



## En este número

### Portada

#### En este número

- En este número

#### Opinión

- Locales con humo en España (Spain is still different)

#### Temas

- Impacto económico de la regulación del consumo de tabaco en el ámbito de la hostelería: efectos previsibles de la ampliación de la ley 28/2005
- Análisis económico de los comportamientos de riesgo: consumo de alcohol y enfermedades de transmisión sexual

#### Tesis

- Variaciones en el consumo y gasto de medicamentos empleados en la hipertensión arterial en la Comunidad Valenciana
- Prevalencia de la fractura vertebral osteoporótica y factores de riesgo asociados en mujeres posmenopáusicas mayores de 50 años en la ciudad de Valencia

#### Con acuse de recibo

- La Beca Bayer alcanza la mayoría de edad
- Nuevos enfoques para la provisión de servicios sociales en Catalunya: el modelo del Consorci de Salut i d'Atenció Social de Catalunya (CSC)

#### Programa Preliminar XXX Jornadas AES

- Programa Preliminar XXX Jornadas AES

#### Noticias

- Noticias

## Noticias destacadas

### Locales con humo en España (Spain is still different)

El 1 de enero de 2006 entró en vigor la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (la Ley). A cuatro años de su aplicación destaca su impacto sobre la publicidad del tabaco, ahora prácticamente desaparecida, y sobre la exposición al humo ambiental de tabaco, notablemente reducida en el ámbito laboral en general. [+]

### Impacto económico de la regulación del consumo de tabaco en el ámbito de la hostelería: efectos previsibles de la ampliación de la ley 28/2005

El 1 de enero de 2006 entró en vigor la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (la Ley). En un país donde tradicionalmente las políticas de prevención y control del tabaquismo han sido débiles, la Ley ha sido un punto de inflexión incuestionable. A cuatro años de su aplicación destaca su impacto sobre la publicidad del tabaco, ahora prácticamente desaparecida, y sobre la exposición al humo ambiental de tabaco, notablemente reducida en el ámbito laboral en general. [+]

### Análisis económico de los comportamientos de riesgo: consumo de alcohol y enfermedades de transmisión sexual

El estado de salud de una persona a lo largo de su ciclo vital es determinado por su herencia genética, el mejor o peor acceso a servicios sanitarios de calidad, por la influencia de elementos de orden medioambiental, pero también por sus propias decisiones individuales.

A pesar del elevado gasto público invertido en campañas educativas e informativas destinado a modificar las pautas de riesgo individuales, no está claro bajo qué condiciones el mensaje consigue alterar la adopción de dichos comportamientos. [+]

## En este número

### OPINIÓN

Locales con humo en España (*Spain is still different*).  
*Ángel López Nicolás.*

### TEMAS

Impacto económico de la regulación del consumo de tabaco en el ámbito de la hostelería: efectos previsibles de la ampliación de la ley 28/2005.  
*Jaime Pinilla, Miguel Ángel Negrín.*

Análisis económico de los comportamientos de riesgo: consumo de alcohol y enfermedades de transmisión sexual.  
*Ana I. Gil Lacruz, Marta Gil Lacruz, Juan Oliva Moreno.*

### TESIS

Variaciones en el consumo y gasto de medicamentos empleados en la hipertensión arterial en la Comunidad Valenciana.  
*Gabriel Sanfélix-Gimeno.*

Prevalencia de la fractura vertebral osteoporótica y factores de riesgo asociados en mujeres posmenopáusicas mayores de 50 años en la ciudad de Valencia.  
*Begoña Reig Molla.*

### CON ACUSE DE RECIBO

La Beca Bayer alcanza la mayoría de edad.  
*Juan M. Cabasés, Carme Piñol, Marta Trapero-Bertran.*

Nuevos enfoques para la provisión de servicios sociales en Catalunya: el modelo del Consorci de Salut i d'Atenció Social de Catalunya (CSC).  
*Roger Aguilar, Oscar del Álamo.*

