



Economía y Salud

boletín informativo

AÑO 13 ENERO 2000 nº 37

ASOCIACION
DE ECONOMIA
DE LA SALUD

en este número

| | pág. |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| EDITORIAL | 1 |
| PRÓXIMAS REUNIONES Y CURSOS | 3 |
| JORNADA TÉCNICA A.E.S. Oviedo 2000 | 4 |
| XX JORNADA S.A.E.S. Palma, mayo 2000 | 5 |
| INVESTIGACIÓN | 7 |
| – ¿Podemos mejorar la relación con nuestros socios si gestionamos debidamente la información? | |
| – La referencia temporal en la evaluación económica de programas de salud | |
| – Utilización y efectividad en una unidad de hospitalización a domicilio | |
| TEMAS | 10 |
| – El plan estratégico del Servicio Andaluz de Salud (PESAS) | |
| – La Sanidad en la sociedad de la información | |
| VARIOS | 13 |
| LIBROS | 14 |
| NOTICIAS | 15 |
| HUMOR | 15 |
| NOTICIAS DE AEES | 16 |

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

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

editorial

RECUPERAR LA AGENDA DE INVESTIGACION SOBRE LA EQUIDAD PARA EL DEBATE SANITARIO

Guillem López i Casasnovas



He venido manteniendo en diversos foros (por ejemplo, el más reciente, en el Informe SESPAS), que a mi entender la sanidad española sufre de una sobredosis de politización, en el peor sentido de la palabra: de política en minúscula, para la que la sanidad supone una excelente arma arrojadiza generadora de apetitosas rentas electorales. A dicha situación contribuimos a veces desde la economía de la salud, de un modo muy sutil y quizás incluso inconscientemente. Así, por un lado, a la vista de los contenidos de la investigación elegida, a veces contribuimos a alimentar aquellos tipos de debate que no llevan a ninguna parte. Este es el caso, por ejemplo, cuando seleccionamos para nuestro trabajo grandes tópicos para los que no se dispone de método o información empírica suficiente para ahondar en su tratamiento riguroso, y acabamos, como no, concluyendo afirmaciones que son totalmente generales y suficientemente ambiguas, lo que nos salva de incurrir y de que algún día se descubra nuestra equivocación. Dichas generalidades ('más preguntas que respuestas', decimos) son caldo de cultivo de posteriores interpretaciones políticas de conveniencia, supuestamente fundadas en trabajos de 'estudiosos sobre la materia'.

Por otro lado, en ocasiones, nuestros trabajos, pudiendo tener conclusiones y aplicaciones prácticas, quedan huérfanos de tales por comodidad o temor a su traducción en el terreno de la política sanitaria. Quedarnos por encima de la melée evita, por lo demás, nuestra intersección con los decisores sanitarios, relación mucho más compleja, aunque necesaria, para la implementación de las políticas consecuentes. Aducir a la 'incapacidad de los políticos' acaba dejando las cosas en su sitio. Es el miedo a entrar en las cocinas de la política sanitaria (JJ. Artells, L. Bohigas y V. Ortún son las más destacadas excepciones), aunque aceptemos que la excelencia también se halla entre los pucheros.

Es en efecto más cómodo quedarse en la crítica de los ingredientes o en la fabricación de 'pastillitas conceptuales' avecrem, para que todo tenga más o menos igual sabor y podamos escudarnos en los políticos que se olvidaron de un aspecto

Editor del boletín: **Txomin Uriarte**

Han colaborado en este número:

Guillem LÓPEZ i CASASNOVAS, Mª Asun GUTIÉRREZ, Paula BAGÉS, Herminia MUÑOZ, Juan VENTURA, Julio MARCO FRANCO, Pep POMAR, Juli FUSTER, Fernando ANTOÑANZAS, Bernardo GARCÍA IZQUIERDO, Angelina LÁZARO, Anna GARCÍA-ALTÉS, Bernardo VALDIVIESO, Roberto MONTERO, Santiago MARIMÓN, Pere IBERN, José Luis NAVARRO, Itxaso MUGARRA, Puerto LÓPEZ DEL AMO, Vicente ORTÚN, Varo PEIRÓ, Carlos GARCÍA AHEDO, y Murphy, que insiste.

u otro de nuestra buena receta: la necesidad de priorización de servicios (cuáles, cómo, cuándo), la medicina basada en la evidencia (cómo se promueve, cómo se desrutiniza), la reducción de las desigualdades en salud igualando consumo sanitario según necesidad, entre otras, son hoy algunas de nuestras sopas maravilla, pócimas instantáneas y caldos mágicos.

Buena parte de lo anterior se deriva, a mi entender, de definir ámbitos de trabajo (agendas de investigación individuales) excesivamente generalistas. Por ejemplo, en el terreno de lo concreto, éste podría ser el caso de los estudios que se centran en la comparación internacional de la eficiencia de los sistemas sanitarios, a partir de los niveles de gasto y de los indicadores de mortalidad generales. O de estudios que pretenden realizar una especie de análisis global coste-beneficio del gasto sanitario público global (o incluso entre sus componentes agregados) con relación al gasto público total, como si los resultados recogiesen idéntica valoración social. O cuando, pongamos por caso, la agenda de investigación focaliza criterios normativos de equidad social sobre la base de supuestas nociones de consenso sobre la necesidad sanitaria.

No estoy en contra, por supuesto, de aquellos ámbitos (eficiencia, equidad, bienestar social) considerados en sí mismos (basta comprobar para ello mi propio trabajo), pero sí de que no sepamos acotar suficientemente sus límites a efectos de permitir un abordaje empírico, metodológico riguroso y políticamente relevante. No estoy abogando, por lo demás, por un mayor confinamiento de la economía del conjunto de ciencias sociales que inciden en la política sanitaria, pero sí claramente a favor de que su confluencia informe las hipótesis de trabajo 'ex ante', sin que llegue a conformarlas de manera oportunista 'ex post'.

De desigualdades en salud e inequidades financieras

Uno de dichos casos es el de las desigualdades en salud. Otro, el de las inequidades financieras territoriales. En el primer caso, y entre otras razones, porque si nos tomamos en serio dicha área de estudio necesitamos una información básica mucho más fina de la que hoy disponemos. Ello hace prioritario hoy influir algo más en cómo se generan los datos tradicionalmente utilizados en la investigación: (i) la encuesta de salud es un caso (ajustando mejor la frecuentación de servicios sanitarios, introduciendo datos socioeconómicos sensibles, garantizando la representatividad de las submuestras relevantes, de los perfiles individuales o por cohortes a lo 'fair innings'...), (ii) la encuesta de presupuestos familiares es otro caso (definición de categorías de gasto sanitario, ingresos de los cabeza de familia...) y (iii) métodos que permitan los cruces parti-

cientes. Y es que a las alturas del siglo XXI definir la equidad en términos de utilización sin ajustar por 'normas de isoconsumo', o necesidad, como las llaman directamente Wagstaff y otros, no es de recibo. El que las decilas de renta baja utilicen más que la media los servicios sanitarios no nos dice que el sistema sanitario sea progresivo. Son igualmente equívocos los trabajos que definen la utilización en términos de servicios totales (y no de los públicos, que son los políticamente relevantes), o que comparan variaciones en áreas geográficas pequeñas con realidades territoriales superiores. Deficiencias todas ellas que contrastan, además, con la contundencia que se otorga a sus resultados, y que los políticos malinterpretan porque precisamente a ello inducen los propios trabajos.

Del mismo modo se nos antojan errores metodológicos frecuentes la consideración que se hace de las variables fundamentales para el análisis. Por ejemplo, en el ajuste por características individuales exógenas se debe clarificar de entrada las que son susceptibles de intervención social o que son explícitamente consideradas externas a las conductas individuales. El no reconocimiento empírico de la no linealidad entre gasto sanitario, renta e indicadores sanitarios, o ignorando la doble causalidad entre renta y salud es otro caso clamoroso.

En el caso de las inequidades territoriales financieras, los equívocos se producen aquí al trasplantar al plano geográfico las consideraciones derivadas del plano personal. El dar a entender que al ser la desigualdad en renta la explicación de las diferencias territoriales de mortalidad, la redistribución de gasto sanitario público entre comunidades autónomas de distinta renta eliminaría equis miles de muertes, a parte de demagógico olvida la multifactorialidad de las desigualdades en salud (no sólo el gasto sanitario cuenta) y confunde la varianza de la desigualdad personal con las diferencias en los valores medios de las desigualdades territoriales. Por lo demás, hace falta plantearse hasta qué punto es compatible con la descentralización sanitaria la uniformidad que exigen determinadas nociones de equidad, teniendo en cuenta, que no existe un concepto de equidad que sea de consenso y resulte plenamente operativo.

Mientras tanto, el énfasis casi exclusivo en la redistribución territorial de recursos sanitarios para el gasto en servicios sanitarios (camas, sueldos de médicos, equipamientos...) se produce al coste de ignorar lo que acontece en el resto de políticas educativas o de salud, cómo se orientan las partidas de gasto dentro de cada comunidad, su eficiencia, y de modo más relevante, su nivel de equidad personal interna.

Y es que cuando a los estudios les exigimos la evidencia de los datos y los observamos a través de prismas metodológicos robustos suelen a menudo quedar desmentidos algunos prejuicios y perder interés incluso como ámbitos políticamente relevantes.

REUNIONES

5TH ANNUAL INTERNATIONAL MEETING

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

"ISPOR 2000: Bringing Theory to Practice"

Lugar: Washington, DC area, USA

Fechas: 21 al 24 de mayo de 2000

Topics: Economic outcomes research, Clinical outcomes research, Psycho-social outcomes research, Drug and health policy research, Methodological issues/advances

Información: E-mail: info@ispor.org
<http://www.ispor.org>

FOSBA (Forum Sanitatis Barcinonis) and Medical Forum Expo (MFE)

"Hacia la armonización de los derechos sanitarios de los ciudadanos europeos"

Lugar: Barcelona

Fechas: 23 al 26 de mayo de 2000

Eventos:

Foro sobre políticas sanitarias, Encuentro sobre cooperación sanitaria, Simposio sobre prestaciones sanitarias, Jornada sobre utilización de la información sanitaria del ciudadano, Jornada sobre aseguramiento y Jornada sobre telemedicina.

Información:

Pacífico S.A.

E. Granados, 44

E-08008 Barcelona

Tel 93 452 0722

Fax 93 451 7438

E-mail: gp@pacifico-meetings.com

<http://www.medicalforumexpo.com>

6TH ANNUAL INTERNATIONAL SYMPOSIUM & WORKSHOP 2000

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

Lugar: Baltimore, Maryland, USA

Fechas: 10 al 12 de agosto de 2000

Información:

Tel.: +1.410.837.5253

Fax.: +1.810.815.5378

E-Mail: workshop@RHFM.Org

<http://www.RHFM.org>

Call for abstracts. Deadline: 29 de febrero de 2000.

