



Economía y Salud

boletín informativo

AÑO 18 MAYO 2005 nº **53**

ASOCIACIÓN
DE ECONOMÍA
DE LA SALUD

<http://www.aes.es>

en este número

	pág.
EDITORIAL	1
LA NUEVA WEB DE AES	3
JORNADAS AES	4
- XXV Jornadas AES - Barcelona 2005	
TEMAS	6
- Preferencias y tecnología: la perspectiva de los profesionales.	
- La reforma del mercado del medicamento en España requiere medidas de carácter estructural.	
- Flying Down to Rio.	
TESIS	10
- Modelo de simulación prospectiva de la demanda de servicios de salud para enfermedades de alto costo.	
- Análisis económico del consumo de alcohol entre los jóvenes: capital humano, capital social y bienestar.	
- Herramientas para la toma de decisiones económicas en el análisis coste-efectividad. Aportaciones bayesianas con datos clínicos.	
LIBROS	13
CON ACUSE DE RECIBO	14
- En busca de la hipótesis nula.	
VARIOS	16

editorial

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

LA IMPORTANCIA DE LLAMARSE ERNESTO

Laura Cabiedes Miragaya



Acto I. ¿Cuánto importan los precios de los medicamentos?

Frente a la idea tan extendida de que los precios de los medicamentos en España son bajos, el gasto farmacéutico público ha crecido en los últimos años a tasas de dos dígitos, que se explican tanto en su vertiente cantidad, como en su vertiente precio (medido como gasto medio por receta o como precio medio por envase). Sin pretender descifrar los complejos factores que a su vez influyen en ambas vertientes, sí conviene destacar que un aspecto clave es diferenciar entre los precios administrativamente fijados (en abstracto) y los precios de los medicamentos realmente consumidos.

En definitiva, para entender la evolución del gasto es preciso hacer un seguimiento de la estructura del consumo.

Acto II. ¿Cuánto importa llamarse Ernesto? El mercado de medicamentos financiados con fondos públicos se caracteriza por una incorporación rápida al consumo de medicamentos que contienen NPA (nuevos principios activos)¹, relativamente más caros que los ya disponibles en el mercado², entre los que predominan los llamados "me-too" o "yo-también"³, junto a una política de intervención en precios reacia a actualizar los de productos "viejos", pero relativamente efectivos. España es, tras los Estados Unidos, el país del mundo donde más rápidamente se incorporan los NPA al consumo. En nuestro mercado, cabe estimar que actúa un visitador médico sobre una media de unos siete u ocho médicos colegiados. Su objetivo es, lógicamente, influir en el patrón de prescripción de los médicos, para orientar la estructura del consumo hacia medicamentos "nuevos", no necesariamente innovadores, pero sí más caros.

Existe una aparente controversia en la literatura en torno a los medicamentos "me-too". Aparente, porque en el fondo se discute sobre cuestiones distintas. Por una parte, en su defensa,⁴ el tema generalmente se centra en señalar que "no hay demasiados", muchas veces atribuyéndoles de antemano un carácter de innovación terapéutica incremental, con apoyo en esa potencialidad (en su caso, puesta de manifiesto tras un uso relativamente prolongado, al igual que los problemas de seguridad). Por otra parte, desde la postura crítica normalmente no se cuestiona que, en algunos casos, puedan constituir verdaderas innovaciones, centrando precisamente ahí la cuestión:⁵ lo relevante es probarlo, no para justificar o dejar de justificar su número (al fin y al cabo, el número

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:
Laura Cabiedes (lcabie@uniovi.es)

Comité de Redacción:
Laura Cabiedes, David Casado, Josep Fusté, Anna García-Altés, Jaime Pinilla, Fernando San Miguel y Oriol de Solà-Morales.

Han colaborado en este número:
Laura Cabiedes, David Casado, Oriol de Solà-Morales, Institución Futuro, Ricard Meneu, Walter Toro, Ana Isabel Gil, Miguel Ángel Negrín y Enrique Bernal.

de nuevas marcas es muy superior), sino su uso racional, incluido el precio.

En resumen, lo relevante es el grado de innovación terapéutica que, en su caso, incorporan los medicamentos "me-too", bien en términos de mayor eficacia relativa frente a medicamentos similares ya disponibles, bien porque con la misma eficacia que éstos, presentan menos problemas de seguridad. Dado que no es muy científico atribuir o negar ventajas relativas a un producto sin probarlo, la realización de ensayos clínicos comparativos (con todas sus variantes) parece ineludible.

Acto III: ¿Cuánto importan la eficacia y la seguridad relativas? En el marco de la UE, tanto como los reguladores nacionales quieran (y requieran), en lo que a financiación y fijación de precios se refiere, ya que la normativa europea, aparte de dejar fuera del ámbito de la autorización la eficacia relativa, prácticamente sólo señala al respecto que "... Conviene... prever la posibilidad de recabar información sobre los métodos empleados por los Estados miembros para determinar el beneficio terapéutico aportado por cada nuevo medicamento".⁶ Resulta curioso, cuando le precede una rigurosa guía consensuada y elaborada en el año 2000 por un Grupo de Expertos, en el marco de ICH (*International Conference on Harmonisation*),⁷ aparte de algunas experiencias nacionales muy conocidas, relacionadas con la materia, como la labor del *Nacional Institute of Clinical Excellence* (NICE), orientada a la evaluación en términos coste-efectividad, en el Reino Unido. Sin obviar todas las dificultades que la realización de ensayos clínicos comparativos pueda presentar, es preciso indicar que un buen ensayo (sólo) contra placebo tampoco está exento de problemas. En este sentido, a numerosos expertos les preocupa que aun la exigencia exclusiva de este último tipo de ensayos sea demasiado laxa en relación a los "mee-too", debido a la existencia previa de medicamentos similares.⁸ Además, los estudios de la eficacia absoluta no permiten saber si el producto es peor que otro ya disponible, al mismo tiempo que los estudios comparativos son escasos y no siempre están metodológicamente bien planteados.

Los ensayos clínicos comparativos tienen un interés terapéutico *per se*. Su traducción a la financiación de medicamentos con fondos públicos puede tener un importante impacto económico, no sólo en términos del gasto evitable, sino también en términos de posibles efectos dinámicos a medio y largo plazo sobre el sector. Hasta ahora da la impresión de que es más rentable seguir la carrera de los "me-too" que arriesgarse en proyectos de búsqueda de verdaderas innovaciones. Así, con apoyo en el número de sujetos participantes en los ensayos clínicos, J. Love ha estimado que los productos clasificados en Estados Unidos como verdaderas innovaciones (los que representan mejoras terapéuticas relativas) por la FDA (*Food and Drug Administration*) absorben el 20 % de la inversión dedicada a investigación, frente al 80 % dedicado al desarrollo de medicamentos "me-too".⁹ A su vez, la proliferación de éstos acorta de hecho la vida efectiva de las patentes de productos realmente innovadores. En términos económicos, lo preocupante no es el número de "mee-too", sino su coste

de oportunidad, es decir, la investigación que se deja de hacer, junto al elevado gasto (evitable) en su promoción. Y todo esto, en un contexto en el que los agentes son poco sensibles al nivel de precios. Como hace casi medio siglo dijo el Senador Kefauver, en el mercado de medicamentos financiados con fondos públicos y que precisan receta, "Quien consume, ni elige ni paga, quien paga, ni consume ni elige, y quien elige ni paga ni consume".

Entre las medidas recogidas en el *Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud*, de 23 de Noviembre de 2004, se incluye la creación de un Comité de Evaluación de la Utilidad Terapéutica de los nuevos medicamentos, que podría contribuir a dar contenido a normas que hasta ahora han sido "papel mojado" o, peor aun, que no han sido aplicadas con objetividad y transparencia, referidas a la consideración del grado de utilidad terapéutica a la hora de decidir sobre la financiación y precios de medicamentos financiados con fondos públicos.¹⁰ El Plan pretende imprimir mayor velocidad al procedimiento cuanto mayor sea el grado de utilidad terapéutica del producto afectado, de modo que las innovaciones excepcionales o de interés terapéutico relevante en términos relativos gocen de una inclusión inmediata en la financiación. Concluyendo, y esto sí que nos importa a los ciudadanos, como pacientes y/o como contribuyentes, se dispone de los instrumentos técnicos y, en principio, de la voluntad política para conseguir un uso más racional de los medicamentos.

Nota al escrito "En busca de la hipótesis nula" (en este número: 14-15): Ernesto, nombre del protagonista de la obra de la que se toma el título del Editorial se llamaba realmente Jack o John, pero eso en Dartmouth, ¿qué importa?

¹ Nuevas entidades químicas no autorizadas previamente para uso terapéutico y, por lo tanto, no disponibles en el mercado. Excepcionalmente, se asimilan a NPA medicamentos que contienen principios activos (o combinaciones de principios activos) ya comercializados que constituyen innovaciones terapéuticas como, por ejemplo, una nueva indicación que cubre un vacío terapéutico.

² En un estudio sobre los precios de lanzamiento de los medicamentos que contenían NPA, introducidos en Suecia en el periodo 1987 a 1997, se comprobó que los que incorporaban una pequeña o nula ganancia terapéutica disfrutaban en promedio de precios 2,2 veces mayores que los correspondientes a medicamentos sustitutivos ya disponibles en el mercado (Ekelund, M. y Persson, B., 2003: "Pharmaceutical Pricing in a Regulated Market". *The Review of Economics and Statistics*, 85 (2): 298-306). Respecto al mercado italiano y a la UE, véanse, respectivamente, Garattini, S. (1997): "Are me-too drugs justified?". *Journal of Nephrology*, vol. 10, no 6: 283-294 y Garattini, S. y Beretele, V. (2002): "Efficacy, safety, and cost of new anticancer drugs". *British Medical Journal*; 325: 269-271. En este último estudio, se detectó una proporción de 1 a 350 en el coste del tratamiento con dos moléculas sobre cuya eficacia real existen serias dudas.