### PROGRAMA PREMILINAR XXX JORNADAS AES

### NOTICIAS

Congresos

- XXX Jornadas de Economía de la Salud

- 8th European Conference on Health Economics
- 3rd Biennial Conference of the American Society of Health Economists (ASHE)

#### Formación

- Máster en Economía de la Salud y del Medicamento
- Diploma de Posgrado en Economía de la Salud
- Diploma de Posgrado en Farmacoeconomía
- Curso de especialista en evaluación de intervenciones sanitarias (CEEIS)

Convocatoria de Asamblea General de AES

## Opinión

# Locales con humo en España (Spain is still different)

Ángel López Nicolás

Representante de AES en el CNPT

Catedrático de Economía Aplicada. Universidad Politécnica de Cartagena



El 1 de enero de 2006 entró en vigor la *Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco* (la Ley). A cuatro años de su aplicación destaca su impacto sobre la publicidad del tabaco, ahora prácticamente desaparecida, y sobre la exposición al humo ambiental de tabaco, notablemente reducida en el ámbito laboral en general. No obstante, diversos estudios señalan que las exenciones para el sector de la hostelería contempladas en la Ley (que permite fumar en los locales de menos de 100 m<sup>2</sup>, así como en los de mayor superficie si se establecen áreas diferenciadas para fumadores y no fumadores), deben ser eliminadas en aras a profundizar en el objetivo concreto de protección de los trabajadores de la hostelería ante el humo ambiental, y en el objetivo general de reducir la incidencia y prevalencia del consumo de tabaco en la población española. Ciertamente, en la práctica la Ley sólo ha conseguido transformar en lugares libres de humo una proporción escasa de bares, cafeterías y restaurantes, como señalan Villalbí y colegas (1).

Algunos economistas sostienen que siempre que exista un derecho de propiedad claramente definido sobre el aire del lugar en cuestión, su dueño es el que en mejor situación está para decidir sobre cómo, dónde, y cuándo se puede consumir tabaco, ya que tiene incentivos para maximizar el bienestar de los usuarios del espacio. Como corolario del argumento, el dueño debería poder permitir fumar según estime necesario en función del tipo de clientela, siendo además libre de compensar a sus trabajadores por el hecho de tener que inhalar humo ambiental y siendo éstos libres de aceptar tal compensación o cambiar de trabajo. Adda et al. (2) han elaborado un modelo que considera la existencia de clientes con distintas preferencias acerca del tabaco y que, en relativa consonancia con el argumento

anterior, sugiere como solución regulatoria dejar que los empresarios elijan.

Este tipo de argumento es simplista en tanto que ignora que la frecuentación de locales de ocio y hostelería es una forma de interacción social donde coinciden fumadores y no fumadores. En España, la histórica ausencia de restricciones ha instaurado una norma social por la cual el grupo tolera que sus fumadores fumen sin necesidad de preguntar, a la vez que impone un coste -de no conformidad con la norma- a los no fumadores que solicitan que no se fume. Poutvaara y Siemers (3) ilustran cómo con estas premisas es probable que no se alcance un acuerdo óptimo -o sea, ir al tipo de local que maximiza la utilidad del conjunto de los miembros del grupo-, sino que más bien se acuda "por defecto" a los locales que permiten el consumo de tabaco. Visto que menos de un tercio de la población adulta fuma habitualmente, el hecho de que una pequeñísima minoría de locales españoles haya escogido el aire limpio refrenda esta forma de ver las cosas. En otros países ocurría lo mismo hasta hace bien poco. No en vano, como manifestó el fundador de la cadena de pubs británica Wetherspoon "sería un suicidio comercial si una cadena de pubs no permitiese fumar en ausencia de una prohibición nacional por parte del Gobierno" (2).

