

Dimensión HUMANA 1997; 1(4): 17-23

Utilización pedagógica

¿QUÉ DEBERÍA SABER UN CLÍNICO DE
ECONOMÍA?

Vicente Ortún Rubio

Departamento de Economía y Empresa

Centro de Investigación en Economía y Salud

Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

Ramón Trías Fargas 25. 08005 Barcelona.

tel: 93-5421857, e-mail: ortun@upf.es

¿QUÉ DEBERÍA SABER UN CLÍNICO DE ECONOMÍA?

Vicente Ortún Rubio
 Departamento de Economía y Empresa
 Centro de Investigación en Economía y Salud
 Universidad Pompeu Fabra, Barcelona

Aquello que un médico debe ser capaz de hacer viene definido en cada momento tanto por la profesión como por las variables sociales. Son elementos de la competencia clínica: Primero, la competencia técnica en el empleo de conocimientos y habilidades para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Segundo, la consecución de una efectividad aceptable en el abordaje de los problemas de salud de los pacientes. Tercero, el comunicarse eficazmente, conseguir cambios conductuales, transmitir información, aceptar delegaciones; procurar en suma resultados no tan sólo en términos de recuperación de bienestar, o de paliación del deterioro, sino también en términos de satisfacción del paciente con el proceso asistencial. Cuarto, la eficiencia en la gestión de recursos limitados, y quinto, el juicio equilibrado¹.

En este artículo se identifica y desarrolla, en la primera sección, LAS TRES COSAS que un clínico en ejercicio conviene sepa de Economía. En la segunda sección, se piensa en el médico del siglo que viene, el que se ha de formar, y se sugiere como la Economía puede incorporarse a la enseñanza de la Medicina.

TRES COSAS QUE UN CLINICO DEBE SABER HOY DE ECONOMÍA

1^a/ Que la eficiencia es la marca del virtuosismo en Medicina, pero que el camino a la eficiencia pasa por la efectividad.

2^a/ Que la ética médica exige la consideración del coste de oportunidad en las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

3^a/ Que las utilidades relevantes son las del paciente.

Primera. La eficiencia, marca del virtuosismo.

La eficiencia clínica pasa por la maximización de la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios con los menores costes sociales posibles. La eficiencia tiene dimensión temporal,

¹ Adaptado de Cox K, Ewan C. La docencia en Medicina. Barcelona: Doyma, 1990; 92.

es dinámica: mejora en la medida que se innove en respuesta a los cambios demográficos, en morbilidad, en tecnología, en costumbres y preferencias, y en recursos disponibles.

¿Y la equidad?

La equidad -el juicio social acerca de lo que es justo- puede entrar en contradicción con la eficiencia clínica. El paciente susceptible de obtener la mejora más importante con un tratamiento puede ser A, y la sociedad estimar que quién debería recibirlo es B, precisamente por encontrarse en una situación peor. A optimiza la eficiencia y B optimiza la equidad. La concepción sobre la equidad expresa un juicio social, no profesional. En teoría no debería haber problema ya que el clínico se limitaría a establecer prioridades con criterios clínicos; la priorización con criterios no clínicos (de unas enfermedades sobre otras, de unas edades sobre otras, de unas clases sociales sobre otras...) corresponde a la sociedad.

Lo que ocurre es que esa priorización de prestaciones se efectúa de forma implícita y poco transparente. Explicitar tiene costes políticos (decir qué se hace supone también establecer qué se deja sin hacer y, encima, hay que rendir cuentas) y un político prefiere no comprometerse.