³ En este contexto, cabe definir los medicamentos "me-too" como "seguidores" de una molécula pionera, con una estructura química lo suficientemente distinta como para no violar el derecho de patente del prototipo (por tanto, patentables), pero con un mecanismo de acción o perfil farmacológico idéntico o muy similar a la versión que modifican. En algunos casos, las posibles diferencias pueden representar un avance terapéutico.

⁴ Véase, por ejemplo, Wertheimer, A.; Levy, R. y O'Connor, T. (2001): "Too Many Drugs? The Clinical and Economic Value of Incremental Innovations", en Sorkin, A.; Summers, K. y Farquhar, I. (eds.): *Investing in Health: The Social and Economic Benefits of Health Care Innovation*, Elsevier Science: 77-118.

⁵ Véanse, por ejemplo, Garattini, S. (1997) y Garattini, S. y Beretele, V. (2002).

⁶ Reglamento (CE) No 726/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de Marzo de 2004, por el que se establecen procedimientos comunitarios para la autorización y el control de los medicamentos de uso humano y veterinario y por el que se crea la Agencia Europea de Medicamentos. Diario Oficial de la Unión Europea, L 136, de 30.4.2004.

⁷ Se trata de la ICH *Harmonised Tripartite Guideline* [UE, Estados Unidos y Japón] *Choice of Control Group and Related Issues in Clinical Trials*, Recommended for Adoption at Step 4 of the ICH Process on 20 July 2000 by the ICH Steering Committee. Este esfuerzo de armonización internacional de requisitos técnicos dio comienzo en 1991.

⁸ Frothingham, R., Relman, A. S. y Lee, T. H. (2004): "Me-Too' Products - Friend or Foe?". *The New England Journal of Medicine*, vol. 350, no 20: 2100-2101. *Correspondence*.

⁹ Love, J. (2003): "Evidence Regarding Research and Development Investments in Innovative and Non-Innovative Medicines". Consumer Project on Technology. Disponible en <http://www.cptech.org/ip/health/rnd/evidenceregardingnd.pdf>.

¹⁰ La fijación de precios generalmente responde a "... una decisión opaca... relativa a un todo o nada... en la que se establecen compensaciones encubiertas... y de un horizonte de escasa o nula actualización temporal", López-Casasnovas, G. (2004): "Política del medicamento en el contexto de un sistema sanitario multijurisdiccional", en Meneu, R. y Peiró, S. (eds.), *Elementos para la gestión de la prescripción y la prestación farmacéutica*. Masson, Barcelona: 6.

A finales de 2004, tras algunos meses dándole vueltas al asunto, los miembros de la Junta decidimos que había llegado el momento de renovar la página web de nuestra asociación. Los cambios en Internet se suceden a un ritmo vertiginoso y la antigua web, inaugurada en el año 2000, venía reclamando desde hacía tiempo un cambio de imagen. La nueva web de AES, estrenada el pasado 1 de mayo, ha sido elaborada con el doble objetivo de mejorar tanto el diseño como los contenidos de la anterior.

La página de inicio de la nueva web, además de una galería de fotos que se renueva automáticamente, ofrece al internauta una visión de conjunto sobre los distintos contenidos que en ella puede encontrar. Estos contenidos se organizan en dos menús desplegables que difieren tanto estética como conceptualmente. El primero de ellos, situado a la izquierda, se compone de un conjunto de secciones cuyo denominador común es el carácter cambiante de la información que en ellas aparece (noticias, calendario de eventos, convocatorias abiertas de becas...). Las secciones del otro menú, situado en la parte superior del inicio, contienen toda aquella información relativa a nuestra asociación de carácter "perenne": la historia de AES, las memorias de cada año, nuestras publicaciones, las Jornadas, etc.. Dedicaré las 450 palabras que aún me quedan de las 700 encargadas por la editora a describir brevemente las distintas secciones que componen uno y otro menú.

Quizás una de los apartados más novedosos de la web, dentro de ese primer menú de contenidos cambiantes, sea el *calendario de eventos*. La idea es ir informando puntualmente de todos aquellos actos -congresos, seminarios, cursos...- que puedan ser de interés para quienes se sienten atraídos por la economía de la salud. El que los eventos aparezcan marcados en un calendario, con enlaces que amplían la información si el internauta así lo desea, puede resultar una manera cómoda y útil de saber "dónde ir". La sección de *noticias*, por su parte, pretende que quienes visiten la web puedan estar al corriente de qué es lo que se cuece en esto de la economía de la salud a nivel estatal, desde la publicación de un libro hasta el nombramiento de alguno de nuestros socios como asesor ministerial... En la sección de *convocatorias abiertas*, siguiendo con esta idea de

que la web resulte informativa, se tiene previsto anunciar todas aquellas becas relacionadas con la economía de la salud que tengan abierto su plazo de solicitud.

Habrà quien tenga dudas sobre la tasa con la que vaya a ser renovada la información de las anteriores secciones. Ya se sabe que, tras el impulso inicial, el riesgo de que este tipo de cosas languidezcan es notable. La promesa de este webmaster es que habrá dinamismo. Y lo que me permite decir esto es que una de las mejoras más importantes de la web, aunque no sea visible para el visitante, es que la empresa que se ha ocupado de su diseño nos ha proporcionado un software de gestión que hace de la renovación de contenidos un juego de niños. Las novedades, por tanto, están aseguradas.

Buena parte de los contenidos de la web antigua, debidamente actualizados y organizados de manera distinta, aparecen en las diversas secciones que componen el otro menú desplegable al que me he referido anteriormente. En *Quiénes somos*, por ejemplo, se puede encontrar información sobre la historia de AES, los miembros que componen la actual Junta Directiva y las anteriores, nuestros Estatutos, así como las memorias y las actas de la Asociación. También se sigue teniendo acceso, en el apartado de *Publicaciones*, al texto completo de los 53 números de *Economía y Salud* publicados hasta el momento, y se mantienen los enlaces con las distintas revistas en las que AES juega un activo papel: *Gestión Clínica y Sanitaria*, *European Journal of Public Health*, *Gaceta Sanitaria*, etc.

Estoy convencido de que con esta nueva página, como ocurrió en su día con la antigua, nuestra Asociación hace más atractiva su presencia en Internet. Tenemos todavía, sin embargo, algunas lagunas en esto de las nuevas tecnologías. Quizás la más preocupante es que sólo disponemos de la dirección de correo electrónico de un 20% de nuestros socios. Hoy es una buena ocasión para animaros a enviar un mensaje a secretaria@aes.es en el que se indique, además de vuestro nombre y apellidos, una dirección de correo electrónico en la que poder contactaros. Y también es un día propicio, claro está, para pedirnos que os deis un paseo por www.aes.es y juzguéis vosotros mismos. *Habemus paginam*.



XXV JORNADAS AES

Economía de la Salud, ¿dónde estamos 25 años después?

Barcelona, 13-15 de julio de 2005



Las XXV Jornadas quieren combinar un repaso a los temas de política sanitaria de más actualidad del momento, con sesiones de comunicaciones donde los investigadores podrán presentar trabajos originales sobre temas diversos en economía de la salud, y con la celebración de los 25 años de Jornadas. Para ello, el Comité Científico ha encargado a diversos coordinadores el diseño de las mesas de ponencias de los temas de financiación, recursos humanos, y farmacia. Las mesas de comunicaciones se han organizado en torno a estos temas -lo que permitirá hacer "recorridos"- y a temas clásicos dentro de la disciplina. En total serán 18 ponencias, unas 100 comunicaciones y 40 pósters. Para celebrar los 25 años se ha organizado una mesa-tertulia sobre el impacto de la economía de la salud en la política y gestión sanitaria, y una cena de celebración, que quiere ser el acto festivo culminante de las Jornadas, con la participación de congresistas y de todas aquellas personas vinculadas a las Jornadas de AES durante estos 25 años. Os esperamos a todos en Barcelona!

PROGRAMA

Miércoles 13 de julio

Clausura del Congreso Internacional de Economía de la Salud (iHEA)

Inauguración de las XXV Jornadas AES
Palau de la Música

Jueves 14 de julio - Viernes 15 de julio

Conferencia inaugural

Your money or your life?
David Cutler

Taller Fundación BBVA de Innovaciones Metodológicas en Economía de la Salud

Possibilities and limitations of the generalized cost-benefit analysis
Ponente: David Cutler
Coordinadores: Vicente Ortún – Núria Mas

Mesa de ponencias: Financiación

La financiación de la sanidad: caso abierto
Ponentes: Jeremiah Hurley – Guillem López – Alfonso Utrilla – Jesús Ruiz-Huerta
Moderadora: Rosa Urbanos

Mesa de ponencias: Recursos Humanos

El reto de la planificación y regulación de los profesionales sanitarios. Experiencias internacionales
Ponentes: Javier Rubio – Martin Mckee – Beatriz González – Ana Rico
Moderadora: Beatriz González

Mesa de ponencias: Farmacia

¿Es posible y deseable fomentar la competencia en el mercado farmacéutico?
Ponentes: Pere Ibern – Josep Torrent – Ricard Meneu – José Martínez Olmos
Moderador: Jaume Puig

Mesa especial

El impacto de la economía de la salud en la política y gestión sanitaria del Sistema Nacional de Salud

Esta mesa tendrá un formato parecido al de una tertulia radiofónica. En ella participarán economistas, profesionales sanitarios, personas que han ocupado cargos de responsabilidad en el Ministerio de Sanidad y Consumo y en las Comunidades Autónomas, y se permitirán las intervenciones de los asistentes

Coordinador: Salvador Peiró

Mesa Jóvenes investigadores

Juan Oliva – Elisa Díaz – Ariadna García Prado – Núria Mas

Moderador: Félix Lobo

Coordinador: Juan Oliva

Mesas de comunicaciones orales

- Financiación del SNS
- Política farmacéutica
- Gestión del gasto farmacéutico
- Economía de la salud en Latinoamérica
- Economía de la salud pública
- Dependencia
- Desigualdades
- Eficiencia
- Evaluación económica de medios diagnósticos y medicamentos
- Organización y gestión sanitaria
- Utilización de servicios y VPM
- Economía del VIH

Sesiones de presentación y defensa de las comunicaciones en formato póster

OTRAS ACTIVIDADES

- Presentación Base de datos Euronheed
- Presentación de dos libros de la colección Economía de la salud y gestión sanitaria
- Job market
- Entrega de premios y beca para proyectos de investigación
- Asamblea AES (Jueves 14)

CENA DE CELEBRACIÓN XXV JORNADAS

(Jueves 14 de julio)

Este año la cena de las Jornadas va a ser un acto festivo de celebración de los 25 años de Jornadas. La cena va a celebrarse en un lugar emblemático de la ciudad de Barcelona. Además de todos los congresistas, a la cena van a asistir todas aquellas personas que han estado vinculadas a las Jornadas y a AES durante estos 25 años: representantes de las organizaciones que hicieron posibles las primeras Jornadas, todos los presidentes de AES, responsables del Boletín, socios protectores, etc. Habrá anécdotas, sorpresas, regalos... Se garantiza la diversión hasta la madrugada!

