

## MESA DE

## Planificación de sistemas sanitarios

### ¿TRASFERENCIA DE INSTRUMENTOS O TRASFERENCIA DE VALORES? EXPERIENCIA DE UN PROYECTO DE COOPERACIÓN TÉCNICA PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS DE SALUD

Rovira Forns J<sup>1</sup>, Iveta Ganeca BID, González Block MA<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Universitat de Barcelona. <sup>2</sup> WHO.

**Introducción:** La transferencia de tecnología es un elemento esencial para el desarrollo económico y social. Sin embargo, la asistencia técnica internacional a terceros países promovida por los países más desarrollados y por los organismos internacionales no consiste simplemente en una transferencia de conocimientos, sino que —de forma voluntaria o involuntaria— transmite valores ideológicos y culturales, habitualmente de forma o explícita, con efectos a menudo indeseables, por lo menos para los teóricos receptores de la asistencia, que viven la situación como una forma de imperialismo cultural y de imposición de opciones que no responden a sus propios valores y necesidades. En otros casos, la asistencia técnica no es más que una venta de instrumentos técnicamente inadecuados a las condiciones locales. El campo sanitario o es una excepción. Los proyectos de asistencia técnica promueven la aplicación de modelos de organización y gestión próximos a los financiadores y/o consultores, cuya efectividad a menudo no ha sido verificada ni siquiera en sus países de origen. En el pasado ha sido habitual que las soluciones y modelos recomendados no haya sido analizados y, en su caso ajustados a las necesidades locales con la participación de expertos y decorosas locales que conocen el contexto y que, en último término, deberían responsabilizarse de su aplicación. En esta comunicación se describe un proyecto de cooperación técnica para la reforma y mejora del sistema de salud en Panamá financiado por el BID, que presenta las siguientes características:

**Objetivos:** El objetivo era el desarrollo de cinco instrumentos fundamentales mediante el uso de los cuales el Ministerio de Salud de Panamá quedaría en mejor posición de evaluar los resultados de la reforma en curso, y tomar las decisiones políticas que mayor beneficio produjese al sector. Dichos instrumentos eran: 1. El análisis institucional. 2. El diseño de servicios integrales. 3. El análisis de la equidad. 4. Las cuentas Nacionales de Salud. 5. Modelos de simulación financiera. 6. Análisis e factibilidad política.

**Diseño:** En el desarrollo de cada uno de los instrumentos junto a los consultores internacionales, participaron activamente y en igualdad de responsabilidad, consultores y expertos nacionales y representantes de las autoridades sanitarias.

Las fases de desarrollo de cada instrumento incluían la revisión de la experiencia internacional, la identificación de la evidencia, la selección de opciones relevantes y la capacitación de los decisores. La selección de opciones —objetivos y medios de la política de salud— se buscó una amplia participación de todos los actores relevantes en la política de salud panameña, es decir, no solo las autoridades sanitarias, sino también los responsables de la política económica, corporaciones sindicales y profesionales, universidades y centros de investigación, etc.

**Resultados:** Aunque es todavía pronto para evaluar el impacto del proyecto, un indicador indirecto del logro de sus objetivos es que sobrevivió a un cambio de gobierno que se produjo en pleno desarrollo del mismo y que supuso un giro sustancial en la política de salud del país. Esto hubiese sido posiblemente inviable si el proyecto implicase opciones políticas específicas y no la transferencia de instrumentos de análisis, como era el objetivo planteado.

**Palabras clave:** Cooperación técnica, reforma, sistema de salud.

**Financiación:** Banco Interamericano de Desarrollo.

### ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES EN BASE A INFORMACIÓN SOBRE PREFERENCIAS SOCIALES

Ondategui Parra S, Pinto Prades JL, Sánchez Tuomala JR.

Centre de Recerca en Economia de la Salut (CRES). Universitat Pompeu Fabra.