La sociedad, no obstante, también mira hacia otro sitio y renuncia al planteo de prioridades, atacando frontalmente la idea de equidad sin que se note. La razón es la siguiente: los recursos reales que absorberá la sanidad crecerán algo por encima de la riqueza del país en los próximos años. Si se financian privadamente, se va a una Sanidad para pobres, una pobre Sanidad. Financiarlos públicamente exige bien un aumento de la carga fiscal (un nuevo impuesto sanitario por ejemplo) bien una finalización selectiva de las prestaciones. Criterios selectivos equitativos son los que proporcionan la efectividad de una prestación y la capacidad de pago de quien la recibe. Pagar públicamente la quimioprofilaxis palúdica de los cazadores de elefantes puede justificarse en términos de protección ante la importación de enfermedades transmisibles no deseables. Pagar públicamente intervenciones de efectividad dudosa a los cazadores de elefantes no puede argumentarse en términos de equidad. La aportación del cazador de elefantes no tiene porque ir a un financiador privado si puede recaudarla el financiador público, obteniendo así fondos para otras prestaciones más efectivas y/o personas con menor capacidad de pago².

Ahora bien, mientras la teoría predica que la equidad expresa preferencias sociales ante la desigualdad, la práctica muestra que quien operacionaliza el criterio es el clínico ante la inhibición cómoda de políticos y población. Y un clínico utilizara sus valores, conscientes e inconscientes, en el mejor de los casos, y las recomendaciones, en el peor, a la hora de ejercer el juicio sobre prelación de tratamientos y pacientes.

² Hay que proteger al sistema sanitario público de alguno de sus defensores, aquéllos que propugnan todo gratis para todos, abriendo paso al deterioro y propiciando los "copagos" controlados por entidades privadas. La buena defensa de la sanidad pública pasa por conseguir esa financiación que de otra forma sería privada.

A la eficiencia social por la efectividad clínica y a la efectividad clínica por la escepticismo

En otro lugar se ha explicado cómo el camino a la eficiencia social pasa por la efectividad clínica³ y a él se remite al lector interesado. El problema estriba ahora en cómo estimular el anhelo de efectividad, el reforzar la preocupación por la probabilidad que los pacientes del entorno próximo al médico tienen de beneficiarse de la actuación del médico. No es fácil. El conocimiento de la eficacia tiene validez universal y quién contribuye a sus avances goza de prestigio científico. Quien 'simplemente' se preocupa por mejorar el resultado de sus acciones, aquel interesado en cuidar la viña, puede incluso convertirse en un profesional incomprendido. Para llegar a preocuparse por la efectividad de la práctica hay que ser consciente de que las cosas pueden hacerse de más de una forma y que no necesariamente la propia es la mejor. Para llegar a preocuparse por la efectividad hay que tener escepticismo, esa condición de baja infectividad respecto a la cual las Facultades de Medicina confieren inmunidad permanente⁴. Dejando aparte la posible susceptibilidad genética a la escepticismo, parece claro que una formación que facilite el aprendizaje para la evaluación crítica de la evidencia constituye el factor de riesgo más vulnerable.

La conciencia de variaciones aparentemente arbitrarias en la forma de practicar la Medicina (entre médicos, entre áreas pequeñas) podría propiciar la escepticismo. Esta variabilidad empieza a documentarse en nuestro país, utilizando, por ejemplo, la base de datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria⁵⁻⁶. Aunque esta información elaborada por sanitarios sin bata blanca tiene sumo interés, todavía resulta más propiciadora de la escepticismo la constatación de variaciones por los propios clínicos implicados: obstetras y porcentaje de partos con cesárea, médicos de familia y prescripción farmacéutica (total y valores intrínsecos), ginecólogos e indicaciones de histerectomía, o cardiólogos y utilización de fármacos trombolíticos⁷.

Una vez conseguido un cierto nivel de escepticismo surgen las preguntas del tipo para qué sirven algunas de las rutinas y procedimientos habituales. Este tipo de preguntas lleva a preocuparse por la efectividad y adecuación y por medir el efecto de la actuación incorporando las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud.

³ Ortún V, Rodríguez Artalejo F. De la efectividad clínica a la eficiencia social. *Med Clin* 1999; 95: 385-388.

⁴ Skrabanek J, McCormick J. Sofismas y desatinos en Medicina. Barcelona: Doyma, 1992. Resulta compatible la escepticismo con el "dogmatismo terapéutico" requerido para la consecución del efecto placebo en ciertos individuos.

