pacientes con IAM incluidos en el registro SPRINT; a pesar de que los autores no veían razones para discontinuar el uso del CAP, la mortalidad de los pacientes con insuficiencia cardiaca severa (en teoría los más beneficiados por el uso del catéter de Swan-Ganz) fue mayor (47.8% frente a un 36.4%) en los pacientes a los que se les practicó CAP que en aquellos que no lo recibieron (Dalen JE, Chest 1990; 98:1313-1314). Asimismo en los pacientes más graves (con shock cardiogénico), la mortalidad fue casi idéntica (90% vs. 91%) en ambos grupos.

En un reciente estudio no publicado basado en datos del PAEEC -un estudio multicéntrico en el que participaron 86 unidades de cuidados intensivos de todo el estado español- los pacientes con IAM a los que se practicó CAP presentaron un exceso de mortalidad que persistió tras ajustar para APACHE-III, edad, sexo, diabetes, uso de ventilación mecánica, drogas vasoactivas y trombólisis (OR ajustada = 3,11, IC: 1,59-5,57; p<0.001) (comunicación personal). Al igual que en el estudio de Connors, hubo indicios de interacción entre el uso del catéter y el nivel de gravedad (mayor exceso de mortalidad en los niveles menos graves). En nuestro conocimiento, no existe ningún estudio que sugiera unos mejores resultados en los pacientes a los que se les practica el CAP.

Aunque se trata de un estudio observacional, el trabajo de Connors et al, aporta nueva evidencia que cuestiona la inocuidad de la práctica habitual del CAP. Entre los puntos fuertes del estudio hay que resaltar un buen control estadístico del sesgo de selección por tratamiento y un análisis de sensibilidad, que sugiere que para aceptar un riesgo relativo de 1 sería necesario que existiera un efecto de confusión (un índice

de gravedad) no detectado de magnitud muy considerable.

¿Cual sería la explicación de la mayor mortalidad ajustada de los pacientes con CAP?. Es posible que los efectos deletéreos del CAP *per se* superen a los beneficios; la mayoría de las veces, sin embargo, las complicaciones son leves y difícilmente contribuirían a explicar el exceso de mortalidad de los pacientes con catéter de Swan-Ganz. Por otra parte, los beneficios del CAP no serían efectivos si el médico no interpreta adecuadamente la información aportada por el cateterismo. En este sentido, Iberti et al (JAMA 1990; 264:2928-2932) evidenciaron que el conocimiento del uso del CAP por parte de los clínicos es extremadamente variable y llamativamente bajo. Connors et al sugieren que el CAP puede ser un marcador de estilos de práctica agresivos asociados a alta mortalidad. Esta explicación sería consistente con los hallazgos de un reciente estudio en pacientes con IAM, en el que los hospitales con un uso del CAP mayor del esperado presentaban asimismo una mortalidad mayor de la esperada. Otra posibilidad es que la información proporcionada por el CAP pueda conducir a cambios en la terapéutica (por ejemplo una reposición hidroelectrolítica agresiva) que conduzcan a una mayor mortalidad. Por último, es posible que la implantación de un catéter de Swan-Ganz, con toda la parafernalia acompañante, sea percibido por el enfermo como una señal de amenaza a la propia supervivencia, en un entorno de desvalimiento -las mismas condiciones que caracterizan a la muerte culturogénica.

¿Qué hacer a la vista de todo ello? La respuesta de Connors recomendando ulteriores estudios observacionales y la reconsideración de un ensayo clínico aleatorizado parece notablemente conservadora. Mucho más audaz resulta una editorial a dicho artículo firmada por Dalen y Bone (JAMA 1996; 276: 916-918), que consideran que un nuevo estudio observacional sólo puede aportar redundancias y recomiendan 1 de dos opciones: (1) un ensayo clínico controlado y aleatorizado promovido por el NHLI; (2) si no se emprende dicho ensayo clínico, la FDA debería promover una moratoria en el uso del catéter de Swan-Ganz. *Resumen : Jaime Latour, Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública (IVESP).*

¿COMO COMPITEN LOS HOSPITALES DEL REINO UNIDO ?