Como ha sugerido Celentani con un simple argumento (4), la extensión de la obligatoriedad de los espacios sin humo a los locales hoy exentos generaría una ganancia en bienestar inmediata, simplemente porque en España el número de no fumadores dobla al de fumadores. Es decir, en término medio, por cada fumador que salga perdiendo por no poder fumar cuando salga con los amigos, dos no fumadores de la misma pandilla saldrán ganando. Podemos incluso matizar este cálculo si consideramos que según la Encuesta Catalana de Salud (muestra representativa de 4443 adultos en el módulo de tabaco) un 37% de los fumadores están muy de acuerdo o bastante de acuerdo con que se prohíba fumar en los restaurantes. O sea, que en un importante número de pandillas, todos -fumadores y no fumadores- saldrían ganando.

Si nos preguntamos por qué cerca del 40% de los fumadores apoya la prohibición total encontramos que entre los principales factores explicativos se encuentra la intención de dejar de fumar (que declara casi la mitad de los fumadores en activo), lo cual concuerda con lo observado en otros países (5) (6). Existe por tanto una demanda de mecanismos de refuerzo de auto-control entre los que desean dejar de fumar (Gruber y Kőcsgey han analizado formalmente esta forma de fallo en la soberanía del consumidor (7) (8) (9)).

La reforma de la Ley aumentaría el disfrute de los locales de ocio y hostelería, ayudaría a aquellos que quieran dejar de fumar, evitaría recaídas y además contribuiría a cambiar la norma social que establece que fumar es lo normal, lo cual reduciría el número de fumadores futuros. Es difícil cuantificar las ganancias de bienestar presentes y futuras que se conseguirían, pero no parecen despreciables. No obstante, parece que todas esas consideraciones quedan aparcadas cuando se menciona que la reforma podría perjudicar los resultados empresariales y el empleo en el ocio y la hostelería. La sensibilidad de la sociedad ante potenciales efectos adversos sobre la actividad económica en estos sectores es comprensible dado el actual escenario de crisis, pero es necesario valorar si dichos temores están realmente justificados o si, como en otras ocasiones, responden a la capacidad de influencia de los grupos de interés que ciertamente sufrirían por un descenso del consumo de tabaco.

En el marco de colaboración entre la Asociación de Economía de la Salud (AES) y el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (al que la primera se adhirió tras decisión tomada en Asamblea de Socios el año 2005), la Junta Directiva de AES ha encargado a dos de sus socios, Jaime Pinilla y Miguel Ángel Negrín un estudio que contribuya a esclarecer la polémica. Utilizando las herramientas propias de la Economía, Pinilla y Negrín analizan datos sobre la evolución de los resultados de los sectores afectados en España desde la aprobación de la actual Ley, lo que les permite pronunciarse acerca de los posibles efectos de una futura reforma. Asimismo revisan la evidencia disponible para algunos de los cada vez más países europeos donde ya se han implantado leyes de aire limpio en bares y restaurantes, destilando las implicaciones para el caso español.

La principal conclusión del informe es que no hay base empírica para afirmar que los españoles vayan a reducir su frecuentación a bares y restaurantes en el caso de que se amplíe la ley 28/2005 hasta la prohibición total de consumo en lugares de ocio y restauración (véase la sección de "Temas" en este número). Además, la revisión de estudios de

países donde ya se ha implantado la prohibición en todos los locales de ocio y restauración sugiere que no se pueden descartar aumentos globales en la frecuentación. En este sentido son muy indicativos los datos de una encuesta llevada a cabo por la Sociedad Española de Medicina de Familia a principios de mayo (sobre una muestra de 2369 personas entre las que están bien representados los colectivos de fumadores, ex fumadores y nunca fumadores). Si la Ley se modificase y todos los locales de ocio fuesen completamente libres de humo prácticamente la mitad de los encuestados no cambiarían su frecuentación, un 32,8% la aumentarían y sólo el 16,4% restante la reducirían.

En mayo de 2010, el Gobierno de España ha iniciado los trámites para modificar la Ley eliminando las exenciones para los locales de ocio y hostelería, que en la actualidad constituyen una anomalía en nuestro entorno socioeconómico. Como pongo de manifiesto en las líneas anteriores, pienso que hay suficientes argumentos económicos para justificar dicha modificación y espero que pronto dejemos de "ser diferentes" en este sentido.