⁵ Jané E, Barba G, Salvador X, Salas T, Sánchez E, Bustins M. Variaciones en la tasa de hospitalización por procedimientos quirúrgicos seleccionados. Aplicación del análisis de áreas pequeñas. *Gac Sanit* 1996; 10: 211-219.

⁶ Marqués A, Peiró S, Medrano J, Librero J, Ordiñana R. Variaciones en las tasas estandarizadas de quince procedimientos quirúrgicos en la provincia de Alicante. Pendiente de publicación.

⁷ Agustí A, Mateu S, Molina LI, Arnau JM, Vidal X, Laporte JR. Utilización de fármacos trombolíticos en Barcelona. *Med Clin* 1997; 108: 167-170.

La panoplia de instrumentos relevantes puede presentarse bajo distintos envoltorios: epidemiológico-investigación sobre servicios sanitarios⁸, análisis de decisión y evaluación⁹, de gestión de la utilización¹⁰, de evaluación de tecnologías¹¹, de revisión y difusión de evidencia sobre efectividad¹² o, incluso, bajo el envoltorio de una política de calidad total¹³. Mejor sin un envoltorio económico; la Economía si impregna los enfoques, cumplirá con su papel.

Segunda. La incorporación del coste de oportunidad

Considerar el beneficio, diagnóstico o terapéutico, que deja de obtenerse en la mejor alternativa razonablemente disponible constituye una forma de asegurarse que se obtiene el máximo resultado, en términos de impacto en el bienestar, a partir de unos recursos determinados.

El verdadero coste de la atención sanitaria no es dinero, ni los recursos que el dinero mide. Son los beneficios sanitarios -paliación de síntomas, recuperación funcional, mayor esperanza de vida- que podrían haberse conseguido si esas pesetas se hubieran utilizado en la mejor alternativa.

El coste de oportunidad puede aproximarse a través de los precios y por otros mecanismos cuando éstos no existen. Mayor dificultad presenta la conceptualización y medición de los beneficios. Convendrá distinguir entre beneficios en una decisión diagnóstica y beneficios en una decisión terapéutica.

El beneficio en una decisión diagnóstica se mide en términos de reducción de incertidumbre. Un paciente tiene o no tiene una condición desde el inicio del proceso hipotético-deductivo de diagnóstico. Lo que va cambiando es la idea que médico tiene acerca de tal condición. Exploración, historia, pruebas diagnósticas sirven -en aquellas ocasiones donde observar y esperar no procede- para ir revisando esas ideas hasta situar las probabilidades a una distancia próxima al cero o al uno. La proximidad exigida respecto al cero (descarte de una condición) o respecto al uno (confirmación de un diagnóstico) depende de múltiples factores, en especial: efectividad del tratamiento, yatrogenia del tratamiento en caso de error diagnóstico, y la sensibilidad, especificidad y riesgo de las pruebas que se estén considerando. El teorema de Bayes ayuda a relacionar las probabilidades posteriores de

⁸ Véase por ejemplo el boletín mensual "Research Activities" de la "Agency for Health Care Policy and Research".

⁹ Para un exponente destacado véase la serie de D Eddy, "Clinical decision making: from theory to practice", iniciada en JAMA 1990; 263: 287-290.

¹⁰ Peiró S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica, política sanitaria e investigación en salud. Variaciones en la Práctica Médica 1995; 7: 1-3. (Variaciones en la Práctica Médica es un Boletín editado por el Instituto Valenciano de Estudios en Salud Pública).

¹¹ Jovell A, Navarro-Rubio M. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin 1995; 105: 740-743. Existe una Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, INAHTA, e-mail: management@sbu.se.

¹² Bonfill X. La Colaboración Cochrane. Aten Primaria 1996; 18: 273-278.

¹³ Romeo JM, Ruiz P. Gestión de calidad total en cirugía de litiasis biliar. Hospital Severo Ochoa de Leganés. Madrid: 1994, mimeo.

padecer una condición con posterioridad a la prueba diagnóstica con las probabilidades previas.