**Objetivos:** Revisión estructurada en dos apartados: a) introducción a la metodología tradicional (ACE) utilizada para la realización de ejercicios de priorización, y b) descripción de la controversia ética centrada en torno a diferentes características de los grupos de población a raíz de la experiencia de priorización sanitaria del estado de Oregón (EE. UU.).

**Diseño:** Revisión bibliográfica

**Ámbito de estudio:** Internacional

**Resultados:** En primer lugar, podemos identificar un conjunto de factores que determinan el creciente interés por las políticas de racionalización sanitaria. Dentro de este conjunto de factores encontramos, a un nivel más sistémico, las políticas de contención de costes fruto de las prestaciones financieras introducidas por los ritmos de crecimiento del gasto sanitario en estos sistemas sanitarios. Ovreteit señala en este sentido que las metodologías alternativas para la contención de costes sanitarios no deben, en su búsqueda de cotas de eficiencia superiores, olvidar las implicaciones de equidad que introducen. Se conoce así que la mayoría de sistemas sanitarios comparten junto al objetivo de ofrecer una asistencia sanitaria de forma eficiente, constituyen, la de ofrecerla según unos criterios de justicia y equidad.

Además, cabe pensar que si estos ejercicios de priorización gozan, ex ante, de un apoyo social previo aumentan las expectativas de éxito respecto al proceso de implementación de la política en cuestión. Las virtudes de un enfoque de política «de abajo arriba» (desde la ciudadanía a nivel macro de política sanitaria) se aplican aquí combinando las perspectivas sociales en relación a los principios de equidad y eficiencia en el funcionamiento del sistema sanitario.

Todo ello resulta más evidente a la luz de la controversia social que se produjo en el que puede considerarse principal intento de utilización del ACE para la distribución de recursos: la experiencia de Oregón, donde se identifican un conjunto de «temas pendientes» en consideración a factores como el potencial de salud, las situaciones de riesgo mortal, la gravedad de la enfermedad, la certeza en el tratamiento, el mantenimiento de la esperanza, o la edad que pueden ser determinantes para la definición de las preferencias sociales en relación a los resultados sanitarios. Con este contexto, se ha situado la «carga de la prueba» sobre aquellas posturas que promueven el ACE y ACU como instrumentos válidos para los ejercicios de racionalización.

**Conclusiones:** El resultado de todo ello requiere de un replanteamiento global de lo que hasta el momento ha sido una solución eminentemente tecnocrática. Reconociendo, como punto de partida, un sesgo eficientista de los resultados propuestos por el ACE y ACU tradicionales, cabe representar los métodos virando hacia un contexto de racionalización que equilibre la consideración por los principios de eficiencia y equidad.

### ADECUACIÓN DE LA OFERTA A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN

Navarro Rubio G, Triginer Borrell C, Caballero Bastardo X, Mestre Ors E, Florensa Masip R, Font Renom J, Junoy Guitard A.

**Introducción:** El proveedor debería conocer la demanda y las variables que caracterizan para poder organizar y planificar su oferta con el objetivo de adecuar el servicio a las necesidades de la población de referencia. Por este motivo, el objetivo de este estudio es conocer las características de la demanda y la oferta de servicios sanitarios de la población femenina afectada de neoplasia de mama en el área de referencia.

**Material y métodos:** El estudio se realizó en la Corporación Parc Taulí (CPT) con una población de referencia de 385.000 habitantes formada por 12 municipios. Se revisaron las altas hospitalarias con diagnóstico de neoplasia de mama registradas en el CMBD del hospital de los años 1998 y 1999. El Servei Català de la Salut facilitó los datos necesarios de dicha patología en la población de referencia referente a 1998. Las variables recogidas fueron edad, sexo, fecha primer contacto con el hospital respecto a la patología estudiada, fecha de diagnóstico, fecha del primer tratamiento, entre otras variables de interés. El análisis estadístico se llevó a cabo mediante los programas Cinos, y SPSS versión 9.0.