#### Referencias

1. Villalbí JR et al. El tabaco en los establecimientos de restauración y hostelería: estudio observacional en Barcelona, 2008. Gaceta Sanitaria 2010; 1(24): 72-74.
2. Adda J et al. Market regulation and firm performance: The case of smoking bans in the UK. Institute for Fiscal Studies Working Papers. Londres: s.n., 2009. W09/13.
3. Poutvaara P, Siemers L-HR. Smoking and social intereraction. Journal of Health Economics 2008; 6(27): 1503-1515.
4. Celentani M. ¿Algo es gratis? Nada es gratis. [En línea] 3 de Marzo de 2010. [Citado el: 20 de Marzo de 2010.] <http://www.fedeablogs.net/economia/?p=3082>.
5. Kan K. Cigarette smoking and self-control. Journal of Health Economics 2007; 26: 61-81.
6. Herscht J. Smoking restrictions as a self-control mechanism. Journal of Risk and Uncertainty 2005; 1(31): 5-21.
7. Gruber J, Kösegy B. A modern view of tobacco taxation. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Paris : s.n., 2008.
8. Gruber J, Kösegy B. Is addiction "rational"? Theory and evidence. Quarterly Journal of Economics 2001; 116: 1261-1303.
9. Gruber J, Kösegy B. Tax incidence when individuals are time-inconsistent: the case of cigarette excise taxes. Journal of Public Economics 2004; 88: 1959-1987.

# previsibles de la ampliación de la ley 28/2005

Jaime Pinilla

Miguel Ángel Negrín

Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

El 1 de enero de 2006 entró en vigor la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (la Ley). En un país donde tradicionalmente las políticas de prevención y control del tabaquismo han sido débiles, la Ley ha sido un punto de inflexión incuestionable. A cuatro años de su aplicación destaca su impacto sobre la publicidad del tabaco, ahora prácticamente desaparecida, y sobre la exposición al humo ambiental de tabaco, notablemente reducida en el ámbito laboral en general.

La discusión al respecto del objetivo que se pretende con las políticas tabáquicas, con frecuencia deriva hacia consideraciones de carácter agregado sobre sus posibles efectos. Entre otras resulta muy importante la medida del impacto económico, con el propósito de detectar ineficiencias provocadas por este tipo de intervenciones. En España, el 1 de Enero de 2006 entró en vigor la Ley 28/2005 de medidas sanitarias frente al tabaquismo, la cual prohíbe fumar en centros y lugares de trabajo, así como en establecimientos de hostelería y restauración cerrados, con superficie superior a 100 metros cuadrados, a no ser que se habiliten zonas para no fumadores. Por encargo de AES (Asociación de Economía de la Salud) hemos realizado un informe cuyos objetivos son la estimación del impacto económico de la regulación del consumo de tabaco en el ámbito de la hostelería, y la evaluación prospectiva de los efectos de la ampliación de la ley hacia una prohibición total. A continuación destacamos los principales resultados:

1. De acuerdo con los datos disponibles, la ley 28/2005 no ha provocado ningún cambio sobre las tendencias pasadas del sector hostelero. En particular, en el sub-sector de establecimientos de comidas y bebidas, el empleo y la facturación han seguido creciendo, cerca de 47.000 nuevos puestos de trabajo y más de 2.200 millones de euros en 2006 respecto a 2005.

2. Además, las regiones y modalidades de negocio que han aprovechado la ley para definirse como lugares totalmente libres de humo no han sufrido una repuesta negativa por parte de los consumidores:

- El gasto medio en comidas y bebidas fuera del hogar de las familias residentes en Cataluña (comunidad que registra mayor número de locales libres de humo) entre 2006 y 2007 aumentó más de un 5%, más de tres veces el incremento del gasto de las familias madrileñas, un 1,5%, y 3 puntos más que la media nacional.

- Los establecimientos de comida rápida, donde el 80% prohíbe fumar, han mantenido un crecimiento medio en su facturación del 3% anual, incluso en los últimos años pese a la mala coyuntura económica.