Tendrá sentido continuar con un proceso diagnóstico hasta el punto en que los beneficios adicionales esperados -en términos de ganancias de información, de revisión de probabilidades- dejen de ser superiores a los costes de las pruebas diagnósticas. Y esos costes son los de oportunidad: los beneficios informativos que la prueba diagnóstica que se está considerando podrían reportar al paciente que, razonablemente, más podría beneficiarse de ella.

En las decisiones terapéuticas, el beneficio se mide en términos de efectividad. Esta efectividad tiene, como mínimo, un par de dimensiones: cantidad y calidad de vida. La consideración del coste de oportunidad supone una reflexión acerca del beneficio del tratamiento que se está considerando en la mejor alternativa disponible.

Tercera: Utilidades relevantes: las del paciente

Conforme una sociedad progresa el componente calidad de vida en el producto de los servicios sanitarios aumenta. Una gran parte de las actuaciones sanitarias no tienen traducción en términos de mayor cantidad de vida, pero sí en mejor calidad de vida. Al ser la calidad subjetiva y multidimensional resulta inevitable el activismo del paciente para poder establecer el curso de acción más efectivo. Ello requiere proporcionar información pronóstica a los pacientes. Algunos ejemplos pueden ilustrar lo dicho.

La efectividad de la prostatectomía en el tratamiento de la hiperplasia benigna de próstata¹⁴ depende de cuáles son las dimensiones de calidad de vida apreciadas por los pacientes (incontinencia, impotencia). Un video que muestra un par de médicos con prostatismo sintomático se suministra a los pacientes afectados. En él se aprecia la evolución del médico que optó ser intervenido quirúrgicamente y en la evolución de quien prefirió la estrategia de la vigilancia expectante. Lo importante es que ello permite al paciente una decisión informada (siempre que la información utilizada para elaborar el video sea válida); el que además haya desplazado las preferencias de los pacientes hacia menos cirugía resulta secundario¹⁵.

En Ottawa, un librito y una grabación¹⁶ permiten a las mujeres que están considerando la terapia hormonal substitutoria ponderar los beneficios y los riesgos que para cada una de ellas tendría el tratamiento en función de sus valores, factores de riesgo y estilos de vida.

La orientación hacia las utilidades del paciente resulta generalmente exigible. Se vuelve imprescindible para valorar la efectividad de los tratamientos con impacto importante en la

¹⁴ Este procedimiento, conocido por sus grandes variaciones en tasas, fue objeto de atención por parte de uno de los primeros "Patient Outcome Research Teams" que financió la "Agency for Health Care Policy and Research" de Estados Unidos.

¹⁵ Wagner E, Barrett P, Barry M, Barlow W, Fowler F. The effect of a shared decisionmaking program on rates of surgery for benign prostatic hyperplasia. *Med Care* 1995; 33: 765-770.

¹⁶ O'Connor A, Tugwell P et al. Making choices: Hormones after menopause. Ottawa: University of Ottawa, 1996. email: ldrake@civich.ottawa.on.ca

calidad de vida y para realmente actuar como agente del paciente, haciendo lo mejor para él, lo que supone considerar las variables relevantes (clínicas, familiares, sociales, económicas) a cada decisión clínica. La medida de la utilidad puede utilizarse en ocasiones para expresar la preferencia global de un paciente ante diversas alternativas. Esta utilidad viene muy afectada por la actitud ante el riesgo de los pacientes. La habitual aversión al riesgo hace que en bastantes ocasiones los pacientes no prefieran las alternativas más efectivas, sino aquellas a las que asocian la mayor utilidad. Por ejemplo, el tratamiento más efectivo de la trombosis venosa profunda es una combinación de estreptokinasa y heparina, pero el pequeño riesgo de hemorragia intracraneal y muerte, asociado a este tratamiento más efectivo, hace que clínicos y pacientes prefieran el tratamiento menos efectivo, el de heparina sola, con su alto riesgo de pierna inflamada y dolorosa¹⁷. En bastantes decisiones diagnósticas (amniocentesis para el síndrome de Down) y terapéuticas (tratamiento médico o quirúrgico de la angina de pecho) la actitud del paciente ante el riesgo puede ser determinante de la elección.