SECOND EUROPEAN CONFERENCE ON THE ECONOMICS OF CANCER

The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)

Lugar: Bruselas, Bélgica

Fechas: 3 al 5 de septiembre de 2000

Información:

Tel.: +3227741602

Fax.: +3227726233

E-mail: economics.conference@eortc.be

<http://www.eortc.be>

Call for abstracts. Deadline: 14 de abril de 2000

CURSOS

DIPLOMA SUPERIOR EN ECONOMÍA DE LA SALUD Y DIRECCIÓN DE ORGANIZACIONES SANITARIAS

Está organizado e impartido por el Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Granada y la Escuela Andaluza de Salud Pública. Dura dos años y es modular.

El programa se divide en 4 bloques: Economía de la Salud y de las Organizaciones Sanitarias, Políticas sanitarias y resultados en salud, Gestión en organizaciones sanitarias y Recursos humanos.

Fecha de comienzo: 23 de febrero de 2000.

Matrícula: 800.000 pts. (350.000 pts en el año 2000 y 450.000 pts en el 2001).

Horas lectivas: 750 (300 en el 2000 y 450 en el 2001)

Plazas: 30

Fecha de solicitud: ha estado abierta hasta el 14 de enero de 2000 (¿)

Coordinación:

José Martín.

Juan de Dios Jiménez.

Información:

Campus Universitario de Cartuja

Apdo 2070, 18080 GRANADA

Tel: 958 02 7400

Fax: 958 02 7503

E-mail: comunicacion@easp.es

<http://www.easp.es>

XVI SEMINARIO INTERNACIONAL DE ESTADÍSTICA

1º curso: Metodología estadística para estimaciones indirectas en pequeñas áreas.

Profesor: Jon NK Rao

Lugar: Vitoria-Gasteiz

Fechas: 28, 29 de febrero y 1 de marzo de 2000

2º curso: Confidencialidad y técnicas estadísticas de protección de datos.

Profesor: Lawrence H Cox

Lugar: Vitoria-Gasteiz

Fechas: 3, 4 y 5 de abril de 2000.

Los cursos serán en inglés con traducción simultánea.

Información: EUSTAT. Tel: 945 01 7100 Fax: 945 01 7501

E-mail: eustat@eustat.es

<http://www.eustat>

HOW TO TEACH EVIDENCE BASED CLINICAL PRACTICE (EBCP)

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

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

Date: June 11 to June 16, 2000

Information:

Ms Deborah Maddock

Tel.: (905) 525-9140 ext 22900

Fax: (905) 524-3841

E-mail: maddock@fhs.mcmaster.ca

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

PRESENTACIÓN

El 25 de febrero del año 2000 tendrá lugar en Oviedo una Jornada Técnica organizada por la Asociación de Economía de la Salud. Con ello se pretende crear un foro científico que permita revisar y analizar aspectos relevantes de la sanidad pública española. Las jornadas cuentan con ponentes, que desde diferentes perspectivas (académicas, profesional y de gestión sanitaria), estudiarán la problemática actual de la gestión sanitaria, la calidad de la atención sanitaria y el uso racional de medicamentos.

En el año 2001 se celebrarán las XXI Jornadas de AES en el Principado de Asturias, por lo tanto la Jornada Técnica presenta la oportunidad de aglutinar a todos los profesionales que, desde diferentes ámbitos, están interesados en contribuir a la mejora de la gestión y la calidad de los Servicios Sanitarios en nuestra Comunidad Autónoma.

PROGRAMA

9:00 a 9,30 horas: Entrega de documentación.

9:30 a 10:00 horas: Inauguración de la Jornada.

10,30 a 12:00 horas: Mesa 1. **Pasado, presente y futuro de los instrumentos de gestión sanitaria.**

Juan Ventura, Vicente Ortún, Juan José Fernández, Alfonso Flórez.

12:00 a 12:30 horas. Café.

12:30 a 14:30 horas. Mesa 2. **Nuevas fronteras de la calidad de la atención sanitaria.**

David Oterino (Moderador). *La calidad, ¿de qué estamos hablando?*

Luis Gómez, *La calidad en Salud Pública.*

Joan Gené, *La calidad en Atención Primaria.*

Ana Sáinz, *La calidad en Atención Especializada.*

17:00 a 19:00 horas: Mesa 3. **Farmacéuticos, médicos y economistas ante el uso racional de medicamentos.**

Lauda Cabiedes (Moderadora). *"Estado del arte" en políticas de uso racional de medicamentos.*

Félix Lobo, *Revisión de los estudios disponibles en España sobre Economía de los Medicamentos.*

Julio E. Franco, *Visión del clínico y del gestor hospitalario sobre el coste del medicamento.*

Flor Álvarez de Toledo, *Viabilidad de la Atención Farmacéutica de España.*

19:00 horas. Clausura.

21:00 horas. Espicha.

COMITÉ ORGANIZADOR:

- Juan Ventura
- Laura Cabiedes
- Ana M. Guillén
- David Oterino
- Manuel Vinuesa.

INFORMACIÓN

IUDE. Teléfono: 98 510 30 20 - Fax: 98 524 48 50.

BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN:

Nombre y apellidos: _____

Dirección particular: _____

Profesión: _____

Cuota de inscripción: incluye asistencia a las sesiones, documentación, cafés y espicha.

Hasta el 14 de febrero: socios de AES: **12.000 pts. (no socios 15.000 pts.).**

Después del 14 de febrero: socios de AES: **15.000 pts. (no socios 20.000 pts.).**

La inscripción realizada durante la semana previa o en la misma jornada, tendrá un recargo de 2.000 pts.

Transferencia bancaria a favor de AES (Jornada Técnica), CAJASTUR c/c 20480000250340125120.

Remitir junto con copia del pago a INSTITUTO UNIVERSITARIO DE EMPRESA

c/ González Besada, 13-4ª planta. 33007 Oviedo

XX jornadas AES. Palma, mayo 2000

BIENVENIDA

Visitar Palma de Mallorca es siempre una oportunidad para encontrarse con una ciudad Cosmopolita, abierta a Europa, con una frecuencia de vuelos que hace de ella una de las rutas más frecuentadas de todo el continente. Hacerlo en primavera ofrece una ventaja adicional, la de poder viajar en una época de temperatura suave, pero no por ello, previsiblemente menos soleada, pues la isla goza de largos periodos de sol, no solamente en verano sino a lo largo de todo el año. Es ese cielo azul, y el mar que la rodea, entre otras razones, la que hace que la luz de estas islas del Mediterráneo sea singular. Palma ofrece también una oferta cultural importante. A los circuitos más populares tales como Catedral, Castillo de Bellver, etc., se añaden otros más selectos como el Palacio Real de la Almudaina, el Museo Diocesano, la fundación Miró, la fundación March, o el delicioso museo de pintura de los siglos XIX y XX de Ses Voltes, que ofrece una importante colección del modernismo catalano-balear. Con un poco más de tiempo se pueden realizar pintorescas excursiones por mar o por la montaña. La vida nocturna tiene un amplio abanico de posibilidades que va desde los elegantes palacios reconvertidos en frutales salones de reunión nocturna tales como el Abaco o el Abacanto, hasta las más movidas discotecas como Tito's o las terrazas del Paseo Marítimo.

Por eso, como Presidente del Comité Organizador, deseo cursar una invitación formal a los Jornalistas y acompañantes de las XX Jornadas de Economía de la Salud, en la seguridad que además del nivel científico que ya viene ofreciendo tradicionalmente nuestra cita anual, aumentado si cabe por la celebración y reflexión sobre los 20 años de existencia de la Asociación, encontrarán una variada oferta complementaria para los ratos libres.

COMITÉ ORGANIZADOR:

Presidente: Julio E. Marco Franco. **Vicepresidente:** Juli Fuster Culebras. **Tesorereros:** Antoni Bellver Julià, Caterina Ramón Roca. **Secretario:** Pedro Vidal Taberner. **Vocales:** Kunibert Bauzá Nicolai, Sergio Beltrán Damián, Eusebi Castaño Riera, Josep Corcoll Reixach, Ismael Font Andreu, Tito Hidalgo Salazar, Josep Pomar Reynés, Carles Ricci Voltes, Ramón Socías Puig

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente: Fernando Antoñanzas Villar. **Vocales:** Lluís Bohigas Santasugrana, Juan Cabasés Hita, Juli Fuster Culebras, José Martín Martín, Carles Murillo Fort, Vicente Ortún Rubio, Salvador Peiró Moreno, Joan Rovira Fornes.

SECRETARÍA TÉCNICA

Avda. 16 de julio, 73.
07009 Palma de Mallorca.
Teléfonos: (34) 971 766 454 - 766 849 - 166 460.
Fax: (34) 971 766 538.
E-mail: vhughes@uex.es - mlopez@uex.es - mbarrea@uex.es.

COMUNICACIONES ORALES Y PÓSTERS

En estas jornadas, los autores pueden optar por dos formas alternativas de enviar sus propuestas de comunicación:

- Envío del resumen en el formato adjunto, junto con el texto original y completo, antes del 15 de febrero; de esta manera, el comité científico podrá clasificar dicho trabajo como ponencia y, si así lo autoriza el autor, remitírsela a un replicador para su análisis y discusión posterior en el seno de las jornadas.
- Envío únicamente del resumen antes del día 15 de febrero.

La remisión de ambas versiones debe hacerse: por correo ordinario: se remitirá copia de los originales en papel y diskette en formato Word 97, o bien mediante correo electrónico: formato Word 97, adjuntando también copia papel, vía fax o correo.

EL PLAZO DE REMISIÓN DE COMUNICACIONES Y PÓSTERS FINALIZA EL 15 DE FEBRERO DEL AÑO 2000.

Se concederán premios a la mejor comunicación oral y al mejor póster, cada uno de ellos dotado con 100.000 ptas. La selección la realizará el Comité Científico de las jornadas. El formato de los pósters deberá ser 100x80 cm.

BECABAYER

El fallo de este galardón se dará a conocer durante el transcurso de las jornadas.

INSCRIPCIONES

Cuota de inscripción:

Incluye asistencia a las sesiones de las jornadas, documentación y libro de ponencias, cafés, almuerzos de trabajo y programa social.

Socios de AES: 40.000pts

No socios AES: 50.000pts

Estudiantes Universitarios: 20.000pts

- (incluye asistencia, documentación, cafés)
- La inscripción realizada durante la semana previa o en las mismas jornadas tendrá un recargo del 10%.
 - Cancelaciones: hasta la semana previa de las jornadas retención del 50%; posteriormente retención del 100%.
 - AES concederá 10 becas de ayuda a las mejores comunicaciones presentadas por jóvenes investigadores (edad inferior a 30 años).