- Los aeropuertos han quedado libre de humos y esta circunstancia no ha supuesto una caída en la facturación de sus servicios de restauración, todo lo contrario, el gasto por pasajero se incrementó a un ritmo del 10-12% en los años siguientes a la ley.

3. La ley actual ha defraudado a los españoles, en especial a los no fumadores. De acuerdo con los resultados de las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas sobre tabaquismo y nueva normativa, ninguno de los colectivos, fumadores, ex-fumadores y nunca fumadores, ha quedado plenamente satisfecho. En 2005, el 17,8% de los fumadores, el 36,5% de los ex-fumadores y el 50,8% de los nunca fumadores, percibían la ley como muy buena; en 2008 esta valoración cae en todos los colectivos, ahora el 12,1% de los fumadores, el 20,7% de los ex-fumadores y sólo el 20,3% de los nunca fumadores considera la ley como muy buena. En términos generales casi el 70% de los españoles no fuma de forma habitual, sin embargo, en el 80% de los bares y cafeterías está permitido fumar.

4. Irlanda fue uno de los países pioneros en aprobar la prohibición total del consumo de tabaco en lugares públicos. Tras años de aplicación de su ley, desde marzo de 2004, el análisis de los datos agregados del sector hostelero irlandés no parece mostrar efectos económicos adversos:

- Entre 2003 y 2007 el número de personas ocupadas en el sector hostelero irlandés aumentó en un 13,7% (la ley entró en vigor en marzo de 2004).
- Entre 2004-2005 aproximadamente el 87,7% del gasto semanal total en cervezas de las familias irlandesas se realizó fuera de casa.
- El Valor Añadido Bruto del Sector aumentó un 18,4% entre 2003-2007.
- Las demandas del sector hostelero irlandés para combatir la actual crisis económica no se refieren en ningún momento a la legislación frente al tabaco como causa de sus males.

5. Irlanda y España no son los únicos países con prohibiciones al consumo de tabaco. Animados por las Resoluciones y Recomendaciones de la Unión Europea muchos países han regulado la exposición al humo del tabaco ambiental en lugares cerrados. Las leyes nacionales varían significativamente entre los países, desde los que plantean una prohibición total, pasando por los que sólo autorizan fumar en salas para fumadores, hasta aquellos países que hacen excepciones en las prohibiciones, principalmente para el sector hostelero. El análisis de las experiencias legislativas de Noruega, Italia, Inglaterra, Escocia y Gales no aporta evidencia robusta a favor de un potencial efecto negativo para el sector hostelero. Se detecta un patrón general de aumentos en la intención de frecuentación de los que valoran el aire sin humo que más que compensa la reducción en la intención de frecuentación de los que valoran más poder fumar.

6. No se encuentra base empírica para afirmar que los españoles vayan a reducir su frecuentación a bares y restaurantes en el caso de que se amplíe la ley 28/2005 hasta la prohibición total de consumo en lugares de ocio y restauración.

Nota: El informe está disponible en la página web de la Asociación de Economía de la Salud ([Informe Impacto Económico Ley 28/2005](#))

## Análisis económico de los comportamientos de riesgo: consumo de alcohol y enfermedades de transmisión sexual

Ana I. Gil Lacruz

Universidad Autónoma de Madrid

Marta Gil Lacruz

Universidad de Zaragoza

Juan Oliva Moreno

Universidad de Castilla La Mancha

El estado de salud de una persona a lo largo de su ciclo vital es determinado por su herencia genética, el mejor o peor acceso a servicios sanitarios de calidad, por la influencia de elementos de orden medioambiental, pero también por sus propias decisiones individuales.

A pesar del elevado gasto público invertido en campañas educativas e informativas destinado a modificar las pautas de riesgo individuales, no está claro bajo qué condiciones el mensaje consigue alterar la adopción de dichos comportamientos.