¿QUÉ DEBERÍAN SABER LOS MÉDICOS DEL FUTURO DE ECONOMÍA?¹⁸

La mayoría de los programas de las Facultades de Medicina de España adolecen de insuficiente formación metodológica y de disciplinas básicas¹⁹. La escepticismo requiere fundamentos teóricos sólidos que permitan evaluar de forma crítica la evidencia disponible y enfrentarse a problemas para los que no se ha sido preparado específicamente. Ciertamente hay que retener el conocimiento de las entidades nosológicas y de sus mecanismos, pero hay que orientar la actividad médica de forma que se gane en integralidad y continuidad. Esto implica orientar la formación hacia la atención primaria, desplazar al hospital como núcleo único de educación médica y reconocer, en el nuevo curriculum, la importancia de las características sociodemográficas y los problemas de salud más prevalentes en nuestra sociedad²⁰.

¹⁷ Kassirer J. Incorporating patients' preferences into medical decisions. *New Engl J Med* 1994; 330: 1895-1896.

¹⁸ Este apartado se basa en la documentación técnica elaborada para el proyecto de estudios en Ciencias de la Salud a raíz del acuerdo entre la Universidad Pompeu Fabra y el Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria de Barcelona. El proyecto está siendo liderado por Jordi Camí y han tenido participación destacada en el mismo Antoni Sitges, Albert Oriol-Bosch y Josep M^a Antó.

¹⁹ Rodríguez Artalejo F, Banegas JR, Rodríguez Artalejo A, Rodríguez Artalejo C. Un modelo para el análisis de la actividad académica en medicina. *Med Clin* 1997; 108: 499-502.

²⁰ Se plantea como objetivo de los nuevos estudios de Medicina la producción de médicos y médicas con competencias clínicas para diagnosticar y tratar de forma correcta las enfermedades más prevalentes en su entorno y capaces de orientar los casos que requieran atención especializada. Además, una licenciatura polivalente los hará aptos para asumir otras responsabilidades en el proceso de atención a la salud incluyendo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y la gestión de los servicios. Durante su formación médicos y médicas adquirirán habilidades y actitudes positivas en comunicación médico-enfermo-familia, ética profesional, práctica interdisciplinaria, investigación y formación continua.

La Economía en la educación médica

La educación médica persigue que el estudiante adquiera unos conocimientos, unas habilidades y unas actitudes. Y la Economía puede impregnar tanto conocimientos como actitudes. En cuanto a las habilidades clínicas a las que pueda contribuir la Economía únicamente cabe pensar en la computación.

Los conocimientos médicos pueden verse favorablemente impregnados por la Economía en diversas áreas:

- cómo se presenta la enfermedad, cómo los pacientes reaccionan ante la misma o ante la creencia de que están enfermos, y cómo el rol del enfermo varía entre culturas y grupos sociales. (En este ámbito de forma secundaria a la Psicología y a la Sociología).
- los determinantes de la enfermedad (entorno -físico y social- y estilos de vida particularmente) y el análisis de la carga global de morbilidad de una sociedad.
- los principios de la prevención de enfermedades y promoción de la salud.
- la financiación, organización y gestión de los servicios sanitarios.

Las actitudes médicas que pueden verse favorablemente impregnadas por la Economía abarcan también varias áreas:

- el reconocimiento de los derechos del paciente (las utilidades relevantes).
- la habilidad para enfrentarse a la incertidumbre.
- la conciencia de las responsabilidades éticas que la contradicción, en ciertos casos, entre persecución del bienestar de un paciente y persecución del bienestar del colectivo de pacientes origina.

Recomendaciones de lectura

La tabla 1 recoge una serie de obras de "Economía" de utilidad para el estudiante de Medicina. El enfoque económico y el enfoque sanitario abordan los problemas de salud de forma equivalente: ambos se plantean como mejorar la salud de las poblaciones y su satisfacción con los servicios sanitarios dados unos recursos. Este estudiante de Medicina no necesitará una asignatura de Economía en el pregrado. Si la investigación económica sobre la salud de las poblaciones y de individuos y sobre servicios sanitarios continua contribuyendo a los conocimientos y actitudes relevantes para un médico entrará de forma natural en los curriculums.