ALOJAMIENTO

Los hoteles seleccionados para las jornadas son los siguientes:

| Hotel/ categoría | H. individual | H. doble |
|---------------------|------------------|--------------|
| Palas Atenea | 15.600 ptas. | 21.225 ptas. |
| Bellver | 14.000 ptas. | 18.550 ptas. |
| Isla de Mallorca | 6.550 ptas. | 8.250 ptas. |
| Saratoga | 15.900 ptas. | 20.325 ptas. |
| Almudaina | 9.175 ptas. | 13.125 ptas. |
| Jaime III | 11.475 ptas. | 14.715 ptas. |
| Araxa | 6.550 ptas. | 8.250 ptas. |

Precios por habitación y noche en régimen de alojamiento y desayuno. IVA incluido.

FORMA DE PAGO

Para hacer efectivas sus reservas el pago deberá hacerse por transferencia bancaria a favor de ULTRAMAR EXPRESS. Ref.: ECSAL, al banco de Santander, Entidad 085, Oficina 0749, Dígito de control: 43, Nº cuenta: 000 00 62723, o por cheque bancario nominal a ULTRAMAR EXPRESS.

XX jornadas AES. Palma, mayo 2000

ESQUEMA DEL PROGRAMA CIENTÍFICO DE LAS XX JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Como puede observarse, y según se ha anunciado en la convocatoria de las jornadas, se pretende que tengan un carácter de revisión de los trabajos de los últimos 20 años en diversas materias del tronco común de la economía de la salud. Se han encargado varias revisiones a expertos en los diferentes asuntos, que, a su vez, serán remitidas a los tres ponentes extranjeros invitados para que valoren si los métodos utilizados, los enfoques y los resultados obtenidos están en línea con lo que en su experiencia se desarrolla en otros lugares, y también se les

pedirá que sugieran algunas vías de avance. De vez en cuando, vale la pena evaluar y fijarse metas.

También está planeado que se celebren dos mesas redondas sobre las repercusiones de la especialización científica de la Economía de la Salud en la política sanitaria española y sobre la influencia de las reformas europeas en América Latina; dos asuntos que pueden contribuir a analizar las consecuencias de las actividades objeto de estudio de nuestra AES en terceras partes.

En cualquier caso, las comunicaciones sobre las diversas materias especificadas en la convocatoria se espera que, como cada año, enriquezcan las jornadas.

Os esperamos en Mallorca.

Por el Comité Científico,
Fernando Antoñanzas

PRIMER DÍA

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| Sesión inaugural 11 h. Ponencia: 11,30 A. Maynard | | |
| 12,30 Ponencia de revisión <i>Seguros sanitarios. Marisol Rodríguez</i> | 12,30 Ponencia de revisión <i>Financiación del Sistema Sanitario. Guillén López</i> | |
| 15,30 Guido Carrin <i>Modelo macroeconómicos para la política sanitaria</i> | Ponencia de revisión <i>Equidad. Beatriz González</i> | |
| 17,00 Comunicaciones | 17,00 Comunicaciones | 17,00 Comunicaciones |

SEGUNDO DÍA

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 9,30 Ponencia de revisión <i>Evaluación Económica y sus aplicaciones en la gestión</i> Anna García-Altés/Carmelo Juárez/Fernando Antoñanzas | 9,30 Ponencia de revisión <i>Eficiencia en la gestión sanitaria</i> Jaume Puig-Eulalia Dalmau | |
| 11,30 Ponencia Peter Zweifel <i>Incentivos en el empleo de los seguros sanitarios</i> | 11,30 Ponencia de revisión <i>Medicamentos</i> Félix Lobo | |
| 12,30 Comunicaciones | 12,30 Comunicaciones | 12,30 Comunicaciones |
| Mesa redonda: <i>Influencia en la economía de la salud en las políticas sanitarias recientes.</i> Coordinador: Joan Rovira | | |
| 17,00 Comunicaciones | 17,00 Comunicaciones | 17,00 Comunicaciones |
| 19,00 Asamblea de AES | | |

TERCER DÍA

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 9,30-11 Ponencia de revisión <i>Financiación y gestión de centros sanitarios. José Martín</i> | 9,30-11 Mesa redonda <i>Modelos sanitarios europeos en Latinoamérica</i> Coordinador: Carlos Murillo | |
| 11,30 Comunicaciones | | |
| 13,30 Clausura | | |

¿PODEMOS MEJORAR LA RELACIÓN CON NUESTROS SOCIOS SI GESTIONAMOS DEBIDAMENTE LA INFORMACIÓN?¹

Bernardo García Izquierdo



Nuestras asociaciones de ciudadanos están conformadas de una materia prima muy particular cual es el compromiso asociativo. La legitimidad, eficacia operativa e independencia de nuestras asociaciones dependen fundamentalmente de la multiplicidad de compromisos individuales concienciados, formados e informados sobre las causas sociales que se defienden. Por lo tanto, la propia naturaleza de nuestras asociaciones nos impulsa a desarrollar cuantitativa y cualitativamente su base social.

Para que los ciudadanos se comprometan con nuestro proyecto asociativo es preciso darles información ("que sepan"), ofrecerles espacios de participación ("que hagan"), y concienciarles sobre su responsabilidad social ("que sean"). Es por ello que tendremos que cuidar especialmente la transparencia y el aprendizaje como medios esenciales para generar la confianza suficiente entre nuestra organización y el ciudadano.

Ahora bien, ¿conocemos en la asociación quiénes son nuestros socios?, ¿sabemos lo que piensan de la asociación?, ¿tenemos alguna idea sobre cuáles son sus expectativas al respecto?, ¿podríamos aventurar cuál es su disposición a colaborar y participar más intensamente con la asociación?, ¿tenemos alguna referencia sobre lo que podrían aportar a la asociación?

Cuántas veces hemos querido tener respuesta a estas cuestiones para tomar decisiones respecto a cómo montar un acto público, qué mensajes incluir en el próximo número de nuestra revista, cómo adecuar nuestro local de reuniones, qué hacer para captar nuevos socios, etc.

Por consiguiente, necesitamos información para poder tomar las decisiones que afectan a nuestra relación con los socios, tanto con los actuales como con los potenciales. En este sentido, el primer paso será conocer en detalle las interioridades de la **relación de intercambio entre nuestra asociación y el apoyo social con el que contamos**.

Antes de exponer algunas ideas sobre cómo podríamos llevar a cabo este proceso, conviene señalar que la mayor parte de la información por la que suspiramos, en numerosas ocasiones, paradójicamente se encuentra disponible en el seno de nuestras asociaciones. Esta constatación sirve para recordarnos que en el esfuerzo de encontrar información de utilidad, tendremos que centrarnos con prioridad en la selección, contrastación y ordenación de los datos ya disponibles en nuestra organización; además de que es una fuente inmejorable de información, resulta mucho más económica que la obtención de datos externos de nueva procedencia.

Para poder obtener una descripción acertada y útil de la relación que mantenemos con nuestros socios, lo más aconsejable es que recurramos a un proceso que implique técnicas cualitativas y cuantitativas. Las primeras nos servirán como acercamiento inicial y personal al colectivo que queremos conocer. A través del mismo, obtendremos una amplia y variada presentación de contenidos a contrastar y una rica gama de matices sobre las diferentes visiones de los temas. Las técnicas cuantitativas nos aportarán el refrendo estadístico a las temáticas y opciones sugeridas o intuitas en la fase anterior.

En el desarrollo de la **fase cualitativa del proceso**, debemos procurar abarcar todo el espectro de públicos relevantes con los que nos relacionamos. Nos ayudará el recurso a fuentes consideradas como interlocutores preferenciales nuestros, y procuraremos incluir a todos los actores que aparecen en la línea de relación entre una colaboración ciudadana y su destino final en el apoyo a causas sociales.

En esta fase, las técnicas que principalmente emplearemos para la captación de información serán las entrevistas en profundidad, la celebración de dinámicas grupales y, como fuentes informales, recurriremos a la experiencia, diálogo y observación de diferentes comportamientos, costumbres y realidades de nuestra relación con los socios.

Posteriormente, analizaremos esta información mediante su **categorización**. A partir de la transcripción de las dinámicas anteriormente citadas, obtendremos un texto de campo cuyas partes (normalmente tomaremos la frase como unidad de análisis) clasificaremos en diferentes categorías informativas, y dentro de las mismas en la modalidad que le corresponda. Un modelo orientativo de la matriz de categorías para nuestro caso podría ser el siguiente:

- 1) Conocimiento de los socios y otros colaboradores habituales, actuales y potenciales.
- 2) Criterios para sistematizar y regularizar los flujos informativos.
- 3) Necesidades informativas.
- 4) Tecnología para crear y alimentar la base de datos del sistema de información.
- 5) Entronque organizativo del sistema de información.
- 6) Distribución de la información procedente del sistema.
- 7) Seguimiento y evaluación del sistema de información.

A partir de toda esta información, entre otros resultados podremos proceder a la **elaboración de un cuestionario** que nos permita contrastar para la totalidad de la base social las afirmaciones vertidas en la fase cualitativa. El cuestionario nos abre las puertas de la fase cuantitativa. Este proceso cumple con la función de complementar el lanzado con anterioridad, para finalmente permitirnos enunciar la propuesta de diseño de un sistema de información para nuestra asociación.

La búsqueda de la información cuantitativa la podríamos desarrollar en base a las siguientes fases:

- Consulta de data secundaria y delimitación del colectivo.
- Identificación de las necesidades informativas.
- Configuración del cuestionario.
- Preparativos previos al sondeo.
- Definición de la muestra y de las variables propias del sondeo.
- Obtención de los resultados del muestreo.
- Tratamiento de los datos:
 - + Creación de la base de datos.
 - + Tratamiento estadístico.
- Posibles usos de la información.
- Análisis de la información.
- Conclusiones.

Con los resultados obtenidos de la investigación cuantitativa y cualitativa, conseguiremos **dibujar el perfil del socio** - colaborador de nuestra asociación. A partir de aquí, lanzaremos un procedimiento para llegar a determinar qué información necesitamos para mejorar la relación entre nuestra asociación y sus socios, y dónde, con qué y cómo obtenerla.

Posteriormente, definiremos los principios que gobernarán en la sistematización y composición de los **flujos informativos**, y con ello alcanzaremos una materialización más elaborada y concreta en los elementos operativos mediante los que pondríamos en funcionamiento el sistema de información.

Gracias a este proceso, habríamos recopilado, seleccionado, tratado y clasificado toda la información que consideráramos imprescindible para proceder a diseñar el sistema de información.

