

Metodología y valoración de “una optativa”: dos años de experiencia en la docencia de Economía de la Salud

Juan Miguel Benito Ostolaza
Eduardo Sánchez-Iriso

jon.benito@unavarra.es
eduardo.sanchez@unavarra.es

Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad Pública de Navarra. Campus Arrosadía s/n, 31006-Pamplona, Navarra, España.

Recibido: 29 de noviembre de 2009

Aceptado: 3 de marzo de 2010

Resumen

En este artículo, se propone un método de evaluación continuada, novedoso en cuanto a que los temas del programa se ven de forma simultánea (exceptuando los dos primeros). Dicho método es aplicable a la docencia de asignaturas optativas de últimos cursos de los estudios de grado. La metodología que introducimos en este trabajo se centra en la participación del alumnado en la construcción del conocimiento colectivo. Los alumnos forman grupos para desarrollar temas del programa de la asignatura que luego expondrán a sus compañeros. Estas exposiciones, tanto las propias como las de los demás grupos y los debates que de ellas se generan, forman parte de los conocimientos que debe adquirir cada uno de los alumnos matriculados, conocimientos que el docente debe evaluar. Bajo esta perspectiva, la figura del docente como mero espectador o basada en sólo clases magistrales no tiene cabida. Por ello presentamos una estructura sobre la organización de una asignatura optativa para poder implementar esta metodología basada en la participación del alumnado. Para presentar estas innovaciones metodológicas nos basamos en la experiencia que durante dos años hemos realizado en la licenciatura en Economía en la Universidad Pública de Navarra. Aunque sea una pequeña contribución, a partir de nuestra experiencia en los períodos de actuación, podemos afirmar que es extraordinariamente motivadora tanto para el alumnado como para el profesorado.

Palabras clave: metodología docente, asignatura optativa, Economía de la salud, aprendizaje.

Códigos JEL: A20, I10

1. INTRODUCCIÓN

En el proceso de formación y aprendizaje que se produce en la Universidad, la relación entre profesores y estudiantes es fundamental. El objetivo del profesorado ha de ser transmitir una serie de conocimientos pero, al mismo tiempo, instruir a los alumnos en la aplicación de estos conocimientos adquiridos a lo largo de sus estudios en ámbitos concretos. Para conseguir este doble objetivo, la docencia debe estructurarse y planificarse de manera adecuada. Asimismo, las asignaturas optativas que se imparten en los últimos cursos de licenciatura (y a partir de ahora en los diferentes estudios de grado), nos brindan una oportunidad magnífica para llevar a cabo esta empresa.

En general, el graduado en Economía debe haber adquirido el carácter de un experto, una persona práctica, con habilidades claras, experimentada en su campo, que pueda abordar problemas de gestión con criterios profesionales y con el manejo de instrumentos técnicos. Para ello debe ser capaz de desempeñar labores de gestión, asesoramiento y evaluación en los asuntos económicos en general. Esas labores se pueden desarrollar en el ámbito privado o en el público, en la empresa o en cualquier otra institución de relevancia económica y social. El graduado debe conocer el funcionamiento y las consecuencias de los sistemas económicos, de las distintas alternativas de asignación de recursos, de acumulación de riqueza y de distribución de la renta y estar en condiciones de contribuir a su buen funcionamiento y mejora. En concreto, debe ser capaz de identificar y anticipar los problemas económicos relevantes en cualquier situación concreta, de discutir las alternativas que facilitan su resolución, de seleccionar las más adecuadas a los objetivos y de evaluar los resultados a los que conduce. Con la finalidad de lograr estas actitudes en nuestros graduados, el Libro Blanco sobre los Estudios de Grado en Economía y Empresa recomienda las competencias que se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1: Competencias Libro Blanco de Estudios de Grado en Economía y Empresa

Competencias genéricas	<i>Competencias instrumentales</i>	Capacidad para la resolución de problemas
		Capacidad de análisis y de síntesis
		Capacidad de organización y planificación
		Habilidad para analizar y buscar información procedente de fuentes diversas
<i>Competencias interpersonales</i>	Compromiso ético en el trabajo	
	Capacidad para trabajar en equipo	
	Trabajar en entornos de presión	
<i>Competencias sistémicas</i>	Motivación por la calidad	
Competencias específicas	Básicas	Capacidad de adaptación a nuevas situaciones
		Las de los bloques temáticos contenidos en el programa
		Para la aplicabilidad
		Capacidad de aplicar los conocimientos en la práctica
		Habilidad en la búsqueda de información e investigación

Una metodología interesante para la consecución de estas competencias de naturaleza tan diversa puede ser combinar las clases magistrales, el desarrollo tutorizado de trabajos tanto a nivel individual como en grupo con su correspondiente presentación, realización de pruebas individuales a lo largo del curso y entrega de actas donde se informe del trabajo realizado por el alumno, además de incentivar la participación en clase. Estas clases participativas generan un espíritu crítico en los estudiantes que aprenden a formar sus propias opiniones en los asuntos que condicionan sus vidas. Así, aprender se convierte en el objetivo principal y en un

reto, lo que da verdadero sentido a la actividad docente que va mucho más allá de aprobar unos exámenes para obtener un determinado diploma o título. El riesgo que existe al utilizar esta metodología de participación y exposición, es el provocar debates superficiales basados en convicciones personales sin base analítica. En este aspecto, el papel del profesor es fundamental para orientar a los estudiantes y hacer que defiendan sus posturas con argumentos económicos propios de la asignatura u obtenidos a lo largo de la carrera. Para ello, deben digerir los conocimientos previos sobre el tema, puesto que es imposible utilizar los argumentos si las bases que los fundamentan no son asumidas como propias. De esta manera, el aprendizaje se produce de manera muy natural (casi accidental), ya que la motivación intrínseca mueve al estudiante, que no percibe el coste del esfuerzo que realiza. Este es el verdadero motor del aprendizaje.

Más concretamente, este trabajo recoge la experiencia docente de la asignatura optativa “Economía de la Salud” que se imparte en cuarto curso de carrera de la licenciatura en Economía de la Universidad Pública de Navarra. El período de actuación abarca los cursos académicos 2007-2008 y 2008-2009. En estos años se ha desarrollado en la asignatura antes mencionada innovaciones en cuanto a la metodología docente que se venía impartiendo, con la finalidad de ir acercándose a la adecuación de los planes de estudios en el Espacio Europeo de Enseñanza Superior (EEES).

La Economía de la Salud es una subdisciplina de la Economía cuyo nacimiento puede establecerse en la aparición del artículo seminal de K.J. Arrow en 1963, analizando las características del mercado sanitario, especialmente la incertidumbre asociada a las decisiones sanitarias, y el comportamiento de los agentes e instituciones sanitarias. Desde entonces su desarrollo ha sido amplio. Se trata de un área de indudable atractivo intelectual por diversas razones (véase por ejemplo, Ortún (2005) y González (2005)). Las herramientas económicas empleadas para el estudio y análisis de los mercados sanitarios no son diferentes de las de otros mercados. Sin embargo, en el caso de la salud se presentan una serie de características peculiares que generalmente no se dan simultáneamente en otros entornos económicos. Los objetivos específicos de esta asignatura son grosso modo los siguientes:

1. Introducir al estudiante en la complejidad de los sistemas sanitarios y del marco de toma de decisiones individual y pública sobre los temas relacionados con la salud.
2. Permitir que el estudiante aplique el conocimiento adquirido en otros cursos de economía al planteamiento de problemas en el marco de la economía y gestión de la salud.
3. Profundizar en el conocimiento de la relación entre salud y la economía.
4. Señalar las principales teorías sobre determinantes de la salud y el papel que la asistencia sanitaria juega en ellas.
5. Familiarizar al estudiante con las distintas fórmulas de organización de los Sistemas Sanitarios.
6. Dar a conocer al estudiante las características de los mercados sanitarios, así como de los fallos de los mismos. Ello supone comprender los problemas en el funcionamiento de los mercados sanitarios tanto por el lado de la oferta como por el lado de la demanda.