Un mayor conocimiento de la causalidad entre los estilos de vida y los problemas de salud es imprescindible para diseñar y sugerir estrategias orientadas a mejorar el estado de salud de los ciudadanos españoles. Aunque hay consenso en la existencia de una fuerte asociación entre el consumo de drogas y las enfermedades de transmisión sexual, varias cuestiones se mantienen abiertas sobre la naturaleza causal de dicha asociación. Por ejemplo, una persona podría tener relaciones sexuales sin la protección adecuada por tener sus plenas facultades mermadas debido al abuso de alcohol; o los determinantes del consumo de alcohol y la actividad sexual podrían ser los mismos, de tal forma que una persona propensa a tomar riesgos lo sería tanto en su ingesta de alcohol como en sus relaciones sexuales; o el abuso de alcohol proporcionaría una excusa para justificar comportamientos arriesgados en las conductas sexuales.

Las implicaciones para las políticas de salud de esta investigación son importantes. Si el consumo de alcohol potencia que las personas adopten comportamientos sexuales de riesgo, entonces un menor consumo de estas sustancias reducirá las consecuencias negativas asociadas con los contactos sexuales de riesgo, como por ejemplo, las enfermedades transmisibles. Por tanto, si aceptamos esta hipótesis, políticas efectivas destinadas a frenar el consumo abusivo de bebidas alcohólicas conseguirán también contener la expansión de las enfermedades de transmisión sexual. En este caso, sería clave entender qué tipo de políticas (oferta/demanda) tienen un impacto superior en la lucha contra el abuso del alcohol. Si, por el contrario, no se encuentran evidencias de una relación consistente entre el consumo de alcohol y los comportamientos de riesgo que favorecen la transmisión de enfermedades venéreas, entonces es necesario diseñar políticas independientes que potencien la adopción de comportamientos saludables para cada uno de los tipos de riesgo.

El objetivo principal de este trabajo consiste en realizar un análisis económico del consumo de alcohol en los comportamientos sexuales de riesgo en España. Para ello recurrimos a la especificación y estimación de varios modelos econométricos.

Nuestra principal fuente de información empírica es la Encuesta de Salud y Comportamientos Sexuales (ESCS), llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003. La ESCS tiene en cuenta a personas con edades comprendidas entre los 18 y 49 años residentes en hogares a lo largo de todo el territorio español (tamaño de la muestra: 13.600 personas).

De los resultados concluimos que el consumo de alcohol podría aumentar la probabilidad de prácticas sexuales de riesgo (mantener relaciones sexuales con parejas ocasionales en los últimos 12 meses y mantener relaciones sexuales con parejas ocasionales sin uso del preservativo masculino en los últimos 12 meses).

En relación a las políticas específicas en materia de alcohol, hay suficiente evidencia empírica para apoyar la hipótesis de que el aumento del precio de las bebidas alcohólicas reduce la incidencia de los comportamientos sexuales de riesgo. En relación a las políticas anti-droga en general, también demostramos que el presupuesto público destinado a la prevención de las adicciones tiene efectos positivos en la reducción de los comportamientos sexuales de riesgo. No sólo es importante el tamaño del presupuesto, sino también a qué área se dirige. Por ejemplo, los incrementos en gasto en prevención e investigación parecen ser más efectivos en la reducción de la prevalencia de comportamientos sexuales de riesgo.

Para futuros trabajos sería interesante contrastar si los resultados derivados de una encuesta de corte transversal son consistentes con otros resultados obtenidos mediante datos de panel. La principal ventaja de usar datos de panel es



que permite controlar en mayor medida la heterogeneidad individual. También sería interesante estudiar la transmisión intergeneracional de hábitos, canales de expansión y redes sociales relevantes para el consumo de alcohol y las relaciones sexuales. Para llevar a cabo estos retos es fundamental diseñar encuestas ricas en información que incluyan datos longitudinales.