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta:

Anna García-Altés

Vocales:

Lluís Bohigas

Pep Fusté

Aníbal García

Núria Mas

Oriol de Solà-Morales

COMITÉ CIENTÍFICO

Presidente:

Lluís Bohigas

Vocales:

Fernando Antoñanzas

Juan M. Cabasés

Anna García-Altés

Beatriz González López-Varcarcel

José Martín

Carles Murillo

Vicente Ortún

Joan Rovira

SECRETARÍA TÉCNICA

Asociación de Economía de la Salud

Sardenya 229-237, 6º 4ª

08013-BARCELONA

Tel. 93 2314066

Fax: 93 2313507

E-mail: secretaria@aes.es

Página web: www.aes.es

PREFERENCIAS Y TECNOLOGÍA: LA PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES

Oriol de Solà-Morales

Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (San Rafael)
Agència d'Avaluació de Tecnologies i Recerca Mèdiques (AATRM)

En las sociedades modernas y posmodernas persiste el *love affair* con la innovación tecnológica, visible claramente en todos los campos sociales, desde la telefonía móvil a la automoción, la computación, ... Consumir tecnología como reflejo de un estatus social y económico parece ser una constante de este inicio de milenio. La medicina, la sanidad en general, arranca quizá de una doble circunstancia de los humanos: de su angustia ante la posibilidad de una enfermedad o de la muerte pero también de su capacidad para tecnológicamente interactuar con el medio ambiente y modificar el curso de las cosas. La voluntad de controlar las causas y consecuencias de la *insanidad* ha acaparado gran parte de los esfuerzos de todas las civilizaciones. Los actuales países de la UE no son ajenos a esta tendencia, habiendo en la última década doblado los recursos destinados a I+D sanitaria y situándose actualmente entre el 0,2% y el 0,3% de su PIB anual¹.

La eficacia de estas intervenciones tecnológicas en el campo sanitario sigue, sin embargo, siendo controvertida. Si hace sólo unas décadas McKewon² negaba cualquier impacto de los adelantos sanitarios en el incremento de la esperanza de vida a mediados o finales del siglo XIX, hoy sí parece claro que la contribución marginal de cada una de las nuevas tecnologías es pequeña en el mundo desarrollado, que no hemos asistido en los últimos años a ninguna revolución y que las mejoras radicales a nivel global vendrán de la aplicación de conocimientos y de políticas sanitarias bien conocidas a los países de baja renta (control de la malaria o el HIV, programas nutricionales y de control de las aguas...)³.

La evaluación de la eficacia y efectividad de las distintas intervenciones o tecnologías debería corresponder inicialmente a la comunidad científica, pero en segundo término también a instituciones con capacidad de analizar el sistema sanitario y a la sociedad desde una perspectiva más global. En los últimos años se ha avanzado en ese campo, y se ha intentado sistematizar la metodología para evaluar las distintas tecnologías e informar la toma de decisiones. La *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), la *Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment* (CCOHTA), el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE) son ejemplos anglosajones

a seguir de cómo dotar a las agencias de evaluación de tecnologías de un marco jurídico que las protege y les garantiza su independencia respecto a los gobiernos de los que dependen económicamente.

Una vez se ha determinado de forma independiente que una tecnología sí tiene un impacto positivo sobre la salud (que es eficaz y efectiva) lo que no queda claro es cuál es la combinación óptima y eficiente de esas tecnologías. En ese sentido, no se trata sólo de determinar cuál es la cartera mínima de servicios que el asegurador debe proveer para garantizar unos niveles de salud, ni quién debe proveer qué y en qué cantidades, sino de intentar incardinar cada una de las tecnologías evaluadas en la práctica habitual, de forma que su uso sea siempre también en el momento adecuado.

Hasta el momento, esto viene desarrollándose mediante las guías de práctica clínica, en las que se compila de forma estructurada y jerarquizada el conocimiento científico acerca de la eficacia y efectividad (más ocasionalmente la eficiencia) de una tecnología. Sin embargo, la ausencia de evaluaciones sobre muchas tecnologías, la ausencia de evidencias sobre muchas de las prácticas habituales y la imposibilidad de abarcar un campo en continua expansión, resulta en patrones terapéuticos variables en los que la preferencia del profesional sanitario y su particular y singular percepción sobre la eficacia de una tecnología es el único criterio a la hora de aconsejar su uso. Del mismo modo que el principio de autonomía de los pacientes ha ido permeando en los sistemas sanitarios y la voluntad del paciente se tiene (¡o se debería tener!) en cuenta ante cualquier intervención, debemos también intentar conocer cuál es la visión de los profesionales sanitarios sobre las tecnologías que ellos utilizan y, más importante todavía, administran. ¿No podría ser que estas percepciones determinasen en parte las condiciones de uso? No olvidemos que sólo la petición de asistencia médica es discrecional ya que el acceso al resto del sistema viene condicionado por la autorización de un profesional sanitario.

Para intentar conocer cuál era la valoración de las tecnologías por los médicos y para conocer cuáles eran sus "preferencias tecnológicas", en la Agencia de Eva-

luación de Tecnologías e Investigación Médicas (AATRM) planteamos un estudio en el que se pedía a médicos de atención primaria y médicos generalistas o internistas su percepción sobre el impacto que la desaparición de una tecnología ya existente podría tener sobre la salud de "sus" pacientes.

Intentamos inicialmente detectar las 30 tecnologías más relevantes aparecidas en los últimos 25 años (1977-2002) mediante una consulta semi-abierta a los jefes de servicio de medicina interna de nueve hospitales docentes y el mismo número de centros de atención primaria de Cataluña. Las tecnologías fueron seleccionadas por el número de citas bibliométricas encontradas en búsquedas sistematizadas en revistas médicas (generalista, de medicina interna o de atención primaria) del ámbito español y europeo. Una vez obtenida una relación de tecnologías (que asumíamos que tenía el valor que la metodología para su obtención le concedía) se remitió un cuestionario cerrado a los 46 hospitales públicos y privados de entre 100 y 400 camas y a una muestra aleatoria de igual tamaño de centros de atención primaria.

Poco sorprende que las tecnologías mejor valoradas (aquellas cuya desaparición supondría un mayor impacto para la salud de los pacientes) son tecnologías instrumentales como las técnicas de radioimagen (ecografía, resonancia magnética y tomografía axial computerizada), la angioplastia coronaria o la endoscopia gastrointestinal.

Sí es más asombroso que de forma casi unánime se considere que el menor impacto sobre la salud de los pacientes lo causaría la desaparición de 5 grupos farmacológicos: las cefalosporinas y las fluoroquinolonas (antibioticoterápicos de amplio espectro), los bisfosfonatos (tratamiento de la osteoporosis), los antagonistas del calcio (tratamientos adyuvantes en la angina cardiaca) y los antidiabéticos orales (tratamiento de la diabetes mellitus).

La sorpresa es porque las enfermedades tratadas por estos fármacos son causa importante de la "carga de enfermedad" en el mundo industrializado y porque mientras parece que el colectivo médico valora preferentemente las tecnologías instrumentales, el colectivo político se preocupa esencialmente del crecimiento de la factura de farmacia. Por ejemplo, ninguno de los médicos encuestados valoró como importante el impacto de la desaparición de los hipoglucemiantes orales o los bisfosfonatos y el 80% y el 60% respectivamente consideró que el impacto sería mínimo (el 20% y el 40% fueron indiferentes): a pesar de ello, el gasto anual combinado para el asegurador público en Cataluña en estos fármacos es superior a los 25 millones de euros, y poco hay que decir del impacto que estas dos enfermedades tienen sobre la sociedad, tanto en pérdida de salud como en coste social.

Comparando la valoración que hacen los dos colectivos encuestados (médicos hospitalarios y de atención primaria) es a grandes rasgos parecida, detectándose también que estos fármacos son poco valorados y que las tecnologías de radioimagen o la angioplastia coronaria o la endoscopia gastrointestinal son mejor valoradas (aunque en órdenes ligeramente distintos). Igualmente, la valoración que de estas tecnologías hacen los centros de titularidad pública es en esencia igual a la que realizan los centros privados o concertados con la red de utilización pública, a excepción de la valoración de la endoscopia gastrointestinal y las cefalosporinas que, siendo tecnologías muy eficaces y eficientes, son consideradas menos importantes por los centros públicos. Es lógicamente difícil hacer grandes generalizaciones a partir de estos datos, pero sí se podría apuntar que hay distintos tipos de tecnología y que éstas son valoradas de forma parecida por los profesionales sanitarios independientemente de su filiación.