**Resultados preliminares:** En 1998 el número total de altas hospitalarias con diagnóstico principal de neoplasia de mama en la población de referencia fue de 249, mientras que en la CPT el número total de altas fue de 171, por lo tanto el índice de penetración en el mercado de la CPT respecto a la neoplasia de mama fue de 69%.

**Conclusiones:** La CPT, que dispone de todos los dispositivos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de la neoplasia de mama, concentra el 69% de la actividad del área de referencia respecto a la patología maligna de mama.

**Palabras clave:** Necesidad, provisión, acceso

45

**¿CÓMO INFLUYEN LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE LOS PUNTOS DE ATENCIÓN CONTINUADA DE ATENCIÓN PRIMARIA SOBRE EL NÚMERO TOTAL DE URGENCIAS HOSPITALARIAS?**

*Castaño Riera EJ, Fuster Culebras J, Pomar Reynolds JM.*  
Palma de Mallorca.

**Objetivo:** ¿Qué adaptación se produce, desde el punto de vista de la actividad, en los servicios de urgencias de titularidad pública de nuestra área, tanto de atención primaria como de atención especializada tras la apertura de los puntos de atención continuada y de un nuevo hospital, durante el decenio 1989-1998?

**Diseño:** Retrospectivo observacional a partir de la información obtenida de las Memorias anuales de Atención Primaria y de las Memorias anuales del INSALUD de Baleares.

**Emplazamiento:** Red sanitaria pública de Mallorca.

**Metodología:** Comparación de números globales de pacientes atendidos en cada nivel. Análisis de los porcentajes de incremento en el periodo del estudio. Comparación de tasas de utilización a los servicios de urgencias por 1.000 habitantes ajustados a la población de derecho de la isla.

**Resultados:** El número de pacientes atendidos en urgencias de atención primaria ha pasado de 150.000 en 1989 a más de 350.000 en 1998. Las tasas evolucionan de 275 por 1.000 habitantes a más de 575 por 1.000 habitantes.

El número de pacientes atendidos en el Hospital Son Dureta sufrió un decremento a partir de 1990, fecha en que se empezaron a abrir los puntos de atención continuada de atención primaria. A partir de esta fecha su cifra de actividad se ha mantenido más o menos constante.

No obstante con la nueva sectorización de los Hospitales del complex (1994) y la apertura del Hospital de Manacor (1997), el número de pacientes atendidos en urgencias de atención especializada aumenta. Así las tasas de pacientes atendidos en atención especializada global pasan de 260 por 1000 a 320 por 1.000 habitantes.

**Conclusiones:** La presión asistencial en los servicios de urgencia aumenta año tras año. En nuestra área, la apertura de los puntos de atención continuada supuso un gran aumento en la actividad en atención primaria que sigue manteniéndose y un ligero descenso en la actividad hospitalaria. No obstante este descenso, con el paso del tiempo la actividad de urgencias hospitalaria vuelve de nuevo a aumentar, aunque nunca tanto como lo hacen los servicios de atención primaria.

La puesta en marcha de los puntos de Atención Continuada tiene más significación como una mejora de la accesibilidad al sistema sanitario, que una reducción de las urgencias hospitalarias.

**Palabras clave:** Atención Primaria, atención especializada, urgencias.

46

**COSTES EXTERNOS DEL TABACO E IMPOSICIÓN ÓPTIMA**

*Escario Gracia JJ, Molina Chueca JA.*  
Universidad de Zaragoza.

El objetivo de este trabajo es determinar los impuestos especiales óptimos aplicables al consumo de tabaco en España, distinguiendo entre cigarrillos negros, cigarrillos rubios y cigarros. Con este propósito formulamos un modelo teórico en el que los impuestos óptimos se determinan al maximizar una función de bienestar social, la cuantía de las tasas impositivas que se derivan de dicho modelo depende de los costes externos y de las relaciones de complementariedad o sustituibilidad que existan entre los diferentes tipos de tabaco. El modelo muestra que el impuesto a cada tipo debe aumentar con el coste externo generado por dicho bien y con el coste externo que genera un bien complementario, mientras que debe disminuir con el coste de los bienes sustitutos. Los resultados obtenidos de la aplicación del modelo de imposición muestran que los impuestos correctores óptimos deben ser iguales a los costes externos generados por cada tipo de tabaco y, por tanto, independientes del precio de venta.