La situación cambia en la formación de postgrado y continuada donde ya tiene sentido la inclusión de contenidos específicamente económicos. Así, para un clínico actual la formación en Economía puede venir motivada por diversas razones: las prácticas clínicas constituyen el sistema nervioso central del sistema sanitario pero no habrá buena medicina sin buena organización sanitaria, la mayor parte de los recursos son asignados por el médico, no hay eficiencia sin efectividad, y -por último- la Economía está adquiriendo relevancia como ciencia

de la gestión: Tanto de la gestión macrosanitaria, o política sanitaria, como de la mesogestión sanitaria, o gestión de centros sanitarios, y de la microgestión sanitaria, o gestión clínica. En la tabla 2 aparecen unas recomendaciones de lectura para un clínico interesado en la Economía. Finalmente, en la tabla 3 se indican los contenidos de un curso dirigido a Jefes de Servicio Clínico, con el énfasis situado en la gestión clínica.

Tabla 1**TRES LECTURAS DE "ECONOMÍA" PARA UN
ESTUDIANTE DE MEDICINA**

Cochrane A. Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services. The Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972. Traducción al castellano de Salvat, 1985.

McKeown T. The origins of human disease. Oxford: Basil Blackwell, 1988. Traducción al castellano de Editorial Crítica, Barcelona, 1990.

Rose, Geoffrey. The strategy of preventive medicine. Oxford University Press, 1992. Traducción al castellano de Masson-Salvat: La Estrategia de la Medicina Preventiva, 1994.

Tabla 2

LECTURAS PARA UN CLÍNICO INTERESADO EN LA ECONOMÍA

- * Asociación de Economía de la Salud. **Instrumentos para la gestión en Sanidad**. Barcelona: SG, 1995.
- * Banco Mundial. **Informe sobre el desarrollo mundial 1993**. Invertir en salud. Washington: Banco Mundial, 1993.
- * Cuervo J et al. **Gestión de Hospitales**. Barcelona: Vicens Vives, 1994.
- * Harrison. **Principios de Medicina Interna**. Especialmente los nuevos capítulos sobre coste-efectividad y análisis de decisión de las ediciones undécima y duodécima.
- * Lobo, Félix. **Medicamentos. Política y economía**. Barcelona: Masson, 1992.
- * Meneu R, Ortún V (eds). **Política y gestión sanitaria: La Agenda Explícita**. Barcelona: SG editores, 1996.
- * Martín Zurro A, Cano JF. **Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica**, 3ª ed. Barcelona: Doyma, 1994. Especialmente los capítulos 1, 2, 3, 5, 6, 16, 17 y 20.
- * Milgrom P, Roberts J. **Economía, Organización y Gestión**. Barcelona: Ariel, 1993.
- * Navarro, Cabasés, Tormo. **Informe SESPAS 1995**. La salud y el sistema sanitario en España. Barcelona: SG eds, 1995.
- * Organización Panamericana de Salud. **Investigación sobre servicios de salud: Una antología**. Washington: OPS, 1992.
- * Ortún V. **Economía en Sanidad y Medicina**. Instrumentos y limitaciones. Barcelona: Hogar del Libro, 1992.
- * Phelps C. **Health Economics**. Nova York: Harper Collins, 1992.
- * Regidor E. Sistemas de información para la política sanitaria. En: Del Llano J, Ortún V, Martín Moreno J M^a, Gené J, Millán J (dirs): **Gestión Sanitaria: Innovaciones y desafíos**. Barcelona: Masson, en prensa.
- * Sackett D, Haynes R, Guyatt G, Tugwell P. **Clinical Epidemiology**. A basic science for clinical medicine, 2ª ed. Toronto: Litle, Brown & Co, 1991. Existen traducciones al castellano.