¿Cómo se contemplan estas preferencias en las guías de práctica clínica? ¿cómo se incluyen estas preferencias y valoraciones en la toma de decisiones a nivel de sistema sanitario? Quizá ha llegado el momento de aceptar que el profesional sanitario también tiene unas preferencias que, independientemente de las recompensas económicas, quebrantan de forma inconsciente su racionalidad y echan a perder las guías de práctica clínica y las quiméricas políticas basadas en la evidencia. Hasta ahora sólo los criterios de eficacia, efectividad y eficiencia eran tenidos en cuenta, pero parece lógico pensar que también las preferencias de estos sanitarios deberán ser tenidas en cuenta a la hora de decidir cuáles son las tecnologías que deben conformar la cartera de servicios óptima y en qué lugar en los protocolos asistenciales.

Aunque es labor de las agencias de evaluación influir sobre los profesionales sanitarios para que éstos utilicen aquellas tecnologías más útiles en cada momento, y al mismo tiempo influir en las instituciones para que éstas optimicen su cartera de servicios, debe ser también un objetivo de las agencias conocer por qué unas tecnologías son utilizadas, o por qué son preferidas. Si aceptamos que hay unas preferencias a respetar por parte de los pacientes, también deberemos entender que hay unas preferencias, informadas o infundadas, por parte de los profesionales y este es un campo todavía muy desconocido, casi inexplorado en el que agencias de evaluación independientes deben indagar en los próximos años.

¹ Cooke P ; The evolution of biotechnology in three continents: Schumpeterian or Penrosian? European Planning Studies (2003); 11(7):757-63.

² McKeown T The medical Contribution en Davey B et al Health and Disease: a Reader, 2nd Ed; Buckingham, Oxford University Press, 2002.

³ www.copenhagenconsensus.com, acceso el 13.12.04.

LA REFORMA DEL MERCADO DEL MEDICAMENTO EN ESPAÑA REQUIERE MEDIDAS DE CARÁCTER ESTRUCTURAL QUE IMPLIQUEN A TODOS LOS AGENTES DEL SECTOR

Institución Futuro
info@institucionfuturo.org

El análisis del mercado del medicamento en España indica que son necesarias medidas de reforma estructural que impliquen a todos los agentes del sector. Ésta es la principal conclusión que se desprende del último informe del *think-tank* Institución Futuro (IF), en el que se analizan las características del mercado farmacéutico en España y las políticas de control del gasto. El trabajo identifica también posibles mejoras en el control del gasto, de acuerdo con criterios de coste-efectividad y apoyado en las opiniones de expertos.

Las cifras más recientes revelan que casi un cuarta parte del gasto sanitario en España se dedica a la financiación de los medicamentos, lo que le sitúa, en términos relativos, entre los países de Europa con un nivel de gasto farmacéutico más elevado. Este hecho se debe principalmente a la gran cantidad de medicamentos consumida en nuestro país, puesto que los precios son relativamente bajos (salvo en el caso de fármacos nuevos), debido al control de precios existente. El envejecimiento de la población y la aparición de medicamentos novedosos más caros son factores explicativos de peso, pero también hay que reflexionar sobre las características del mercado español y la falta de efectividad de las políticas de contención del gasto que se han aplicado hasta la fecha.

Entre las medidas de contención examinadas destaca el control de precios, que limita la efectividad del sistema de precios de referencia o la expansión de los genéricos, cuya cuota de mercado es todavía muy reducida. La autorización de nuevos medicamentos no siempre se realiza con la agilidad deseada y se hace difícil determinar si los nuevos fármacos presentan una mejor relación de coste-efectividad que los ya existentes. Asimismo, el sistema de incentivos actual no motiva la prescripción ni la distribución bajo criterios de coste-efectividad. No hay que olvidar tampoco que el copago efectivo es de los más reducidos de Europa, lo que podría conducir a excesos en el consumo. Por último, en el informe se apunta que la vulnerabilidad de la estrategia farmacéutica a cambios políticos merma su estabilidad y eficacia.

El Gobierno actual presentó en noviembre de 2004 el *Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud Español*, con el objetivo de contener el gasto farmacéutico. Al mismo tiempo, suspendió el sistema de precios de referencia vigente. El Gobierno plantea

iniciativas positivas e interesantes, como la agilización de la autorización de medicamentos genéricos y la mejora de los sistemas de información. Pero insiste en la reducción de precios como medida básica de contención del gasto. Ésta puede suponer un ahorro a corto plazo, pero afecta negativamente a la capacidad inversora de la industria y limita las posibilidades de competir de los genéricos. Frente a la contención de precios, cuya escasa efectividad ha quedado demostrada en el pasado, es preferible fomentar una mayor competencia de precios y establecer un sistema de precios de referencia que incluya mayor número de principios activos. Esto permitiría el incremento del uso de los genéricos y la reducción del gasto en el largo plazo. Las medidas deben ser acompañadas de cambios en los incentivos de médicos, distribuidores y consumidores que permitan basar la prescripción y el consumo en principios de coste-efectividad.

La investigación también señala que es necesario considerar el nuevo marco de actuación, causado por la reciente transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas. Ahora la presión del gasto farmacéutico se traslada en cierto grado al ámbito autonómico. Las Comunidades Autónomas son conscientes de que tendrán que intervenir para controlar el gasto. De no hacerlo, podría tener repercusiones graves en la viabilidad de sus sistemas sanitarios. Por ello, es recomendable que los gobiernos autonómicos utilicen sus competencias para establecer incentivos y políticas de contención del gasto. No obstante, su acción será limitada si ciertas decisiones se toman a nivel nacional. Aunque, por otro lado, parece conveniente la participación del Estado si queremos evitar que la descentralización de la política farmacéutica perjudique a la equidad asistencial.

Por último, la reducción del gasto como objetivo estratégico no debe poner en riesgo la calidad de la asistencia. Además del gasto, hay que considerar la efectividad de los medicamentos prescritos y su efecto en el bienestar y la salud de los ciudadanos. Dicho de otro modo, cabe pensar en qué medida el gasto en medicamentos puede ser reducido sin que dicho bienestar se vea alterado.

El informe está disponible en formato pdf en <http://www.institucionfuturo.org> y se puede adquirir una copia contactando con info@institucionfuturo.org

FLYING DOWN TO RIO

Ricard Meneu

Entre el 30 de noviembre y el 3 de diciembre se celebró en Río de Janeiro el "1er Congreso de Economía de la Salud de América Latina y el Caribe", primera de las actividades conjuntas prevista en el convenio de colaboración suscrito entre la AES de Argentina y la Associação Brasileira de Economia da Saúde. Los socios de AES conocen, por su participación en varias jornadas, a muchos de los protagonistas del evento. La Presidenta de la Comisión Organizadora, Silvia Porto, estuvo con nosotros el pasado año en El Escorial, y en anteriores ediciones nos acompañó Mónica Levovich, la presidenta argentina. Su entusiasmo y dedicación se contagiaron a diferentes organismos internacionales que apoyaron el encuentro, así como al Departamento de Economía da Saúde del Ministerio de Sanidad, con el entrañable y pintoresco Elias Jorge a su cabeza.

La representación de la economía de la salud española fue nutrida. Entre los entusiastas miembros de AES que afrontaron las penalidades del largo trayecto se contaban Beatriz González López-Valcárcel, Joan Costa, Joan Rovira, José Luis Quevedo, Vicente Ortún y este cronista. Los cuatro días de encierro en Copacabana propiciaron el reencuentro con conocidos y compañeros de otras reuniones. De la abultada delegación de AES-Argentina mi deteriorada memoria rescata ahora a Carlos Vassallo, Arturo Schweiger, Francisco Daniel Vitali, Federico Tobar y Manuel Álvarez, así como una fugaz aparición de Ginés González en la fiesta celebrada en el selecto Jockey Club. También participaron activamente amigos que han residido entre nosotros, como Marisa Buglioli o Jorge Ríos, así como con una magnífica embajada de la APES, representada por Céu Mateus y João Pereira.

Para enmarcar los contenidos científicos del congreso la organización invitó a cuatro conferenciantes, todos los cuales habían acudido previamente a alguna de nuestras reuniones. La sesión inaugural corrió a cargo de Robert Evans, del que muchos recordarán su presencia en el Seminario de Economía de la Salud de la UIMP que tuvo lugar en Santander en 1992. En su presentación, que versó sobre la contribución de la disciplina a la eficiencia y la equidad de los sistemas sanitarios, Evans señaló que la aportación más relevante de los últimos años, a su juicio, procedía de los trabajos de Elliott Fisher et al. Faltó tiempo para que se le informara que Fisher impartió en nuestras últimas jornadas el Taller de la Fundación BBVA y una conferencia magistral, empleando el término en su doble acepción. Gavin Mooney, quien ya estuvo en las primeras Jornadas de Economía de la Salud (Barcelona, 1980), expuso en varios actos sus ideas sobre equidad, desarrollo y economía de la salud, propiciando saludables debates en las salas, mesas y ágapes. Vicente Ortún tenía asignada una conferencia sobre eficiencia que trocó por lo que podría ser el programa piloto de una magnífica serie documental: "La vuelta al mundo de un economista de la salud". Recurriendo a ejemplos del funcionamiento de sistemas sanitarios de los cinco continentes, construyó un

discurso sólidamente estructurado y con un poderoso anclaje en las enseñanzas de Amartya Sen, a quien calificó como "el" economista de la salud. Nosotros estamos acostumbrados a que Vicente ilustre sus presentaciones con un dato escrito en "courier 8" en el póster peor ubicado, o con la cita de un artículo que aun no ha iniciado su proceso de revisión. Pero los congresistas latinoamericanos no daban crédito a esa conferencia trufada de referencias a las comunicaciones que acababan de presentarse en las sesiones previas, como si sus trabajos fueran las piezas necesarias para completar un discurso perfectamente engarzado. Tras semejante derroche de interés y aplicación, la conferencia de clausura a cargo de Michael Drummond quedó algo deslucida, ya que en el re-mix que presentó de sus éxitos más conocidos – algunos de los cuales ya sonaban casi igual en las segundas Jornadas de Economía de la Salud (Bilbao, 1981) – se echó en falta algún esfuerzo de adaptación a los ritmos locales.