**Palabras clave:** Costes externos, demanda de tabaco, impuesto corrector.

**Correspondencia:** J. J. Escario Gracia. Dpto. análisis económico. Universidad de Zaragoza. Ronda Misericordia 1. 22001 Huesca.

47

**CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN A PERSONAS MAYORES NO INSTITUCIONALIZADAS: UN ANÁLISIS A PARTIR DE DATOS INDIVIDUALES**

*Casado Marín D.*  
Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES). Universitat Pompeu Fabra.

La población española viene experimentando, desde hace ya algunos años, un proceso de envejecimiento sin precedentes. A pesar del logro social que supone el aumento en la esperanza de vida que subyace a este proceso, el envejecimiento demográfico también ha tenido su contraparte negativa: un incremento en el número de ancianos que pasan los últimos años de sus vidas requiriendo de la ayuda de otras personas para realizar ciertas actividades cotidianas. Asimismo, en la medida en que las proyecciones demográficas para el futuro confirman un mantenimiento de esta tendencia al envejecimiento, parece justificado el creciente interés por conocer cuáles podrían (o deberían) ser las repercusiones de dicho fenómeno sobre el modo en que se proveen y financian los actuales servicios destinados a las personas mayores dependientes (cuidados de larga duración).

Con el ánimo de intentar contribuir a dicho debate, el presente trabajo se plantea un doble objetivo: por un lado, tratar de esclarecer cuáles son los factores que explican el que determinados individuos vean limitada su capacidad funcional (problemas de dependencia); por otro lado, analizar qué variables (de estado de salud, socioeconómicas...) determinan la modalidad de ayuda observada en cada caso (apoyo informal, apoyo formal público o apoyo formal privado). Para ello, se analizan los datos individuales contenidos en dos encuestas realizadas por el CIS, una en el año 1993 y la otra en 1998, ambas representativas a nivel nacional de la población española mayor de 65 años no institucionalizada. Los resultados obtenidos sirven de base para plantear algunas cuestiones relativas a la sostenibilidad futura del modo actual en que nuestra sociedad responde a las necesidades de sus ancianos dependientes.

**Palabras clave:** Ancianos, actividades de la vida diaria, apoyo informal, cuidados de larga duración.

48

**LA SATISFACCIÓN DE LOS CIUDADANOS CON LOS SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS EN ESPAÑA (1985-1998)**

*Rico Gómez A<sup>1</sup>, Pérez-Nievas S<sup>2</sup>.*

<sup>1</sup> Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios. Escuela Nacional de Sanidad.  
<sup>2</sup> Universidad de Navarra.

Los objetivos de la comunicación son dos:

1. Análisis estadístico de la evolución de la satisfacción de los ciudadanos con los servicios sanitarios públicos entre 1985 y 1995 en Andalucía, Cataluña, País Vasco e INSALUD-GD, realizado bajo la financiación de la Fundación BBV y el Institut d'Estudis Autonòmics de la Generalitat de Catalunya.

2. Análisis descriptivo de las series existentes a nivel estatal y europeo sobre satisfacción general de los ciudadanos con los servicios sanitarios durante el periodo 1996-1998.

**Materiales:**

1. Microdatos correspondientes a las encuestas del CIS Imagen del INSALUD ante la opinión pública (I) y (III) —realizadas en 1985 y 1990 respectivamente—, y Barómetro sanitario 1995. Marginales de las principales encuestas realizadas en el País Vasco entre 1988 y 1998.