En definitiva, si aprovechamos las ventajas de gestión que nos proporciona el uso racional de la información, apreciaremos mejoras sustanciales en el intercambio que mantenemos con nuestra base social. Con ello nos abriremos a nuevos campos de interrelación que nos permitirán avanzar conjuntamente por dimensiones más atractivas y enriquecedoras del movimiento asociativo ciudadano.

¹ Este texto es un breve resumen del contenido de la tesis doctoral defendida por su autor en la Universidad de Deusto, en febrero de 1999, y que tiene por título: "El diseño de un Sistema de Información Marketing para mejorar la eficacia en la toma de decisiones de una Organización Humanitaria" El autor es profesor en la Universidad Comercial de Deusto y Coordinador del master en Ayuda Internacional Humanitaria del Instituto Padre Arrupe.

LA REFERENCIA TEMPORAL EN LA EVALUACIÓN ECONÓMICA DE PROGRAMAS DE SALUD¹

Angelina Lázaro



Introducción

A pesar de los avances logrados en la evaluación económica de políticas de salud a lo largo de más de tres décadas esta disciplina adolece de serias lagunas en uno de sus aspectos centrales. A saber, qué peso atribuir a las consecuencias de salud futuras. Por ejemplo, ¿es la reducción en la morbilidad resultante de una intervención quirúrgica menos importante dentro de cinco años que hoy? Y si este es el caso, ¿cómo valorar el alivio del dolor que ocurre en el futuro en relación al

presente? Nos enfrentamos a un problema teórico, cuyo análisis ha sido preterido hasta fechas recientes, y práctico, al adolecer las aplicaciones de un tratamiento del descuento de las consecuencias de salud en buena medida arbitrario.

Este estado de cosas constituye la principal motivación de la tesis doctoral presentada, que nace con el siguiente objetivo: investigar la racionalidad económica del descuento de los costes y beneficios en la evaluación económica de programas públicos en general y de las consecuencias de salud en particular; y aunar a esta perspectiva teórica del descuento una vertiente aplicada, a fin de sentar las bases conceptuales y empíricas que nos permitan dilucidar si la tasa de descuento de las consecuencias no monetarias de salud, ha de ser coincidente con la elegida para las consecuencias monetarias. Con este objetivo en mente hemos vertebrado nuestro estudio en cinco capítulos, los tres primeros de contenido teórico y otros dos eminentemente empíricos.

¿Por qué tratan los individuos de forma diferente el presente y el futuro?

Desde fechas tempranas los economistas han tratado de explicar este comportamiento y hemos seguido la senda cronológica de sus aportaciones más relevantes en el primer capítulo. La preferencia temporal se debe a dos causas: la utilidad marginal de la renta entre periodos y la preferencia temporal pura. El proceso de formalización científica de la economía definirá el comportamiento individual ante el tiempo en términos del modelo de utilidad descontada (MUD): los individuos maximizan una función de utilidad caracterizada por un conjunto de axiomas.

¿La tasa de descuento social (TDS) destina algún cometido a la preferencia temporal individual (PTI)?

En el capítulo segundo nos mudamos de la perspectiva individual a la social, al descuento de las consecuencias de programas de inversión pública. Identificar los enfoques teóricos para la definición de la TDS y estudiar su evolución posibilita arribar al enfoque del precio sombra del capital que, filtrado por las características de las economías desarrolladas, permite concluir que resulta metodológicamente correcto descontar de acuerdo con la preferencia temporal social (PTS). De modo que resulta inmediato el inquirir si la PTI tiene voz en la determinación de la PTS. Si aceptamos al principio de soberanía del consumidor, habremos de aceptar el comportamiento individual ante el tiempo.

Pero comoquiera que las preferencias temporales de los individuos pueden no ser perennes cuando los individuos actúan de acuerdo con sus propios intereses frente a cuando lo hacen como ciudadanos o en el interés de la comunidad, entonces, ya sea la PTI privada la que haya de determinar la PTS (soberanía máxima), ya sea la PTI social la que informe la PTS (soberanía representativa), concluimos que las preferencias temporales de los individuos son relevantes en la determinación de la TDS en la evaluación económica de políticas públicas o, en otros términos, tienen voz y es legítimo concentrar nuestra atención en la PTI.

¿Existen razones técnicas para preferir una estrategia sobre otra en el descuento de las consecuencias de salud?

Hemos confiado el tercer capítulo a la problemática específica de la tasa de descuento en la evaluación económica sanitaria. El debate intelectual en relación al descuento de las políticas de salud puede resumirse en torno a dos cuestiones fundamentales. En primer lugar, ¿han de descontarse los beneficios de salud? Las bases sobre las que se asienta el no descuento de los beneficios de salud son contestadas de manera inmediata en forma de contra-argumentos. Aceptamos por tanto que los beneficios de los programas sanitarios hayan de ser descontados. Y si han de ser descontados, surge de forma inmediata la segunda pregunta ¿a qué tasa? Si la respuesta se concreta en la identidad de descuento entre el dinero y la salud hablamos de descuento uniforme, en caso contrario, de descuento diferencial.

Habiendo realizado una sistematización de argumentos pro descuento uniforme, englobamos los argumentos en defensa del diferencial en tres

categorías: críticas al descuento uniforme, argumentos autónomos e indirectos y el principal argumento, esto es, que la preferencia temporal por la salud y el dinero podrán diferir, dadas las peculiaridades de la salud como bien. Todos los argumentos teóricos comparten una propiedad: pueden englobarse bajo un enfoque que denominamos de determinación lógica de la relación entre la tasa de descuento para las consecuencias monetarias y de salud. Frente a él planteamos un cambio de enfoque, proponemos la determinación empírica e indirecta de dicha relación. El vínculo entre la tasa de descuento para consecuencias monetarias y de salud ha de resolverse por la relación que mantengan la PTI por el dinero con la PTI por la salud.

¿Cuál es la validez de la evidencia empírica disponible?

En el capítulo cuarto hemos realizado una revisión sistemática de la literatura estimadora de tasas de preferencia temporal por la salud y por el dinero. Una serie de regularidades emergen de dicho análisis: efecto temporal, efecto signo o asimetría pérdidas-ganancias, efecto magnitud, asimetría posponer-adelantar o efecto marco y efectos anhelo y temor. Amén de otros patrones que surgen cuando la elección intertemporal afecta a secuencias. El trasladar estas propiedades a términos axiomáticos permite concluir que los comportamientos observados violan las recomendaciones normativas del MUD.

Si la salud y el dinero sucumbieran ante las mismas regularidades dispondríamos de un primer indicio empírico a favor del descuento uniforme. Ahora bien, aunque algunos de estos efectos han sido observados tanto para el dinero y la salud, otros únicamente se han mostrado presentes en uno u otro tipo de intercambios. La alternativa obvia consiste en investigar en un único análisis si existen divergencias cuantitativas entre la preferencia temporal por la salud y el dinero.

¿Qué mayor evidencia se requiere y cómo obtenerla mejor?

La tesis que sostenemos es la siguiente: responder satisfactoriamente a la cuestión ¿han de descontarse a la misma tasa las consecuencias de salud futuras que las consecuencias monetarias futuras?, exige un estudio sistemático acerca de la naturaleza de las preferencias temporales de los individuos por la salud y por el dinero, estudio en el que el conocimiento y comparación de las tasas subjetivas de preferencia temporal por ambos bienes se realice en los contextos de elección adecuados, el privado, de un lado, y el social de otro.

En primer lugar hemos confeccionado un cuestionario en el que planteamos cuatro escenarios hipotéticos de elección intertemporal: dinero privado, dinero social, salud privada y salud social. Escenarios en los que se ofrece una ganancia presente (un premio en la lotería, una inversión pública en mejorar las zonas verdes, una mejora en el estado de salud habitual del individuo, previamente descrito, y un programa que salva vidas) y pedimos la cuantía futura, para un atraso dado, que dejaría a los individuos indiferentes. A continuación, hemos seleccionado una muestra representativa de la población de la ciudad de Zaragoza, estratificada por edad, sexo y nivel de estudios, y la hemos enfrentado a las elecciones intertemporales. Las respuestas revelan implícitamente sus TPT por la salud y el dinero, tanto privadas como sociales.

Los resultados de nuestra estimación indican que los individuos descuentan asimétricamente su dinero y su salud, y lo mismo ocurre en el contexto social, resultando las TPT significativamente más elevadas ante el intercambio de beneficios de salud. Ese mayor descuento se mantiene ante variaciones en la edad, sexo, nivel de estudios e ingresos familiares de los individuos y ante una modificación en el horizonte temporal implicado en la elección.

Conclusión

Si aceptamos la argumentación presentada, entonces la relación entre tasas de descuento para las consecuencias de salud y las monetarias, derivada de la relación mantenida entre la PTI por la salud y PTI por el dinero, no es de igualdad, como sostienen los defensores del descuento uniforme, ni tampoco de inferioridad, como mantienen básicamente los abogados del descuento diferencial, sino de superioridad. Y así, hemos respondido de forma indirecta al interrogante que constituía el objetivo principal de nuestro trabajo: las consecuencias de salud han de descontarse, de acuerdo con el comportamiento individual exhibido en el análisis, a una tasa superior a la elegida para las consecuencias monetarias.

Ahora bien, los resultados obtenidos han de interpretarse con cautela, siendo necesaria una depuración del ejercicio presentado, al menos en lo relativo a diseño de los escenarios, formulación de preguntas, organización del cuestionario y análisis de los resultados.

¹ Tesis doctoral leída el 11 de septiembre de 1999 en el Departamento de Estructura e Historia Económica y Economía Pública de la Universidad de Zaragoza y dirigida por Ramón Barberán Ortí. Obtuvo la calificación de sobresaliente cum laude.

FACTORES ASOCIADOS A LA EFECTIVIDAD DE LA ATENCIÓN Y CONSUMO DE RECURSOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO¹

Bernardo Valdivieso

Objetivos: 1) Describir el perfil de pacientes atendidos en una Unidad de Hospitalización a Domicilio (UHD), y los resultados de la atención prestada, 2) Identificar factores asociados a la utilización y a la efectividad, 3) Construir modelos explicativos sobre los indicadores de utilización y efectividad.

Diseño: Cohorte retrospectiva sobre la que se desarrollan modelizaciones empíricas para estimar la probabilidad de cada resultado.

Ambito del estudio: Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital Universitario la Fe de Valencia.