7. Incidir y discutir que las políticas o intervenciones públicas no están exentas de fallos y que los problemas de eficiencia no son exclusivos de los mercados, sino también se encuentran presentes en el sector público.

8. Introducir al estudiante en el manejo de técnicas de evaluación económica de intervenciones sanitarias

Asimismo, se pretende desarrollar en los estudiantes habilidades como las que se muestran en la Tabla 2 y no exclusivamente la adquisición de conocimientos en la materia por parte del alumno:

Tabla 2. Habilidades en la asignatura Economía de la Salud

<i>Habilidades desarrolladas en la asignatura</i>	
a)	Trabajo en grupo
b)	Capacidad de análisis y de síntesis
c)	Despertar su espíritu crítico
d)	Saber buscar información
e)	Responsabilidad personal
f)	Creatividad
g)	Elaboración de informes
h)	Presentación oral ante audiencias

En el apartado de metodología docente que se presenta a continuación se concretará cómo se desarrolla la asignatura con el fin de alcanzar estos objetivos y habilidades.

2. METODOLOGÍA

La metodología docente expuesta en este trabajo puede aplicarse a muchas de las asignaturas optativas impartidas en los últimos cursos de las titulaciones de administración y dirección de empresa o de economía. La aplicación en otros estudios de grado seguramente es factible, pero el desconocimiento por parte de los autores llama a la prudencia en cuanto a la afirmación. Este trabajo centra el análisis en la asignatura de Economía de la Salud, la cual es una optativa del cuarto curso de la Licenciatura de Economía de la Universidad Pública de Navarra.

Esta optativa se desenvuelve en el contexto institucional definido por los sistemas sanitarios públicos siendo en parte una extensión de la asignatura de Economía del Sector Público I. Por lo tanto es conveniente para el alumnado haber cursado aquélla con antelación para poder seguir ésta con aprovechamiento. Siendo deseable el que hayan cursado asignaturas de estadística y econometría. Como habilidades básicas que se presume que los alumnos dominan se presupone el manejo de programas informáticos de cálculo (Excel) y procesadores de texto (Word) y el manejo de un paquete estadístico que permita analizar datos a nivel de estadística descriptiva (Stata, SPSS, E-views, etc.)

2.1. METODOLOGÍA DOCENTE Y ESTRUCTURA DEL CURSO

Durante los cursos 2007-2008 y 2008-2009 se ha realizado en la asignatura titulada Economía de la Salud un primer ensayo para aplicar los conocimientos en base al desarrollo de los créditos europeos. Ensayo que se concreta en realización de actas, evaluación del alumnado de forma continua, trabajos en grupo, valoración de la participación en clase, tener en cuenta la carga de trabajo del alumno, etc. En este sentido, también se ha exigido al alumno que sea capaz de establecer relaciones entre asignaturas, trasladando los conocimientos aprendidos y desarrollados en unas asignaturas a otras materias.

Una de las principales características del desarrollo de la asignatura es que la estructura que se desarrolla a lo largo del curso en esta asignatura no es la convencional, es decir, no se van viendo los temas del programa por orden numérico. Economía de la salud es una asignatura donde los conocimientos adquiridos son relevantes pero no imprescindibles para poder continuar el desarrollo de otras partes del temario. Este hecho permite abordar casi la totalidad de los temas simultáneamente.

Todos los alumnos terminan el curso realizando tres trabajos en grupo sobre los que hacen una breve presentación. Respecto a las presentaciones todos participan en la exposición ya sea presentando, o interviniendo en los debates posteriores. Es importante que los alumnos sepan que tanto los conocimientos de sus propias presentaciones así como las de sus compañeros son parte del material del curso y que serán evaluados sobre ellos. Por lo tanto, el curso se centra en torno a estas tres presentaciones, ya que permiten tanto el desarrollo de las habilidades necesarias para su elaboración y exposición como el aprendizaje de conocimientos nuevos.

Inicialmente el docente dedica las dos o tres primeras semanas del curso para desarrollar los temas uno y dos, con el objetivo de mostrar a los alumnos la estructura de un tema. Al mismo tiempo los alumnos tienen un primer ejercicio de búsqueda de datos en la red acompañado de un análisis univariante de los mismos de cualquier variable relacionada con la salud. Este primer ejercicio será la primera presentación del curso.

Una de las habilidades que se desarrolla con la segunda presentación oral por los alumnos es la de enseñar a sus compañeros de curso los fundamentos de un tema que han seleccionado. De forma similar a la que realizó el docente con el tema uno y dos. Siempre con la ayuda y guía del profesor en búsqueda de materiales, sugerencias sobre que explicar y que no, etc.

En la tercera presentación oral el alumnado realiza un proyecto que es continuación del tema desarrollado en la exposición precedente (segunda presentación). En este tercer trabajo se espera que los alumnos realicen las conexiones oportunas de los conocimientos adquiridos en otras asignaturas. En este sentido, el ejemplo más común durante el período de actuación ha sido la utilización de los conocimientos adquiridos en las asignaturas de econometría y economía del sector público. Teniendo en cuenta que puede darse, y de hecho se ha dado, la casuística de que algunos alumnos estén matriculados en ambas asignaturas, estos han podido adquirir conocimientos en las asignaturas anteriormente mencionadas y a la vez aplicarlos a los trabajos de economía de la salud.

En la Tabla 3 se presenta la planificación temporal de la asignatura correspondiente a seis créditos equivalentes a 60 horas lectivas. Si la asignatura se imparte de forma cuatrimestral, esto supone 4 horas lectivas semanales durante 15 semanas de curso.

Tabla 3: Breve estructura del curso por semanas

<i>Semana</i>	<i>Tareas</i>
1 ^a	<i>Presentar la asignatura</i>
2 ^a	<i>Ejercicio relación variables – Datos OCDE – Excel (gráficos) Eviews - regresiones</i>
3 ^a	<i>Trabajo con el profesor – Levantar acta – Primera presentación</i>
4 ^a	<i>Selección del tema a tratar por el grupo</i>
5 ^a	<i>Búsqueda de información – Levantar acta</i>
6 ^a	<i>Buscar información más específica, redacción y puesta en común</i>
7 ^a	<i>Concretar parte teórica del trabajo y realizar primera parte de la presentación – Levantar acta – Segunda presentación</i>
8 ^a	<i>Búsqueda de datos</i>
9 ^a	<i>Centrar trabajo empírico – Marcar objetivos – Levantar acta</i>
10 ^a	<i>Obtención de datos y análisis</i>
11 ^a	<i>Obtención de datos y análisis – Levantar acta (ordenadores)</i>
12 ^a	<i>Desarrollo del trabajo y de la presentación - Levantar acta</i>
13 y 14 ^a	<i>Presentaciones – 4 o 5 días (2 grupos por día)</i>
15 ^a	<i>Holgura</i>

La selección de los temas a trabajar la realizan los propios alumnos. Estos temas serán la base para las presentaciones dos y tres. Para ello, la asignatura se dividirá en seis bloques que corresponden con los últimos seis temas del programa de la asignatura (ver anexo para las especificaciones del programa de la asignatura):

- 1- La demanda sanitaria
- 2- La oferta sanitaria
- 3- Evaluación económica de programas sanitarios

- 4- El Análisis Coste Utilidad y la medición de salud
- 5- Equidad en la salud y en la atención sanitaria
- 6- La reforma de los sistemas sanitarios

Todos los temas son introducidos por el profesor en una única sesión que servirá como punto de partida a los alumnos para la selección de un tema a trabajar. Cada miembro del grupo se encargará de obtener uno o dos libros, artículos, o diverso material bibliográfico sobre el tema para una sesión posterior. En dicha sesión deben justificar la selección del tema deseado con la ayuda del material bibliográfico. Con estos argumentos (generalmente escasos) se produce un debate entre coincidentes en aquellos casos en los que un mismo tema haya sido elegido por más de un grupo. Tras el debate el resto de compañeros mediante una votación, exceptuando los alumnos de los grupos interesados, deciden el grupo que mejor ha defendido el tema. Dicho grupo será el encargado de ese tema y se repartirán los que no han sido seleccionados por ningún grupo entre aquellos grupos que tras el proceso de votación y reparto de temas se haya o hayan quedado sin su elección inicial.