También hubo tiempo para una reunión de asociaciones de economía de la salud y grupos afines, buscando establecer un marco organizativo común. Tranquiliza ver que es igual de difícil lograr el acuerdo entre los ocho vecinos de una finca o los representantes de más de veinte sociedades científicas de un continente. Entre las cuestiones resueltas, la decisión de que APES y AES no formarían parte de la sociedad que potencialmente se constituya – de ámbito estrictamente geográfico –, unida al compromiso de colaboración y apoyo ya patente a través de nuestros convenios con varias sociedades nacionales.

Aunque las sesiones fueron numerosas, largas y densas, se logró despistar algunos ratos para pasear por las playas – algunos prefirieron galopar – y visitar esos templos donde los cuerpos obran prodigios acordándose a la música del país. También por eso, al emprender la vuelta algunos recordamos el aviso de Antonio Carlos Jobim y Vinicius de Moraes:

*Tristeza não tem fim
Felcidade sim*



MODELO DE SIMULACIÓN PROSPECTIVA DE LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD PARA ENFERMEDADES DE ALTO COSTO: APLICACIÓN PARA UNA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD COLOMBIANA

Walter Toro Jiménez
E-mail: waltertoro@mailforce.net

Tesis Doctoral defendida el 28 de abril de 2004 en el Departamento de Economía y Ciencias Sociales de la Universidad Politécnica de Valencia, dirigida por el Dr. Manuel Cervera Montes y que obtuvo la calificación de Sobresaliente Cum Laude por unanimidad.



Introducción

Para la legislación colombiana las enfermedades ruinosas o catastróficas (en adelante llamadas ERC) son aquellas que son poco frecuentes, que implican un manejo de alta complejidad técnica, y por tanto un alto costo, y tienen una pobre relación de costo-efectividad en su tratamiento. La siniestralidad generada por el tratamiento de las ERC va en aumento año tras año.

Objetivo General

Diseñar un modelo de simulación prospectiva del comportamiento de las variables relacionadas con la demanda de servicios de salud para el tratamiento de ERC en el Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano, aplicable dentro de la población afiliada a una Entidad Promotora de Salud colombiana (EPS tipo), para predecir la demanda de servicios de salud por este concepto que permita la planificación, la presupuestación y la organización eficiente y eficaz del sistema productivo (dimensionamiento de la oferta) de dichos servicios en el quinquenio 2002-2006.

Materiales y Métodos

La metodología aplicada fue de carácter prospectivo mediante herramientas técnicas de: análisis estructural de sistemas, análisis de motricidad y dependencia de variables, matrices de impacto cruzado, análisis de estrategia de actores, previsión de variables, análisis morfológico, métodos de expertos con probabilidades corregidas, modelización simulada, y prospectiva exploratoria.

Con el objeto de simplificar el sistema estudiado y explicarlo con un menor número de variables se aplica una metodología de matrices de impactos cruzados con la cual se obtienen las variables esenciales (o claves) que posteriormente son proyectadas al futuro a través de un ejercicio de previsión con lo que se identifican no sólo las tendencias en su comportamiento sino también los gérmenes de cambio que podrían cortar algunas de estas tendencias. Se usó un software de multiplicación matricial (MICMAC®) para seleccionar las variables esenciales primarias y secundarias. Finalmente, a través de grupos de discusión y análisis de expertos (grupos Delphi), se validaron tanto las variables esenciales primarias como las secundarias.

Resultados

Como resultado final de la investigación se obtuvo el planteamiento de un modelo simplificado de simulación del sistema estudiado (EPS tipo y su entorno) que podría moverse iterativamente a través de regresiones introduciendo cambios en cualquiera de sus variables para observar el comportamiento de la variable resultante (output), que es la siniestralidad generada por el tratamiento de las ERC. Este modelo se propuso para que pudiera "moverse" con supuestos establecidos para tres futuribles (óptimo, intermedio y pésimo) del problema generado por las ERC (frecuencias y siniestralidad) para la EPS tipo en el quinquenio 2002-2006, a partir del conocimiento de la dinámica del sistema estudiado (EPS tipo y su entorno) y de la previsión del comportamiento de sus variables, obtenido a través de los métodos de prospectiva.

También se definieron tres escenarios (futuribles) que conforman una

prospectiva exploratoria de lo posible (no improbable) acerca del comportamiento futuro de las ERC y la problemática de costos que ellas generan, teniendo en cuenta el peso de los determinismos del pasado y la confrontación de los proyectos de los actores. Cada escenario (un juego de hipótesis coherente) de la prospectiva puede ser objeto de una apreciación cifrada en futuras investigaciones.

Discusión y comentarios

Varios son las aportaciones de esta investigación al desarrollo de nuevo conocimiento aplicable al diseño de políticas sanitarias y al manejo técnico de las ERC, entre otras:

- La investigación da luces sobre el manejo técnico y de política sanitaria que debe aplicarse a futuro sobre las enfermedades ruinosas o catastróficas, eventos sanitarios que para el caso particular de Colombia obliga a una altísima inversión pública y privada y sus costos aumentan cada año ubicándose actualmente por encima del 10% del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
- Algunas de las predicciones planteadas en la investigación ya se han hecho realidad, tales como: la no implementación de un fondo único de aseguramiento a nivel nacional y de carácter público para las enfermedades ruinosas o catastróficas, la redistribución del riesgo de siniestralidad por estos eventos entre las aseguradoras (iniciando con los pacientes renales crónicos y los pacientes con SIDA), el incremento de las prestaciones del plan obligatorio de salud del régimen contributivo para tratamiento de enfermedades ruinosas (iniciando con los stent coronarios y la carga viral para los pacientes con VIH/SIDA).

Conclusiones

En general, se puede concluir que:

- La EPS tipo o cualquier EPS, podría aplicar la metodología y los instrumentos para la evaluación del comportamiento futuro de la siniestralidad por ERC y de sus variables relacionadas, para lo cual ya se tienen inicialmente planteados los supuestos de los escenarios exploratorios para el periodo 2002-2006.
- Los hallazgos y evidencias encontrados durante el desarrollo de la investigación soportan razonablemente la recomendación para las EPS de diseñar e implementar un sistema de vigilancia epidemiológica de ERC, con su respectivo protocolo de notificación y evaluación.
- Mientras se avanza en la validación del modelo de simulación, los responsables del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano a todo nivel, especialmente prestadores de servicios y aseguradores, podrían obtener utilidad de esta investigación focalizando su atención sobre las variables que afectan a la variable v23 (nivel de siniestralidad generado por el tratamiento de ERC - % de la UPC) y tomar una actitud proactiva (visualizar las situaciones futuras y actuar en el presente para evitarlas o corregirlas) en vez de la actitud general preactiva (visualizar las situaciones futuras y no generar acciones efectivas en el presente) que se percibe en la mayoría de las instancias decisorias y de control del sistema.

Finalmente, se aconseja ampliamente la realización de estudios de prospectiva para establecer las variables que componen un problema sanitario a resolver, las hipótesis de comportamiento futuro de estas variables, y los futuribles (escenarios) en donde estas variables se van a desarrollar con más probabilidad.

ANÁLISIS ECONÓMICO DEL CONSUMO DE ALCOHOL ENTRE LOS JÓVENES: CAPITAL HUMANO, CAPITAL SOCIAL Y BIENESTAR

Ana Isabel Gil Lacruz
E-mail: ana.gil@uah.es

Tesis doctoral defendida en el Departamento de Análisis Económico de la Universidad de Zaragoza en junio del 2004. Dirigida por el doctor José Alberto Molina Chueca, obtuvo la calificación de Sobresaliente Cum Laude por unanimidad.



Las bebidas alcohólicas son productos plenamente integrados en nuestra cultura, de tal manera que su consumo en dosis moderadas es socialmente aceptado sin reserva alguna. Los datos, sin embargo, evidencian una realidad bien distinta. El motivo por el cual nos centramos exclusivamente en el alcohol, es por tratarse de una droga socialmente aceptada cuyo consumo abusivo deriva en numerosos problemas sanitarios, sociales y económicos, que se podían, en su mayoría, haber evitado. La razón por la que nos centramos en los jóvenes es que es precisamente en la adolescencia cuando se determinan las pautas de consumo.

El consumo de alcohol es un tema bien complejo que debe estudiarse desde numerosas perspectivas. Centrándonos en un contexto socioeconómico y utilizando herramientas propias del análisis económico, desarrollamos tres capítulos independientes pero con un nexo en común: el análisis económico del consumo de alcohol entre los jóvenes.

Capital humano

Para analizar la repercusión del consumo de bebidas alcohólicas por parte de los jóvenes en la formación de su capital humano, medido a través del estado de salud y del nivel educativo alcanzado, nos centramos en un marco teórico que supone la aplicación conjunta de los Modelos de Demanda de Salud, de los Modelos de Formación de Educación y de los Modelos de Adicción. La idea fundamental radica en que el estudiante decide sobre el consumo que va a realizar de las distintas bebidas alcohólicas, teniendo en cuenta que dicho consumo incide en la formación del stock de adicción, en el ratio de depreciación del estado de salud y en la productividad académica. La principal aportación de este primer capítulo descansa precisamente en considerar el coste en el que incurren los adolescentes al consumir bebidas alcohólicas ya no sólo como el precio de las bebidas alcohólicas, si no también como la pérdida de bienestar ocasionada por el incremento del stock de adicción, el deterioro de su estado de salud y un menor rendimiento académico.

Para la aplicación del modelo empírico, utilizamos la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar (1996, 1998 y 2000). El modelo se resume en dos etapas, obteniéndose en un primer momento la función de demanda Marshalliana del bien adictivo y, en una segunda etapa, el estado de salud y el nivel educativo en función del consumo de alcohol.