Sujetos de estudio: Durante el periodo de tiempo comprendido del 01/01/97 al 31/12/97 se valoraron 1.180 propuestas, de las que desestimaron 29 por no cumplir los criterios de inclusión en HaD ingresando el resto de pacientes. En el estudio se incluyen todos los episodios dados de alta durante el periodo de estudio (n=1.100) en la UHD de Hospital la Fe. Para evitar introducir heterogeneidad en la muestra a partir de grupos de escasa representatividad y/o diferencias en la actividad de la UHD, se excluyeron los episodios cuyo esquema asistencial fue distinto al de descarga rápida de pacientes (Acute Care) y los pacientes con edades inferiores a 16 años (n=61), por lo que el análisis se realiza sobre los 1.039 episodios restantes.

Instrumentalización: Estadística descriptiva, bivalente y multivalente: regresión logística para los resultados de efectividad (mortalidad, reingresos) y lineal múltiple para los resultados con variable dependiente continua (estancia media, tasa de intervención).

Medida de resultados: 1) Duración de la hospitalización domiciliaria, definida como la diferencia, en días, entre la fecha de alta e ingreso en la UHD del episodio revisado. 2) Tasa de intervención general (TIG), definida como el número de visitas que recibe un paciente por cada día de estancia y calculada dividiendo el número total de visitas (TIGt) del episodio entre el número de estancias del mismo. A partir del número de visitas realizado por cada categoría de personal se calculan las TIG médicas (TIGm), de enfermería (TIGe), fisioterapia (TIGf) y trabajo social (TIGs). 3) El consumo total de visitas por episodio atendido. 4) Reingreso a la semana (Re7), definido como la readmisión hospitalaria urgente (se excluyeron las programadas por considerarla parte del plan de cuidados) en los 7 días siguientes al alta hospitalaria previa o, en su caso y para los pacientes que no tuvieron paso previo por las salas de hospitalización, al ingreso en HaD. 5) Reingreso al mes (Re30), definido igual que el anterior pero en el plazo de los 30 días siguientes al alta hospitalaria o, en su caso, ingreso en la UHD de los pacientes que no tuvieron paso previo por las salas de hospitalización. 6) Mortalidad en la UHD, identificada a través del criterio de alta "exitus" en el episodio de hospitalización domiciliaria.

Resultados: La muestra estudiada ha sido de 1.039 casos, de la que el 45,8% fueron mujeres, la edad media fue de 77 años, con un 53,2% mayores de 75 años. El 43,8%, presentaron comorbilidad, el 82,6% tuvieron un ingreso previo en sala de hospitalización que fue menor de 5 días en el 54,6% de los casos, y fueron clasificados como crónicos el 79% y como terminales el 13%. Respecto a la situación funcional al ingreso en la UHD el 76,2% presentaron alterado el intelecto, mientras que el 88,2% mantenían algún tipo de dependencia para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. La estancia media en la UHD fue de 11,0 días (IC95% 10,6-11,5), la frecuencia de visitas diaria por parte del equipo fue de 1,25 (IC95% 1,21-1,30), del médico 0,29 (IC95% 0,27-0,30), de la enfermera 0,88 (IC95% 0,84-0,91), del fisioterapeuta 0,07 (0,06-0,08) y por último del trabajador social 0,03 (IC95% 0,02-0,03). El consumo total de visitas por episodio atendido fue de 12,6 (IC95% 12,10-13,10). La proporción de reingresos a los 7 días del ingreso en UHD es el 12,2% (IC95% 10,1- 4,3) y a los 30 días el 21,6% (IC95% 19,0-24,3), la mortalidad en UHD es del 9,7% (IC95% 7,9-11,5).

El análisis bivalente y multivalente realizado mostraron como la pluripatología, la comorbilidad, el vivir sólo, la mayor duración de la estancia hospitalaria previa, la pérdida de autonomía para las ABVD y los diagnósticos que implicaron mayor carga de enfermedad se asociaron a mayor consumo de recursos (aunque no siempre con el mismo indicador). Las variables de tratamientos se asociaron en general al consumo de visitas, aunque esto era esperable ya que buena parte de ellas implican, en sí, una visita de algún profesional del equipo. Por el contrario, sólo la edad y el grupo diagnóstico

se asociaron consistentemente a resultados clínicos. La asociación aparentemente paradójica entre mayor edad y menor número de reingresos probablemente esté mediada por la mortalidad (los pacientes que fallecen no pueden reingresar).

Conclusiones: Los resultados del estudio muestran que, tal como se había hipotetizado y en términos generales, la utilización de recursos y los resultados adversos en HaD se asociaron a las características del paciente que indicaban mayor gravedad y a aquellas que conceptualmente se correlacionaban positivamente con la gravedad del episodio, aunque no en todos los casos. No obstante, los modelos realizados mostraron una baja capacidad para explicar el consumo de recursos, con coeficientes de determinación entre el 6% y el 12%, salvo el modelo para el total de visitas que superaba el 20%. Las explicaciones posibles incluyen tanto la posibilidad de que -dado el carácter retrospectivo del estudio- no se haya dispuesto de información sobre variables relevantes -severidad-, como a la posibilidad de que la UHD estudiada utilice pautas muy protocolizadas de atención que no se relacionen con la gravedad de los pacientes y mientras no se trate de una situación excepcional -recrudescimiento o complicación- que requiera mayor intensidad de recursos o recursos específicos, éstas no se modifican. Probablemente, ambas hipótesis contribuyen a explicar la baja capacidad explicativa de los modelos, aunque la segunda es muy sugestiva y, en parte, concuerda con la experiencia de la Unidad. Respecto a los resultados clínicos, los modelos sobre reingresos muestran también una discreta capacidad explicativa (estadístico C en torno al 70%), probablemente por el ya comentado efecto de la competencia entre riesgos para el reingreso y la gravedad -cuando aumenta la gravedad de los pacientes, aumenta el riesgo de reingreso y de muerte, pero si la gravedad continúa aumentando y es altamente predictiva de muerte, el riesgo de reingreso disminuye-. El modelo sobre mortalidad alcanzó un estadístico C del 86%, en buena parte por el efecto del grupo de "terminales", obviamente con una gran capacidad predictiva sobre este resultado.

Limitaciones: en primer lugar, las derivadas del diseño retrospectivo, con las posibles insuficiencias de información y sesgos de este tipo de diseños. Un segundo grupo de dificultades proviene de las limitaciones y de la calidad de la cumplimentación del CMBD y CMBDFHE. Otro tercer grupo de limitaciones se refieren al problema de la validez atribucional, no siendo siempre evidente la relación entre suceso adverso y baja calidad de atención. Un cuarto tipo de limitaciones las dificultades para identificar el resultado de interés, que incluyen: 1) las dificultades derivadas de la existencia de riesgos por ejemplo, los pacientes que reingresan suelen compartir características con los que fallecen y dado que el reingreso requiere que el paciente siga vivo, es esperable que en niveles altos de gravedad el riesgo de reingreso disminuya, especialmente si no se ha podido excluir determinados casos (fallecidos fuera del hospital, altas de terminales o cambios de domicilio); 2) dificultades para seguir al paciente cuando cambia de residencia u hospital; 3) el derivado de las limitaciones metodológicas para trabajar con sucesos de muy baja frecuencia como la mortalidad, las complicaciones o los reingresos tempranos.

Aplicabilidad y utilidad práctica de los resultados: En primer lugar, desarrollar indicadores y estándares normalizados de utilización de recursos y de efectividad, que permitan monitorizar los resultados de las unidades de hospitalización a domicilio, faciliten su gestión y la planificación de la oferta y desarrollo de esta alternativa asistencial. En segundo lugar la identificación de casos (ingresos en Hospitalización domiciliaria) que, por el tipo de efecto adverso presentado, requieran una revisión detallada de la calidad de la atención prestada (audit médico), bien mediante la aplicación de sistemas más específicos, bien mediante la revisión de historias clínicas. En tercer lugar el desarrollo de modelos predictivos de utilización y efectividad, útiles por un lado para dimensionar y gestionar adecuadamente las Unidades y por otro para detectar casos de riesgo. En cuarto lugar el conocimiento de las variables asociadas al consumo de recursos permitirá el avance en la construcción de un sistema de clasificación de pacientes adecuado para esta alternativa asistencial.

¹ Tesis doctoral dirigida por Marsset P y Peiró S, leída el 20 de diciembre de 1999 en la Universidad de Murcia y obtuvo la calificación de sobresaliente cum laude.

EL PLAN ESTRATÉGICO DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (PESAS)

Roberto Montero



El PESAS es el principal instrumento del que se sirve el Gobierno andaluz para la dirección estratégica de la política de salud, conteniendo las grandes líneas estratégicas que deben guiar la orientación de los servicios públicos sanitarios. El documento que contenía dicho Plan fue publicado en enero de 1998, como culminación de varios trabajos en los que participaron más de 350 personas vinculadas a la administración sanitaria andaluza.

En la primera parte del documento se describe el estado inicial del sistema, por lo que, en el mismo, se presentan algunos datos históricos y su posterior evolución, para, en una segunda parte, ocuparse del diseño estratégico y del establecimiento de objetivos, lo que hace a través de tres ámbitos estratégicos, que denomina retos y que son: **trasladar poder al ciudadano; otorgar mayor autonomía al personal; y consolidar, innovándolo, el sistema sanitario.**

En dichos ámbitos se incidirá a través de las líneas estratégicas (y objetivos) siguientes: A) **Orientar los servicios a la mejora de la salud.** (adecuar carteras de servicio; coordinarse con los servicios sociales.); B) **Incrementar la receptividad de la organización a las demandas de los usuarios.** (elección real e informada de los ciudadanos; calidad de los servicios; disminuir los tiempos de espera diagnóstica y quirúrgica.); C) **Conseguir mayor eficiencia/efectividad a partir de la interrelación entre usuarios y profesionales.** (suficiencia financiera; corrección de los desequilibrios territoriales; incrementar la responsabilidad sobre el gasto.); D) **Asegurar la equidad y la solidaridad mediante el ejercicio de las funciones normativas, políticas y reguladoras.** (integración y optimización de los sistemas de información; desarrollar el contrato-programa.)

EJES FUNDAMENTALES

– *Profundización en el sistema de contrato-programa:* Mediante este mecanismo se pretende asegurar un mayor compromiso con los objetivos generales y se dota de mayor autonomía a los centros para la organización interna. Se ha convertido en una pieza fundamental en el diseño del programa político de la sanidad andaluza

– *Incremento de la competitividad de los centros públicos:* Con un modelo de pseudomercado de competencia pública, el S.A.S. intenta encaminar al organismo hacia un proyecto de entidad más involucrada y participativa con la sociedad de la que forma parte.