El alumno debe ser consciente de que a lo largo del curso se van a tratar los seis temas simultáneamente. Es decir, en cada sesión se tratarán partes de cada uno de los bloques del programa. Se debe procurar que las explicaciones relativas a los conceptos de los diferentes temas vistos en la misma sesión estén directamente relacionadas con los conocimientos expuestos en sesiones anteriores. Además, debe quedar claro que las presentaciones de sus compañeros (y las propias) serán la base sobre lo que se les va a preguntar en las pruebas y en su caso en el examen final. Así mismo, debe quedar claro el sistema de evaluación.

Otra de las herramientas empleadas para evaluar a los alumnos son las actas. Éstas tienen la estructura de un acta en cualquier reunión de grupo de trabajo. Se realiza una por sesión en la que los alumnos trabajan en grupo. Con objeto de que cada alumno no escriba un acta se pide que seleccionen un secretario, cuya función dentro del grupo será cumplimentar el acta y expresar la opinión del grupo frente a la clase cuando sea necesario¹.

La redacción de las actas siempre es difícil para los alumnos. Hay que tener en cuenta que habitualmente no han realizado nada parecido, por lo que se establece que en el acta deben aparecer siempre los siguientes apartados:

1. Nombre del grupo. Fecha.²
2. Asistentes y ausentes en su caso a la sesión.
3. Grado de cumplimiento y nuevas aportaciones. (A partir de la segunda acta)
4. Orden del día (trabajo desarrollado en la sesión).
5. Estado actual del trabajo indicando quién ha realizado qué (aportaciones).
6. Objetivos hasta la próxima sesión.
7. Reparto del trabajo y asignación de tareas.
8. Anexos (trabajo realizado del cual el alumno quiera dejar constancia), si es individual o por grupos pequeños cada uno con sus correspondientes nombres.

Así mismo, a lo largo del curso se realizan cinco pruebas, “pequeños exámenes” como son denominados por los propios alumnos, en las que se pregunta sobre los temas desarrollados por el docente, artículos de la literatura que deben trabajar los alumnos fuera del

horario docente y conceptos que aparecen en las presentaciones de los alumnos o en el debate posterior.

Por último, hay que tener en cuenta que a lo largo del curso se impartirán por parte del profesorado una serie de clases magistrales donde se ven en detalle temas de actualidad o de gran relevancia sobre la asignatura que hayan podido quedar fuera de los trabajos realizados por los grupos.

2.2. MÉTODO DE EVALUACIÓN

Respecto al método de evaluación de los alumnos, éste será continuo. Se valorará la participación en clase y, especialmente, las presentaciones realizadas de los temas por parte del alumno, la entrega periódica de las actas del trabajo en grupo, los trabajos que se encarguen y la resolución de los problemas prácticos planteados. Este método exige la presencia del alumno en clase a lo largo de la duración del curso. La no asistencia a más de dos sesiones (clases) sin justificar por parte del alumno deja sin efecto la evaluación continua. Para los alumnos que no pueden seguir la asistencia a clase con asiduidad o no hayan superado la evaluación continua el procedimiento de evaluación consistirá en un examen de conocimiento teórico-práctico de la asignatura en llamamiento único.

La evaluación final al alumno pretende incorporar todos los elementos del programa mencionados en la metodología docente. La Tabla 4, recoge el plan de evaluación de la asignatura, la proporción de cada uno de sus elementos sobre la nota final y los criterios de evaluación. Respecto al peso otorgado a cada elemento de evaluación que observamos en la Tabla 4 podemos decir que se ha valorado con un 60% de la nota todas aquellas pruebas que el alumno realiza tanto a título individual como colectivo. Asimismo, con el afán de incentivar la participación en clase y asistencia del alumnado valoramos estos comportamientos con un 20% de la nota, es cierto que quizá pueda resultar excesivo, pero los autores somos de la opinión que una valoración menor no incentiva la participación. Por otro lado, la novedad del acto de redacción de las actas, dado que es una labor que nunca han realizado nuestros estudiantes, fue premiada también con un 20% de la nota, este porcentaje se decidió para que los alumnos se esforzaran en la redacción y no fuera sólo un mero trámite que realizar tras cada sesión de trabajo en grupo. En la Tabla 4 se ilustran los criterios que se tienen en cuenta para la evaluación así como lo que se valora en cada uno de los elementos.

Tabla 4: Plan de evaluación de la asignatura Economía de la Salud

<i>Prueba</i>	<i>Cantidad</i>	<i>% nota</i>	<i>Descripción de la prueba y criterios de evaluación</i>
<i>Pruebas escritas</i>	5	30%	<p><i>Pruebas que realiza el alumno de manera individual que contienen preguntas teórico-prácticas de respuesta breve relacionadas con:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>El contenido de las clases impartidas por el profesor en el aula.</i> • <i>El material bibliográfico (artículos científicos, temas de libros de texto,...)</i> • <i>Las presentaciones orales de los alumnos.</i>
<i>Presentaciones orales</i>	3	30%	<p><i>Trabajos realizados en grupo.</i></p> <p><i>Se valora:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Presentación del trabajo: índice, objetivos, fuentes, estructura, etc.</i> • <i>Presentación oral del trabajo: actitud en la exposición, facilidad para transmitir conocimientos, si se generan preguntas y debate, etc.</i>
<i>Actas</i>	7	20%	<p><i>Puntuación obtenida por:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Estructura del acta.</i> • <i>Cumplimiento de objetivos.</i> • <i>Claridad de ideas</i>
<i>Participación en clase</i>	-	20%	<i>Asistencia y participación en la discusión de los casos teóricos, así como en los debates que se generen.</i>

2.3 ALGUNAS PREGUNTAS Y RESPUESTAS

En este apartado tratamos de responder a preguntas propias y ajenas que nos han surgido a lo largo de estos dos años de experiencia.

¿Cómo se lleva a cabo la evaluación de la participación en clase?

Se crea una plantilla por grupos con los nombres de los alumnos pertenecientes a cada uno de ellos, y se pide a los alumnos que en todas las sesiones se sitúen en el aula por grupos. Se localiza al alumno que habla o participa por el grupo en el que está (mediante foto o ficha) y se valora la participación calificándola como buena, mala o regular. Al final del curso se puede valorar fácilmente estas anotaciones. En nuestro caso particular no resultó difícil porque el número de alumnos fueron 35 y 45 alumnos.

¿Todos los alumnos participan en todas las presentaciones?

El reparto de las partes que cada alumno expone es competencia de los acuerdos internos a los que llegan los miembros del grupo o porque el profesor vaya seleccionando por tiempos a cada alumno para que exponga una parte del trabajo. En nuestro caso, las dos últimas presentaciones se realizan de cada una de las maneras expuestas. En la primera al ser muy corta la duración el docente escogió de forma aleatoria quién presentaba.

En algún momento se discutió entre los docentes que las exposiciones de los grupos las realizara alguno de los integrantes elegido al azar y la nota obtenida por éste fuera la nota de cada uno de ellos. Esta idea fue rechazada porque para llevarla a cabo y que todos los miembros del grupo pudieran exponer era necesario aumentar el número de exposiciones por parte del grupo, lo que planteaba un grave problema debido a la duración temporal del curso.

Ya que el trabajo se realiza en grupo, ¿cuánto se discrimina en las notas dentro de un mismo grupo?

Mucho. Se debe tener en cuenta que el 30% son pruebas individuales, 20% participación en clase y respecto al otro 50% se valora individualmente la forma de llevar a cabo las presentaciones orales y objetivos alcanzados, etc., además en las actas aparece individualizado el trabajo que realiza cada alumno.

¿Puede resultar excesivo que la evaluación de las actas sea un 20%?

El porcentaje no resulta tan alto y se puede penalizar mucho en este apartado si no se cumplen los objetivos explícitos en las actas, o si faltan apartados por concretar. Se debe añadir que en nuestro caso es una asignatura optativa y que históricamente el número de suspensos ha sido reducido.

¿Hasta cuándo se debe alargar un debate?

Mientras se aprovecha la discusión para incorporar conceptos, por ejemplo explicándolos en la pizarra, mediante transparencias, etc., es recomendable continuar con el debate. Si los alumnos pierden interés y/o solamente aportan opiniones personales sin argumentar se debe procurar redirigir el debate o finalizarlo.

¿Se puede aplicar esta metodología en todas las asignaturas de los últimos cursos?

Sí, pero con alguna matización. Sin duda alguna esta metodología resulta de gran interés para quienes imparten asignaturas de una temática similar, pero también para todos aquellos que han de adaptar el método tradicional de las clases magistrales, sustituyéndolo al menos parcialmente por estrategias que primen la participación del alumnado.

Para que no exista una repetición sistemática de conocimientos u omisión de los mismos, estas asignaturas deberían coordinarse, es decir, el profesorado debe tener claro los contenidos básicos que transmite en su curso así como los de las otras asignaturas. Desgraciadamente, si no se da esta coordinación, puede existir una deficiencia en la adquisición de conocimientos. La recomendación de los autores es introducir esta metodología inicialmente a asignaturas optativas de 3º y 4º curso, y paulatinamente en las troncales u obligatorias.

Si los alumnos trabajan centrados en un único tema, ¿se consigue transmitir todos los conocimientos de la asignatura?

Los alumnos desarrollan mucho uno de los temas y de los demás adquieren un conocimiento ligero. Es en este punto donde radica la figura del docente, que debe procurar que todos los alumnos tengan las herramientas y explicaciones necesarias para que los conocimientos de la asignatura adquiridos sean al menos los establecidos en el programa, es decir, debe intentar cubrir los conocimientos básicos que se exige a un alumnos de esta asignatura. Es cierto que complementar el trabajo de los alumnos para cubrir estos requerimientos mínimos sobre el conocimiento no es tarea fácil, y desgraciadamente siempre se puede escapar algo: hay que darse cuenta que una asignatura de esta índole, estructurada en la participación del alumnado, disminuye el número de horas que se dedican a las clases magistrales. Este es, sin duda alguna, un coste que estamos dispuestos a asumir, ya que los autores somos de la opinión que aprender a elaborar y desarrollar habilidades como las que aparecen en la tabla 2 pueden llegar a ser tan importantes como adquirir conocimiento en una asignatura.

Por otro lado, si los debates son buenos lo trabajado en ellos permanece, esto ha sido comprobado en las pruebas escritas que se realizan sobre las presentaciones de los compañeros. En estas pruebas se escriben en ocasiones preguntas similares a las que se encuentran en exámenes de otros años.

Se realizan prueba sobre conocimientos que los alumnos presentan en clase ¿Qué ocurre si un grupo realiza una muy mala presentación de la parte teórica y no transmite bien los conocimientos?

Aunque ninguna de las presentaciones tienen deficiencias conceptuales dado que el profesor realiza una labor importante de guía y tutor antes de cada una de las exposiciones, es cierto que no se puede controlar otros factores propios de cada uno de los alumnos, como nervios o pánico escénico, que puede dificultar la comprensión de la presentación. En estos casos la recomendación de los autores, primeramente, respirar hondo y proceder a señalar los puntos de mejora. Desde la actitud en la presentación (sacar manos de los bolsillos, no realizar lectura de las diapositivas, ni por supuesto de un papel,...) a la estructura de los contenidos (orden de la presentación, mala interpretación,...). Posteriormente el docente debe resaltar o explicar aquellas partes que considere más importantes y de conocimiento básico sobre el tema por medio de una, siempre que se pueda, breve clase magistral.

3. CONCLUSIONES

En este artículo hemos presentado una metodología docente que busca motivar al alumnado, despertar su interés por la adquisición de conocimiento y comprender la aplicabilidad del análisis económico. Esta metodología se centra en la participación del alumnado en la construcción del conocimiento colectivo, para lo cual la figura del docente se vuelve crucial en este aprendizaje. El profesor debe velar por que todos los alumnos consigan los conocimientos básicos que se deben exigir en la asignatura que imparte. Para ello la participación del alumnado en clase junto con las explicaciones para reforzar conceptos del profesorado son herramientas que van unidas de la mano.

La Economía puede llegar a ser apasionante para alumnos con inquietudes sobre el funcionamiento de la realidad que les rodea y que condiciona sus vidas. Casi todos los

alumnos tienen esas inquietudes, pero muchas veces se encuentran aletargadas, en parte, por una inercia docente que no les resulta estimulante. Por lo tanto, un claro objetivo de la innovación docente debe ser precisamente el de despertar inquietudes. Creemos que es posible hacerlo y este trabajo, seguramente limitado e incompleto, constituye un instrumento generador de motivación intrínseca, que no se basa en conseguir un premio como la aprobación de un examen, sino en el placer de aprender y comprender.

Somos conscientes de que la exigencia para el docente es mayor inicialmente, el sistema de evaluación se vuelve complejo, el esfuerzo de seguimiento para que los trabajos alcancen un grado admisible de calidad debe ser continuo, además del esfuerzo de incorporar y enlazar los conocimientos en las explicaciones tras las presentaciones de los alumnos. En cuanto a los alumnos, la adquisición de conocimientos teóricos sobre la asignatura quizás sea menor si la comparamos con la metodología docente tradicional. No obstante, conseguimos que nuestros alumnos aprendan y desarrollen habilidades tan valiosas para su futuro como el trabajo en grupo, la capacidad para buscar información y tratarla, la habilidad para interconectar conocimientos de distintas asignaturas y la capacidad de análisis y síntesis entre otras, que muchas veces han pasado desapercibidas en la docencia universitaria. Seguimos aprendiendo.

ANEXO I

PROGRAMA ANALÍTICO

TEMA 1: SALUD, SANIDAD Y ECONOMÍA

Contenido

Se inicia con un tema introductorio en el que se analizan las relaciones entre el crecimiento económico y la salud y los servicios sanitarios, donde se obtiene una visión descriptiva de la influencia recíproca entre la salud y la riqueza de un país, así como predicciones respecto a la importancia del sector sanitario en relación con la renta de un país, los determinantes del gasto sanitario y las políticas de salud establecidas en los planes de salud y su diseminación hacia los proveedores sanitarios vía contratos de servicios sanitarios.

Este tema persigue como objetivo fundamental mostrar al alumno los conceptos básicos sobre los que se discutirá a lo largo del curso. Por ello, se trata del florecimiento de la economía de la salud como disciplina de interés científico y social, la cual ha prosperado de la mano de las crecientes preferencias de la sociedad hacia la salud individual y de las poblaciones, así como de la preocupación por la sostenibilidad financiera del sistema sanitario.

Una buena introducción al tema 1, en particular, y al curso, en general, sería la definición de la propia salud, la cual es menos evidente de lo podría esperarse a priori debido a la multidimensionalidad del concepto, el cual puede incorporar elementos físicos, mentales y sociales. Para ello se revisan diferentes aproximaciones, desde la clásica basada en indicadores físicos y biológicos, definiendo esperanza de vida, tasa de mortalidad, indicadores de incidencia y prevalencia de morbilidad y discapacidad, hasta indicadores de corte subjetivo (autopercepción), como sería la calidad de vida relacionada con la salud.

Tras ello, se podría pasar a revisar la evolución de la salud desde la perspectiva de la Historia económica (Cipolla) y de sus determinantes. En este sentido, resulta interesante revisar los trabajos de McKweon donde se señalan fuertes caídas de la tasa de mortalidad de enfermedades infecciosas a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, varios años antes de la aparición de las primeras vacunas. Es decir, las enfermedades infecciosas declinaron antes de disponer de técnicas de prevención (vacunas) o de tratamientos eficaces. Ello se atribuye a factores extra-médicos, concretamente, a mejoras en la higiene derivadas de un mejor acceso a agua potable y a las mejoras de los sistemas de alcantarillado, junto con mejoras en la alimentación. Estos resultados se pueden complementar con los trabajos de Cutler sobre el valor de las innovaciones médicas en el último tercio del siglo XX (Análisis Coste Beneficio Generalizado).

Las relaciones entre la economía y el sector sanitario: El PIB como predictor del gasto sanitario y el papel del sector sanitario en la economía se desarrolla mediante las cifras de gasto sanitario y su evolución desde 1960 hasta la actualidad, diferenciando entre la fuente de financiación (pública y privada), las principales partidas de composición del gasto (atención

primaria, especializada, medicamentos) y el cálculo de elasticidades renta en este ámbito macro. En este punto se plantea como ejercicio didáctico la búsqueda de la relación entre el crecimiento económico y la salud de las poblaciones, así como, la relación entre el PIB y el gasto sanitario mediante modelos de regresión sencillos.

Síntesis

Definición y medida de la Salud. La producción de Salud. Relación entre la Economía y la Salud. Relaciones entre la Economía y el Sector Sanitario. Política de Salud y Política Económica Sanitaria: Acción intersectorial para la Salud. La estrategia de salud: La estrategia Salud XXI de la OMS. Los planes de Salud. El Plan de Salud de Navarra 2006-2012. Valoración de las estrategias de salud en España. Planes de Salud y contratos de servicios sanitarios.

Bibliografía específica del tema

LÓPEZ CASASNOVAS, G. y V. ORTÚN (1998): *Economía y Salud*. Ed. Encuentro. Caps. 1, 4 y 5.

FOLLAND S., A. GOODMAN y M. STANO (5ª edición, 2007): *The economics of health and health care*. Prentice Hall. Cap. 5.

CABASÉS J. M. (1999): “Planes de Salud”. *Gaceta Sanitaria*, 13 (6): 478-480.

CABASÉS J. M. (1999). “Economía de la Salud: Notas para una agenda de investigación”. *Gaceta Sanitaria*, 13 (4): 333-336.

Departamento de Salud. Gobierno de Navarra (2007): *Plan de Salud de Navarra 2006-2012*.

SEGUNDO INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO DE ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO. 2007. Ministerio de Economía y Hacienda, Ministerio de Sanidad y Consumo y Comunidades Autónomas.

Base de datos de salud y sanidad de la OCDE:

<http://www.oecd.org/health>

Base de datos de Gasto Sanitario en España:

<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm>

TEMA 2: EL MERCADO SANITARIO

Contenido

El tema 2 se dedica a formalizar el análisis económico del mercado sanitario, los argumentos de la obligatoriedad del seguro sanitario, las características de incertidumbre y asimetrías de información y otros fallos de este mercado, y las respuestas institucionales o mecanismos correctores de estos fallos, como el aseguramiento, y los problemas que conllevan, como la selección adversa y el riesgo moral.

Este tema trata de analizar las Características Generales de los Mercados de Asistencia Sanitaria. En este caso, se propone la revisión del trabajo clásico de Arrow (1963) donde plantea si el sector sanitario es diferente al resto de sectores económico y, por tanto, se debe estudiar como un caso aparte y desarrollar herramientas económicas “ad hoc” para su análisis. Su respuesta es claramente negativa, si bien se subraya la combinación y el gran número de fallos de mercado y del Estado que se da en los mercados de la salud. Si bien este es un tema que se desarrollará a lo largo del curso, es útil dar una visión general en este apartado de introducción al curso.

Una vez vistos los anteriores puntos, se podría formular una función de producción de salud, donde se revisarían las propiedades típicas de una función de producción clásica (pendiente positiva, rendimientos decrecientes, e incluso negativos, si concurren una serie de circunstancias). Ello permitiría delimitar claramente la diferencia entre la asistencia sanitaria (input) y la salud (output) que acompañará al alumno el resto del curso.

Síntesis

Eficiencia y mercado. Los fallos del mercado sanitario: Incertidumbre (visión de K. Arrow), externalidades, asimetrías de información, monopolio. Intervención pública en el mercado sanitario: Respuestas institucionales a los fallos de mercado, problemas de los mismos y posibles soluciones. La obligatoriedad del seguro sanitario (visión de A Mas Colell). Equidad y mercado sanitario.

Bibliografía específica del tema

FOLLAND S., A. GOODMAN y M. STANO (5ª edición, 2007): *The economics of health and health care*. Prentice Hall. Cap.19.

LÓPEZ CASASNOVAS, G. y V. ORTÚN (1998): *Economía y Salud*. Ed. Encuentro. Cap 2.

ARROW, J. K. (1981): “La Incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas”. *Información Comercial Española*, 574: 47-63. (Uncertainty and the welfare economics of medical care, AER, 1963)

MAS COLELL, A (1994): “Sobre el carácter obligatorio y universal del seguro de salud”. En: LÓPEZ CASASNOVAS, G., ed.: *Análisis Económico de la sanidad*. Generalitat de Catalunya.

TEMA 3: LA DEMANDA SANITARIA

Contenido

El tema 3 se dedica a la demanda de salud, la demanda sanitaria y la necesidad sanitaria, en el marco de modelos desarrollados en economía de la salud y al análisis de propuestas para un comportamiento más eficiente de los consumidores

El punto de partida del tema es recordar parte de la materia avanzada en la introducción. Concretamente, la diferencia fundamental existente entre salud, la cual es un

output, y la asistencia sanitaria, como uno de los muchos inputs que entran a formar parte de la función de producción de salud. Así mismo, se señalará la diferencia entre la salud y otras formas de capital humano.

De acuerdo con la teoría del capital humano, los aumentos en el stock de conocimientos de una persona incrementan su productividad en el mercado de trabajo, de donde consigue sus ingresos monetarios, y en el ámbito doméstico o reproductivo, donde se produce bienes que pasan a formar parte de su función de utilidad. Para realizar sus potenciales ganancias en productividad, los individuos tienen incentivos a invertir en educación y formación laboral. La idea de la salud como componente del stock de capital humano del individuo no es nueva (por ejemplo, Becker 1964 y Fuchs 1966). Sin embargo, el primer modelo de demanda de salud no se formaliza hasta el año 1972 por Michael Grossman. Por ello, se repasará las bases del citado modelo, huyendo de la formalización matemática más avanzada del mismo y presentando un modelo simplificado complementado por el análisis gráfico.

Los aspectos más sobresalientes del modelo de Grossman se pueden resumir en cuatro puntos: 1) lo que el consumidor desea no es la asistencia sanitaria en sí, sino la salud (una mejora en el estado de salud). La demanda de asistencia sanitaria es, por tanto, una demanda derivada de un input intermedio que sirve para producir salud; 2) el consumidor no puede adquirir salud de una manera pasiva en el mercado. El consumidor debe producir la salud, utilizando como inputs intermedios para ello no sólo la asistencia sanitaria, sino también su propio tiempo y esfuerzo; 3) la salud no se agota en un solo periodo. No se deprecia instantáneamente y, por tanto, puede ser tratada como un bien de capital; y 4) la salud tiene una naturaleza dual. Puede ser tratada como un bien de consumo y como un bien de inversión. Como bien de consumo, la salud es deseada por sí misma puesto que hace que las personas se sientan bien (incremento del bienestar por vía directa). Como bien de inversión, la salud es deseada puesto que permite aumentar el número de días saludables de los que dispone una persona y aumentar así sus ingresos potenciales (y/o su ocio).

La segunda parte del tema se articula como un recordatorio del funcionamiento de los mercados de aseguramiento. Para ello se repasará conceptos como incertidumbre, aseguramiento, aversión al riesgo, equivalente cierto, prima de cobertura, copago o coaseguramiento y franquicia. Asimismo, siguiendo los ejemplos desarrollados en el manual de Folland, Goodman y Stano, se analizará el funcionamiento de un mercado de seguros desde la óptica del tomador del mismo, donde se alcanza un nivel de aseguramiento óptimo (punto donde el beneficio marginal de estar asegurado compensa el coste marginal). A partir de ese momento, se alterarán las condiciones iniciales de las primas de cobertura, pérdidas esperadas y renta para estudiar cómo afecta al equilibrio. Para cerrar el tema se plantea el problema desde el punto de vista de la oferta. Suponiendo un mercado de aseguramiento competitivo, se demuestra que el precio de mercado (valor de la prima competitiva en relación con la cantidad asegurada), es igual a la probabilidad de enfermedad, más los costes administrativos o de proceso (como porcentaje del valor de la cantidad asegurada).

La comprensión por parte de los alumnos del funcionamiento del mercado de aseguramiento, siquiera en estas versiones sencillas, será de gran importancia para analizar los fallos de los mercados sanitarios.

Síntesis

La demanda de Salud: Modelo de Grossman. La demanda de atención sanitaria: Modelos de Phelps y Newhouse. Comportamiento individual del demandante. Necesidad y demanda. Sistemas de seguro y demanda sanitaria. Mecanismos de racionamiento: Precios, tiempo de espera y delimitación de prestaciones. Estudios empíricos de demanda sanitaria.

Bibliografía específica del tema

FOLLAND S., A. GOODMAN y M. STANO (5ª edición, 2007): *The economics of health and health care*. Prentice Hall. Caps. 7, 8 y 9.

CULLIS, J. G. y P.A. WEST (1984). *Introducción a la Economía de la Salud*. Ed. Desclée de Brower. Bilbao. Cap.4.

TEMA 4: LA OFERTA SANITARIA

Contenido

Este tema se dedica a la oferta sanitaria, a los modelos de comportamiento de los proveedores, desde la teoría de la agencia, con especial referencia a los médicos y a las organizaciones sanitarias públicas, sus problemas de eficiencia y los mecanismos de incentivos y los cambios en el marco institucional. Se hacen referencias específicas a las variaciones en la práctica médica.

Los mercados de servicios sanitarios y en particular los de aseguramiento, se ven afectados por distintos grados de información asimétrica, lo cual deriva en situaciones que alejan a los mercados de la eficiencia. El objetivo de este tema es revisar dos de los más graves problemas que alejan a los mercados de la eficiencia: la selección adversa y el abuso moral.

Comenzando por la selección adversa, inicialmente se puede revisar el modelo de Rothschild-Stiglitz en el contexto de los seguros sanitarios. En dicho modelo se demuestra que en un mercado de seguros puede no llegar a existir un equilibrio competitivo y, en el caso de que existiera, éste presentaría unas características o rasgos peculiares. Como se demuestra, si los individuos revelaran la información disponible, todos podrían mejorar su situación. En este sentido, los individuos de elevado riesgo causan una externalidad negativa: los individuos de bajo riesgo están peor (su nivel de utilidad/bienestar será menor) de lo que estarían si no hubiera individuos de elevado riesgo en el mercado. Sin embargo, los individuos de elevado riesgo no se encontrarán en una mejor situación que la tendrían si en los mercados no hubiera individuos de bajo riesgo.

Asimismo, también se repasarían las herramientas o cursos de acción que se pueden adoptar para reducir o evitar este problema. Concretamente, se revisarían cuatro: revelación del grado de riesgo del asegurado (por ejemplo, mediante pruebas médicas); señalización (edad, género, aspecto físico, educación,...); seguros médicos a grupos (planes de grupo); seguros médicos generalizados a toda la población. La discusión sobre la selección adversa se puede cerrar con la lectura y comentario del artículo clásico de Mas-Collel (1994)

En segundo lugar, el denominado “abuso moral”. El comportamiento por el cual un individuo demanda mayores cantidades de un determinado bien cuando está asegurado (completa o parcialmente), Se distinguirá entre el abuso ex ante y ex post. El abuso moral ex ante se refiere a la situación previa al advenimiento de un shock negativo sobre la salud. Por ejemplo, un individuo, por el hecho de encontrarse asegurado, se preocupa menos, o sus esfuerzos realizados son menores, en aras de prevenir enfermedades o accidentes. Por el contrario, hablamos de abuso moral ex post una vez que ha acontecido la enfermedad. En esta situación, la cobertura a la que da derecho el aseguramiento reduce el precio monetario de la asistencia sanitaria, lo cual puede provocar un aumento de la cantidad demandada de ésta respecto a la misma situación en caso de no aseguramiento. Los aspectos teóricos del abuso moral se verán complementados por ejemplos empíricos del mercado de productos farmacéuticos, donde se discutirá el efecto de los copagos de medicamentos.

A continuación, se ven en el tema problemas derivados de la asimetría en la información y, por tanto, complementa al anterior. El primer paso es recordar con los alumnos en qué consiste una relación principal-agente o relación de agencia. Una relación de esta naturaleza tiene lugar cuando un principal (paciente) delega su soberanía a la hora de tomar una decisión en un agente (médico). Esto se produce debido a que el agente posee una mejor información que el principal sobre una cuestión relevante y, a causa de ello, su decisión será más apropiada si es resuelta por el agente.

Además, se analiza la situación de demanda inducida por la oferta (DIO). Esta sería aquella situación en la que los proveedores de servicios sanitarios utilizan su mejor información (sus mayores conocimientos) para influir en la demanda de sus pacientes buscando un interés propio (relación de agencia imperfecta). Este aspecto queda muy bien recogido por la conocida Ley de Roemer: “a bed built is a bed filled”: “una cama nueva es una cama ocupada”. Otro punto a tratar es qué ocurre cuando es el médico no dispone de una información completa. Más concretamente, qué ocurre cuando no es conocida la efectividad de distintos tratamientos alternativos y la información se distribuye asimétricamente entre profesionales. Este problema es conocido por el nombre de Variaciones en Pequeñas Áreas o Variaciones de la Práctica Médica.

Síntesis

El comportamiento de los proveedores: Médicos y Hospitales. Funciones de producción y de costes hospitalarios. Mecanismos de remuneración a profesionales y de financiación de hospitales. Contratos de Servicios Sanitarios. Incentivos para el comportamiento eficiente. Sistemas de incentivos utilizados en España. Variaciones en la práctica médica.

Bibliografía específica del tema

FOLLAND S., A. GOODMAN y M. STANO (5ª edición, 2007): *The economics of health and health care*. Prentice Hall. Caps. 10, 13 y 15.

CULLIS J. G. y WEST P.A. (1984): *Introducción a la Economía de la Salud*. Ed. Desclée de Brower. Bilbao. Cap.6.

MARTÍN, J. y P. LÓPEZ DEL AMO (1994): *Incentivos e instituciones sanitarias públicas*. Escuela Andaluza de Salud Pública. Caps. 3 y 4

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (desde 2006). *Atlas de Variaciones en la Práctica Médica del Sistema Nacional de Salud*.

TEMA 5: EVALUACIÓN ECONÓMICA DE PROGRAMAS SANITARIOS

Contenido

Este tema se orienta a la evaluación de tecnologías sanitarias, mediante el análisis coste-efectividad, especialmente en su versión análisis coste-utilidad. Se revisan los fundamentos económicos del criterio coste-beneficio y los aspectos prácticos de la evaluación: diseño de los estudios, medición y valoración de costes y efectos, descuento, consideración del riesgo y la incertidumbre, análisis de sensibilidad y reglas de decisión.

La evaluación económica sanitaria utiliza los principios del ACB con aplicaciones del ACE y su versión más concreta en este campo, el Análisis Coste Utilidad, que mide los resultados en unidades homogéneas de salud los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVACs o QALYs), que combinan cantidad y calidad percibida de vida en un único índice. Los problemas de este índice remiten a su fundamento utilitarista - un QALY es de igual valor intrínseco para todos los individuos- , la base individualista de la mayoría de las técnicas empleadas para su derivación (obtención de valores relativos de los estados de salud,) y el consiguiente problema de agregación para obtener un valor social, donde surgen las cuestiones de equidad.

Síntesis

Fundamentos económicos de la evaluación. El criterio de eficiencia económica. El enfoque coste-beneficio. Evaluación económica en la práctica: Análisis coste-efectividad, análisis coste-utilidad y análisis coste-beneficio. Valoración de costes y efectos. La preferencia temporal: El descuento. Riesgo e incertidumbre y análisis de sensibilidad. Reglas de decisión: La Razón Incremental Coste- Efectividad (ICER). Curvas de aceptabilidad.

Bibliografía específica del tema

DRUMMOND, M., B. O'BRIEN, G STODDART y G TORRANCE (2001). *Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria*. Ed. Díaz de Santos. Madrid. Caps. 2, 3 y 8.

FOLLAND S., A. GOODMAN y M. STANO (5ª edición, 2007): *The economics of health and health care*. Prentice Hall. Cap. 4.

GOLD, M., J. SIEGEL, L. RUSSELL, y M. WEINSTEIN (Eds.) (1996). *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. Oxford University Press, Oxford.

CABASÉS J. M y E. SÁNCHEZ-IRISO (2003). "Costs and effectiveness of a syringe distribution and needle exchange program for HIV prevention in a regional setting". *European Journal of Health Economics*, 4: 203–208.

TEMA 6: EL ANÁLISIS COSTE UTILIDAD Y LA MEDICIÓN DE LA SALUD

Contenido

El análisis coste-utilidad requiere la medición de preferencias sobre estados de salud para la obtención de un numerario de salud que sirva como medida de los beneficios de los programas sanitarios, el “año de vida sano” o AVAC (QALY en su versión anglosajona, más conocida). Se comentan también en este tema las posibilidades y limitaciones de otras medidas de resultados intangibles, como la disposición a pagar por mejorar la salud. El enfoque debe ser eminentemente práctico.

Las unidades de resultado son medidas de preferencias sobre estados de salud, que permiten establecer la utilidad para los individuos del perfil de salud a lo largo de su vida. El resultado de los cambios en dichos perfiles de salud es la medida de la efectividad de las intervenciones sanitarias sobre estos individuos. Concretamente, los QALY son una medida de salud que combina los componentes básicos que definen la salud, esto es, cantidad y calidad de vida. La metodología QALY pretende incorporar la ganancia en cantidad de vida de las mejoras en salud, ponderando dicha ganancia según la calidad de vida de dicha ganancia. Por tanto, es necesaria una valoración de la calidad de los distintos estados de salud implicados en la decisión. Las tres técnicas de mayor fundamento teórico y práctico son: el Juego Estandar, el Time Trade-off y el Person Trade-off.

Existen diversos instrumentos de medida de calidad de vida asociada a la salud que sirven a la elaboración de QALY, entre los que destaca el EQ-5D que fue concebido para este fin. El instrumento EQ-5D ha sido desarrollado por el grupo EuroQol.

El EQ-5D es un cuestionario auto-administrado que contiene una página con un sistema descriptivo y otra página con una Escala Visual Analógica (EVA, Visual Analogue Scale, VAS). Además del EQ-5D, existen muchos instrumentos (QWB-SA, SF-36, SF-6D, HUI mark 2, 15D,...) que se conocerán con menos profundidad en este tema y tratan de obtener un índice que mida la calidad de vida relacionada con la salud y que establezca valores para los estados de salud sobre una escala 0 a 1.

Síntesis

Indicadores, índices y perfiles de salud. La medición de la calidad de vida asociada a la salud: El EQ-5D. La medición de preferencias sobre estados de salud: Los años de vida ajustados por calidad (AVACs o QALYs). Técnicas de valoración: Rating scale, Equivalencia Temporal, Juego Estándar, Equivalencia de Personas. El valor de la vida humana. Otras técnicas de medición de resultados en salud. La disposición a pagar (WTP). Los modelos de elección discreta aplicados a la sanidad.

Bibliografía específica del tema

CABASÉS, J. M. (2001): Medición de preferencias sobre estados de salud. (mimeo)

CABASÉS J. M, E. SÁNCHEZ-IRISO e I. GAMINDE (2004). “Using Bayesian techniques to build up a health status index. an exploratory study”. *Paper presented to the 21st Plenary Meeting of the EuroQol Group*. Chicago, Illinois, USA, 16th-18th September.

PINTO, J. L. y R. RODRÍGUEZ (2001): “¿Cuánto vale la pena gastarse para ganar un año de vida ajustado por calidad?. Un estudio empírico”. En: PUIG, J., J. L. PINTO y E. DALMAU: *El valor monetario de la salud*. Springer. pp 52-91.

CABASÉS J. M, E SÁNCHEZ-IRISO y J. ROVIRA (2008): “Health-related Quality of Life of Patients with Generalized Anxiety Disorder”. *Departamento de Economía, Universidad Pública de Navarra. Documento de Trabajo*, 0803

TEMA 7: EQUIDAD EN LA SALUD Y EN LA ATENCION SANITARIA

Contenido

Este tema se dedica a las cuestiones de equidad en la salud y los servicios sanitarios, una de las razones para explicar la presencia del Sector Público en este sector, garantizando el acceso a unos servicios sanitarios suficientes mediante la financiación pública de los mismos y, frecuentemente, la producción pública. Por su especial relevancia en nuestro contexto, descentralizado geográficamente, se discuten las cuestiones de equidad territorial, con referencia a la financiación territorial sanitaria, y su aplicación a España.

La consideración de los servicios sanitarios como servicios privados de provisión pública por razones de equidad categórica requiere un anclaje en el criterio de equidad en que se sustentan, a partir del cual surgen los temas actuales de interés de la Economía de la Salud en los sistemas sanitarios públicos en proceso de reforma.

La protección de la salud como un derecho, y no como un privilegio, hunde sus raíces en el principio de igualdad de oportunidades. Estamos obligados a proveer la atención sanitaria a quien la necesita para proteger la igualdad de oportunidades para el éxito, dejando fuera obstáculos basados en características de los individuos como su raza, género, religión, edad o estado de incapacidad. (Daniels, 1985). Entendida en su aspecto positivo, la igualdad de oportunidades impone la obligación, no sólo de evitar que las características individuales interfieran en el desarrollo de las capacidades, sino de eliminar activamente las situaciones o dotaciones desiguales de partida, generadas históricamente. La atención sanitaria tiene como función mantener a los individuos en un estado funcional lo más normal posible. La disfunción provocada por la enfermedad restringe el acceso a las oportunidades de la vida. La atención sanitaria, al proteger nuestra capacidad funcional, protege las oportunidades.

De ahí puede surgir la obligación de hacer de la sanidad un servicio accesible a todos. Este es probablemente el fundamento ético que justifica la igualdad de acceso a la asistencia sanitaria pública en los países europeos y la establecida en la Ley General de Sanidad en España. Por último, señalar que es un tema que resulta atractivo para el alumno, que genera discusión y puede ser útil para pedir al alumno que desarrolle una crítica con la mayor cantidad de argumentos posible.

Síntesis

Fundamentos filosóficos de la equidad. Definiciones de equidad. Equidad como igualdad de oportunidades. Equidad como igualdad en los niveles de salud. Medidas de la equidad. Equidad en la financiación y equidad en las prestaciones. Equidad geográfica:

Criterios de asignación regional de recursos financieros para la sanidad en España. El sistema de financiación de las Comunidades Autónomas en España aprobado en 2001:

Características y problemas del mismo. Las propuestas de revisión del sistema de financiación: Los cambios introducidos en septiembre de 2005. las propuestas de financiación en los Estatutos de Autonomía revisados. El debate sobre el nuevo modelo para 2009.

Bibliografía específica del tema

OLSEN, J.A. (1997): "Theories of justice and their implications for priority setting in health care". *Journal of Health Economics*, 16: 625-639.

CABASÉS, J. M. (2006): "La financiación de la Sanidad pública". *Derecho y Salud*. Extraordinario XIV Congreso Derecho y Salud, Vol. 14, marzo 2006.

CABASÉS, J.M. (Dir.) (2006): *La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada*. Fundación BBVA

GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL B. y R. URBANOS (2000): "Veinte años de estudios sobre equidad y salud en España". AES editor: *Avances en la Gestión Sanitaria*. XX Jornadas de Economía de la Salud.

CONSEJO DE POLÍTICA FISCAL Y FINANCIERA (2001): *Sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común*.

TEMA 8: LA REFORMA DE LOS SISTEMAS SANITARIOS

Contenido

Se contempla el sistema sanitario en su conjunto, a la luz de lo aprendido en los anteriores, y analiza las propuestas de reforma en España y otros países. Los sistemas sanitarios presentan objetivos muy variados (adecuación e igualdad en el acceso de los ciudadanos a los servicios sanitarios; protección de la renta; Eficiencia micro y macroeconómica; libertad de elección para los usuarios / ciudadanos; autonomía apropiada para los proveedores de servicios), existe la necesidad de priorizar y encontrar el punto de equilibrio entre ellos.

En este sentido se analizan los principales retos que deben afrontar los sistemas sanitarios de los diferentes países, diferenciando entre aquellos problemas o retos poco controlables por los gobiernos (fuertes variaciones en la salud de los individuos derivadas de factores biológicos, culturales y sociales; elevación del gasto sanitario debido al envejecimiento de la población; expectativas crecientes sobre los servicios sanitarios a recibir) y los retos controlables por los gobiernos (incentivos inapropiados para quienes prestan los servicios; prácticas monopolísticas de quienes prestan los servicios; estructuras organizativas y de gestión inadecuadas; mecanismos normativos mal elaborados; incremento de los precios de la tecnología médica; falta de información sobre efectividad y costes sanitarios). Se centrará el tema sobre todo en el conocimiento del caso español y sus diferencias con otros países.

Síntesis

Tipología de los sistemas sanitarios: Financiación y producción. Los problemas de los sistemas sanitarios actuales. Propuestas de reforma. Valoración de las reformas sanitarias en curso. La reforma sanitaria en España: El informe Abril. La Comisión parlamentaria para la modernización del SNS. El futuro del Sistema Nacional de Salud. La ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, de 2003. La cartera de servicios del SNS.

Bibliografía específica del tema

LÓPEZ CASASNOVAS, G. y V. ORTÚN, (1998): *Economía y Salud*. Ediciones Encuentro. Caps. 2, 3 y 6.

COMISIÓN DE ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (1991): *Informe y Recomendaciones*. (Informe Abril).

SUBCOMISIÓN PARLAMENTARIA PARA LA MODERNIZACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO (1997). *Acuerdo*.

SEGUNDO INFORME DEL GRUPO DE TRABAJO DE ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO (2007): Ministerio de Economía y Hacienda, Ministerio de Sanidad y Consumo y Comunidades Autónomas.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO:
<http://www.msc.es/organizacion/sns/home.htm>

Revistas sobre economía de la salud

- JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS.
- HEALTH ECONOMICS.
- EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS.
- HEALTH POLICY
- INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH CARE TECHNOLOGY ASSESSMENT.
- PHARMACOECONOMICS.
- GACETA SANITARIA

Bases de datos

En el Instituto Nacional de Estadística (www.ine.es) y Eco-salud OCDE 2006, http://www.oecd.org/OECD_Health_Data_2006_-_Frequently_Requested_Data.htm los alumnos cuentan con abundante información de interés para la asignatura. En particular, se recomienda consultar el bloque dedicado a estadísticas de “Salud”. Por otro lado, puede resultar de interés visitar la página web de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. <http://www.who.int/about/es/>

A nivel nacional puede encontrarse información relevante en el Ministerio de Sanidad y Política Social (<http://www.msps.es/>) y Asociaciones como la Asociación de Economía de la Salud (<http://www.aes.es/>), a la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) (<http://www.sespas.es/>)

Los periódicos y medios de comunicación generales son una fuente de noticias económicas inagotable. Por ello, deben ser lugar habitual de lectura y consulta por parte de los alumnos. Los periódicos de naturaleza económica también serán fuente de consulta de interés. Entre ellos, se recomienda especialmente *The Economist* (www.economist.com). Asimismo, una publicación mencionada es la revista de información secundaria *Gestión Clínica y Sanitaria* (<http://www.iiss.es/gcs/>).

Notas

¹ Aunque es cierto que ninguno de los alumnos ha manifestado malestar alguno por esta labor, se agradece de forma explícita a un evaluador anónimo la idea de introducir la rotación de la figura del secretario en los próximos cursos, con el fin de que cada uno de los alumnos redacte al menos un acta a lo largo del curso.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer a Juan Manuel Cabases Hita, referente principal en Economía de la Salud en la Universidad Pública de Navarra, su colaboración en la experiencia de innovación docente de los dos años aquí presentados y el que nos mostrara que para enseñar hay que seguir aprendiendo. Así mismo, se agradecen los comentarios y la corrección de errores de dos evaluadores anónimos. También se agradece la financiación recibida de los Proyectos de Investigación ECO2009-12836 y ECO2008-04247 del Ministerio de Ciencia e Innovación.

REFERENCIAS

Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (2005). *Libro Blanco del título de grado en Economía y Empresa*, [en línea], Madrid. Disponible en la red: < http://www.aneca.es/media/150292/libroblanco_economia_def.pdf > [Consulta de 12 de febrero de 2009]

Arrow, J. K (1963). "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *American Economic Review*, 53:941-973. [Traducción al castellano, "La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas", *Información Comercial Española*, 574: 47-63, (1981).]

González López-Valcárcel, B. (2005). "¿Qué hace la economía por nuestra salud?", *Economía y Salud*, mayo: 27-32.

Ortún, V. (2005). "El impacto de la Economía de la Salud en la Política y en la Gestión", *Economía y Salud*, mayo: 19-22.

Abstract

In this paper, we propose a new method for continuous assessment, in that agenda items are simultaneously (except the first two). The methodology introduced in this paper focuses on student participation in the construction of collective knowledge. Students form groups to develop agenda items for the course that then exhibited their peers. These statements, both their own and those of other groups and the discussions that generated them, are part of the knowledge they must acquire each of the students enrolled, knowledge that teachers should be evaluated. From this perspective, the figure of the teacher as a mere spectator or lectures based on just has no place. Therefore we present a structure on the organization of an optional subject in order to implement this methodology based on student participation. To present these methodological innovations we rely on the experience that two years have made in the BA in Economics from the Universidad Pública de Navarra. Although a small contribution, from our experience in the periods of action, we can say that is extremely motivating for both students and for teachers.

Keywords: Teaching methodology, optional subject, Health Economics, learning.

JEL Codes: A20, I10