Junto al hecho de que tanto hombres como mujeres consumen bebidas alcohólicas en porcentajes similares, los varones abusan más del alcohol, se ausentan del colegio sin motivo aparente con mayor frecuencia, y repiten curso académico en mayor medida. Sin embargo, las diferencias de consumo entre hombres y mujeres tienden a acortarse con el paso del tiempo, y estas últimas empiezan a presentar porcentajes superiores de problemas de salud.

Debido a los altos índices de repetición escolar y el creciente número de problemas en la salud de los jóvenes, consideramos necesario replantearse si la dotación de bienes y servicios tanto sanitarios, como educativos son los más idóneos para la juventud actual.

Capital Social

Puesto que la consolidación de una sociedad sana y equilibrada viene determinada por la acumulación de su capital humano, pero también de

su capital social, en un segundo lugar nos propusimos estudiar cómo el entorno social influye en la decisión de consumir bebidas alcohólicas. Para ello, definimos un marco teórico que aplica conjuntamente los Modelos de Adicción y de Economía Social, con la novedad de estudiar, para el caso particular de una sustancia adictiva, la incidencia del capital social en su consumo. También, aunque sólo en un marco teórico, nos planteamos analizar cómo el capital humano y social inciden en el bienestar del individuo.

Para la aplicación empírica, recurrimos a un modelo Tobit tipo II, estimado con datos extraídos de la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar (2000).

Modelizamos la presión social teniendo en cuenta el consumo llevado a cabo por amigos y padres. En cuanto a los primeros, resaltamos que cuantos más amigos consumen alcohol, mayor es la tendencia a consumir y cantidad que va a demandar. Y de forma análoga, cuanto más consumen los padres, mayor será de nuevo tanto la probabilidad de que el adolescente consuma, como la cantidad que va a demandar.

A pesar de que numerosas medidas políticas han sido adoptadas para combatir el consumo abusivo del alcohol, como mayores impuestos, incrementar la edad mínima que permita la venta de alcohol, el porcentaje de consumidores entre los más jóvenes se mantiene preocupantemente elevado. Aunque en ambos capítulos las variables monetarias han quedado relegadas a un segundo plano, nos han dotado de sólidas aproximaciones de su importancia dentro del consumo de sustancias adictivas por parte de los adolescentes españoles.

Bienestar

Es precisamente analizar la repercusión del precio e imposición de las bebidas alcohólicas sobre su consumo entre los más jóvenes el objetivo principal de la última línea de investigación. Para ello nos centramos en un marco teórico que incorpora elementos de la Teoría del Bienestar, de la Teoría de Desagregación del Presupuesto y de la Teoría de la Adicción. La principal aportación de esta tercera línea consiste en trasladar dichas especificaciones a un Sistema QUAID en el que se introducen las características regionales e individuales de los jóvenes mediante las técnicas de Precio Escala. Para la aplicación empírica, estimamos con datos extraídos de la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar (1998 y 2000).

En las estimaciones de los capítulos anteriores, la incidencia de las variables monetarias, renta disponible y el precio de las bebidas alcohólicas, a pesar de estar orientada en el sentido esperado (mayor renta disponible, mayor consumo, y mayor precio de las bebidas, menor consumo) su intensidad era tenue, e inferior al resto de variables consideradas (características personales y del entorno del joven). En este capítulo comprobamos que un mayor precio de las bebidas alcohólicas no tiende a reducir su demanda, por lo que la elevación de los impuestos orientada a frenar dicho consumo, no tendrá la eficacia deseada, mientras que será positivo si el objetivo se basa en incrementar la recaudación de dicha bebida en particular. Además, es necesario analizar los efectos colaterales, pues el precio de las bebidas alcohólicas tiene cierta repercusión en la adquisición del resto de bebidas. Ante mayores precios, se puede aumentar la demanda de otro tipo de bebidas, lo que si por un lado reduce el consumo de una determinada bebida alcohólica, por otro puede incrementar el de otra que incluso tenga una mayor graduación, y por tanto, resulte más perjudicial.

HERRAMIENTAS PARA LA TOMA DE DECISIONES ECONÓMICAS EN EL ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD. APORTACIONES BAYESIANAS CON DATOS CLÍNICOS

Miguel Ángel Negrín Hernández

E-mail: mnegrin@dmc.ulpgc.es

Tesis doctoral defendida en el departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, el 28 de enero de 2005. Dirigida por el Dr. Francisco José Vázquez Polo, obtuvo la calificación de sobresaliente "cum laude" por unanimidad.



La comparación de tecnologías sanitarias, y más concretamente el análisis coste-efectividad, ha sido ampliamente desarrollado en la literatura clásica. Esta Tesis se enmarca dentro de la aproximación bayesiana, mostrando como ésta es útil en la resolución de problemas aún en estudio en el análisis coste-efectividad.

En los últimos años numerosos trabajos han destacado las ventajas de la perspectiva bayesiana en este tipo de análisis. Algunas de sus principales ventajas son: proporcionar una inferencia natural y útil, mediante la aplicación del Teorema de Bayes; permitir hacer uso de una mayor cantidad de información; afrontar problemas de gran complejidad. Los métodos bayesianos son además ideales para problemas de toma de decisión.

La tesis está estructurada en seis capítulos, siendo el primero de ellos introductorio, mientras que los cinco restantes conforman un compendio de investigaciones caracterizadas por poseer cada una de ellas identidad propia, constituyendo en su conjunto una suma dotada de coherencia interna.

Análisis coste-efectividad con varias medidas de efectividad

En muchos análisis coste-efectividad no es obvio definir qué medida de efectividad debe ser utilizada. En el caso de que existan dos o más medidas susceptibles de ser empleadas como medida de efectividad es el investigador quien debe elegir aquella que considere más adecuada de acuerdo a sus propósitos. La elección de la medida de efectividad en ocasiones está asociada a criterios arbitrarios. En este capítulo profundizamos en la modelización del análisis coste-efectividad para más de una medida de efectividad. En particular analizamos el caso en el que dos medidas de efectividad son consideradas, una de tipo binario en función de si se ha logrado o no un determinado objetivo; y otra de tipo continuo. Un completo análisis es desarrollado proponiendo como nueva medida para la toma de decisiones el plano de aceptabilidad coste-efectividad.

Modelos de regresión bayesianos en el análisis coste-efectividad

El siguiente capítulo estudia la incertidumbre asociada a la heterogeneidad entre los pacientes en un estudio coste-efectividad. Propone una metodología completa para el análisis cuando los grupos de tratamiento no son comparables, aislando así el verdadero efecto del tratamiento. Para ello se incluyen características individuales de los pacientes en un modelo de regresión con el objetivo de reducir el sesgo debido a las diferentes características de los grupos de tratamiento. Mediante esta modelización también se demuestra cómo la incorporación de covariables en

el análisis permite reducir la incertidumbre asociada a la toma de decisiones.

Diferentes modelos son propuestos para la introducción de covariables. En un primer modelo asumimos independencia entre la efectividad y el coste. Este supuesto nos permite establecer el modelo base a partir del cual se proponen modelos alternativos en los que se modelizan la efectividad y el coste conjuntamente a partir de un modelo de ecuaciones aparentemente no relacionadas, o bien, a partir de un modelo en el que el coste venga explicado por la efectividad. Para cada análisis se proponen modelos alternativos en función de si la efectividad viene definida a partir de una variable continua, discreta, o si los costes presentan asimetría.

Una de las ventajas del análisis bayesiano es la incorporación de información previa al estudio, a través de la distribución a priori. Debemos, por tanto, diseñar métodos de asignación de la información existente en distribuciones de probabilidad. Uno de los objetivos de esta Tesis es proponer métodos de elicitación simples y de fácil interpretación para cada uno de los modelos desarrollados.

Análisis coste-efectividad bayesiano con datos multicéntricos

Un gran número de análisis coste-efectividad son realizados a partir de estudios multicéntricos, e incluso multinacionales. Cuando se comparan tecnologías utilizando datos de diferentes centros, podría esperarse que el centro tuviese algún efecto en los resultados finales del tratamiento. Este capítulo analiza la modelización del centro en el que el paciente ha recibido el tratamiento. Teniendo en cuenta la estructura jerárquica de los datos en un estudio multicéntrico, se proponen los modelos multinivel como herramienta metodológica adecuada para su modelización. La estimación bayesiana de los modelos multinivel facilita la estimación del coste y la efectividad incremental de cada centro, pudiendo así construir curvas de aceptabilidad coste-efectividad por centros, así como de forma conjunta.

Incorporando incertidumbre en los modelos de análisis coste-efectividad

En este capítulo se hace referencia a la incertidumbre acerca del modelo que realmente sigue la efectividad y el coste. Asumiendo un modelo de regresión lineal para la efectividad y el coste, se cuestiona qué variables de las consideradas por el modelo son realmente explicativas de la efectividad o del coste. El análisis consiste en estimar todas las posibles combinaciones de las variables explicativas, asignando una probabilidad para cada modelo. La estimación final se obtiene como una media ponderada de todos los modelos estimados. Para la realización de este análisis se emplea la técnica BMA (Bayesian Model Averaging). La aplicación con datos reales muestra cómo el análisis BMA obtiene estimaciones más precisas de los parámetros de interés, reduciendo así la incertidumbre en la toma de decisiones.

**The Public-Private Mix for Health**

Editorial Radcliffe Publishing
Editor Alan Maynard
328 páginas

Se basa en las contribuciones que un nutrido número de expertos internacionales (tales como Cam Donaldson, Robert Evans o Alan Williams) realiza sobre la financiación y provisión de la sanidad en distintos países occidentales.