– *Libre elección de médico y Centro:* Como complementario del anterior. Aunque esta relativa posibilidad de elección de facultativo, del que se pretende dotar la sanidad andaluza, además de importantes limitaciones presupuestarias, tampoco se puede considerar suficiente como para que, por sí mismo, funcione como herramienta de traslado de poder al ciudadano. De hecho, si no va acompañada de retribuciones ligadas a la producción, se puede convertir en un antiestímulo para el facultativo

– *Vinculación de la financiación al cumplimiento de objetivos:* Se pretende vincular la dotación financiera a los Centros en función del grado de cumplimiento de los contratos-programa. Sin embargo, del alto grado de cumplimiento de los objetivos impuestos (véase memoria S.A.S. del año 1997) puede inferirse que estos no son excesivamente difíciles de conseguir o, dicho de otra manera, que su función coercitiva o correctora es débil. De hecho, la misma denominación de contrato-programa puede inducir a error, por cuanto faltan, en la negociación del mismo, varios elementos fundamentales como son: independencia entre las partes; ausencia de listas de servicios valorados al coste; falta de sistema de facturación; práctica ausencia de penalizaciones; ambigüedad en la redacción; etc.

– *Innovaciones en la organización y en la gestión:* En el que se establecen tres niveles de atención: **primaria** (Como responsable de la biografía sanitaria de los pacientes y puerta de entrada al sistema); **especializada** (para las fases de la enfermedad que requieran internamiento y de la atención ambulatoria) y los **Centros de Diagnóstico** (como apoyo técnico y de diagnóstico a ambos niveles).

A su vez, la gestión del sistema se descentraliza en: **Gestión clínica** (desarrollada en las unidades clínicas como lugar de encuentro entre los

usuarios y los facultativos. Su campo de actuación se reforzará mediante la dotación de autonomía y responsabilidad; **Gestión de recursos** (que se llevará a cabo en la dirección de Distritos, Hospitales y Centros de diagnóstico); **Función Reguladora** (que se reserva la autoridad sanitaria, que, como dato interesante, en alguna ocasión se autodenomina *Dirección corporativa*).

De la perfecta identificación de los responsables de cada nivel de gestión (sobre todo del nivel de gestión clínica), de su agencia o comisión y de las posibles sinergias o impedimentos que introduzcan en el sistema dependerá, en gran medida, el éxito o fracaso del modelo. Es decir, este proceso debe de convertirse en el epicentro de la vida sanitaria andaluza.

La financiación se organiza atendiendo al sistema de atención al paciente, y así, los Centros de Atención Primaria se financiarán por criterios capitativos, los Centros de atención especializada, en función del contrato-programa que se establezca y los Centros de Diagnóstico por la producción demandada por las anteriores unidades. Todo ello modulado y ponderado por criterios políticos de accesibilidad de los ciudadanos y de ordenación recursos, con el fin de garantizar la equidad social.

Para su correcto funcionamiento se necesita elaborar tanto una relación de servicios, correctamente valorados (aunque no se hace alusión al criterio de valoración), como la definir las correspondientes transferencias de crédito entre servicios, distinguiendo entre relaciones no sujetas a intercambios financieros y relaciones que supongan intercambios financieros.

El usuario, finalmente, debe de ser situado en el centro del sistema, facilitándole su recorrido asistencial.

CONCLUSIONES

Se puede interpretar que el Plan peca de un exceso de optimismo sobre el estado actual del servicio sanitario, y que, por tanto, pone más énfasis en la conservación y mantenimiento del actual nivel de recursos (sobre todo en atención especializada) que en su crecimiento. Las principales novedades que el Servicio Andaluz de Salud pretende introducir, en consecuencia, se localizarán en el rediseño organizativo de la institución.

En este marco, la dotación de responsabilidades de gestión, económicas y presupuestarias entre otras, a las unidades clínicas, constituye una pieza clave en el nuevo engranaje sanitario andaluz. Del correcto uso de esta autonomía administrativa y de las sinergias entre las distintas unidades de gestión clínica dependerá, en gran medida, el éxito de la planificación estratégica andaluza.

La metodología utilizada en la elaboración del PESAS, de dirección por objetivos clásica, necesita, para ser efectiva, complementarse con la definición negociada, en cascada, de los objetivos sectoriales de los distintos distritos, centros y unidades. Trabajo que, todavía, no se ha emprendido.

Los objetivos, en su gran mayoría, no se concretan suficientemente ni son en absoluto cuantificados, lo que constituye una limitación del PESAS. Sobre todo porque introduce elementos de incertidumbre que, lejos de suponer flexibilidad en una hipotética negociación futura, pueden provocar conflictos en la interpretación de los distintos programas.

Así, por ejemplo, se carece de una definición de los incentivos a la gestión y, por otro lado, el traslado de poder al ciudadano no se configura como un objetivo real sino que se limita a constituirse en una aspiración que debe servir de guía a los gestores públicos. En este sentido, el objetivo declarado que *el dinero siga al paciente* no es suficiente por sí solo, ya que la gran cantidad de excepciones (financiación capitativa; criterios de accesibilidad de los pacientes; etc.) limitan su alcance.

Si se considera que ya ha transcurrido el tiempo suficiente para comenzar la evaluación práctica del Plan, se deberá analizar la consecución de objetivos y proceder a la inclusión de las modificaciones que, como documento vivo que se autodefine, se estimen pertinentes. No sería prudente malgastar la potencia de una herramienta tan positiva como esta, dejándola en el olvido o conservándola como mera declaración de intenciones.

LA SANIDAD EN LA SOCIEDAD DE LA INFORMACIÓN

La editorial Díaz de Santos ha publicado **LA SANIDAD EN LA SOCIEDAD DE LA INFORMACIÓN. Sistemas y Tecnologías de la Información para la Gestión y la Reforma de los Servicios de Salud**. Su autor es nuestro amigo y socio de AES Santiago Marimón, actualmente Director de Sistemas y Tecnologías de la Información del Consorci Hospitalari de Catalunya.

El libro explica cómo el uso de las nuevas tecnologías de la información puede contribuir a que el sector sanitario resuelva los principales problemas que tiene planteados. Esta idea se desarrolla desde diversas perspectivas concretas, aportando abundantes referencias y propuestas, apoyadas en una amplia y reciente documentación.

El libro está estructurado en cuatro partes que se corresponden con cuatro tipos de análisis que se efectúan:

- 1) El del papel de la información en la sanidad, que constituye una valoración de los problemas y paradojas que tiene el sector de servicios de salud, así como de las reformas sanitarias que están planteándose en diversos países. En esta parte, en la que predomina la visión política, se aportan datos sobre el peso de la información en la sanidad y en sus actividades.
- 2) La valoración de la evolución y gestión de los sistemas de información sanitarios (SIS). Una segunda parte, la más técnica, que constituye por sí misma un compendio de manual de gestión de SIS.
- 3) La descripción de la contribución de las TI a los retos que tiene planteados el sistema de servicios de salud y a los cambios y reformas que se precisan, constituye la parte central del libro, en la que predomina la perspectiva de gestión y cambio. En diversos capítulos se van emparejando algunos de los retos del sector con las tecnologías y modelos de sistemas de información que permiten abordarlos con éxito. En cada caso se describen los objetivos-reto a cubrir (gestión clínica, medicina basada en la evidencia, reducción y control de costes, autonomía y control de los Centros sanitarios, seguridad, etc), se explican la (o las) tecnología(s) de la información más idónea(s) para abordar cada objetivo (estación médica, internet-intranet, *webs*, *datawarehouse*, EDI, tarjeta sanitaria,...) y las experiencias internacionales existentes. Cada capítulo va acompañado de datos y/o propuestas organizativas concretas y de reflexiones sobre el tema central tratado (integración de la información, asistencia compartida, nuevo modelo de gestión pública, reingeniería de procesos, cambios en la asimetría informativa, perspectivas de la telemedicina, ...). En los capítulos referidos a costes se incluyen estudios de los ahorros obtenibles utilizando las nuevas TI.
- 4) La cuarta parte está dedicada a los tres tipos de claves que rentabilizan los STI: a) La evolución de la historia clínica; b) Los estándares (en mensajes, en vocabularios, en arquitectura de SIH); c) Dotarse de estrategia en política del cambio y del uso de las TI. En éste último capítulo se analizan los futuros escenarios de la sanidad en función del uso que se haga de las tecnologías de la información y las estrategias que, en diversos

países, se están adoptando en cuanto a promoción de las TI, desde los Servicios Nacionales de Salud

En la parte de conclusiones el autor sintetiza lo que sería el escenario idóneo de la **Sanidad en la Sociedad de la Información** mediante lo que, en un juego de sílabas y palabras, califica del modelo de **SANIDAD CO**. Un modelo de sector de servicios de salud basado en el COnocimiento, la COmunicación entre sus agentes, la COmunidad, la COoperación propia de la asistencia COmpartida y la COntinuidad asistencial y el COmpromiso del sistema sanitario con los ciudadanos-pacientes en su cuádruple condición de COntribuyentes, de COnsumidores de los servicios de salud, de personas con derecho a la intimidad (COntidencialidad) y de protagonistas del COntrato social. Un modelo que alcanza la COmunicación y el COnocimiento gracias al uso de los STI, en los que se apoya para ejercer la COoperación de base COmunitaria y el cuádruple COmpromiso con los ciudadanos.

El libro está presidido por un razonamiento crítico, no exento de humor, sin perder nunca de vista, en los muy diversos temas que aborda, la visión global, la perspectiva de la estrecha relación entre

el uso de los STI y la evolución del sistema sanitario, sus servicios, sus objetivos, sus protagonistas, sus costes. Representa una síntesis de la visión política, técnica y de gestión, aunque predomina la perspectiva de gestión a diversos niveles (macro, meso, micro). Atendiendo a esta síntesis de visiones está redactado para personas no expertas en tecnologías de la información (TI).

ECONOMÍA DE LA SALUD EN INTERNET

CONFERENCIA SOBRE NUEVAS
PERSPECTIVAS EN LA ORGANIZACIÓN
Y FINANCIACIÓN DE LOS
SISTEMAS SANITARIOS

Lovaina, 10 y 11 de diciembre de 1999

Pere Ibern

La inflación de congresos y conferencias da lugar a que escoger sea cada vez más difícil y que la restricción de tiempo no permita asistir a muchas de ellas. Sin embargo hay dos estrategias para resolver la cuestión que ya nos está brindando internet. La primera es que para favorecer la elección podemos conocer de antemano el contenido de abstracts o incluso conferencias enteras. La segunda es que en algunas ocasiones podemos ver la conferencia desde nuestro ordenador como es el caso de las que realiza por ejemplo el Cato Institute (la reciente de seguros de dependencia es una muestra de ello) o simplemente podemos bajar los artículos y presentaciones realizadas.

Como ejemplo de una conferencia reciente de elevado interés sobre financiación y organización sanitaria podemos encontrar en la web del *Center for operations research and econometrics* de la Universidad Católica de Lovaina el conjunto de artículos presentados. En la dirección <http://www.core.ucl.ac.be/ispe.html> se pueden bajar la totalidad de los ficheros PDF.