Tabla 3

**CURSO PARA JEFES DE SERVICIO SOBRE CRITERIOS ECONÓMICOS EN
LAS DECISIONES CLÍNICAS**

Conceptos y condicionantes de la eficiencia en Sanidad

Conceptos: Eficacia, efectividad, eficiencia y equidad.

Condicionantes: Competitividad internacional, evolución de la Medicina y Estado de Bienestar. Internacionalización y convergencia.

Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Washington, 1993.

Sen A. La vida y la muerte como indicadores económicos. Investigación y Ciencia, julio 1993, 6-13.

Abordajes de la eficiencia en Sanidad y Medicina

Eficiencia en Sanidad: Aproximaciones "epidemiológica" y "económica". Eficiencia en Medicina: Obstáculos y estrategia. Gestión sanitaria: Macro, meso y micro. La introducción de criterios de eficiencia económica en la práctica clínica.

Rose G. Individuos enfermos y poblaciones enfermas. Reproducido en O.P.S.: El desafío de la Epidemiología. Washington, 1988: 900-909.

Ortún V. Incorporación de los criterios de eficiencia económica a las decisiones clínicas. Información Comercial Española 1990; 681-682 (mayo-junio): 117-129.

Berwick D. Continuous improvement as an ideal in health care. N Engl J Med 1989; 320:53-56.

Conciencia de variaciones, preocupación por la efectividad y las "utilidades" del paciente, estudios de adecuación.

Evaluación epidemiológica y económica. La efectividad objetiva y subjetiva. Medidas de producto final y de producto intermedio.

Jané E, Barba G, Salvador X, Salas T, Sánchez E, Bustins M. Variaciones en la tasa de hospitalización por procedimientos quirúrgicos seleccionados. Aplicación del análisis de áreas pequeñas. Gac Sanit 1996; 10: 211-219.

Oterino D et al. Utilización innecesaria de la hospitalización: Importancia de la gestión a nivel de servicio. Rev Calidad Asistencial 1994; 1: 4-8.

Williams A. Los indicadores de calidad de vida en la distribución de recursos: Los AVAC. Quadern CAPS 1990; 14 (nov): 25-31.

Phelps C. The methodologic foundations of studies of appropriateness of medical care. New Engl J Med 1993; 329: 1241-45. Recomendables, en el mismo número, los sendos artículos de Kassirer y Tanenbaum.

Las vías clínicas

Técnicas cuantitativas de ayuda a la decisión clínica. Teoría de la decisión, teoría de juegos e investigación operativa (simulaciones incluidas). Incertidumbre, decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Desarrollo y difusión de las prácticas clínicas: como debería ser y como es.

Dixon A. The evolution of clinical policies. *Med Care* 1990; 28: 201-220.

Ortún V. Clínica y Gestión. *Med Clin* 1995; 104: 298-300.

Phelps C. Diffusion of information in medical care. *Journal of Economic Perspectives* 1992; 3(summer): 23-42.

Magid D et al. Prevention of Lyme disease after tick bites. *N Eng J Med* 1992; 327: 534-41.

Bonfill X. El posible papel de la epidemiología clínica en el hospital. *Revisión en Salud Pública* 1991; 2: 167-184.

Las vías no clínicas a la eficiencia en Medicina

Posibilidades e implicaciones de la introducción de la competencia en la práctica de la medicina. Discusión de las posibilidades y limitaciones de la competencia en Medicina. Financiación de la asistencia, formas de pago y flexibilización profesional y laboral. Organización, incentivos y control. Responsabilidad sobre los costos que se gestionan. La reforma microeconómica de la sanidad.

López Casanovas G (ed): *Análisis económico de la Sanidad*. Barcelona: Generalidad de Cataluña, 1994.

V Ortún y G López. La reforma del sistema sanitario español: radicalismo selectivo. *Hacienda Pública Española* 1993; 1(Monografías): 15-31.

Cabasés J, Martín J. Contratos de servicios en el sistema sanitario. En: Asociación de Economía de la Salud (ed): *Instrumentos para la gestión en Sanidad*. Barcelona: SG 1995; 124-166.

Schotter A. *La economía de libre mercado*. Barcelona: Ariel, 1987.