Alan Maynard destaca que el conflicto de intereses entre proveedores, financiadores y pacientes sigue siendo una cuestión de gran actualidad. Destaca sin embargo que, a diferencia de otros mercados, muchas de las reformas llevadas a cabo en los sistemas sanitarios internacionales no centran su atención en las verdaderas causas de la ineficiencia ni tampoco actúan realmente sobre los sistemas de incentivos. Las reformas y contra-reformas llevadas a cabo en el Reino Unido en los últimos años son ejemplo de ello. Estas ideas quedan reflejadas en el análisis detallado que se hace de diferentes sistemas sanitarios occidentales. En los primeros capítulos se discuten las reformas sanitarias de los gobiernos de Thatcher y Blair en el Reino Unido. El sistema americano, caracterizado por la calidad de sus tratamientos, pero también por su ineficiencia e inequidad, es analizado por Uwe Reinhardt. La sostenibilidad del sistema público canadiense es discutida por Bob Evans. Se analiza también la difícil situación de Francia y Alemania así como los sistemas públicos de los países escandinavos. Frente a los sistemas de provisión públicos, se describen las iniciativas que en Australia y Nueva Zelanda se están llevando a cabo para introducir elementos de mercado. En definitiva, un texto interesante que aporta una visión actualizada sobre cuestiones de máximo interés en torno a las reformas sanitarias en el mundo.

**Operations Research and Health Care. A Handbook of Methods and Applications**

Editorial: Kluwer 's Academic Publishers
Editores: M.L. Brandeu, F. Sainfort y W.P. Pierskalla
871 páginas

Las herramientas de la investigación operativa se emplean desde hace ya algún tiempo para la resolución de un amplio abanico de cuestiones en la atención sanitaria. Este volumen es una recopilación de las técnicas utilizadas y sus aplicaciones al ámbito sanitario.

Los temas tratados quedan estructurados en tres grandes bloques. Por una parte analiza brevemente los principales problemas y los retos a los que se enfrentan los sistemas sanitarios tanto en los países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo. En segundo lugar, resume las principales aplicaciones de la Investigación Operativa en los últimos diez años en sanidad, destacando las cuestiones y problemas tratados. En tercer lugar, presenta una serie de casos prácticos que reflejan aplicaciones actuales de la Investigación Operativa, destacando el problema tratado y la metodología empleada.

Dada la variedad de técnicas descrita, el texto no las trata en detalle, por lo que puede ser apropiado como punto de partida para las personas no expertas, estudiantes o profesionales de la salud y gestores. Sin embargo y al mismo tiempo, por las materias tratadas y el carácter técnico de algunos capítulos, puede ser de interés también para las personas expertas en Investigación Operativa.

Health Policy and Economics: Opportunities and Challenges

Autores: Peter Smith, Laura Ginnelly y Mark Sculpher
Editorial: Graw Hill Education Europe
288 páginas

Este texto surge a partir de una conferencia celebrada en la Universidad de York para celebrar los 20 años de investigación en economía de salud del Centre for Health Economics de dicha universidad. En él se describen las aportaciones que la economía de la salud ha realizado al desarrollo de la política sanitaria en muchos países. Aborda también qué papel jugará la disciplina en el futuro en la atención sanitaria. Está compuesto por 11 capítulos que recogen las aportaciones de los más prestigiosos economistas de la salud en York, abarcando temas tanto desde una perspectiva microeconómica como macroeconómica. Los primeros capítulos se centran en la valoración del output, los principales desarrollos en el análisis coste-efectividad y las preferencias de los pacientes sobre cuestiones de justicia en la política sanitaria. A partir del quinto capítulo, se tratan temas de componente más macroeconómico y de política sanitaria, entre los que se incluyen la regulación de los mercados sanitarios, la valoración de sistemas sanitarios, la financiación de la sanidad y las implicaciones de la descentralización e internacionalización de los sistemas de salud.

**Public Health, Ethics and Equity**

Autores: Sudhir Anand, Fabienne Peter y Amartya Sen
Editorial: Oxford University Press

Desde una perspectiva multidisciplinar y fundado en la visión de un grupo de expertos, el libro aborda distintos aspectos en torno a la equidad en salud. Parece claro que los niveles de salud han experimentado una notable mejora en los últimos años, reflejada a través de la reducción de la mortalidad a su vez asociada a mejoras en las condiciones de vida y de la atención sanitaria. Sin embargo, estos resultados no parecen distribuirse de forma equitativa. En muchos países, existen diferencias o éstas incluso han aumentado entre los que más y los que menos se benefician de dichos avances. Se divide en quince capítulos agrupados en cinco temas principales: el concepto de equidad en salud; equidad en salud y justicia social; responsabilidades de salud y atención sanitaria; cuestiones éticas en la evaluación económica y la perspectiva antropológica. El libro se basa en la premisa de que si la salud es necesaria para el desarrollo de las personas, las inequidades en salud afectan directamente a dicha capacidad y por tanto establecen desigualdad de oportunidades en la sociedad. Por ello, la equidad en salud debería ser considerada dentro de un marco más amplio como es la consecución de la justicia social. El libro será atractivo a los interesados en políticas públicas, salud pública, filosofía, economistas de la salud y analistas de sistemas de salud.

A través de esta sección, desde el Boletín pretendemos crear un espacio de participación activa de los lectores. El equipo editorial tratará de canalizar reseñas sobre temas, estancias en centros extranjeros, notas sobre investigaciones, "réplicas" a textos ya publicados y cualquier otro tipo de aportación o experiencia que contribuya a mejorar sus contenidos. Las aportaciones a esta sección se pueden dirigir a Laura Cabiedes, editora del Boletín (lcabie@uniovi.es), bajo el título "Con acuse de recibo".

EN BUSCA DE LA HIPÓTESIS NULA

Enrique Bernal Delgado

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

Ya sabéis, un año extramuros da para mucho. He notado que dura más que un año intramuros y en algunos sitios se hace más largo: menos vida social (hemos vivido en una zona rural de Nueva Inglaterra) y menos vida exterior (hemos vivido rodeados de nieve 120 días).

¿Y no teníamos otro sitio para ir? Seguro que habría otro sitio. Más al sur, Boston o Nueva York incluso Washington DC. Más al oeste, bastante más, San Francisco. Cómo explicar... Hanover NH es ese dulce destierro donde John E. Wennberg dirige el Center for the Evaluative Clinical Sciences, seminario incesante de ideas (y "papeles") y cuna natal del Atlas de Dartmouth¹. Vamos, "Tierra Santa".

Una crónica de un año da también para mucho. Me centraré, al azar, en algunos pasajes o experiencias quedándome con las ganas de hablar de mi encuentro con el Pop Art (el Pop Art se siente sólo allí), de la Apalachian Trail y mi ascensión al mítico Mount Washington (este año se registraron temperaturas de 100 grados bajo cero y vientos de 250 km por hora), de los *homeless* en San Francisco, de cómo regatear el precio de un KIA Sportage 4WD

del 2000, de los agentes de inmigración dedicados a control antiterrorista en la frontera con el Quebec (casualmente hispanos), de la carrera a la Casa Blanca (incluidas primarias demócratas), de la vida a 30 bajo cero llena de palabras sin traducción al español o del Dr. Seuss y *The Cat in the Hat* (el Dartmouth College también produce autores de cuento infantil).

Recalaré en un primer asunto que afecta a la naturaleza de las cosas. Entre los ritos iniciáticos lo más interesante ha sido alcanzar la condición de no ciudadano no inmigrante. Tan sólo dos horas de cola en la embajada estadounidense en Madrid son suficientes para alcanzar un bien, la VISA, cuya primera aportación es la incertidumbre de desconocer tu verdadera naturaleza. Considerando que el servicio que trata estos asuntos es el Servicio de Inmigración y Naturalización y conocido el hecho de que yo no era inmigrante, lo que queda es que la condición de no ciudadanía es equivalente a la ausencia de naturaleza. Empujado por el hallazgo decidí buscar *Citizenship for dummies* pero acabé releyendo *How to be an Alien?* pese a que George Mikes es húngaro y la referencia contextual es el

Reino Unido de los años 50. De nada sirvió, pero desde aquel día probaríamos, por un año, la ausencia de naturaleza rodeados de millones de acres de bosques y lagos nunca imaginados.

Segundo asunto para reflexión. Con el paso del tiempo, una vez digerida la vuelta, he observado que nuestra estancia ha girado en torno a refutar la hipótesis de la semejanza entre ellos (los americanos) y nosotros (los españoles); asumiendo, así, que nosotros los aragoneses de Zaragoza capital somos parecidos a los ayamontinos o los petroleros tejanos son semejantes a los productores de cerveza del antiguo puerto de Portland en Maine. Para *Thanksgiving* nos tocó un pavo de 7 kilos en Shaw's (deduzco que por la frecuencia en el consumo de leche de fórmula y pañales). Los 7 kilos se convirtieron en 5 litros de caldo, 46 croquetas, 32 pechugas marinadas en salsa de mostaza y muslos a lo chilindrón (terminé por cierto justo para ver el último cuarto de la Superbowl que ganaron los Patriots). En un alarde metodológico decidí testar con varios indígenas la hipótesis de la semejanza con el constructo de que en las cosas del estómago (como en las del rinencéfalo) los humanos no debemos ser

esencialmente distintos. Para ello mostré un reportaje fotográfico de la pitanza a mis compañeros de trabajo: 3 mujeres y 3 hombres. Todos ellos acostumbrados a meter el pavo en un horno durante horas y rellenarlo o no según los hogares. Esta fue la conversación: pragmatismo y *politeness* en tres frases. - *What's that?* - Turkey - *Isn't it cool?*

Más allá de la cosa culinaria me interesó el asunto de la solidaridad intergeneracional. La simple observación de personas de edad (mayores de 70 años) trabajando como cajeros, gasolineras, repenedores, bibliotecarias o presentadores de noticiarios reclamó mi atención. Especialmente, sugere fué mi encuentro con Kay Howdeshell, mi patrona, 85 años y largas conversaciones en torno a su mesa camilla (cambiaremos leche con tostas por té con pastel de ruibarbo pero las sensaciones siguen siendo las mismas). Kay gustaba de explicarme como "andan" los mayores por aquellas tierras. Reconozco que la sometí a largos interrogatorios... y es que al fin y al cabo, Kay cuyo sueño americano se matizó lejos de Estados Unidos, vivía con interesada expectación la reforma del Medicare (firmada en noviembre por Bush con una clá de figurantes detrás) y la respuesta de los entonces candidatos demócratas Dean, Kerry, Clark y Edwards a esa reforma y a la de la Seguridad Social.

Los prejuicios que fui formulando tras la lectura de *The Missing Middle*² (Uwe Reinhardt lo había recomendado en *Health Affairs*³) se convirtieron en juicios tras las largas conversaciones con Kay. Poco antes de venir cientos de

miles de mujeres interponían una querrela contra *Wal-Mart*, (*Always low prices!*), ejemplo del éxito de la retórica del Mercado en estado puro⁴, porque al ridículo salario percibido por los no asegurados trabajadores de la cadena había que añadir un trato discriminatorio por razón de sexo. Reconozco que yo también compré en *Wal-Mart*.

Por fin, ¿qué fui a hacer allí? En primer lugar, hacer caso a la tenaz sugerencia de Vicente y Bea de pasar una temporada en otro lugar del globo, preferentemente en el entorno de Nueva Inglaterra. También para que Voro, Ricard (y yo mismo) iniciásemos el régimen de desintoxicación. Gracias, a unos y otros.

En segundo lugar, para descubrir por qué John E Wennberg, atendía por Jack y no por Johnny. Según el *Oxford Dictionary of English Etymology*⁵, Jack se documenta como diminutivo de John desde el siglo XIII, en la forma *lacke* o *lakke*. Aunque no parece estar claro, desde el punto de vista fonético, no se puede descartar que el diminutivo original fuera *Johannken* > *Hanken* > *Hack* (similar al alemán *Hans* = (Jo)han(ne)s, y que la inicial se modificase por influencia del francés *Jacques* (= *Saint lac*(obu)s, en inglés *James*). No debe olvidarse que Inglaterra hasta el siglo XIV fue bilingüe, y el culto a Santiago se extendió precisamente a partir del s. XII.

Aparte de descubrir el fabuloso etimomundo de los *nicknames*, lo cierto es que este asunto permite conocer un rasgo fundamental del maestro. John atiende por Jack, y cuando alguien le pregunta ¿por qué Jack si eres John?, Jack

no acude al Oxford; tan sólo se sonroja, se encoge de hombros y señala con naturalidad "Why not? It is my name".

Y por último, la razón última era conocer al único grupo de investigadores, (con excepción hecha de los que se dedican a la epistemología neopopperiana) que tienen como motivación fundamental "*Supporting the null hypothesis*". Nada de particular salvo un nuevo paradigma de análisis de los servicios sanitarios (el análisis de las variaciones injustificadas y su efecto sobre la salud de las poblaciones), una encomiable trayectoria en la formulación de preguntas relevantes para la política sanitaria y la creación de un grupo de investigadores que siguen aportando respuestas certeras a las preguntas formuladas. Dejarme remitir al número especial de *Health Affairs* que glosa 30 años de investigación en variaciones en la práctica médica⁶. Qué decir... 30 incansables años apoyando (sin éxito) la hipótesis nula. Gracias Jack.

Pero lo más atractivo de mi estancia allí ha sido vivir otro mundo con Isabel, Jorge y Javier.

¹ www.dartmouthatlas.org

² *The Missing Middle: Working Families and the future of American Social Policy*. Skocpol T WW Norton & Co. New York, 2000. 207 páginas.

³ Reinhardt, Uwe E. *The Missing Middle* (Book Review). *Health Affairs* 2000; 19, 5: 243

⁴ Entiéndase sublimar la capacidad individual de elección, a cualquier precio.

⁵ <http://www.etymonline.com/>

⁶ <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.var.1>

PRÓXIMAS REUNIONES

10th INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON HEALTH INFORMATION MANAGEMENT RESEARCH

Lugar: Tesalónica, Grecia. Fechas: 22 a 24 de Septiembre de 2005.
Información: <http://www.seerc.info/ishimr2005/>

ENCUENTRO DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA (ESPAS)

Lugar: Las Palmas de Gran Canaria. Fechas: 1 a 5 de noviembre de 2005.
Información: <http://www.espas.info/>

21st PATIENT CLASSIFICATION SYSTEMS, INTERNATIONAL CONFERENCE

Lugar: Ljubljana, Eslovenia. Fechas: 6 a 8 de Octubre de 2005.
Información: <http://www.pcse.org/>

EUROPEAN HEALTH MANAGEMENT ASSOCIATION ANNUAL CONFERENCE 2005

Lugar: Barcelona. Fechas: 29 de Junio a 1 de Julio de 2005.
Información: http://www.ehma.org/activities/annual_registration.asp

X JORNADAS REAP SOBRE NUTRICIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

Lugar: Vitoria. Fechas: 27 a 29 de Mayo de 2005.
Información: <http://www.reap.es>

THIRD ANNUAL TRANSLATING RESEARCH INTO PRACTICE (TRIP) CONFERENCE

Lugar: Washington, DC. Fechas: 18 a 20 de Julio de 2005.
Información: <http://www.epc3.net/TRIP05/Conference/indexconference.html>

XXIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL (SECA)

Lugar: Cádiz. Fechas: del 17 a 20 de Octubre de 2005.
Información: <http://www.secalidad.org>

2005 EUROPEAN SOCIAL SERVICES CONFERENCE

Lugar: Edimburgo. Fechas: 4 a 6 de Julio de 2005.
Información: <http://www.socialeurope.com/edinburgh/programme.htm>

WORKSHOP ADVANCING THE METHODOLOGY OF DISCRETE CHOICE EXPERIMENTS IN HEALTH ECONOMICS (3a Edición)

(ECOMASST y Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria).
Lugar: Gran Canaria. Fechas: 6 y 7 de Julio de 2005.
Inscripción gratuita.
Información: <http://www.ulpgc.es/webs/wdce>

HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT INTERNATIONAL 2005 (HTAi; Health Technology Assessment International Society)

Lugar: Roma. Fechas: 20 a 22 de Junio de 2005.
Información: <http://www.htai.org/rome-2005/index.asp>

5th INTERNATIONAL CONFERENCE ON EVALUATION FOR PRACTICE

Lugar: Universidad de Huddersfield, Reino Unido. Fechas: 13 a 15 de Julio de 2005.
Información: http://www.europeanevaluation.org/evaluation_diary/5_th_international.html

ADVANCED HEALTH LEADERSHIP FORUM (2a Edición)

(Universidad de California, Berkeley y Universitat Pompeu Fabra, Barcelona).
Lugar: Barcelona (Parte I). Fechas: 15 a 22 de Julio de 2005.
Lugar: Berkeley (Parte II). Fechas: 6 a 13 de Enero de 2006.
Información: <http://www.ahlf.upf.edu>

CALASS 2005 (XVI CONGRESO DE ALASS; Asociación Latina para el Análisis de los Sistemas Sanitarios)

Lugar: Montréal. Fechas: 12 a 14 de Octubre de 2005.
Información: www.alass.org

JORNADA SOBRE ECONOMÍA Y GESTIÓN DEL MEDICAMENTO

(Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria y AES, patrocinada por Pfizer)
Lugar: Barcelona. Fecha: 2 de Junio de 2005.
Solicitud de Información: Oriol Anglada; oriol.anglada@idec.upf.edu
Teléfono: 93 5421842

FORMACIÓN

AVALIA-T: Curso de evaluación de tecnologías sanitarias <http://www.sergas.es/avalia-t/>

CRES-UPF: programas de formación a distancia (Farmacoeconomía y Economía de la Salud) y Advanced health leadership forum http://www.upf.es/cres/castella/index_cast.html

Cursos de Formación de SPSS <http://www.spss.com/es/formacion/presenciales-fechas.htm>

EASP (Escuela Andaluza Salud Pública): Programa docente amplio www.easp.es

ENS (Escuela Nacional Sanidad): Programa docente amplio <http://www.isciii.es/ens/>

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad de Las Palmas: Taller de Experimentos de Elección Discreta en Salud (DCE) www.ulpgc.es/webs/wdce

Fundación Gaspar Casal: Cursos en Macro/Meso/microgestión <http://www.fgcasal.org/>

Fundación Ramón Areces: "Economía de la Adicción y de la Desigualdad en Salud" <http://www.fundacionareces.es/Ofactos.htm>

IMAS (Institut Municipal Assistència Sanitària): "Performance, quality and accountability: can old questions be addressed the old-fashioned way?", cgalindo@imas.imim.es www.imasbcn.es

Institución Futuro: "El mercado del medicamento en España: Análisis y propuestas para la racionalización del gasto" <http://www.institucionfuturo.org>

MADS (Master Administración y Dirección Servicios Sanitarios): <http://www.e-mads.org/>

Red IRYSS: Habilidades informacionales en ciencias de la salud <http://www.rediryss.net/pub/units/rediryss/html/es/dir281/doc6261.html>

STATA Net Courses <http://www.stata.com/netcourse/>

Universidad de Oviedo (IUDE): Título de Especialista Universitario en Gestión Sanitaria <http://www.uniovi.es/iude/>

World bank Institution (WBI Learning Programs > Health, Nutrition & Population) www.worldbank.org

Bases para la concesión de Bolsas de Viaje para el extranjero convocadas por AES: véase en <http://www.aes.es> (Convocatorias).

Alta como socio protector

Se ha dado de alta como socio protector IASIST

Enhorabuena

Guillem López-Casasnovas, nombrado Consejero del Banco de España

José Luis Pinto, nombrado miembro del Consejo Editorial de *Health Economics*

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

ASOCIACIÓN ECONOMÍA DE LA SALUD
Sardenya, 229 6º 4ª • Tel. 231 40 66 • Fax 231 35 07 • 08013 BARCELONA
HORARIO: Lunes a Viernes: de 10 a 2 y de 3 a 7