***Propper C.* Market structure and prices: The responses of hospitals in the UK National Health Service to competition. J Public Economics 1996; 61: 307-335.**

El proceso de reforma sanitaria seguido en el Reino Unido a partir de 1989 ha introducido competencia entre los proveedores mediante la separación de las funciones de asegurador y de proveedor de la atención sanitaria. Los servicios son producidos por proveedores públicos y privados que compiten por conseguir contratos de los compradores. En el caso de los proveedores públicos, los hospitales no se han privatizado (cambio de propiedad) sino que se han convertido en entidades jurídicamente independientes (NHS Trusts). El efecto esperado de las reformas es que se produzca un aumento de la eficiencia productiva, aunque la literatura económica, tanto teórica como aplicada, no proporciona demasiada evidencia para sostener que la competencia aumenta la eficiencia en el mercado sanitario.

Resulta evidente, pues, la necesidad de disponer de evaluaciones de los efectos de la competencia en sistemas sanitarios públicos en los que se introducido la separación de funciones. El trabajo de Propper (Departamento de Economía de la Universidad de Bristol) es casi el único que hasta ahora se plantea una evaluación de los efectos de la competencia en este mercado teniendo en cuenta las implicaciones que se derivan de la teoría económica. El objetivo del artículo es el de responder de forma secuencial a las tres preguntas siguientes: (1) ¿Existe evidencia de competencia en precios en este mercado?; (2) ¿Qué relación existe entre la competencia y los precios?; y (3) Los precios, ¿siguen las recomendaciones del regulador o se establecen en función de las fuerzas del mercado?

El efecto de la competencia sobre los precios se analiza en este artículo en el mercado de servicios hospitalarios imprevistos comprados por las DHA (District Health Authority) al margen del contrato general suscrito con los hospitales (spot market). La autora analiza los precios de 118 hospitales de agudos no especializados en siete regiones en el período 1991-94. Los datos sobre precios corresponden a los servicios vendidos por los NHS Trusts al margen del contrato anual con las DHA y se refieren a cuatro especialidades: cirugía general, ortopedia, otorrinolaringología y ginecología.

El modelo económico que se verifica es un modelo sencillo de tarificación en el que el precio debería ser función negativa del grado de competencia, función positiva del poder de negociación del trust en relación con la DHA, además de otros factores no relacionados con el mercado. La especificación del modelo contempla las siguientes variables explicativas del precio medio de cada hospital para cada especialidad: coste medio de la especialidad, dimensión del mercado (número de competidores en el mercado geográfico), poder de negociación ante la DHA, hospital universitario, presencia de determinados ítems tecnológicos y localización regional.

La recomendación del regulador es que los trusts establezcan los precios tomando como base el coste medio y añadiendo un 6% como tasa de beneficio sobre el capital. El primer resultado que se obtiene es el escaso seguimiento de las recomendaciones del Department of Health en cuanto a tarificación de servicios (lo cual ya ha sido también constatado para la contratación con los fundholders): en una regresión del precio en relación con el coste se encuentra un coeficiente inferior a la unidad. No es de extrañar este resultado cuando se puede predecir que si los hospitales compiten en precios, la tarificación se guiará por el coste marginal y no por el coste medio puesto que quien financia los costes fijos es el contrato principal con la DHA (lástima que el estudio sólo pueda utilizar como medida de los costes el coste medio).

En segundo lugar, se observa como el coste no es el único factor que determina los precios. Las características del mercado (dimensión del mercado y poder de negociación) tienen una influencia significativa sobre el precio médio de cada especialidad. Los resultados muestran que el grado de competencia, aproximado por el número de competidores o por la dimensión del mercado, se asocia con precios más bajos, mientras que el poder de negociación con la DHA se asocia a precios más elevados.

La identificación al nivel del precio medio de determinadas especialidades implica una representación del producto bastante imperfecta puesto que la composición de los ítems facturados por cada una de las especialidad puede ser bastante diferente. A pesar de ello, el estudio muestra con variables micro correspondientes a cada transacción que el grado de competencia creado en el mercado hospitalario (por cierto, se dan pocos datos sobre el grado de concentración de los mercados y sobre la importancia relativa de los servicios que se compran al margen del contrato general) es importante y las predicciones se corresponden con lo esperado según la teoría económica. Resulta importante no olvidar que el estudio examina el mercado «marginal» de servicios hospitalarios: el que genera ingresos marginales a los hospitales más allá de la financiación garantizada mediante contrato, razón por la cual: (a) es más probable que exista competencia en precios tomando como referencia el coste marginal, y (b) no se puede concluir que existe competencia de precios con una intensidad importante en el conjunto del mercado hospitalario del Reino Unido. En otros términos, las conclusiones del estudio no se pueden considerar válidas para el funcionamiento global del mercado atendido por trusts. Resumen: Jaume Puig. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona.