



Economía y Salud

boletín informativo

AÑO 15 OCTUBRE 2002 n° 45

ASOCIACIÓN
DE ECONOMÍA
DE LA SALUD

en este número

	pág.
EDITORIAL	1
PRÓXIMAS REUNIONES	3
– Jornadas Técnicas de AES. Madrid, enero 2003	
– XXIII Jornadas de Economía de la Salud. Cádiz 2003.	
RESEÑAS	4
– 4th European conference on health economics.	
– Taller FBBVA sobre innovaciones metodológicas en Economía de la Salud.	
– Taller Fundación ADSIS sobre "Sistemas de Salud y Cooperación al Desarrollo"	
JORNADAS AES	5
– XXII Jornadas AES, Pamplona 2002.	
– Mirada retrospectiva sobre las XXII Jornadas de Economía de la Salud.	
TEMAS	8
– Genética y prevención cuaternaria.	
– El vértigo de trabajar en el centro. Una crónica americana	
TESIS	11
– Especificación y validación de modelos de demanda de asistencia sanitaria, absentismo laboral y actitudes de los empleados: aplicación al caso español.	
– Modelización y medida de la eficacia en atención primaria.	
– La utilización de asistencia sanitaria en Andalucía. Un análisis econométrico basado en datos de panel.	
LIBROS	14
NOTICIAS DE AES	16

editorial

Sección coordinada por Laura Cabiedes
(lcabie@correo.uniovi.es)

EL BOLETÍN SE RENUEVA

Txomin Uriarte



Ha cumplido su papel. Durante 15 años ha servido de punto de contacto de los socios de AES, para mantener vivas las relaciones entre Jornada y Jornada y para contar a los que no habían podido asistir a las últimas, cómo habían sido, quienes habían ido y qué se había decidido de cara al futuro de AES.

Pero ha sido más que un simple boletín de noticias o una galería de fotografías, con todo el valor que eso tiene. Creo que además ha reflejado con fidelidad el sentir de la Junta

Directiva que es, en definitiva, el sentir de la Asociación. Su transformación, un movimiento lento pero perceptible, ha ido parejo a la evolución que han experimentado AES y la economía de la salud en nuestro país. Es lógico que esto haya sido así y es visible que lo ha sido. Lo podemos constatar en muchas de las calles de esa pequeña ciudad que es el Boletín. Me voy a quedar en un ejemplo que espero que os guste: los Editoriales. Han pasado por ahí, se han retratado y se han esmerado por resumir unas ideas claras sobre los temas de más actualidad en nuestra disciplina, hasta 30 profesionales distintos, profesionales con pedigree, la mayor parte de ellos los propios miembros de la Junta. Y entre ellos, los que han seguido en primera línea a lo largo de los años, han repetido Editorial cinco o diez años después de haber publicado el primero. Creo que, recuperando las dos primeras páginas de los boletines, disponemos de un valioso acervo de doctrina económica o, dicho menos enfáticamente, de una interesante colección de opiniones vivas, documentadas, interiorizadas y exteriorizadas.

El Boletín nació como la Asociación, muy profesional él, pero adornado con los adjetivos de los pioneros: la claridad de Bohigas, el humor de Rovira, la sensatez de Cabasés, el ingenio de Ortún, el empuje de Artells o la lógica de Antoñanzas, por citar sólo unos cuantos de los más representativos. Empezó dedicándose intensamente a la formación en economía de la salud y luego se ha ido deteniendo "deleitosamente" en otros temas prioritarios, por ejemplo, la econometría, la financiación, la asignación territorial de recursos, la evaluación económica, la gestión empresarial de la sanidad. Pero hay una serie de temas que se han mantenido desde el principio porque pueden considerarse caracte-

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

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

Editora del boletín:
Rosa Urbanos (urbanos@ccee.ucm.es)

Comité de Redacción:
Laura Cabiedes, Ana Rico, Josep Fusté, Jaime Pinilla, Fernando San Miguel, Anna Garcia-Altés y Puerto López del Amo.

Han colaborado en este número:
Txomin Uriarte, Juan Gervas, Mercedes Pérez, Angelina Lázaro, Francisco Gómez Luy, Beatriz González, Paula Bagés, Marisol Rodríguez, Juan Cabasés, Begoña Alvarez, Olga Urbina y Mª Luz González, por lo menos.

rísticas intrínsecas de AES, que ha tratado siempre de asumir y desarrollar: la preocupación por elevar de la teoría a la práctica la equidad, la consideración vinculante de la ética profesional y el no perder de vista a las sociedades menos favorecidas que la nuestra, lo que hace en definitiva que las reflexiones sobre la mejora de nuestros sistemas sanitarios sean lujos comparadas con las necesidades a resolver en muchos otros países.

Por mi parte tengo que reconocer que me ha ayudado mucho y que incluso lo he pasado bien editando el Boletín y quiero agradecer a todos los que han colaborado con su esfuerzo para que salga cada número. He procurado irlos citando a todos en la primera página de los boletines pero quiero aprove-

char la ocasión para nombrar a los que, estadística pura, aparecen más veces identificados. The winners are: Itxaso Mugarra, Fernando Antoñanzas, Paula Bagés, Juan M Cabasés, Vicente Ortún y Voro Peiró.

Termino retocando el principio, que para eso soy el que escribe. Hemos intentado que el Boletín haya cumplido su papel, las circunstancias han evolucionado y el Boletín con ellas. Pero ha llegado el momento de darle un golpe de timón y encajarlo en las tecnologías, sobre todo Internet, y los programas del siglo XXI. Rosa Urbanos, el equipo que ha montado y la Junta, como siempre, lo harán estupendamente. Con este medio editorial yo he cumplido mi último encargo. Bueno, espero que nunca haya un último encargo.

...Y SIGUE ABIERTO A TODOS

Rosa Urbanos



Asumir la responsabilidad de editar el boletín de AES supone un reto difícil por varios motivos. En primer lugar, por la dificultad que implica igualar la excelente labor que ha desempeñado Txomin a lo largo de todos estos años. Los resultados de 44 números editados hasta ahora justifican sobradamente este

comentario. En segundo lugar, porque el boletín actúa de escaparate de la Asociación al que acuden periódicamente más de 600 socios en busca de información sobre temas de investigación y actualidad, publicaciones, noticias relativas a la Asociación y todo tipo de convocatorias, además de nuestras tradicionales Jornadas. Afortunadamente, hacerse cargo de estas tareas implica la oportunidad de trabajar con un buen número de socios, competentes y voluntariosos, sin cuya colaboración el boletín carecería de contenidos.

Por el momento el boletín mantendrá la misma estructura actual, con sus secciones tradicionales. No obstante, el Comité de Redacción que ahora se constituye irá ajustándolo a las necesidades del futuro. Nuestro objetivo consiste en reforzar el esfuerzo de AES por ofrecer información de calidad en distintos ámbitos y a través de distintos medios, del que son buen ejemplo la página web tan bien gestionada por Puerto López del Amo y el trimestral Gestión Clínica y Sanitaria, editado impecablemente por Ricard Meneu. Esfuerzo que esperamos ver completado en el futuro con una nueva publicación que recoja “el estado de la

cuestión” de los temas que dan contenido a la Economía de la Salud.

En esta nueva etapa cada una de las secciones que forman el boletín estará coordinada por un socio de AES, siguiendo así las consignas de la teoría de la división del trabajo. Así, el editorial quedará bajo la supervisión de Laura Cabiedes, profesora de la Universidad de Oviedo. La sección de temas estará coordinada por Ana Rico, del Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios, y la de tesis doctorales por Jaime Pinilla, de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Josep Fusté, del Servei Català de la Salut, se hará cargo de la sección dirigida a informar de las Jornadas convocadas por la Asociación, y Fernando San Miguel, Anna García-Altés y Puerto López del Amo seguirán al frente de las secciones de libros, noticias AES y noticias web, respectivamente. Todos ellos formarán el Comité de Redacción del nuevo boletín. Pero a pesar de contar con un número de colaboradores fijos, el boletín requiere de la participación de todos los socios para impulsar su papel como foro de debate y para que pueda evolucionar al mismo ritmo que la disciplina que le da contenido. Por este motivo os animo a participar activamente en todas sus secciones.

Termino con una petición muy concreta que permitirá, como anunciaba Txomin, que las nuevas tecnologías nos ayuden a ofrecer información puntual sobre ofertas de trabajo, publicaciones, congresos y otras noticias, salvando así las dificultades que impone la periodicidad del boletín. Si deseáis recibir dicha información de forma rápida, enviad vuestra dirección de correo electrónico a la secretaría de AES (secretaria@aes.es). Gracias a todos.

próximas reuniones

SIMPOSIO DE LA FUNDACIÓN SALUD, INNOVACIÓN Y SOCIEDAD Y DE LA FUNDACIÓN SANITAS

"Profesión médica: Futuros deseables y futuros posibles"

Lugar: Madrid. Fecha: 21 octubre 2002

Información: E-mail: fundacionisis.phesba@pharma.novartis.com
http://www.fundsis.org

CONFERENCIA ANUAL DE LA AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION

Lugar: Philadelphia. Fecha: 9 a 13 noviembre 2002

Información: <http://apha.org/meetings>

REUNIÓN ANUAL DE LA AMERICAN ECONOMIC ASSOCIATION

Lugar: Washington DC. Fecha: 3 a 5 enero 2003

Información: <http://www.vanderbilt.edu/AEA>

CONGRESO DE GESTIÓN CLÍNICA

"Una nueva forma de trabajar que mejora las decisiones"

Lugar: Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona

Fecha: 20 a 22 de febrero 2003

Información: E-mail: grup@grupserveis.com

XIII CONGRESO NACIONAL DE HOSPITALES

"Organización y tecnología al servicio de profesionales y pacientes"

Lugar: Valencia. Fecha: 7 a 9 de mayo 2003

Información: E-mail: sanicongress@congresohospitales.com
<http://www.XIIIcongresohospitales.com>

X CONGRESO DE LA SESPAS

"Innovar en salud"

Lugar: Santander. Fecha: 27 a 30 mayo 2003

Información: E-mail: santander@geyseco.com
<http://www.geyseco.com>

IV CONGRESO MUNDIAL DE LA INTERNATIONAL HEALTH ECONOMICS ASSOCIATION (IHEA)

Lugar: San Francisco. Fecha: 15 a 18 junio 2003

Información: <http://www.healtheconomics.org>

V BECAS DE LA REAP PARA INVESTIGACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha límite recepción trabajos: 31 diciembre 2002

Dotación: hasta 6.000 € por proyecto

Información: E-mail: rpastors@meditex.es

V CONGRESO EUROPEO ANUAL DE LA ISPOR

International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research.

Lugar: Rotterdam, Holanda. Fecha: 3 a 5 noviembre 2002.

Información: <http://www.ispor.org>.

NUEVOS INSTRUMENTOS DE INTEGRACIÓN SANITARIA – JORNADA TÉCNICA AES. MADRID, 31 DE ENERO DE 2003

Lugar de celebración: Instituto de Estudios Fiscales. Avda. Cardenal Herrera Oria, 378.

Comité organizador: Rosa Urbanos, Félix Lobo, Juan Oliva, José Ramón Repullo, Ana Rico, Santiago Rubio, Francisco L. Sánchez Prieto y Pedro Tamayo.

La Jornada transcurrirá en torno a tres mesas de ponencias: *Integración institucional, Integración del conocimiento e Integración operativa de los servicios sanitarios.*

La información relativa a la Jornada Técnica se podrá consultar en la página web del Instituto de Estudios Fiscales: www.ief.es.



XXIII JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD. Cádiz 2003

La ciudad de Cádiz acogerá las XXIII Jornadas de Economía de la Salud que coorganizarán el Hospital Universitario "Puerta del Mar" y la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Cádiz.

Lema: *Gestión Sanitaria*: Coyuntura actual y tendencias

Fechas: Del 4 al 6 de junio de 2003

Comité organizador

Presidente: Rafael de la Torre Carnicero

Vocales: Francisco Gómez Luy, José Miguel Sánchez Muñoz y M^a Puerto López del Amo

Comité científico

Presidente: Salvador Peiró

Vocales: Manuel Larrán Jorge, Diego Prior Jiménez, José Martín Martín, Francisco Gómez Luy, Yolanda Calzado Cejas, Teresa García Valderrama, Fernando Martín Alcázar, María Vélez Elorza.

Secretaría Técnica

XXIII Jornadas AES 2003 Cádiz

Hospital Universitario "Puerta del Mar"

Avda. Ana de Viya nº 21 – 5^a pl. – 11009 Cádiz

Tel.: 956 002529 - Fax: 956 002220

aes2003cadiz@hpm.sas.junta-andalucia.es

Normas para la presentación de comunicaciones

1. Se deberá remitir antes del 28 de febrero de 2003 un resumen de la comunicación, de acuerdo al modelo que figurará en la página web, mediante correo electrónico, fax o correo ordinario.

2. Tras el proceso de evaluación por el Comité Científico, la organización notificará a los autores la aceptación de sus trabajos para su posterior presentación tanto oral como poster, antes del 31 de marzo de 2003.
3. El texto definitivo de las comunicaciones aceptadas deberá ser remitido mediante correo electrónico antes del 15 de abril de 2003. La extensión máxima del texto no superará los 20 folios incluyendo cuadros y gráficos.

Taller Fundación BBVA

Financiado por la Fundación Banco Bilbao Vizcaya Argentaria tendrá lugar el 3 de junio de 2003 un taller sobre Avances en Contabilidad de Gestión: experiencias internacionales, en la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Cádiz.

Beca de Economía de la Salud

Financiada por la empresa Química Farmacéutica Bayer S.A. se convoca la XII edición de esta beca, dotada con 12.000 euros.



4th EUROPEAN CONFERENCE ON HEALTH ECONOMICS

París, 7-10 julio 2002

Angelina Lázaro Alquézar

Después de Barcelona (1989), París (1992) y Estocolmo (1995), la Ciudad de la Luz ha acogido el IV Encuentro Europeo de Economía de la Salud. Este coloquio ha dado fe del estado saludable de la investigación en economía de la salud en Europa, a tenor de su expansión cuantitativa –más de 600 personas, 175 comunicaciones y 90 pósters–, y espacial, con 37 países representados, de los cuales 24 son europeos. Después de Francia, Reino Unido, Alemania e Italia, España ocupa el quinto lugar en cuanto al número de inscritos. Polonia, Ucrania, Eslovenia y Turquía han tenido una participación minoritaria, por debajo de Croacia, Albania y Estonia.

Los académicos Robert Boyer y Xavier Sala-i-Martin abrieron el encuentro con el tema *Salud y crecimiento económico*. Estructurado en 17 sesiones organizadas y 34 paralelas, las sesiones organizadas abordaron distintas cuestiones metodológicas, empíricas y políticas de la economía de la salud en Europa. Los trabajos presentados por economistas españoles fueron “A multilevel analysis on the determinants of regional care expenditure. A note” (Guillem López-Casanovas y Marc Sáez); “The effect of tobacco taxes on smoking in a rational addiction model using Spanish panel data” (José María Labeaga); “Waiting list reduction and strategic options in Spanish hospitals” (Diego Prior y Magda Sola); y “Competition among private health providers under adverse selection” (Pau Olivella).

Las sesiones paralelas se agruparon en torno a ocho grandes tópicos en economía de la salud. Los que contaron con participación española fueron *Regulación, política y reformas*, con el trabajo “On the

international stability of health expenditure functions: are public and private functions similar” (Jesús Clemente y Carmen Marcuello); *Financiación de cuidados de salud*, con “Simulating long-term care expenditure in Spain: does ageing lead to explosive costs?” (Joan Costa); *Salud*, con “To which extent are health inequalities avoidable?” (Joan Costa); *Seguros sanitarios*, con “Can the public sector save money by increasing private health care coverage?” (Ángel López-Nicolás); y *Evaluación económica*, que contó con dos presentaciones: “A test of the predictive validity of QALYs using chronic and temporary time tradeoff values” (José Luis Pinto-Prades y José María Abellán-Perpiñán) y “Testing for scope effects in health care using the contingent valuation method” (Angelina Lázaro y Fernando San Miguel). Esta última fue el área temática de mayor participación, hasta ocho sesiones, de las cuales dos se dedicaron a aplicaciones de evaluación económica, una a su metodología, otra a la metodología de elección de preferencias y dos a estudios de disposición a pagar.

Además de las sesiones de pósters, el congreso concluyó con algunas lecciones de Alain Enthoven, aprendidas en el intento de introducir las fuerzas del mercado en el sector sanitario norteamericano, y con una reflexión de Bengt Jönsson acerca de treinta años de evaluación económica así como sus implicaciones para las políticas de salud.

Para obtener una valoración personal del encuentro pueden consultarse las comunicaciones en la página: <http://perso.wanadoo.fr/ces/Pages/default-gb.htm>.

TALLER FBBVA SOBRE INNOVACIONES METODOLÓGICAS EN ECONOMÍA DE LA SALUD: “MODELOS BAYESIANOS EN ECONOMÍA DE LA SALUD”

El 28 de Mayo de 2002 se celebró en la Universidad Pública de Navarra, como actividad previa a las XXII Jornadas de Economía de la Salud que este año se celebraban en Pamplona.

El taller contó con la participación de cinco académicos experimentados en el uso y aplicación de técnicas bayesianas en economía de la salud. Estos fueron F.J. Vázquez Polo, de la Universidad de Las Palmas, y M. Sculpher, K. Claxton, S. Palmery y L. Fenwick de la Universidad de York (Reino Unido). Un total de 23 personas de distintos ámbitos tomaron parte en el taller. Comenzando a las 8.30 de la mañana, el profesor Vázquez Polo realizó una introducción de los métodos bayesianos basándose en las principales ideas subyacentes en los mismos. El resto del taller estuvo a cargo de los profesores de la universidad de York, que trataron diversos aspectos tanto teóricos como prácticos. La mañana se

dedicó, por medio de los profesores M. Sculpher y K. Claxton, a una visión teórica de lo que durante la tarde se realizaría en los ejercicios prácticos con el ordenador. En este sentido, y ya por la tarde, la profesora L. Fenwick realizó un ejercicio práctico en el cual los asistentes tuvieron la oportunidad de trabajar con el programa WinBugs. La jornada concluyó a las 18.30 con la participación del profesor S. Palmer que realizó una breve discusión sobre la aplicabilidad y el potencial de los métodos presentados en economía de la salud.

El taller fue altamente valorado por los 23 asistentes, que tuvieron la oportunidad de trabajar en profundidad en uno de los temas frontera de la Evaluación Económica de Tecnologías Sanitarias, la aplicación de métodos estadísticos avanzados al tratamiento de la incertidumbre, con un plantel de expertos del más alto nivel internacional.

TALLER FUNDACIÓN ADSIS SOBRE “SISTEMAS DE SALUD Y COOPERACIÓN AL DESARROLLO”

Las Jornadas también abrieron un espacio para la discusión de la contribución que se puede hacer desde la cooperación al desarrollo en la construcción de los sistemas de salud. Uno de los aspectos más destacados fue la importancia de la vinculación entre agencias de cooperación, universidades y ONG’s para la generación de capacidades locales y la creación de masas críticas –sólidamente formadas–

capaces de implementar iniciativas o proponer alternativas propias. Los asistentes valoraron muy positivamente el espacio y las conexiones abiertas con AES, dada la necesidad de profesionales y técnicos del ámbito de la economía de la salud para ayudar a visualizar las situaciones de injusticia e inequidad en muchos de los sistemas de salud, y para proponer alternativas auténticamente sostenibles.

XXII Jornadas AES, Pamplona 2002.

Memoria de las XXII Jornadas de Economía de la Salud

Los días 29, 30 y 31 de mayo de 2002 se celebraron en la Universidad Pública de Navarra (Pamplona) las XXII Jornadas de Economía de la Salud, bajo el lema genérico «La Organización Territorial de la Sanidad». Hubo 270 participantes inscritos, dos conferenciantes (Eddy van Doorslaer -Erasmus University, Rotterdam- y Chris Murray -OMS-) y 35 ponentes (9 extranjeros, de países europeos y Latinoamérica), además de 8 ponentes en los talleres precongresuales sobre Innovaciones Metodológicas en Economía de la Salud: Modelos Bayesianos (Fundación BBVA) y sobre Sistemas de Salud y Cooperación al Desarrollo (Fundación ADSIS).

De las 94 comunicaciones seleccionadas por el Comité Científico, 75 fueron orales y 39 en panel. En esta edición, las comunicaciones orales dispusieron de un tiempo de 20 minutos para exposición y debate y una hora fija en el programa, de manera que los participantes pudieron escoger entre comunicaciones, no sólo entre mesas, lo que permitió a cada uno establecer su propio itinerario. Las comunicaciones en modalidad de panel tuvieron un espacio con moderador para su presen-

tación en las Jornadas, en el que los comunicantes pudieron comentar con los interesados sobre la comunicación. Ambas innovaciones tuvieron muy buena acogida y podrían incorporarse al know how para futuras ediciones.

Todas las aportaciones de ponentes y comunicantes fueron (y siguen) colgadas en la página web: <http://www.unavarra.es/directo/congresos/apoyo/salud/index.htm> para facilitar el conocimiento de las mismas con antelación y facilitar así un mayor aprovechamiento de los asistentes.

El comité científico quiso, no obstante, y así se hizo, contar con una edición impresa de los trabajos presentados, como se ha venido haciendo hasta ahora, que fue distribuido a los asistentes y posteriormente enviado a todos los socios de AES. No obstante, parece haberse abierto el debate sobre el interés de publicar en formato papel las actas de las jornadas, lo que deberá ser valorado por los futuros comités. No debe olvidarse que el hecho de contar la publicación con un ISBN compromete las posibilidades futuras de publicación de los trabajos en revistas científicas.

Los asistentes pudieron disfrutar de algunos servicios, como facilidades de Internet para poder consultar el correo electrónico y la presencia de algunas editoriales ofreciendo información sobre novedades en Economía de la Salud. El primero recibió una alta valoración por las asistentes, que en buen número se acercaron al octógono.

También contamos con un ser-

vicio de comunicación de las Jornadas, que se encargó de organizar una rueda de prensa previa y de enviar a los medios de comunicación la información que se iba generando. Existe un dossier de comunicación de las Jornadas que muestra que los medios que se hicieron eco de las mismas fueron los más especializados, y dentro de ellos, los de comunicación electrónica.

En el capítulo de agradecimientos es de justicia mencionar en primer lugar a la Universidad Pública de Navarra, que ha ofrecido su apoyo logístico (personal especializado en la organización de reuniones científicas, la sede del congreso) y financiero (subvenciones del Departamento de Economía y de la propia Universidad). También han colaborado el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, la Fundación BBVA en el taller y en la organización de una mesa sobre sistemas sanitarios en Latinoamérica, Química Farmacéutica Bayer, por su contribución a la Beca de Investigación, que fue otorgada al proyecto sobre Métodos Bayesianos en Economía de la Salud, presentado por Miguel Angel Negrín, de la Universidad de Las Palmas, y Merck, Sharp & Dhome de España S.A, por su contribución parcial a la edición impresa del libro de actas. Y a las empresas farmacéuticas Pfizer, Novartis, Cinfa, GSK, Esteve y Wyeth, y a las empresas de transporte RENFE e IBERIA.

Las actividades sociales contaron como siempre con una gran participación. Queda para el recuerdo la visita a la bodega Señorío de Otazu y la cena en el Castillo de Gorraiz.

El comité organizador desea agradecer a los participantes su actitud comprensiva y colaboradora en la marcha de las Jornadas. Apenas hubo incidencias pese a los inevitables problemas que surgen en una actividad así. Nuestras disculpas a quienes no fueron atendidos debidamente.

Juan M. Cabasés
Presidente del Comité Organizador



MIRADA RETROSPECTIVA SOBRE LAS XXII JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

*Marisol Rodríguez
Presidenta del Comité Científico*

Hacia ya unos meses que la palabra "Pamplona" no aparecía en mi agenda. Ahora llevo como mínimo tres semanas arrastrándola de una página a otra, y creo que ya no puedo posponer por más tiempo el último deber que esa palabra me sugiere. Así que, vencida la pereza, me pongo con mucha satisfacción –por eso, ¡porque es el último!, pero también porque todo salió bien– a la tarea de resumir lo más destacable de las XXII Jornadas de nuestra asociación, celebradas en Pamplona del 29 al 31 de mayo pasados.

Todo empezó hace justamente un año, cuando los miembros del comité científico: Juan Cabasés, Ignacio Abásolo, David Casado, Pepe Martín, Ricard Meneu, Rosa Urbanos y yo misma nos reunimos por primera vez en Madrid (en las dependencias del Observatorio Europeo por cortesía de Ana Rico) el 14 de septiembre de 2001 para organizar el programa científico de las Jornadas. Revisando el acta que tan eficientemente elaboró Rosa, compruebo que la reunión fue bastante productiva. De hecho, casi todo lo que ocurrió después quedó esbozado entonces. Aun así, he de reconocer que se cumplió el vaticinio que Vicente usaba para pincharnos: "No, si vais de supereficaces, pero veréis como al final sacáis el pre-programa tan tarde como todos". De aquella reunión salieron los dos conferenciantes propuestos (aunque, como sabéis, en el último momento "se nos cayó" Robert Evans), el título y los nombres propios de prácticamente 8 de las 11 mesas de ponencias invitadas que después hubo, los temas de los seminarios metodológicos, el reparto de responsabilidades entre todos los miembros del comité científico y un calendario para arribar con todo hecho al puerto del "29 de mayo". Al definir el número y contenido de las mesas invitadas, el objetivo era poder observar con una cierta profundidad algunas de las múltiples facetas que presenta el reto de la organización territorial de la sanidad, tema central de las Jornadas, pero al mismo tiempo no olvidar otros temas y otros colectivos fuertemente arraigados y representados en AES.

Conseguir que todo ese programa se materializara fue la tarea del resto del año. Excepto el susto de Evans, el resto fue sobre ruedas, con todos los miembros del comité científico cumpliendo maravillosamente sus deberes. Sólo fue necesario reunirse una vez más, esta vez en Pamplona, para seleccionar las comunicaciones aceptadas y agruparlas temáticamente por sesiones. La colaboración y buena sintonía con el comité organizador fue fundamental en esta fase. Previamente, las 120 comunicaciones presentadas habían sido examinadas y valo-

radas por cada uno de los miembros del comité científico bajo tres criterios científicos y tres criterios instrumentales que antes habíamos discutido y consensuado por correo electrónico (¡bendito correo electrónico!).

Dado el lema de las Jornadas, esperábamos que la mesa de Coordinación fuera una de las más concurridas y polémicas, como así ocurrió. Era previsible porque la inusitada rapidez con la que se completó el proceso de transferencias a finales de 2001 cogió al Ministerio de Sanidad a contrapié y con un Anteproyecto de Ley de Coordinación en trámite de discusión, pero todavía no consensuado ni aprobado. Una idea de la magnitud del problema y del largo camino por recorrer que le queda al tema nos lo proporciona el hecho de que el primero de los tres ponentes dedicara una parte importante de su intervención sencillamente a explicar los diferentes significados y matices de la palabra "coordinación". Así, Juan Luis Beltrán destacó que coordinación no significa dirección o gestión, ni mucho menos superioridad jerárquica de la administración central; se mostró partidario de la autocoordinación y resalto la importancia de la información recíproca como instrumento esencial. Guillem López restó importancia a las divergencias actualmente existentes entre CC.AA. frente a lo que ocurre en otros países –algunos de ellos muy centralistas, como Francia– y después de argumentar por qué puede ser necesaria la coordinación expuso las estrategias alternativas para lograr ésta en los estados descentralizados, abogando por una coordinación "valiente" que asuma la reintroducción de asimetrías en financiación y gestión. Finalmente, ilustró cómo la legislación actual impide el ejercicio de facto de la capacidad de gestión descentralizada en asuntos tan importantes como la farmacia, donde las decisiones de autorización, fijación de precios y distribución de medicamentos no corresponde a quien luego tiene que administrar el gasto, que son las Comunidades Autónomas. El contrapunto lo ejerció Javier Rey, quien al hilo de examinar algunas experiencias internacionales y las propuestas de los dos principales partidos políticos españoles, puso énfasis en la necesidad de reforzar el órgano central de coordinación por el carácter de instrumento de cohesión social –o incluso nacional, para que la administración central no se asocie sólo a las actividades menos agradecidas que tiene el Estado– que tiene la sanidad. Destacó que lo importante era que todas las administraciones tuvieran un modelo compartido de sistema sanitario al que se aspira para evitar resquebrajar los fundamentos de dicho sistema: universalidad y equidad, y llamó la

atención sobre el hecho de que en definitiva en la mayoría de los países el principal instrumento de coordinación es el económico (fondos federales condicionados, etc) y no tanto los legales. El debate tras esta mesa fue muy vivo, siendo Voro Peiró uno de los animadores con su no inocente pregunta: "¿Está el Ministerio de Sanidad legitimado para ejercer ese papel coordinador si después de tantos años con muchas de las CC.AA. transferidas no lo ha hecho?. En definitiva, no cabe duda de que este seguirá siendo uno de los principales temas de discusión este año, como demuestra el constante goteo de noticias de las últimas semanas.

La crítica al Ministerio de "a buenas horas, mangas verdes" se repitió al menos en dos mesas más de entre las que versaban sobre el lema central de las Jornadas. Por un lado, a raíz de la presentación del borrador del Estatuto Marco del personal sanitario del Sistema Nacional de Salud que hizo Rafael Burgos en la mesa sobre Recursos Humanos, y por el otro, en reacción al trabajo sobre los GRDs como instrumento para la medición del producto y el establecimiento de precios que presentó Ángela Blanco. En el caso del Estatuto Marco, que el Ministerio quiere que se convierta en ley en el último trimestre del año, la crítica apuntaba a la inoportunidad de sacar ahora dicho estatuto, pretendiendo regular las condiciones laborales de un personal que ya no le pertenece. Al respecto, Luis Carretero, en la misma mesa, señalaba que la tendencia actual –también destacada en la mesa sobre Nuevas Fórmulas de Gestión– va hacia la regulación laboral frente al marco clásico del Estatuto. La ventaja de dicha estrategia es una mayor flexibilidad tanto en las políticas de selección como de retribución e incentivos. Las cifras que se apuntaron en ambas mesas indican que bajo dichas nuevas fórmulas de gestión entre un 20 y un 40% de la retribución total del personal procede de incentivos asociados a resultados. Por otra parte, la contabilidad de costes y el cálculo de precios resulta imprescindible para la fluidez de los pacientes entre los servicios de salud de las diferentes CC.AA. y en ese sentido el trabajo realizado en el Ministerio resulta interesante y meritorio, pero de nuevo se cuestionó su oportunidad –cuando cada cual ya ha establecido su propio sistema– y su superioridad frente a otros métodos, como el Activity Based Costing, presentado por Jesús Mari Fernández, cuyos resultados serían, según él, más inteligibles e intuitivos, por ejemplo, para los médicos.

La mesa sobre experiencias internacionales en descentralización también cumplió las expectativas al mostrar un panorama de

las tendencias contrapuestas que se viven en otros países con sistemas sanitarios similares al nuestro. Mientras Anders Anell destacó las inclinaciones recientes de re-centralización que se observan en Suecia, Peter Smith explicó la última de las reformas británicas a favor de una mayor devolución de capacidad de compra a la áreas locales. Anell cuestionó la motivación y la capacidad de un sistema descentralizado para dar solución a muchos de los problemas a los que se enfrenta el sistema nacional de salud e hizo hincapié en las diferencias geográficas que genera la descentralización en cuanto a niveles organizativos, mix público/privado, establecimiento de prioridades, copagos, listas de espera, etc. Finalmente, destacó la importancia de definir un nuevo papel para el gobierno nacional y apuntó algunas áreas potenciales de centralización, como la evaluación de tecnologías, el diseño de guías clínicas, las funciones de investigación y educación y el mismo establecimiento de prioridades. El tercero de los ponentes, George France, presentó el caso italiano, con rasgos similares al nuestro por lo que respecta al duelo entre las regiones y el poder central que ha llevado a la definición negociada de unos "niveles esenciales de atención". Asimismo, señaló los riesgos y tensiones que comporta el proceso de descentralización del SNS en un contexto en el que los ciudadanos apoyan fuertemente la uniformidad en la provisión y la financiación de los servicios sanitarios. En este sentido es válido plantearse otra de las cuestiones que flotaba en el ambiente, a saber, hasta qué punto la descentralización en sanidad no responde más al impulso autonomista de algunas regiones que a las preferencias explícitas de la ciudadanía. Según el trabajo de Sandra León y Ana Rico presentado en esta misma mesa, el objetivo principal de la descentralización en el sur de Europa ha pretendido, básicamente, mejorar el ajuste a las necesidades y preferencias locales mientras que en los países escandinavos la pretensión principal era mejorar la eficiencia y contener costes.

Las Jornadas se habían inaugurado con una conferencia a cargo de Eddy van Doorslaer, líder de un equipo internacional que viene estudiando la equidad de los sistemas sanitarios europeos desde hace catorce años. En la misma puso de relieve la existencia de un patrón de consumo desigual de visitas médicas entre ricos y pobres en casi todos los países europeos, tendiendo los ricos a utilizar desproporcionadamente más -dada su necesidad- las visitas a especialistas, mientras que los pobres son usuarios dominantes de visitas al generalista. La cuestión interesante estriba, naturalmente, en si es el "sistema" el que induce este patrón de comportamiento o si son los pacientes los que voluntariamente lo escogen. Desafortunadamente, todavía no hay respuesta a esta pregunta. La segunda conferencia plenaria versó sobre los avances que está realizando la Organización Mundial de la Salud para perfeccionar los instrumentos de medida del desempeño de los sistemas sanitarios mundiales que ya se presentaron en su Informe Mundial de la Salud 2000. El conferenciante, Chris Murray, es el



Chris Murray

director ejecutivo de la oficina encargada de la elaboración de dicho informe, cuya metodología y resultados levantaron una elevada polémica en su momento. Durante su brillante exposición se pudo constatar el enorme esfuerzo metodológico y técnico que está haciendo la OMS para mejorar sus índices de medida, ofreciendo una nueva definición del concepto de cobertura, mejorando la comparabilidad de las encuestas, perfeccionando la medida de la efectividad de las intervenciones, etc., todo lo cual debería redundar en su mayor utilidad para la toma de decisiones de política sanitaria. Al respecto, se ha de destacar la espléndida presentación de la sesión que hizo "nuestro" director general del Ministerio de Sanidad, Lluís Bohigas, con su divertida lectura irónico-positiva de cómo sale España en dicho informe.

Entre las mesas no relacionadas directamente con el lema de las Jornadas, destacamos la interesante visión que se presentó en la mesa sobre Modernización de los Sistemas de Salud en América Latina. Los cuatro países representados están efectivamente haciendo esfuerzos por mejorar, sobre todo el acceso de la población más pobre que no tiene garantizada la cobertura, aunque también se evidenció que la problemática es muy diferente, dependiendo precisamente



Eddy van Doorslaer

de la situación económica y social de cada uno de los países. Desde la agonía del sistema de Seguridad Social de raíz bismarckiana en Argentina explicada por Carlos Vasallo a la interesante experiencia brasileña con medicamentos genéricos (disminución del precio en un 45%) presentada por la Sra. Valente, pasando por el plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas) chileno que intenta garantizar la intervención sanitaria en aquellos casos en que es más coste efectiva, como nos explicó el Dr. Sandoval, y finalizando con el nuevo impulso descentralizador y los retos de coordinación en Perú, relatados con entusiasmo por el Dr. Sánchez Moreno. En la mesa sobre gestión clínica se presentaron diversas experiencias a nivel micro muy positivas llevadas a cabo en los hospitales de Navarra y Virgen del Rocío en Sevilla, que fueron un excelente contrapunto a las reflexiones más teóricas de Salvador Peiró y Vicente Ortún. Finalmente, en la mesa sobre el mercado de seguros sanitarios privados Julián Ruíz destacó su heterogeneidad en Europa, característica de la que Pere Ibern deduce que es fundamental estudiar los mercados localmente o por segmentos si queremos llegar a entenderlos. Su diagnóstico es que éste es un mercado concentrado, pero con un grado de competencia relevante. Por su parte, Carlos Murillo insistió en que es preciso conocer mejor los atributos de las compañías de seguros, según los percibe la población, para entender la demanda de este tipo de seguro, y Misericordia Carles comparó las ventajas de la primas que permanecen estables independientemente de la edad de los individuos con las primas que cambian según la ésta, concluyendo que los costes de sustitución implícitos en las primeras no son necesariamente malos.

En definitiva, una vez más hemos comprobado que la Economía de la Salud en España goza de excelente salud, aunque, como me comentaba Eddy van Doorslaer, lamentablemente todavía no hay suficiente correspondencia entre la vitalidad y la madurez que un observador como él detecta en nuestras Jornadas y el peso de autores españoles en las revistas internacionales especializadas en este tema. Esperemos que esto mejore en el futuro. Viendo la elevadísima calidad de la mayorías de las comunicaciones de nuestros participantes más jóvenes,... con los bayesianos (y no bayesianos) de la factoría canaria de Beatriz González a la cabeza.... no me cabe la menor duda de ello.

Por último, deseo agradecer a todo el Comité Científico su excelente trabajo (¡una parte del cual fue la elaboración de las notas que me han permitido pergeñar este resumen!) y al Comité Organizador el haberse implicado y facilitado nuestra tarea en todo momento. Parte del éxito científico se debe a las innovaciones en la programación horaria de las comunicaciones fruto del empeño de Juan Cabasés. Además, el excelente programa social, y el ambiente acogedor de la Universidad de Navarra nos permitieron renovar una vez más el ritual anual del saludo, el encuentro y el baile que algunos tanto disfrutamos.

GENÉTICA Y PREVENCIÓN CUATERNARIA

Juan Gervas (1,2) y Mercedes Pérez Fernández (2)

1.- Médico de Canencia de la Sierra (Madrid)

2.- Médico general, -Equipo CESCA, Madrid

Correspondencia: jgervasc@meditex.es

La historia se repite

La síntesis de la urea y del ácido acetilsalicílico a finales del siglo XIX hizo concebir esperanzas inusitadas acerca del control de la enfermedad a través del control de la química orgánica, tal y como sucedió en la Edad de Oro de la anatomía, con Vesalio, en el siglo XVI, cuando del conocimiento de la estructura del cuerpo humano se dedujo su funcionamiento y patología. Pero, si bien es cierto que la anatomía y la química orgánica son fundamentales para la comprensión del enfermar, las esperanzas que concitaron se revelaron en gran parte falsas. A comienzos del siglo XXI la historia se repite con la genética, que suscita la idea del control de la herencia, del enfermar, del vivir, y hasta del evitar morir, no sólo entre los legos en la materia, sino también en el seno de la comunidad científica. No son ajenas a estas expectativas excesivas las cuantiosas inversiones de capital riesgo en las industrias de biotecnología, que de alguna forma han de generar beneficios.

La cultura del riesgo

De la muerte evitable y sin diagnóstico –sirva de ejemplo el cólico miserere, generalmente una apendicitis– estamos pasando a la “cultura del riesgo”, al miedo al inevitable morir. El riesgo epidemiológico, la simple asociación estadística entre un factor y una enfermedad, se convierte en cuasi-enfermedad, o en causa necesaria y suficiente de la misma. Sirva de ejemplo la hipertensión, en cuyo tratamiento se emplean millones de horas de médicos y pacientes, y millones de euros en pruebas de laboratorio y en medicación, con un parco resultado, especialmente cuando la definición [artificial] de hipertensión se ajusta a criterios epidemiológicos de búsqueda heroica de un evento evitable. Respecto a la genética, el mejor ejemplo es el de los genes BRCA, cuya mutación se asocia a mayor incidencia de cáncer de mama y de ovario. En la hoguera de esa probabilidad se mutilan las mujeres; es decir, se someten a una doble mastectomía radical y doble ovariectomía preventiva (muerto el perro se acabó la rabia, ¡qué duda cabe!). La prueba genética diagnóstica de las mutaciones de los genes BRCA se vende a los profesionales y directamente al consumidor, por un precio aproximado a los 1.000 euros cada gen. Da igual que el concepto de riesgo sea algo difícil de entender para los

propios médicos, y más para los pacientes, tanto en general (1), como en particular respecto a la genética (2). Lo importante es que esa mala interpretación del concepto de riesgo lleva a la intervención médica mórbida, exacerbada e innecesaria, al encarnizamiento diagnóstico y terapéutico (3).

La prevención cuaternaria

Se entiende por prevención primaria la intervención médica que evita las enfermedades; por ejemplo, el consejo contra el tabaquismo, que disminuye la incidencia del cáncer de pulmón y del enfisema pulmonar. Es prevención secundaria la actividad médica que logra el diagnóstico precoz de las enfermedades, cuando no hay ni síntomas ni signos del enfermar, como el examen anual de fondo de ojos en los diabéticos para diagnosticar y tratar la retinopatía diabética, y evitar la ceguera. Hacemos prevención terciaria cuando la intervención médica logra la reintegración social del paciente; cuando, con o sin enfermedad, logra hacer una vida adecuada a su situación personal; por ejemplo, la implantación de una prótesis de cadera en la artrosis invalidante de la misma.

Es prevención cuaternaria la intervención médica que atenúa o evita las consecuencias del intervencionismo médico excesivo, de ese intervencionismo que conlleva actividades médicas innecesarias. Por ejemplo, puede ser el simple y difícil bloqueo de las cascadas de atención innecesarias, el simple saber “esperar y ver” (4). Puede ser el poner en su sitio miedos médicamente provocados, como el “miedo al colesterol”; por ejemplo: “señora, si no fuma, ni tiene diabetes ni hipertensión, no hace falta saber su cifra de colesterol en sangre; viva sanamente y disfrute de la vida sin preocuparse de su colesterol” (5). Es también prevención cuaternaria la crítica de las campañas de prevención innecesarias o de beneficios dudosos, para dar a los pacientes una oportunidad de decisión informada; por ejemplo, frente a las mamografías para la prevención secundaria del cáncer de mama, o el examen de la piel para el diagnóstico precoz del melanoma (6). Por supuesto, es prevención cuaternaria el advertir a los pacientes contra los abusos de la genética, tanto del propio diagnóstico de las enfermedades genéticas como de las pruebas de “factores de riesgo genético”. De lo que se trata, al menos, es de que los pacientes tengan información

suficiente como para tomar decisiones autónomas, sin falsas expectativas, sabiendo las ventajas y los inconvenientes que ofrece la prueba genética concreta.

Dificultades para realizar prevención cuaternaria en el caso de la genética

Como en el Ejército, en la Sociedad Civil existen “estados de opinión”, acuerdos implícitos que definen el comportamiento individual. Por ejemplo, en nuestra actual civilización no es necesario prohibir comer niños, pues existe un estado de opinión claro al respecto. Cuando se alcanza un estado de opinión es difícil actuar en su contra, por más que carezca de justificación científica. Por ejemplo, está claro que el uso del tratamiento hormonal en la menopausia aumenta las embolias en las mujeres, como se ha demostrado (7), pero existe un estado de opinión entre los ginecólogos y las mujeres de clase alta y media-alta, que conlleva su uso rutinario, pese a las embolias e ineficacia (excepto en el control de los sofocos). Respecto a la genética, se está creando un estado de opinión que equipara genética a poder infinito de predicción y de intervención. No es extraño, ya que, por ejemplo, en la presentación mundial del Genoma Humano, en junio de 2.000, intervinieron dos presidentes de gobierno (de EE.UU. y del Reino Unido), y se dijeron frases del estilo de “Estamos aprendiendo el lenguaje con el que Dios creó la vida humana”, y “Estamos conociendo la complejidad, la belleza y la maravilla del más divino y sagrado regalo de Dios”. No son frases inocentes, sino intencionadas, que transmiten la sensación de estar tocando con los dedos los grandes misterios de la vida, de que la genética “nos hace como dioses”, para utilizar la terminología bíblica. Así, parece que el conocimiento genético nos da el poder de la vida y, obviamente, el de la muerte; también el poder de predecir la enfermedad y, obviamente, el de evitarla. Además, la buena nueva se transmite en un conjunto de noticias, en los medios de comunicación, en las que se mezcla todo, desde la clonación a la madres de alquiler, pasando por “el gen nuestro de cada día” (el gen de la obesidad, el gen del miedo, el gen de la esquizofrenia, el gen de la infidelidad, el gen de la violencia, el gen del Alzheimer, etc.). Poco a poco se está creando un estado de opinión en el que todo lo relacionado con la genética tiene un halo

positivo, y en el que todo se relaciona y resuelve con la intervención genética. Empieza a ser difícil discrepar de este estado de opinión, aunque hay publicaciones, en las mejores revistas científicas del mundo, que ayudan a entender la maraña genética (2, 8-11). Esta dificultad en la discrepancia explica gran parte del comportamiento médico, que se ve "obligado" a seguir lo que es pauta aceptada, *lex artis*, en la certeza de que ello le salva, incluso, de las reclamaciones judiciales por mal práctica. Otra cosa distinta es el conocimiento científico que demuestra, por ejemplo, que de 600 "asociaciones" establecidas entre genes y enfermedades diversa, sólo se hayan confirmado seis (11).

Al estado de opinión social y profesional que hace ver la genética con un halo positivo, en prevención, en diagnóstico y en tratamiento, se suma la falta de debate científico y ético sobre sus aplicaciones cotidianas. Por ejemplo, el aborto terapéutico tras el diagnóstico genético prenatal, bien por amniocentesis bien por el cribado con la triple determinación en sangre, o con los métodos avanzados de ecografía, que se está implantando por la vía de los hechos, con una actitud eugenésica que no se discute, y sin las necesarias precauciones sociales y profesionales que precisa toda actividad radical (el aborto es un buen ejemplo de actividad sin retorno). Al final es la pareja, como mucho, la que decide qué hacer en cada caso concreto, en una situación emocional difícil, sin un contexto social que haya favorecido el pensar y razonar sobre estas cuestiones, y muchas veces en base a criterios de probabilidad estadística, que no se explican. Algo parecido a lo que se está implantando respecto a las mutaciones de los genes BRCA, caso comentado anteriormente, aunque aquí se refiere a la propia persona, y no respecto a desaparecer como tal, pero sí respecto a algo, las mamas, que es más que una simple región anatómica, dada su repercusión en la autoestima y sexualidad femenina.

Por último, al estado de opinión que ve la genética con halo positivo, y a la aceptación sin debate de las aplicaciones cotidianas de la misma, se añade la falta de conocimiento de los profesionales sanitarios al respecto. El estudio de la leyes de Mendel y de los ácidos nucleicos, y de las patologías genéticas clásicas, da un lustre genético, pero dice poco del actual desarrollo de la genética, centrado en el prometedor campo, respecto al negocio, de las enfermedades multifactoriales, y poligénicas (cáncer de mama, hipertensión, diabetes, enfermedad de Alzheimer, hipercolesterolemia, y otras).

Un ejemplo del excesivo optimismo genético: la hemocromatosis

El halo positivo respecto a la genética incluye la idea de considerarla como cien-

cia empírica con mucho de Química y Física y poco de Medicina; es decir, con mucha ciencia y poco arte. Craso error cuando se sabe que los genetistas utilizan conceptos como "penetrancia", "impronta" y "expresión genética", entre otros, que justifican lo inexplicable, la probabilidad de que un genotipo (un gen o conjunto de genes) se exprese hasta el punto de modificar el fenotipo (alguna característica observable - bioquímica, anatómica, fisiológica o patológica). Sirva de ejemplo la hemocromatosis, enfermedad genética en la que se absorbe hierro en exceso, hasta cuatro veces lo normal.

La hemocromatosis es una enfermedad muy frecuente, autosómica recesiva, por mutación del gen *HFE*, en el cromosoma 6; en las poblaciones europeas un 10% es portador heterocigótico y hasta un cinco por mil es homocigótico¹. Son muchos los interesados en el cribaje de la hemocromatosis mediante la detección precoz en la población de los portadores del gen mutado, lo que algunos consideran coste efectivo y necesario (12). En teoría, la detección precoz permitiría realizar sangrías semanales que compensasen el exceso de absorción del hierro, que no se depositaría en las células del hígado, páncreas, corazón e hipófisis y no se produciría su lesión y la consecuente cirrosis, diabetes, miocardiopatía e hipogonadismo. El problema no es lo primitivo del tratamiento preventivo, muy molesto para el paciente, sino la escasa penetrancia del gen mutado (y nuestra ignorancia al respecto, para decirlo todo). De hecho, se ha demostrado que desarrollan la enfermedad florida (con todas sus manifestaciones) menos del uno por cien de los homocigóticos: un paciente entre los 152 homocigóticos identificados en un estudio concreto (10). Es decir, que dada su baja penetrancia no basta con tener los dos genes alterados, mutados, para que se desarrolle la enfermedad. ¿De qué sirve, pues, el cribaje poblacional?, ¿de qué sirve decirle a alguien que tiene un gen de la hemocromatosis, o los dos?, ¿de qué sirve someter a una sangría semanal de por vida a los homocigóticos si sólo el 1% desarrollará la enfermedad, y no sabemos como localizar ese uno entre cien?. Por supuesto, también hay hemocromatosis entre los sanos y entre los heterocigóticos, como entre los homocigóticos, y distintos grados de desarrollo de la misma en cada enfermo, lo que hace complejo el consejo en los casos particulares, pero planteemos la cuestión general, la oferta de cribaje poblacional.

La hemocromatosis sirve de ejemplo, pues, para demostrar la necesidad imperiosa de proteger a los pacientes de los abusos de la genética, que no han hecho más que asomar en el horizonte. Un horizonte negro y amenazante, si uno percibe la desinformación que transmiten los me-

dios de comunicación, algunos científicos interesados, y las empresas de biotecnologías y sus accionistas. La genética ha aportado y aportará mucho y bueno, pero las expectativas infundadas que se transmiten hacen imperiosa la necesidad de practicar prevención cuaternaria en este campo.

Bibliografía

1. Reventlow S, Hvas AC, Tulinius C. "In really great danger...". The concept of risk in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2001;19:71-75
2. Holtzman MA, Marteau TM. Will genetics revolutionize medicine?. *N Engl J Med* 2000;343:141-144
3. Pérez Fernández M, Gervas J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. *SEMERGEN* 1999;25:239-248
4. Pérez Fernández M, Gervas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clín (Barc)* 2002;118:65-67
5. Gervas J, Pérez Fernández M. Las hiperlipemias y la prevención primaria de la cardiopatía isquémica. *Med Clín (Barc)* 1997;109:549-552
6. Gervas J. Screening for serious illness. Limits to the power of medicine. *Eur J Gen Pract* 2002;8:47-49
7. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B et al. Randomized trial of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. *JAMA* 1998;280:605-613
8. Smith KC. Genetic disease, genetic testing and the clinician. *JAMA* 2001;285:91
9. Melzer D, Zimmern R. Genetics and medicalisation. *BMJ* 2002;324:863-864
10. Beutler E, Felitti VJ, Koziol JA, Ho NJ, Gelbart T. Penetrance of 845G- A (C282Y) *HFE* hereditary haemochromatosis mutation in the USA. *Lancet* 2002;359:211-218
11. Hirschhorn JN, Lohmueller K, Byrne E, Hirschhorn K. A comprehensive review of genetic association studies. *Gen Med* 2002;4:45-61
12. Haddow JE, Bradley LA. Hereditary haemochromatosis: to screen or not to screen. *BMJ* 1999;319:531-532

¹ El gen *HFE* se encuentra en todas las células por duplicado (son los dos alelos, uno de cada progenitor). El gen mutado se denomina *C282Y* y procede bien del padre, bien de la madre, o de ambos. En los dos primeros casos se habla de heterocigótico, pues hay un gen normal de uno de los progenitores, junto al gen anormal, mutado. Cuando los dos genes son defectuosos, han mutado, se habla de homocigótico.

EL VÉRTIGO DE TRABAJAR EN EL CENTRO. UNA CRÓNICA AMERICANA

Beatriz González López-Valcárcel



Este año he tenido la suerte de pasar un semestre sabático en el MIT (Massachusetts), investigando en Economía de la Salud con el profesor Jeffrey Harris. He aquí mi crónica.

Da vértigo trabajar en el ombligo del mundo, rodeada por sabios maestros sobre los que interrogamos los alumnos en los exámenes. Pertenezco desde hace años al club de fans de algunos profesores del departamento de Economía del MIT, como Pindyck, Joskow y Berndt. Otros han llegado tan alto que tienen casilla propia en los menús del Econometric-Views (Hausman, Newey). Además, el departamento exhibe entre sus eméritos a Samuelson, a Modigliani y a Solow. No creo que trabajen mucho, ni siquiera tienen dirección de correo electrónico, pero su mera presencia añade valor al patrimonio académico del departamento.

En el área de Boston se concentran, a salto de metro, tres de las mejores universidades del planeta, MIT, Harvard y Boston University, pero en el Estado de Massachusetts hay otras ocho universidades, algunas de ellas excelentes, aunque sean menos conocidas en España.

También proliferan en el área empresas de tecnología punta y diseño de software, y se asientan los hospitales que hacen la investigación clínica más prolífica del mundo. Es la única ciudad que conozco cuyos vagones de metro están llenos de anuncios para reclutar voluntarios en ensayos clínicos. ¿Serán generalizables todos esos estudios sobre eficacia de nuevos tratamientos, que se basan en casos y controles que respiran el mismo aire del río Charles, el que divide salomónicamente Boston y Cambridge?.

Paseando por las bulliciosas calles de Cambridge, casi resultan audibles los cerebros pensantes de la abigarrada multitud multirracial, apresurada hacia sus tareas, compuesta sin embargo por individualidades inteligentes, tal vez hasta geniales. Basta con oír la filigrana de los autores de revistas científicas, ¡qué concentración en el área de Boston!, para que una se pregunte si la inteligencia es contagiosa.

Apostaría que no. Creo que la clave está en la conjunción CTM: Capacidad, Trabajo y Medios. Seleccionan de entrada, algunas universidades más que otras, a la crema de la crema, a los más capaces, brillantes, prometedores. Una vez integrados, trabajan más que los corredores del Tour de Francia, a piñón, sin tregua ni respiro. No es contagiosa, la inteligencia, pero sí el sacrificio y la dedicación. Coincidió con un joven español que hace el doctorado en el MIT y me confesó que en los dos años que llevaba por allí no había visitado absolutamente nada extramuros. Las playas, las ballenas, los maravillosos parques nacionales de Massachusetts todavía están esperándole.

Tienen todos los medios. Cuando digo todos, no exagero. Me he esforzado en pillar en un

renuncio, aunque fuera mínimo, a las bibliotecas del MIT, en la esperanza de encontrar una grieta de imperfección que pudiera usar de muro de lamentaciones personal. Tengo que reconocer mi fracaso. Tienen todas las revistas, la mayor parte son accesibles on-line, y los artículos no es que bajen a tu PC, es que parecen desplomarse sobre él a la velocidad del rayo. Tienen todos los libros, todos. Además, el personal parece haber nacido con el único propósito de ayudarte a encontrar lo que buscas.

Este paraíso de la abundancia es de libre acceso a toda la población, aunque hay excepciones, porque cada Universidad tiene su propia cultura, su idiosincrasia, sus señas de identidad. Contrasta esta variedad, comparada con la uniformidad de nuestra España. Me siento orgullosa de poder decir que la institución más abierta es el MIT. Publica en la web, *urbi et orbe*, los materiales de todos sus cursos. Sus bibliotecas están abiertas a todo el público. Con instalaciones que delatan su origen decimonónico ingenieril y técnico. La inteligencia desnuda. Recias, casi prusianas, sin que sobre nada, sin concesiones a frivolidades ni ornamentos. Todos los estudiantes tienen que cursar el primer año física, matemáticas y ciencias de la computación. Los reclutan activamente entre los mejores del último curso de High School de todo el país, y les ofrecen becas si sus familias no pueden afrontar el disparate que cuesta. Pero lo que más me gusta del MIT es su cuota de mujeres, el 50%.

Harvard es más elitista y también más pija, si me permiten la expresión. Con un marketing por lo menos tan excelente como su nivel académico, no rinde culto sólo a la inteligencia, también al dinero y al poder. No es una casualidad que tenga la más prestigiosa facultad de ciencias políticas de USA. Fastuosa en sus instalaciones, casi de cuento de hadas, barroca en sus ceremonias, cultiva su imagen de tradición británica hasta en los más nimios detalles, como el equipo de piragüismo que desliza continuamente el estandarte de la institución río Charles arriba y abajo. Sus bibliotecas están reservadas a los miembros de la Comunidad, o sea, previo pago de las millonarias matrículas. La Boston University, universidad de masas con niveles de excelencia muy variables entre departamentos, ocupa prácticamente una ciudad dentro de la ciudad. Tiene un buen departamento de economía y un grupo de economía de la salud consolidado, que lidera Randall Ellis. Como esta es una crónica subjetiva, añadiré que uno de sus principales activos es Víctor Aguirregabiria, un español apasionado por su trabajo. Estoy segura de que en todo el planeta hay muy poca gente que sepa tanta econometría y que sea capaz de explicarla tan claramente sin caer en el divismo. Porque entre tú y yo, la verdad es que muchos sabios te exigen el vasallaje del peloteo antes de echarte una mano.

Estas tres universidades compiten ferozmente por la excelencia y exhiben a modo de trofeos sus premios Nobel, viejitos, viejitos, acartonados en los despachos de la última planta.

Compiten, pero también cooperan, creando sinergias que potencian todavía más su productividad.

Esa sensación de estar en el centro del mundo se intensifica cuando hablamos de Economía de la Salud y sus aledaños. Hay desde hace años un seminario semanal de investigación, organizado conjuntamente por las tres universidades mencionadas, bajo la dirección de Joseph Newhouse y Randall Ellis, que va rotando de sede en sede a lo largo del curso. En él se presentan las investigaciones recién salidas del horno, que veremos publicados un par de años más tarde en las mejores revistas del área, encabezadas por el "Journal of Health Economics" cuyo editor es precisamente el profesor Newhouse. Informales en las formas, rigurosos en los debates, implacables en las críticas. Con jerarquías de contornos sutiles pero bien definidos. Me ha gustado ver cómo la frente de algún prestigioso conferenciante se perlaba de sudor por causa de una pregunta comprometida del gran jefe Newhouse, y cómo se apresuró a pedir prestado un bolígrafo para anotar las sugerencias de éste, aunque ya hubiera recibido otras sugerencias antes sin haberse dignado a tomar nota alguna. Que en todas partes cuecen habas, en resumen.

Los medios no son sólo materiales. Todos esos genios de la economía están accesibles para cualquier consulta, ésta es quizá la mayor suerte de trabajar en el MIT. Un toque de e-mail y te están citando para el día siguiente, abiertos a ayudarte, con ganas y acierto. La accesibilidad de los divos para los simples mortales es lo que más me ha chocado y conmovido.

La oferta académica es tan amplia que podrías dedicarte a jornada completa durante todo el año a asistir a seminarios de economía y econometría, y aún así tendrías que seleccionar. Se aprende muchísimo, porque son buenos comunicadores y porque el público tiene más ánimo de ayudar que de lucimiento personal. Aprendí que también en el centro del planeta se hacen trabajos malos, que también ahí es importante el nombre, lo que está de moda en la econometría y en la salud, y la capacidad del ser humano para adaptarse al medio. Sin darme cuenta, desde la segunda semana de estancia mi jornada de trabajo no bajaba de las 15 horas diarias. Una noche, me fui a la cama con la agradable sensación de haberme dedicado a la vagancia aquel día. Conté las horas netas de trabajo: nueve.

La experiencia americana me enseñó cuánto se aprende por ósmosis, cuánto tiempo se gana sin pasillos, cómo influye el ambiente en la productividad. En ese mundo cosmopolita, los españoles estamos bien considerados, gracias a que los que caen por allí suelen ser capaces y afanosos. El trabajo de investigación, con el profesor Harris, fue un reto difícil y excitante, que desgraciadamente ya está casi terminado. Así que estoy maquinando la forma de volver y un nuevo proyecto en el que concentrarme. Se me hizo corto.

En síntesis, amigos de AES, que os recomiendo vivamente la experiencia del vértigo de trabajar en el centro del mundo por un tiempo.

ESPECIFICACIÓN Y VALIDACIÓN DE MODELOS DE DEMANDA DE ASISTENCIA SANITARIA, ABSENTISMO LABORAL Y ACTITUDES DE LOS DESEMPLEADOS: APLICACIÓN AL CASO ESPAÑOL¹

Begoña Álvarez García



La investigación llevada a cabo en esta tesis doctoral aborda el análisis de tres aspectos cubiertos por los sistemas de protección social: la utilización de asistencia sanitaria, las ausencias laborales por enfermedad y el desempleo. El objetivo es la especificación y validación de modelos microeconómicos que permitan localizar los factores que determinan el comportamiento de los ciudadanos españoles como perceptores potenciales de las formas de protección social descritas. La tesis está organizada en tres partes temáticas precedidas de un capítulo introductorio que motiva cada una de ellas.

La primera parte está compuesta por los *Capítulos 2, 3 y 4*, y en ellos se presenta un estudio microeconómico de la demanda de asistencia sanitaria en España.

En el *Capítulo 2* se presenta un modelo teórico de demanda de asistencia sanitaria, que sirve de referencia a los estudios econométricos posteriores. Básicamente, se propone un contexto en el que el individuo contrata un seguro sanitario que le cubre frente al riesgo financiero provocado por las enfermedades, elige su cesta de consumo y combina diferentes formas de asistencia sanitaria y otros bienes de consumo cotidiano para producir salud. Alternativamente a este enfoque, se propone otro basado en la hipótesis de la demanda inducida por la oferta. En este caso, el proceso de decisión se divide en dos partes. En la primera, el individuo decide contactar o no con los servicios. Una vez que ha establecido el contacto, delega su soberanía en el médico que acaba determinando la cantidad final de servicios que recibe el enfermo. En este caso, los factores que determinan cada una de las partes de la decisión son diferentes. En particular, la existencia de inducción de la demanda se asocia con un efecto positivo y significativo de la ratio de médicos en la población en la segunda parte de la decisión.

El capítulo concluye con una descripción de los datos utilizados para contrastar estos planteamientos teóricos. La información procede de la Encuesta Nacional de Salud de 1993 (ENS93), complementada por la Encuesta de Presupuestos Familiares 1990-91 con el fin de obtener datos sobre el nivel de renta.

En el *Capítulo 3* se lleva a cabo el estudio empírico de los modelos teóricos, considerando como medidas de utilización el número de consultas médicas ordinarias y el número de consultas a los servicios urgentes realizadas por los entrevistados en la ENS93. Estas variables están formadas por datos de recuento, es decir, datos que toman exclusivamente valores enteros, incluido el cero. En el modelo de decisión en una sola parte, basado en la soberanía del consumidor, el proceso generador de datos suele modelarse mediante la distribución Poisson o alguna de sus generalizaciones más flexibles, como la binomial negativa. Como aportación metodológica, se propone la estimación de estos modelos de regresión por el método de

mínimos cuadrados generalizados semiparamétricos. La hipótesis de inducción de la demanda por parte de la oferta se contrasta en el caso de las consultas al médico.

Los resultados relativos a las consultas ordinarias al médico confirman la relevancia de los factores biológicos y de los estilos de vida en las decisiones del individuo. En cuanto a las variables socioeconómicas, las características particulares del SNS desvirtúan el papel de la renta como determinante de la capacidad de acceso a los servicios, pero conceden especial relevancia a los determinantes del coste de oportunidad del tiempo de los ciudadanos. No se obtienen resultados concluyentes acerca de la relevancia de la intervención del médico en la frecuencia de utilización de las consultas.

El análisis de las consultas urgentes no arroja demasiada luz sobre los factores determinantes de su utilización. Existe un marcado protagonismo de las enfermedades y la edad en la utilización medida de este servicio. El coste del tiempo al que se enfrentan los pacientes potenciales y el tamaño de la población en la que residen emergen también como condicionantes relevantes del acceso a las urgencias. Si bien el aumento reciente de la demanda de atención urgente se ha vinculado a las situaciones de marginación social y económica, ni la renta ni el nivel educativo muestran un efecto significativo. Es posible que la somatización de la situación socioeconómica por parte de los individuos esté implícita en la percepción subjetiva de la salud declarada que sí resulta significativa en las estimaciones.

El *Capítulo 4* persigue un doble objetivo. En primer lugar, se trata de estudiar los determinantes de la demanda de *atención dental* en España. La característica fundamental de la atención sanitaria dental en España es su provisión mayoritariamente privada. En este contexto es posible que emerjan disparidades sociales en la distribución de estos servicios y, por tanto, en la salud dental de los ciudadanos. El segundo objetivo consiste en comparar diferentes técnicas de bondad de ajuste alternativas para discriminar entre las especificaciones funcionales propuestas al modelar las decisiones de demanda de asistencia sanitaria.

El análisis empírico de los modelos expuestos en el *Capítulo 2* se lleva a cabo en cuatro muestras definidas según el sexo y la situación laboral de los entrevistados. La utilización de este servicio se mide nuevamente por el número de consultas al dentista realizadas por los entrevistados en la ENS93. En la aplicación econométrica se implementan técnicas utilizadas habitualmente en selección de modelos con datos de recuento y contrastes formales de especificación. La contribución metodológica de esta investigación consiste en la aplicación de contrastes de especificación de reciente desarrollo teórico que son consistentes frente a hipótesis alternativas no paramétricas. Su implementación requiere la utilización de técnicas *bootstrap* o de remuestreo.

Los resultados de las estimaciones muestran, aparte del efecto significativo de la edad y los indicadores de salud dental, el *efecto de las variables socioeconómicas* en la utilización de asistencia dental. Un mayor nivel educativo favorece una mayor probabilidad de contacto con este tipo de

servicios en el caso de los hombres ocupados y las mujeres sin trabajo remunerado. Las estimaciones muestran que la renta familiar es muy importante a la hora de explicar la demanda de atención dental. Así, la demanda de las personas que no perciben rentas laborales tiene una elasticidad-renta mayor que la correspondiente a aquéllas que desempeñan un trabajo remunerado. Finalmente, el número de dentistas per cápita no tiene un efecto estadísticamente significativo en la decisión de frecuentación de la consulta al dentista.

La segunda parte de la tesis, presentada en el *Capítulo 5*, aborda la especificación de un modelo microeconómico explicativo de las ausencias laborales por enfermedad de los trabajadores españoles. En particular, se investiga la posible existencia de un comportamiento absentista encubierto en las ausencias por enfermedad declaradas por los trabajadores españoles.

En primer lugar, se plantea un modelo teórico que trata de explicar los *factores* que afectan a la decisión de incurrir en episodios de *absentismo* y de ausencias por enfermedad. El modelo predice que cuando la empresa no tiene implementados sistemas de vigilancia efectivos para controlar y verificar el cumplimiento del horario laboral, los trabajadores tienen incentivos económicos suficientes a encubrir las ausencias no protegidas por ley simulando ausencias por enfermedad. El estudio empírico de este modelo se realiza a partir de los datos ofrecidos por la Encuesta de Situación en el Trabajo y Uso del Tiempo 1991 elaborada por el Instituto de la Mujer.

El modelo econométrico plantea el número de ausencias por enfermedad declaradas por los trabajadores como una función de un conjunto de variables relacionadas con la salud del trabajador y otros aspectos laborales que potencian el absentismo encubierto, como la *ausencia de controles*, el *tamaño de la empresa* y una variable latente que recoge la propensión del trabajador al absentismo.

Los resultados muestran un efecto positivo, pero no significativo, de la propensión al absentismo en el número de ausencias por enfermedad de los trabajadores. Sin embargo, se observa que las empresas tienen cierto margen de control sobre las ausencias por enfermedad de sus trabajadores. Por ejemplo, trabajar en una gran empresa o tener jornada partida son factores asociados a una mayor incidencia de las ausencias por enfermedad. También cabe destacar la relevancia de aspectos como la salubridad del entorno laboral y la satisfacción de los trabajadores como determinantes de estos episodios de incapacidad temporal.

¹ Tesis Doctoral dirigida por los profesores Dr. D. Miguel A. Delgado y Dr. D. Félix Lobo, defendida el 7 de julio de 1999 en el Departamento de Economía de la Universidad Carlos III de Madrid. La investigación presentada en los Capítulos 2 y 3 está publicada bajo el título de "La demanda atendida de consultas al médico y servicios urgentes en España" en *Investigaciones Económicas* (Vol. XXV-1, 2001). Este artículo recibió el Premio Fundación Empresa Pública al mejor artículo sobre economía española publicado en la revista durante el bienio 2000-2001. El Capítulo 4 está publicado bajo el título "Goodness-of-fit techniques for count data models: an application to the demand for dental care in Spain" en *Empirical Economics* (Vol. 27-3, 2002). Email: alvarez@uigo.es

MODELIZACIÓN Y MEDIDA DE LA EFICIENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA¹

Olga Urbina



En el sector sanitario se está avanzando en la utilización de nuevas formas de gestión, pero la descentralización de las organizaciones va a requerir un mayor control de las actividades y de los resultados obtenidos. La investigación sobre la producción sanitaria y la medida de la eficiencia son cuestiones que pueden permitir mejorar esta gestión.

En la tendencia hacia una mayor descentralización, separando financiación y provisión, se debería considerar a la atención primaria un punto clave para su puesta en funcionamiento. Sin embargo, a pesar de la importancia que tiene el primer nivel asistencial en el funcionamiento del sistema sanitario no ha obtenido la atención que merece.

El objetivo de esta tesis es el de conocer el funcionamiento de la atención primaria. El estudio, concretamente, se centra en conseguir avances en la forma de medir la eficiencia en los centros de atención primaria.

La medida de la eficiencia se encuentra relacionada de forma directa con la producción. La complejidad en la producción en atención primaria es lo que nos ha hecho plantear un doble proceso. Así, se puede analizar por separado cada uno de los niveles productivos y hablar de dos tipos de productos diferentes: el *output* y el *outcome*. Para realizar un análisis desde la perspectiva de la gestión nos parece más interesante abordar el estudio desde el primer nivel de producción, debido a que es el que mejor se puede controlar por las instituciones sanitarias. El segundo nivel está mucho más influido por variables externas al proceso sanitario. Por tanto, el producto que se trata de medir es el *output*, para lo cual vemos que se deben tener en cuenta tres dimensiones: la cantidad, la calidad y la casuística de los pacientes.

Para realizar el estudio empírico se ha profundizado en el conocimiento del ámbito en el que se efectúa el análisis y se ha observado que existen dos tipos de centros, los tradicionales y los equipos de atención primaria. Con el propósito de mejorar la homogeneidad de la muestra se incluyen en el análisis únicamente aquellos centros que funcionan como *Equipos de Atención Primaria*. Por otro lado, la sensibilidad que presentan algunos de los métodos empleados en la evaluación de la eficiencia ante centros extremos nos ha llevado a plantear un análisis de centros atípicos. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que sí existen centros que pueden ser considerados extremos.

Para medir la eficiencia existen diferentes metodologías. Los métodos más utilizados son los métodos frontera, dentro de los cuales se pueden diferenciar entre los paramétricos y los no paramétricos. Entre los primeros algunos de los más importantes son las Fronteras Estocásticas, las Fronteras Deterministas y el

Análisis de Regresión Canónica. En lo que se refiere a los no paramétricos, el más utilizado es el Análisis Envolvente de Datos. Se plantea un análisis comparativo de los diferentes métodos y, a partir de los resultados, se constata que existen ciertas diferencias entre los paramétricos y no paramétricos. En consecuencia, no es irrelevante seleccionar cualquiera de ellos para evaluar la eficiencia. Sin embargo, es difícil señalar objetivamente uno de los métodos como mejor que el resto; cada uno tiene sus propias características. Por tanto, para realizar la elección de la metodología que se va a aplicar se tiene que valorar cuál es el ámbito de análisis y cuál es la técnica que mejor se adapta a él. En este sentido, el Análisis Envolvente de Datos proporciona una mayor flexibilidad para adaptarse al ámbito sanitario y ofrece mayor cantidad de información.

De esta forma, la medida de la eficiencia utilizando el Análisis Envolvente de Datos nos permite destacar los siguientes resultados:

- El nivel de eficiencia con el que trabajan los centros de salud de la provincia de Zaragoza es mayor del 93%.
- Un análisis más detallado de la información relativa a cada uno de los centros nos permite observar que se produce un gasto innecesario de recursos en los centros detectados como ineficientes; uno de los recursos que se utiliza de forma más ineficiente es el relativo al gasto en *farmacia*. Sin embargo, se trata del recurso que más puede variar al tratar pacientes con diferentes características. Por tanto, para tener un resultado más acorde a la realidad sería preciso contar con información relativa a los pacientes.
- Otro de los resultados llamativos es la *importancia de los recursos humanos* en la medida de la eficiencia de los centros, sobre todo de los profesionales médicos. En este sentido, se puede decir que dentro de los centros de salud son los profesionales sanitarios y, sobre todo los médicos, los que deciden sobre la mayor parte de los recursos que se utilizan en los diferentes centros.

Para mejorar el estudio del funcionamiento de la atención primaria se han realizado diferentes análisis complementarios.

Por un lado, una de las cuestiones relevantes es detectar si existen *variables externas* al proceso que puedan *distorsionar el nivel de eficiencia*. Las principales variables que podrían influir en el funcionamiento de los centros son la ubicación, la edad de la población atendida y la forma de gestionar por las gerencias. Para determinar su nivel de influencia se ha planteado un estudio *a posteriori*. Los resultados a los que se ha llegado son que ni la ubicación del centro ni la gerencia influyen en los niveles de eficiencia. Sin embargo, las características de la población atendida en los centros, concretamente la edad de la población, sí que influye y de forma negativa en el nivel de eficiencia. Para completar este análisis se ha tratado de determinar el nivel de eficiencia que se obtendría en el caso de que esta variable no afectase a la eficiencia. Los

resultados obtenidos ponen de manifiesto la poca variación que se produce en el nivel medio de eficiencia de los centros; sin embargo, al realizar un análisis individual se puede observar como hay centros que varían su nivel de eficiencia de forma significativa al ajustar el análisis.

Por otro lado, se ha planteado un nuevo avance en la evaluación de la eficiencia; éste se materializa en pasar del estudio estático de la eficiencia al estudio dinámico. En este sentido, se ha realizado un análisis del cambio que se produce en la productividad de los centros de atención primaria durante el período 1996-1998. Para realizarlo se ha utilizado el Índice de Malmquist. El principal resultado que se puede destacar es la *disminución de la eficiencia* durante este período. Un estudio más detallado de la variación de los recursos utilizados nos lleva a creer que esta disminución puede estar causada por el aumento del gasto en farmacia en este período. Aunque las conclusiones que se pueden extraer de los resultados obtenidos con este análisis están muy limitadas debido a que se analiza un período de tiempo muy reducido, sí pueden servir como aviso para que se controle el funcionamiento de los centros en los que se produce una disminución más acusada.

Por último, otro de los análisis que se efectúa está basado en el estudio de uno de los principales recursos de la atención primaria, los médicos de familia. El resultado más destacable es la diferencia en los niveles de eficiencia detectados entre médicos del mismo centro de salud, que puede deberse a la falta de incentivos en el sistema sanitario. Por otro lado, se ha comprobado que existe cierta relación entre el nivel de eficiencia obtenido por el centro y los niveles de eficiencia de los médicos.

Las conclusiones generales de este estudio ponen de manifiesto que en el ámbito sanitario es fundamental desarrollar técnicas que permitan ayudar a la gestión. Así, la medida de la eficiencia de los centros de salud permite conocer su funcionamiento y conseguir información para mejorarlo. Los avances en la investigación sobre el producto y sobre las técnicas de medida de eficiencia en atención primaria son fundamentales para mejorar la gestión.

Sin embargo, para poder desarrollar estas técnicas es importante mejorar los sistemas de información existentes. En atención primaria las deficiencias de los sistemas de información son especialmente notables, y resulta fundamental avanzar en su desarrollo para obtener información con la que se puedan establecer ajustes según la casuística del paciente atendido. En cualquier caso, el desarrollo de un sistema de información homogénea en todo el Sistema Nacional de Salud permitiría desarrollar evaluaciones interterritoriales, mejorando, de esta forma, las perspectivas de valoración de las actuaciones del sistema de salud público.

¹Tesis Doctoral dirigida por el Dr. Vicente Ortún Rubio. Defendida en el departamento de Economía y Dirección de Empresas de la Universidad de Zaragoza en Noviembre de 2001, obtuvo la calificación sobresaliente «cum laude». E-mail: ourbina@posta.unizar.es

LA UTILIZACIÓN DE ASISTENCIA SANITARIA EN ANDALUCÍA. UN ANÁLISIS ECONÓMICO BASADO EN DATOS DE PANEL¹

M^a Luz González Álvarez



Objetivos

Los objetivos de la tesis son cuatro: 1) Confirmar la existencia de diferentes niveles de utilización de asistencia sanitaria en distintas zonas de la Comunidad Autónoma de Andalucía. 2) Identificar los factores explicativos de la variabilidad de dicha utilización. 3) Aplicar el estudio a unidades geográficas pequeñas, los distritos sanitarios de atención primaria y las áreas hospitalarias de atención especializada, en las que es más improbable que las diferencias se puedan atribuir a diversos niveles de salud. Y, por último, 4) mostrar la utilidad de los modelos de datos de panel para el análisis de la utilización de asistencia sanitaria en áreas geográficas.

Estructura

Para cumplir dichos objetivos, la tesis está estructurada en dos partes: una teórica, compuesta por los dos primeros capítulos, dedicada a la revisión de los principios económicos que los distintos sistemas sanitarios aplican al campo de la salud y asistencia sanitaria, así como a la revisión de trabajos cuantitativos dedicados al estudio de la demanda de estos dos bienes, atendiendo tanto a sus consideraciones teóricas como empíricas.

La segunda parte de la tesis está dedicada al análisis empírico de la utilización de asistencia sanitaria en Andalucía. En el tercer capítulo se realiza un análisis descriptivo del Sistema Sanitario andaluz que constituye una referencia para el desarrollo econométrico de los tres capítulos siguientes, donde se realizan las principales aportaciones empíricas.

Revisión de métodos cuantitativos

La discusión realizada en el primer capítulo sobre los sistemas sanitarios, la aplicación de principios económicos al estudio de la salud y la asistencia sanitaria y el carácter ilimitado que suele mostrar la demanda de esta última, justifican la revisión realizada en el segundo capítulo sobre métodos cuantitativos aplicados al estudio de la demanda de salud y de servicios sanitarios, con especial incidencia en los métodos econométricos.

Por lo que respecta a la demanda y producción de salud, las conclusiones de trabajos realizados con datos agregados deben interpretarse correctamente porque las técnicas de regresión aplicadas son aproximaciones indirectas, que generalmente proporcionan estimaciones erróneas y sesgadas. En cuanto a los estudios basados en datos individuales se exponen: el modelo teórico de Grossman (1972) y las principales aplicaciones empíricas basadas en variables inobservables o latentes (modelos MIMIC y modelos de variable dependiente discreta o limitada).

Por lo que respecta a la demanda de servicios sanitarios, el estudio a nivel individual ha tenido mayor trascendencia, los desarrollos teóricos se basan en los principios de la teoría microeconómica sobre comportamiento del consumidor, aunque las características de los sistemas sanitarios de

provisión pública han motivado otras corrientes de investigación aplicada, como los modelos de elección discreta. Las mencionadas características y el elevado número de decisiones de política sanitaria que se basan en el concepto de utilización justifican el elevado número de investigaciones centradas en este aspecto. A nivel individual cabe destacar el modelo teórico de Andersen (1968, 1995), y la investigación empírica también se ha desarrollado gracias a los modelos de elección discreta. En los estudios basados en datos agregados, el interés se centra en mostrar la existencia de distintos patrones de utilización según el área geográfica de residencia. Esta conclusión se ha intentado explicar en función de una elevada tasa de utilización inapropiada, por lo que también se cuestiona el papel de eficiencia de ciertas actuaciones médicas.

Metodología de análisis

Para analizar los niveles de utilización de asistencia sanitaria en Andalucía se ha optado por un *análisis agregado* a nivel de áreas geográficas, más concretamente, *áreas sanitarias*. El Sistema Sanitario Público de esta región está organizado en 53 Distritos de Atención Primaria y 31 Áreas Hospitalarias encargadas de la Atención Especializada. En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de la actividad asistencial desarrollada en atención primaria y especializada en cada una de dichas áreas durante el período temporal 1991-1997. Las conclusiones de este estudio constituyen un referente para diseñar un modelo explicativo de la utilización de asistencia sanitaria y proponer la metodología de datos de panel en el cuarto capítulo.

En el apartado de fundamentos teóricos se justifica: 1) la elección de la unidad asistencial por razones conceptuales y de disponibilidad de información; 2) la adopción de la hipótesis del agente representativo para representar reglas de decisión individual con datos agregados; y 3) la especificación de cinco categorías de factores explicativos de la utilización: necesidad, factores demográficos y socioeconómicos, oferta sanitaria y utilización generada por la utilización de períodos anteriores o por otros servicios sanitarios.

La importancia de estas dos últimas variables y sus peculiares características, simultaneidad y dinamicidad, son los aspectos que justifican la propuesta de la metodología econométrica de *datos de panel* como la más apropiada para reflejar tales relaciones, ya que permiten reducir el sesgo debido a la determinación simultánea de variables de demanda-oferta y utilización-utilización generada y el sesgo provocado por heterogeneidad inobservable que afecta a las decisiones de los profesionales médicos. Asimismo, ofrecen la posibilidad de formular relaciones dinámicas para explicar los niveles de utilización actuales. Esta circunstancia obliga a desarrollar el método generalizado de momentos para la estimación de dichos modelos.

La utilización de asistencia sanitaria: resultados empíricos

El quinto capítulo se ha dedicado de forma específica a *atención primaria* debido a la importancia que los gobiernos han concedido a la actividad desarrollada en este área, y al escaso

número de investigaciones dedicadas a este nivel en comparación con el sector hospitalario. La formulación del modelo, compuesto por diez ecuaciones dinámicas, una para cada servicio asistencial, se realiza teniendo en cuenta los fundamentos teóricos del capítulo anterior y las interrelaciones entre servicios. Los principales resultados de la aplicación empírica se pueden resumir en los siguientes puntos: la influencia positiva del porcentaje de mujeres sobre la utilización de todos los servicios de libre acceso, la gran importancia de la población mayor de 65 años para explicar la variabilidad de las consultas demandadas y programadas de medicina general. En cuanto a las variables de oferta, se ha puesto de manifiesto que los centros de salud de atención primaria han potenciado el desarrollo de otro tipo de asistencia, un mayor número de consultas programadas, mayor atención socio-sanitaria, y una mayor confianza en las urgencias de atención primaria. En cuanto a la influencia del personal sanitario sobre los niveles de utilización resulta ser de las más elevadas. Por último, el efecto de la utilización de asistencia en períodos anteriores es significativo en todos los casos, excepto en las urgencias de atención primaria.

En el capítulo seis se estudia la utilización de servicios de *atención especializada*, debido a los problemas por los que suele caracterizarse, es decir, listas de espera, elevados costes y variabilidad entre áreas geográficas. En este caso, las siete variables explicadas del modelo han sido seis indicadores de derivación y la tasa de frecuentación de urgencias hospitalarias, puesto que el principal decisor de las mismas es el propio paciente, mientras que los otros servicios analizados sólo pueden iniciarse por un profesional del sistema. A pesar de las limitaciones de información de este modelo, los resultados empíricos vuelven a confirmar que las cinco categorías de factores determinantes considerados en la formulación teórica ejercen alguna influencia sobre la utilización de asistencia sanitaria. Los mayores de 65 años presentan un mayor nivel de utilización de consultas externas y de urgencias. La importante influencia del porcentaje de mujeres percibida en atención primaria sólo se detecta en las consultas externas, mientras que en otros servicios más especializados la relación es negativa o nula. En cuanto a la oferta, un mayor número de centros de atención primaria no reconvertidos explica mayor derivación a primeras consultas externas o la mayor utilización de las urgencias hospitalarias. Por último, la utilización de períodos anteriores mostraba mayor grado de influencia en las revisiones de consultas externas, motivadas por la propia naturaleza de dichas visitas, y los ingresos y traslados urgentes. En cambio, no resultó significativa en el caso de las urgencias coincidiendo con las conclusiones obtenidas para las urgencias de atención primaria.

¹ Tesis Doctoral defendida en el Departamento de Economía Aplicada (Estadística y Econometría) de la Universidad de Málaga el día 12 de febrero de 2002. Dirigida por Dr. D. Antonio Clavero Barranquero, obtuvo la calificación Sobresaliente "cum laude" por unanimidad. E-mail: luz@uma.es.



Economía y Salud. Economía, gestión económica y evaluación económica en el ámbito sanitario. Autor R. Gisbert I Gelonch. Editorial. Masson. Año: 2002. Núm. Páginas: 275

El libro se divide en tres partes bien diferenciadas, que podrían constituir tres libros en sí mismos. La primera parte, compuesta de los ocho primeros capítulos, se centra en la economía de la salud, donde se describen conceptos básicos utilizados en Economía, en salud y la atención sanitaria. Posteriormente se describen algunos aspectos claves dentro de la economía de la salud como la organización de distintos sistemas sanitarios, la demanda y oferta sanitaria, el gasto sanitario en España y la relación entre la Economía de la Salud y la política sanitaria. La segunda parte, compuesta también de ocho capítulos, se centra en la gestión económica de los servicios sanitarios, describiendo aquellas nociones básicas y más importantes. La tercera parte, dedicada a la evaluación económica de tecnologías sanitarias, describe el concepto, la metodología, los costes y la medición de la utilidad y la valoración de los estados de salud. Las tres partes terminan con capítulos de conclusiones donde se recogen las principales ideas.

El objetivo de este libro, a la luz de su contenido, es atraer e introducir a los profesionales del sector sanitario a la disciplina de la economía "aplicada" a la salud. En ese sentido, también puede ser interesante para economistas que quieran acercarse a la disciplina y conocer cómo se aplica y se adaptan los conceptos económicos a las características especiales de la salud y la sanidad. Por tanto, este libro puede ser una referencia muy interesante para aquellos profesionales que deseen tener una visión global sobre qué es la Economía de la Salud. Obviamente, debido a lo ambicioso de su índice, el libro no pretende (y no puede) abordar todos los temas con profundidad, sino ser un buen punto de partida para una lectura más técnica y detallada. Como los autores argumentan,

se trata de una fotografía general que permite analizar el estado de la cuestión, y por ello se referencian trabajos más avanzados en cada una de las partes. En mi opinión, este objetivo se cumple de manera satisfactoria.

Análisis económico de la financiación pública de medicamentos. Jaume Puig-Junoy. Editorial Masson. Año: 2002. Número de páginas: 213

El enfoque del libro parte de la idea de que la cifra del gasto farmacéutico por sí misma, así como la comparación aislada con la de otros países, no aporta la información necesaria para su valoración. Es necesario conocer su efectividad sobre la salud, sus fuentes de financiación de dicho gasto o los impuestos y el margen establecido sobre los medicamentos, el cual varía entre países. Por tanto, la pregunta a la que el libro trata de contestar es en qué medida el aumento del precio de los medicamentos implica un aumento del coste de la atención sanitaria, es decir al coste de obtener un AVAC adicional. Para realizar una adecuada medición del gasto es necesario contar con índices de precios adecuados. El libro es un conjunto de trabajos relacionados con diversos aspectos de la financiación pública de los medicamentos, considerada como un elemento clave en la contención del gasto sanitario en los sistemas públicos. Acorde con la línea mencionada anteriormente, se defiende que la financiación debe basarse en criterios de coste-efectividad, dentro de un marco estable para la industria que favorezca la innovación. En este sentido el libro trata de facilitar la comprensión de la dinámica del gasto farmacéutico público y los efectos de las políticas públicas.

El libro se divide en tres partes. En la primera parte se analiza la regulación y la competencia en el sector farmacéutico en su conjunto, así como sus efectos sobre el nivel de precios y la introducción de innovaciones. Dentro de los cuatro capítulos que forman esta primera parte se estudia el papel de las patentes, el



efecto sobre la eficiencia de la regulación de precios llevada a cabo por la OCDE, el nivel de competencia con sustitutivos genéricos y terapéuticos, así como los mecanismos diseñados y empleados para mejorar la eficiencia desde el punto de vista de la oferta. La segunda parte del libro se centra en el análisis de la aplicación y la efectividad de los principales instrumentos de control por parte de los financiadores públicos, tanto desde la demanda como desde la oferta. Como parte de estos instrumentos se revisa el papel de los precios de referencia, la participación del asegurado en el pago del medicamento, la contribución potencial de la evaluación económica en la regulación y control del gasto público en medicamentos y las medidas dirigidas a influir en las decisiones del prescriptor. La tercera parte del libro consta de dos capítulos que tratan de reflejar la situación actual y perspectiva del gasto farmacéutico en el sistema español. Se analiza la evidencia sobre el comportamiento del gasto y la evolución de la financiación pública en el gasto sanitario español y se revisan los estudios realizados por economistas españoles sobre la economía del medicamento desde 1980.



La calidad del crecimiento. Editado por el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud. Año: 2002. Número de páginas: 319.

Este libro trata de analizar el papel del crecimiento económico y la clave de un crecimiento estable para los países en desarrollo. Si bien no presenta un examen exhaustivo del desarrollo, se centra en cuestiones esenciales para el crecimiento que en ocasiones se pasan por alto y que son especialmente relevantes para determinados países, como son la distribución de oportunidades –especialmente la educación–, la sostenibilidad ambiental, la gestión de los riesgos, la gobernabilidad y la lucha contra la corrupción. La conclusión fundamental y el eje en torno al cual gira el libro es que

tan importante es el crecimiento económico como lo es su calidad. El libro trata de responder a la pregunta de cómo influir en el crecimiento, pero mejorando también los procesos cualitativos de dicho crecimiento. Desde esta perspectiva, el bienestar no se entiende únicamente como ingreso per cápita, sino que incluye oportunidad (determinada por el funcionamiento de los mercados), mejoras en educación y salud, seguridad (ante perturbaciones), la inclusión social y la sostenibilidad medida por la protección del medio ambiente, los recursos naturales y la biodiversidad. La calidad del proceso de crecimiento, no sólo su ritmo, influye en los resultados. Se considera que la relación entre el crecimiento económico y las dimensiones sociales y ambientales es una relación de doble sentido. Por ello son preferibles tasas de crecimiento constantes y no "cíclicas". Los factores cualitativos son esenciales cuando las posibilidades de crecimiento debido a reformas de los mercados han sido agotadas. En resumen, resulta difícil sostener situaciones de crecimiento donde éste se contrapone a la sostenibilidad social y medioambiental, dado que estos factores influyen en el crecimiento. Por lo tanto, la calidad del crecimiento se refiere a aspectos clave que definen dicho proceso, tales como la distribución de las oportunidades, la sostenibilidad del medio ambiente, la gestión de los riesgos mundiales y la gobernabilidad. Pese a que en ciertos países han centrado su atención en el capital físico como principio de desarrollo, no hay que olvidar la importancia del capital humano (reconocida en la "nueva economía del conocimiento") y natural. Asimismo, se reconoce la importancia de los aspectos distributivos para el crecimiento. La distribución equitativa del capital humano, tierra y activos de producción supone a su vez una distribución más equitativa de las oportunidades, mejorando la capacidad de la población para generar ingresos. Unidos a estos elementos, se destaca la importancia del funcionamiento eficaz de la burocracia, el marco legal, las libertades civiles y la existencia de instrumentos transparentes y responsables para velar por el imperio de la ley y la participación. En este sentido, una sociedad civil vital y participativa que anime las libertades civiles contribuyendo directamente al bienestar resulta indispensable.

Después de realizar una evolución del crecimiento en el capítulo 1 y analizar los activos del crecimiento y el bienestar en el segundo, los capítulos 3-7 se centran en analizar aquellos aspectos que han sido descuidados por las políticas de crecimiento. En primer lugar, se hace hincapié en la necesidad de invertir en educación y sanidad, considerando no únicamente el gasto total sino su distribución. En segundo lugar se resalta la importancia del capital natural. La degradación medioambiental ha crecido notablemente en los últimos años, generando pérdidas irreversibles y dañando la posibilidad de un crecimiento estable. Hacer frente a este problema implica una sólida combinación de incentivos, inversiones e instituciones basadas en el mercado interno y mundial. El tercero de los aspectos tratados es la necesidad de afrontar los riesgos financieros mundiales. En un marco de integración financiera mundial, determinados países son más vulnerables a los riesgos ocultos y a los cambios repentinos en las decisiones de los inversionistas. Es importante para estos países contar con sólidas políticas macroeconómicas, así como profundizar los mercados financieros internos, consolidar la legislación interna e introducir mecanismos del buen gobierno empresarial, para lo que precisan la existencia de instituciones sólidas. Este argumento conduce al cuarto activo considerado: la mejora de la gobernabilidad y el control de la corrupción. Las posibilidades de crecimiento se verán reducidas en países con marcos jurídicos y judiciales débiles donde los intereses creados dominan el aparato estatal. En este sentido, resulta fundamental el papel de la sociedad civil, involucrada en procesos participativos y transparentes.

Una de las conclusiones básicas del texto indica que para asegurar el crecimiento estable a largo plazo se precisa actuar en todos los frentes citados de forma simultánea, siendo la mejora de la calidad del crecimiento un objetivo fundamental de las políticas. Por tanto, el libro trata de añadir una perspectiva más amplia al crecimiento incluyendo aspectos estructurales, humanos, sociales y ambientales. Obviamente, no se llegan a analizar aspectos que también podrían ser considerados en estos modelos, como la economía política del cambio, la

influencia de la inestabilidad social, la influencia de enfermedades como el SIDA, la presión demográfica, la migración de la mano de obra, los cambios climáticos, la tecnología de la información y el entramado financiero y empresarial mundial. Un elemento en el que tampoco incide el libro es la influencia de países desarrollados sobre el crecimiento de países no desarrollados. El enfoque de los temas tratados parece basar las "raíces" del análisis en los propios países en desarrollo, sin analizar la posible influencia de las políticas de países desarrollados en el crecimiento (o freno al crecimiento) de países no desarrollados. El libro incluye un gran número de anexos que describen el detalle técnico de los modelos estimados, así como gran número de gráficos y tablas numéricas.

WEB AES. *Sección a cargo de Puerto López del Amo (puerto@easp.es)*

Novedades en www.aes.es

El comienzo del curso académico 2002-2003 trae para la web, como para casi todo el mundo, cambios, proyectos y promesas de mejora. Se incorporan al diseño y la gestión Pere Ibern, miembro de la Junta Directiva actual y Mónica Arenas, economista.

La sección de novedades ha reflejado publicaciones de libros (*Atlas de Mortalidad en Áreas Pequeñas en España e Higiene Industrial Aplicada*), Reuniones científicas, de la industria farmacéutica en la UIMP en septiembre y el de ISPOR (*International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*) que tendrá lugar en Rotterdam del 3 al 5 de noviembre. También se publican las ofertas de empleo que llegan a secretaría de AES.

Queremos insistir una vez más en la relevancia de contar con todos nuestros correos electrónicos. Como socios de AES podemos recibir con agilidad información pertinente.

Ya tenemos la lista completa de informes técnicos en el apartado de publicaciones.

Os seguiremos informando puntualmente de los proyectos de la web y la información que incorporemos en ella.

*María del Puerto López del Amo
Administradora web de AES.*

RELACION DE PREMIOS CONCEDIDOS EN LAS XXII JORNADAS DE ECONOMIA DE LA SALUD, PAMPLONA 2002

Beca Bayer de Investigación en Economía de la Salud, Edición XI

"Aplicación de las Técnicas Bayesianas al Análisis Coste-Efectividad"; Miguel Ángel Negrín Hernández.

Premio a la mejor comunicación oral

"Metodología para la medición del grado de bondad de una situación de salud"; Xavier Metzger.

Premio a la mejor comunicación gráfica (poster)

"Simulación económica sobre la aplicación y desarrollo de la O.M. y R.D. de precios de referencia"; Antonio García Ruiz et al.

BOLSAS DE VIAJE

Eduardo González Fidalgo, para las XXII Jornadas de Economía de la Salud (Pamplona)

José María Abellán Perpiñán, para la 4th European Conference on Health Economics (Paris)

NUEVOS SOCIOS INSTITUCIONALES

- Johnson & Johnson
Persona de contacto:
Carlos Martínez Jaime
(CMARTI21@cscs.es)

PUBLICACIONES DISTRIBUIDAS ENTRE LOS SOCIOS

Ya se han recibido los siguientes Documentos de Trabajo financiados por la Fundación BBVA (www.fbbva.es):

"Un instrumento de contratación externa: los vales o cheques. Análisis teórico y evidencias empíricas", de Iván Planas; y

"Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias", elaborado por Vicente Ortún-Rubio y Guillem López-Casasnovas.

EXTRACTO DEL ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL DE AES. Pamplona, 31 de mayo de 2002. Texto completo accesible en la web: www.aes.es

1. Informe de la Junta Directiva 2001-2002: actividades realizadas y programa para el próximo ejercicio.

Además de los puntos que se recogen en la memoria 2001-02, que se había distribuido con anterioridad, se presenta el programa de la Junta, centrado en los siguientes puntos:

- Continuidad en las actividades recogidas en la memoria aprobada (publicaciones científicas, Taller de Avances Metodológicos en Economía de la Salud, aplicación de las Guías de Relaciones con Patrocinadores y de Buena Práctica Congresual, promoción presencia internacional, etc).
- La Beca Bayer pasa a red denominarse Beca de Economía de la Salud, patrocinada por Bayer, y dobla la cuantía de su dotación: de 6 a 12.000 euros.
- Se comentan los comités de las XXIII Jornadas de Economía de la Salud a celebrar en Cádiz. Rosa Urbanos presenta la candidatura de Madrid para las XXIV Jornadas. Pepe Martín señala su interés, en nombre de la Universidad de Granada, en la organización de las Jornadas del año 2006.
- Txomin Uriarte se despide como director del boletín Economía y Salud. Rosa Urbanos asume la dirección de la nueva etapa.
- Se plantea un proyecto gradual orientado hacia la construcción de un 'Repositorio de conocimiento en Economía de la Salud y Gestión Sanitaria'. Ricard Meneu lidera el proyecto.

2. **Cuentas y presupuestos.**
Se aprueban.

3. **5º Congreso iHEA y XXV Jornadas AES en el 2005.**

Se informa de la propuesta de acuerdo entre AES y el CRES para la organización del 5º Congreso Mundial, elaborada por Beatriz González y Ricard Meneu. La propuesta incluye: hacer coincidir parcialmente las dos Jornadas en fechas, lugares, y participantes; diferenciar temas y lemas; solapar parcialmente los comités de ambos eventos, con personas de enlace entre ambas asociaciones; reforzar los esfuerzos de búsqueda de patrocinadores.

4. **Renovación Junta Directiva.**
Cesan Anna García-Altés, Puerto López del Amo, Julio Marco y Txomin Uriarte.

Resultan elegidos Laura Cabiedes, David Casado, Pere Ibern y Puerto López del Amo.

OFERTA A LOS SOCIOS DE AES PARA AFILIARSE A LA INTERNATIONAL HEALTH ECONOMICS ASSOCIATION

El 31 de mayo de 2002 en Pamplona, con ocasión de las XXII Jornadas, la Junta Directiva invitó a Bill Swan, director adjunto de la International Health Economics Association (iHEA), al punto del orden del día relacionado con la celebración del congreso iHEA 2005 en Barcelona. Con el fin de reforzar la colaboración entre ambas asociaciones, Bill Swan, en nombre de iHEA, ofrece a los socios AES la posibilidad de optar por la doble afiliación mediante el pago de una cuota anual adicional de \$40 -cuota reducida- a iHEA, lo que les daría derecho a recibir el 'newsletter', el directorio de socios, un descuento en los congresos de iHEA (descuento equivalente a la cuota anual), y el apoyo de iHEA. La Junta, interesada en promover la colaboración entre ambas asociaciones, certificará la pertenencia al AES de aquellos socios que deseen afiliarse individualmente a iHEA acogiéndose a la tarifa reducida de \$40 (en vigor hasta el 31 de Diciembre del 2002).

JUNTA DIRECTIVA AES 2002/03

Presidente: Vicente Ortún
Vicepresidenta 1ª: Beatriz González
Vicepresidente 2º: Ricard Meneu
Secretaria: Rosa Urbanos
Tesorero: David Casado
Vocales: Puerto López del Amo, Juan Ventura, Laura Cabiedes, Pere Ibern.

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

ASOCIACION ECONOMIA DE LA SALUD

Sardenya, 229 6º 4ª
Teléfono 231 40 66 - Fax 231 35 07
08013 BARCELONA

HORARIO

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