2. Marginales de diversos barómetros realizados por el CIS entre 1991 y 1998 con preguntas relativas a la asistencia sanitaria, incluyendo el Barómetro sanitario de 1998. Marginales de los Eurobarómetros de 1996 y 1998 sobre los servicios sanitarios en la UE.

**Métodos:**

1. Análisis multivariante de un fichero agregado contruido a través del método conocido como pooling of cross-sections of time series.

2. Análisis descriptivo.

**Resultados:**

1. Los datos de encuesta de ámbito estatal existentes para el periodo 1985-1995 presentan problemas metodológicos importantes de cara a la comparación de resultados entre CCAA. Con esta salvedad, los datos indican un aumento importante de la satisfacción general con los servicios durante el periodo. El aumento es especialmente notable en primaria, mientras que la satisfacción con los hospitales sólo aumenta ligeramente entre 1985 y 1995. Por CCAA, la evolución es bastante semejante, aunque los niveles en cada momento del tiempo parecen diferir: el País Vasco presenta los mejores resultados, seguido de Cataluña, mientras que Andalucía y el INSALUD presentan menores niveles de satisfacción.

2. La satisfacción general a nivel estatal ha aumentado continuamente durante los 90, y la tendencia especialmente acusada entre 1996 y 1998: el incremento registrado es uno de los mayores dentro de la UE.

**Palabras clave:** Encuestas de satisfacción, sistemas sanitarios, descentralización.

**CONTRACTING ARRANGEMENTS IN THE HEALTH STRATEGY CONTEXT. A REGIONAL APPROACH FOR SPAIN**

Cabasés J<sup>1</sup>, Gaminde I<sup>2</sup>, Gabilondo L<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Public University of Navarra. <sup>2</sup>Department of Health. Government of Navarra.

**Objectives:** To provide practical and relevant recommendations to policy makers with respect to the implementation of the health targets through contracts with health care providers, organisations, hospitals and health service units.

**Specific objectives:**

1. To analyse each regional health strategy in Spain: Targets proposed, strategy, contracting arrangements, prioritisation and methodology adopted.
2. To compare the different health strategies, focusing on their prioritisation methodology and affordability.
3. To compare the current state of reform proposals in the regional health care systems within Spain, and its contracting arrangements, focusing on how contracts are signed in the context of health targets.
4. To make recommendations about the best way to improve systems of financial management to make health targets feasible.

**Methodology:** Revision of all Spanish health plans and contracts within the health care system, taking into account the variables mentioned above. Qualitative interviews with key persons in the process: civil servants, from the Spanish Health Ministry and from the Regions (with and without the health care system transferred), and health care managers.

**Results:**

- Central government in Spain is not planning a fully integrated health strategy. Its role will be to control and overview regional health care developments, in a decentralised context. Equity in health and health care will be the main concern of this task. Most regions have a Health Plan.
- Some differences exist among Health Plans: legislation, the body that passes them, duration, types of objectives (see table 1 and 2).

- Health care reform proposals aiming at an internal health care market are under discussion. However, the health strategy seems not to be in the process of these proposals. So the main task is on how to link both: health problems and the health care system.

**Recommendations:**

1. Changes needed in the structural framework:
  - Guaranteeing that the financial flow takes place correctly through purchasers.
  - Guaranteeing the autonomy of the agents.
  - Guaranteeing integration between strategic planning and the central function of purchasing.
2. Reformulation of the traditional health strategies.
  - Broadening the scope of priority specification to include targets other than those of health (such as procedural rights).
  - The health strategy must be the whole government's strategy as, and not only health department's.
  - The plan should define the purchasing strategies that are most suitable for the strategic targets pursued.
3. Readaptation of health care contracts to the health strategy
  - Contracts must contain explicit targets linked to the health strategy.
  - Contracts should be of long term type, not sporadic.
  - Targets should be specified in qualitative terms and service targets, and not only in quantitative targets. Consequently, financing mechanisms must take into account also the achievements in qualitative variables.