La conferencia tuvo lugar el pasado mes de diciembre y en ella se discutieron los temas más actuales en la investigación sobre contratos, ajuste de riesgo y mercado de seguros en general. Veamos algunos ejemplos de ellos.

1. Gianni de Fraja y Dieter Böss presentan un artículo sobre la inversión en exceso de capacidad hospitalaria en comparación con la calidad. Se trata de un modelo teórico que utiliza el esquema de contratos incompletos de Hart y Moore para aplicarlo a la relación entre los hospitales y el financiador público.

2. James M. Malcomson junto con Martin Chalkley aportan una estimación de contratos mixtos para la asistencia hospitalaria. Los pagos prospectivos por DRG no permiten ajustar la variación que se produce dentro de cada grupo, debido a la gravedad del caso. A pesar de que un pago prospectivo ofrece incentivos a reducir costes, sin un ajuste adecuado puede dar lugar a selección de riesgos y descremar calidad. Los autores exploran la utilización de contratos que pagan parte de los costes incurridos efectivamente ('cost-sharing contracts'). A partir de ciertos supuestos, establecen estimaciones empíricas de los ahorros potenciales para Medicare mediante la adopción de este tipo de contratos. Se trata de un artículo de interés porque a la vez muestra una adaptación teórica del modelo de Laffont y Tirole con una estimación empírica.

3. Motohiro Sato, Robin Boadway y Maurice Marchand presentan la estructura jerárquica de contratos para la asistencia hospitalaria. A partir del esquema de Laffont y Tirole, lo adaptan a las tres partes presentes en la cadena: gobierno, directivo hospitalario y médico. Su aproximación es la convencional de la Teoría de la Agencia y señalan la importancia del gobierno en el control de la oferta y en el diseño de sistemas de pago para influenciar las relaciones de agencia existentes. Del artículo no se desprende ninguna aplicación empírica.

4. Thomas G. McGuire y Jacob Glazer presentan un papel sobre la varianza mínima óptima en el ajuste de riesgo. Teniendo en cuenta que un sistema que ajuste el riesgo en los pagos debe

tratar de evitar selección de pacientes y al mismo tiempo el nivel de calidad deseable, los autores buscan una metodología teórica que resuelva las dos cuestiones a la vez.

5. William Encinosa en su artículo establece una teoría económica para el ajuste de riesgos. Señala que el supuesto de que agrupar riesgos siempre es óptimo no es suficiente. Tiene que considerarse la opción de especialización en una clase de riesgo. Para ello es necesario estimar la magnitud de los ahorros que se derivan de la especialización. Si existen tales ahorros, los ajustes de riesgos convencionales no privarán la selección de riesgos y descremar la calidad. Se trata de un artículo que apoya teóricamente la capitación parcial sugerida por Newhouse. Para implantarla se requeriría información sobre las deseconomías de gama en la producción conjunta de asistencia en todas las clases de riesgo.

6. William Jack presenta un artículo sobre equilibrio en mercados de seguro privados. Resulta de especial interés su aportación teórica sobre cómo las HMO tienen mayor dificultad en conseguir un equilibrio competitivo estable en comparación al seguro tradicional.

En definitiva se trata de aportaciones teóricas sobre cuestiones de actualidad y que seguramente vamos a ver publicadas en las revistas próximamente. Seguramente a muchos nos gustaría observar una mayor cantidad de aplicaciones empíricas. Sin embargo, la solidez de la mayoría de papeles presentados da pautas para la reflexión y para crear argumentos claros en cuestiones complejas.

La conferencia de Lovaina parece configurarse como una réplica europea a la de Organización Industrial en la Asistencia Sanitaria que se celebra en Boston University. Tendremos que estar atentos para las próximas ediciones.

ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA EN
LAS ORGANIZACIONES
HOSPITALARIAS PÚBLICAS

José Luis Navarro

Ed. Universidad de Granada, 1999, 475 págs.⁽¹⁾

El tema central que orienta la obra es el de la eficiencia de las organizaciones sanitarias públicas. A partir de la consideración de la eficiencia como una condición necesaria para la supervivencia del sistema, surge la necesidad de desarrollar técnicas de gestión que la potencien e instrumentos de medida que nos permitan constatar los avances.

En el Capítulo 1, "Introducción a la Economía de la Salud" se estudia el campo de acción e investigación de la economía de la salud así como sus relaciones con otras ciencias. También recoge este capítulo un análisis de las distintas teorías sobre el análisis

económico de la sanidad y una revisión de los principales trabajos de investigación desde la óptica econométrica.

El Capítulo 2 "Modelos Sanitarios en los Países Desarrollados" repasa las grandes cuestiones de los sistemas sanitarios, presenta los distintos modelos teóricos de organización de los sistemas de salud. El análisis de los esquemas teóricos se completa con el análisis de la realidad de los últimos años y las principales reformas acaecidas en Europa.

El Capítulo 3 "El Sistema Sanitario Español: claves organizativas y de financiación. Especial referencia al Servicio Regional de Salud Andaluz" ofrece una descripción de los elementos estructurales de nuestro sistema sanitario. Un segundo bloque de materias aproxima al lector a la reforma sanitaria andaluza y al estado de aplicación de las nuevas técnicas de gestión sanitaria en Andalucía.

Una de las dificultades que surgen al intentar medir la eficiencia de los hospitales es la determinación de su output. De esta problemática se ocupa el Capítulo 4 "La Medida del Output

Sanitario", prestando una especial atención al análisis de los sistemas de información hospitalarios y de los sistemas de clasificación de pacientes.

El Capítulo 5 "Análisis de la Eficiencia en el Entorno Hospitalario. El Análisis Envolvente de Datos" estudia las características del sector público en general y de los hospitales públicos en particular a efectos de controlar y medir su eficiencia. Tras repasar los distintos tipos de modelos frontera, se aborda el estudio del análisis envolvente de datos, tanto del modelo básico como de las derivaciones que han ido surgiendo en los últimos años. Finaliza el capítulo haciendo un repaso de los trabajos publicados en nuestro país relativos a la eficiencia en el ámbito hospitalario.

El Capítulo 6 "Medida de la Eficiencia en los Hospitales del Servicio Andaluz de Salud" recoge una aplicación práctica del análisis envolvente de datos con el objetivo de evaluar la eficiencia relativa de los hospitales del Servicio Andaluz de Salud y estudiar cuál ha sido su evolución.

varios

GRUPO ABIERTO DE DISCUSIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD

Mailbase list healthcon-discuss

List description:

Healthecon-discuss is the general health economics discussion list. Membership is open to health economists (and those interested in health economics) worldwide. The list is a forum for discussion on health economics. The list is international in membership and discussion reflects this.

Address:

<http://coba.shsu.edu/EconFaq/MailingLists//healthconeval.html>

NEW JOURNAL

HEPAC (Health Economics In Prevention And Care) is the new European journal for Health Economics and associated disciplines.

HEPAC will be the first multilingual journal in Health Economics with scientific publications in English. The publisher Springer and the international scientific board of opinion leaders guarantee high-quality, peer reviewed publications as well as articles for pragmatic approaches in the field of Health Economics.

Editors: M Buxton, M Drummond, L Garattini, B Joenssen, K Lauterbach, C Le Pen, J Rovira, F Rutten, J M v.d Schulenburg

Information:

Dr. Esther Wieland
Springer Verlag
Tiergartenstrasse 17
D 69121 Heidelberg
Tel.: 0049 6221 487 399
Fax: 0049 6221 487 734
E-Mail: e.wieland@springer.de
<http://www.springer.de>

CHECKLISTS FOR ECONOMIC EVALUATION-REVIEWS AND ECONOMIC EVALUATION META-ANALYSIS

This is a request on behalf of the CHEC-project (Consensus on Health Economics Criteria list). The aim of the CHEC-project is developing a criteria list for reviews and meta-analysis, which focus on the economic evaluation aspects by using Delphi method. The aim of this project is to obtain consensus among experts about a set of generic core items for quality assessment of trials with economic evaluations.

Information:

Silvia Evers
Tel: +31-43-3881602 or +31-43-3881727
Fax: +31-3670960
E-Mail: S.Evers@BEOZ.unimaas.nl

JOURNAL OF HEALTH SERVICES RESEARCH & POLICY (JHSRP)

"Questions & Answers" (Q&A) section

JHSRP is edited by Nick Black at the London School of Hygiene and Tropical Medicine, London UK, and Nicholas Mays, at The Treasury, New Zealand.

The aim of the Q&A section is for you to identify and try to answer puzzles, especially methodological ones, in health services research and policy. Readers are invited both to submit questions and to offer answers to questions.

All contributions submitted to publication should be faxed or posted to:

The Q&A Section Editor, Gillian Parker,
Nuffield Community Care Studies Unit
University of Leicester, 22-28 Princess Road West,
Leicester LE1 6TP.UK
Fax: +44(0)116 252 5423
<http://www.lshtm.ac.uk/php/hsru/jhsrp/j-aims.htm>

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: imugarb@cfnavarra.es



I. ADMINISTRACION SANITARIA

EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL. INFORME DE UNA DÉCADA

Fundación BBV. Guillem López y Casasnovas; Vicente Ortun Rubio; Carles Murillo Fort

El informe analiza el papel desempeñado por cada uno de los agentes económicos que intervienen y el marco institucional en que se desarrollan sus relaciones contractuales: financiadores del sistema, com- pradores de servicios sanitarios, inter- mediarios financieros, proveedores de la asistencia sanitaria y usuarios de los servi- cios sanitarios en el marco establecido por la Ley General de Sanidad de 1986.

INDICE:

1. En cuanto a la demanda: I. Participación del usuario en el coste II. Medidas de restricción explícita de las prestaciones de la sanidad pública
2. En cuanto a la oferta: I. La atención primaria II. Diferencias en las fórmulas de gestión de los diferentes Servicios Regionales de Salud
3. Perspectiva de la política sanitaria

4. Intersectorialidad de las políticas de salud
5. El control de gasto sanitario desde una perspectiva macroeconomía
6. Mejora de la efectividad y calidad de los servicios sanitarios: la medicina basada en la evidencia.
7. La equidad en los servicios sanitarios
8. Eficiencia de las organizaciones sanitarias.

II. SALUD PUBLICA

SURVEY METHODS IN COMMUNITY MEDICINE: EPIDEMIOLOGICAL RESEARCH PROGRAMME EVALUATION CLINICAL TRIALS

Abramson, J.H., Abramson Z.H. 1999, 419 págs.

EPIDEMIOLOGY: BEYOND THE BASICS
Szko, Moyses. Nieto F. Javier, 1999, 500 págs.

EPIDEMIOLOGIC METHODS FOR HEALTH POLICY
Spasoff R.A., 1999, 227 págs.

HOSPITAL EPIDEMIOLOGY AND INFECTION CONTROL
Mayhall C. Glen, 1999, 1248 págs.

III. ECONOMIA MEDIOAMBIENTAL

PRINCIPLES OF ENVIRONMENTAL ECONOMICS, ECOLOGY AND PUBLIC POLICY
Azizi, Fethi, 1999, 430 págs.

ENVIRONMENTAL ECONOMICS AND MANAGEMENT: THEORY, POLICY, AND APPLICATION, 1999
Callan S. Y Thomas J, 1999

NATURAL RESOURCE AND ENVIRONMENTAL ECONOMICS
Perman R et al., 1999, 432 págs.

IV. VARIOS TEMAS

MEDICINA PREPAGA. HISTORIA Y FUTURO

Alfredo Ahuad, Alberto Paganelli; Alejandro Palmeyro
Ediciones ISALUD, Venezuela, 1999.
E-mail: correo@isalud.com

Las Empresas de Medicina Prepaga han crecido en forma sostenida durante los últimos 40 o 50 años, ocupando un lugar preponderante en la atención de la salud de la población. Sin embargo distintas causas motivan la ausencia de información genérica y ordenada del sector.

A través del presente trabajo se pretende subsanar esta ausencia de información sistemática, mediante el análisis de la evolución del sector y la presentación de todos los datos existentes, generados por investigadores, empresas, y organismos públicos y privados, ordenados y convenientemente validados, constituyendo una interesante visión morfológica y dinámica del sector, con especial referencia a Argentina, aunque se analizan también los modelos de atención médica prepaga en otros países: Estados Unidos, Brasil; Chile, Canadá, España, Reino Unido.

Por último los autores analizan el contexto económico y político, sufriendo posibles alternativas para el desarrollo de la Medicina Prepaga en el futuro.

PAPERS Y DOCUMENTOS DE TRABAJO:

Documentos de trabajo **Fundación BBV-Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)**.

- **Medidas de producto y eficiencia en atención primaria.** Vicente Ortún Rubio, David Casado Marín y Joan R. Sánchez Tuomala.
- **Posibilidades y Limites de la transferencia de riesgo a intermediarios en el sector salud.** Pere Ibern y Carles Murillo
- **La financiación frente a los costes en los hospitales docentes en España.** Guillem López-Casasnovas y Marc Sáez
- **Ineficiencia Técnica y asignativa en la producción hospitalaria: Una aplicación AED-AR.** Jaume Puig-Junoy.
- **Informe BBV-CRES (UPF): Una evolución reciente (1997-98) del Sistema Sanitario Español.** Guillem López-Casasnovas, Vicente Ortún Rubio, Carles Murillo Fort, Joan R. Sánchez Tuomala y Ramón Sabés Figuera.

Working papers de la serie *Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES)* del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona.

- **Review of the literature reference pricing.** Guillem López-Casasnovas y Jaume Puig-Junoy. Ref 362.
- **La capitación en la financiación territorial de los Servicios Públicos Transferidos: El caso de la Sanidad y la Educación.** Guillem López-Casasnovas. Ref 399.

NOTICIAS DE APES

Se ha normalizado, finalmente, el intercambio de publicaciones con APES.

Ellos por su parte nos envían sus "newsletter" que constan de: Editorial, Eventos, Edições, Informação, Disponível na internet y Divulgação científica (ha habido tres newsletter en 1999), y los Documentos de Trabalho, de los que se han publicado en 1999:

1/99 "Lista de espera hospitalares. Productividade dos profissionais e contexto" por Jorge Cabral y Nuno Barriga.

2/99: "Economias de escala, eficiência e custos nos hospitais distritais. Evidências empíricas" por Jorge Cabral y Nuno Barriga.

3/99: "Economias de escala e de gama nos hospitais públicos portugueses: uma aplicação da função de custo variável translog" por Carlos M.G. Carreira y el libro: "Sistemas de financiamento da saúde. Análise e tendências", por Ana Escovel.

Toda esta documentación está a disposición de los socios en la secretaría de AES. Si queréis copias no tenéis más que pedir las.

Señas de APES:

Associação Portuguesa de Economia da Saúde

Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa

Av. Padre Cruz

1600-560 LISBOA

Tel. – 21 758.57.38 Fax: 21 757 35 36;

Email: apes@mail.telepac.pt

NOTICIAS DE AES ARGENTINA

AES Argentina ha actualizado el contenido de su sitio en internet <http://www.aes.org.ar>

Recomendamos visitar tres secciones: "Jornadas Iguazú 2000", "Premio AES 2000" y "Foros de discusión".

PREMIO AES Argentina 2000, al mejor trabajo de investigación sobre: "**Análisis costo efectividad aplicado en el sector salud**". El premio consistirá en una suma equivalente a \$5,000. El autor concursante deberá ser argentino o residente en Argentina desde hace cinco años. El trabajo tendrá entre 50 y 80 hojas.

La fecha límite de presentación del trabajo será el 3 de marzo de 2000 en la sede de la secretaría de AES de Argentina, Venezuela 931, Ciudad de Buenos Aires.

Para mayor información: tel 4334.7766 de 12 a 18 horas (hay un decalaje de 5 horas)

El presidente de AES Argentina es Alberto Díaz Legaspe, y su dirección es : alegaspe@aes.org.ar

más murphys

Primera regla de comisiones de Maynard

La eficacia de una comisión es inversamente proporcional al número de sus componentes.

Principio de la dinámica de comisiones de Maynard

Si hay varias comisiones abocadas a resolver un mismo problema, tenderán a oponerse entre sí.

Ley de Katz

Los individuos y las naciones se comportan racionalmente sólo cuando han agotado todas las otras opciones.

Tercera ley de negociación de contratos

Cuando las dos partes llegan al mismo punto en que estaban al inicio de la negociación, se procede a la firma del contrato.

Axioma de Gourd

Una reunión es un evento en el que se controlan los minutos y se pierden las horas.

Primera ley cualitativa de Wright

La calidad de un proyecto es inversamente proporcional al tiempo disponible para acabarlo.

Primera ley de programación informática

Todo programa en funcionamiento es obsoleto.

Ley de Washlesky

Todo es más fácil de desmontar que de armar.

Comentario de Churchill acerca del hombre

El hombre tropieza ocasionalmente con la verdad, pero casi siempre se levanta y sigue adelante.

Primera ley legislativa de Marshall

Jamás debemos permitir que los hechos obstaculicen una decisión meditada, por errónea que sea.

Ley de naufragios cibernéticos de Doseme

Cualquier página de la web se verá mucho mejor con el navegador que usted no use.

Primera ley de la dinerodinámica

Toda ganancia inesperada se acompaña de un gasto imprevisto del mismo importe.

Séptimo corolario de Murphy

Toda solución genera nuevos problemas.

Grossman y su cita equivocada de H. L. Mencken

Todo problema complejo tiene una respuesta errónea sencilla y comprensible.

Cuarta ley de Frothingham

La urgencia es inversamente proporcional a la importancia.

Axioma de Ducharm

Si uno contempla de cerca un problema, pasa a formar parte del mismo.

Ley de Perrussel

No existe ninguna tarea lo bastante sencilla como para no hacerla mal.

Ley de Meyer

Es fácil complicar las cosas pero complicado simplificarlas.

Principio de Eng

Cuanto más fácil de hacer, más difícil de cambiar.

Cuarta ley de Finagle

Una vez que un trabajo se ha enredado, todo cuanto se haga por arreglarlo lo enredará aún más.

Ley de la carretera de la vida

Si todo le viene de frente, está usted en el carril equivocado.

PAGINA WEB DE AES

Después de las primeras gestiones llevadas a cabo por Voro Peiró, recogió los trastos Puerto López del Amo y, gracias a su empeño y al trabajo de diseño realizado por Isidro López Vilches, AES ya tiene en marcha un dominio en la web que empezará a funcionar en febrero de 2000.

Esta es la presentación:

<http://www.econosalud.es>

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

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

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

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

¡Y eso que sólo estamos empezando!

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

Puerto López del Amo

ENCUESTA 1999 A LOS SOCIOS DE AES

Una muestra de socios de AES, compuesta por 42 académicos, 196 gestores y 34 clínicos, recibió en febrero de 1999 una encuesta que pretendía valorar sus conocimientos y valores en Economía de la Salud. Se pretendía saber si existían diferencias de conocimientos entre colectivos y si las opciones ante decisiones de política y gestión sanitaria venían muy influidas por esos conocimientos.

La tasa de respuestas fue cercana al 40% pero tanto la presentación de resultados (la encuesta tiene 40 preguntas) como su análisis excede el espacio disponible en el Boletín. Por otra parte el posible interés de los resultados para un público más amplio ha llevado a los responsables de la encuesta (Jaume Puig y Vicente Ortún) a someter el resultado de la misma a una revista que reciben sistemáticamente todos los socios. La profilaxis de la publicación duplicada aconseja, por tanto, diferir la presentación de los citados resultados. Gracias a todos los que contestaron y disculpas por la demora.

Nº 2 de GCS

Siguiendo la buena práctica que se comenzó en el número anterior, se acompaña a este boletín el vol 1, núm 2 (diciembre 1999) de Gestión Clínica y Sanitaria (GCS), editado por Fundación I I S S, C R E S y Fundación Gaspar Casal, bajo la coordinación de Ricard Meneu y patrocinado por NOVARTIS. En sus 36 páginas se presentan 27 revisiones, de un total de 33 revistas revisadas sistemáticamente.

REPRODUCEN INFORME TECNICO DE AES

La Revista Electrónica de Medicina de Urgencias y Emergencias ha reproducido en su número 4, diciembre 1999, con todos los permisos y bendiciones, el Informe Técnico nº 2 de AES (Boletín Economía y Salud nº 33), titulado: "**Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo**", obra de Peiró S, Sempere Selva T, Oterino de la Fuente D.

Otra enhorabuena para los autores.

NOTICIAS DE SESPAS

Puntos más importantes de la reunión del Consejo Directivo, mantenida en Sevilla el 17 de noviembre de 1999, dirigida por su Presidente, Juan M. Cabasés.

- La página web de SESPAS es: <http://www.sespas.es>

- Hay dos sociedades interesadas en vincularse a SESPAS:

La Sociedad Española de Sanidad Ambiental (SESA) y Veterinarios de la Salud.

- Se aprueba la incorporación de "Revisiones en Salud Pública", como nuevo producto SESPAS con formato de suplemento anual de *Gaceta Sanitaria*. Se distribuirá a los socios.

- Se aprueba la candidatura de Zaragoza, encabezada por Luis Gómez, para la celebración del Congreso SESPAS 2001.

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