## Tesis

# Variaciones en el consumo y gasto de medicamentos empleados en la hipertensión arterial en la Comunidad Valenciana



Gabriel Sanfélix-Gimeno

*Tesis doctoral dirigida por los doctores Salvador Peiró Moreno y Jesús M. Aranaz Andrés, defendida el 22 de diciembre de 2009 en el Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología de la Universidad Miguel Hernández de Elche. Tribunal: Beatriz González López-Valcárcel, Julián Vitaller Burillo, Fernando Rodríguez Artalejo, Vicente Ortún Rubio, Antonio J García Ruiz. Calificación: Sobresaliente Cum Laude. Email: [sanfelix\\_gab@gva.es](mailto:sanfelix_gab@gva.es)*

Variaciones en el consumo y gasto de medicamentos empleados en la hipertensión arterial en la Comunidad Valenciana

**Introducción y objetivos:** La cantidad y el tipo de medicamentos que una población consume pueden variar enormemente dependiendo del lugar donde viva. Las variaciones poblacionales en los patrones de prescripción y consumo de medicamentos suponen un desafío importante para todos los sistemas de salud. A falta de explicaciones plausibles por el lado de las diferencias en morbilidad se ha sugerido que los médicos actúan de forma muy diferente ante situaciones similares, aspecto que plantea importantes preguntas sobre la efectividad, seguridad, equidad y la eficiencia social de las actuaciones médicas.

En España la variabilidad en los patrones de consumo de medicamentos desde una perspectiva poblacional ha sido muy poco estudiada. Una situación sorprendente si se considera la importancia de la prescripción farmacéutica en el gasto sanitario, su tendencia expansiva y la creciente preocupación por el uso adecuado de los medicamentos. El análisis de la variabilidad en el uso de antihipertensivos tiene aspectos específicos de interés. Por un lado, algunos de estos medicamentos se hallan entre los primeros subgrupos de gasto farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y, en agregado, los fármacos antihipertensivos suponen cerca del 15% del gasto farmacéutico total. Por otro lado, su uso está apoyado por sólidas evidencias de eficacia por lo que en principio cabría esperar una baja variabilidad entre territorios que tuvieran una prevalencia similar de hipertensión arterial (HTA).

El objetivo de este trabajo es estimar el consumo, el precio y el gasto en antihipertensivos por zonas básicas de salud (ZBS) de la Comunidad Valenciana, y analizar su variabilidad.

## Métodos

Diseño: Estudio ecológico, descriptivo del consumo, precio y gasto farmacéutico de antihipertensivos en las ZBS de la Comunidad Valenciana en el año 2005, seguido de análisis de la variabilidad observada y un análisis multinivel; Población/ámbito: El individuo de análisis son las 239 Zonas Básicas de Salud existentes en la Comunidad Valenciana, que se agrupan en 22 Departamentos. Selección grupos terapéuticos: 1) Antagonistas de receptores alfa-adrenérgicos (C02CA), sólo se seleccionó la doxazosina; 2) Diuréticos (C03), se excluyeron los agentes ahorradores de potasio; 3) Agentes Beta-bloqueantes (C07); 4) Bloqueantes de canales de calcio (C08); y 5) Agentes que actúan sobre el sistema Renina-Angiotensina (C09), se incluyeron los IECA y los ARA-II. Medidas de resultados: Dosis diarias definidas consumidas por cada 1000 habitantes y día (DHD); Gasto por 1000 habitantes y año; Precio medio de la DDD; Razones de utilización estandarizadas (RUE). Análisis: Análisis descriptivo de consumo, precio, gasto y razones estandarizadas de utilización. Análisis de la variabilidad utilizando los estadísticos del análisis de áreas pequeñas. También se analizaron las asociaciones entre el consumo (y el precio y gasto) de los diferentes subgrupos terapéuticos. Finalmente se realizó un análisis de la varianza explicada por el factor Departamento y un análisis multinivel para identificar los departamentos que significativamente se desvían del consumo medio y cuantificar dicha desviación.

## Resultados

El consumo global de antihipertensivos en la Comunidad Valenciana en 2005 fue de 235,6 DHD, este consumo se concentra en los pensionistas (800 DDD por cada 1000 pensionistas y día). En los activos el consumo es mucho más discreto y se sitúa en torno a 73 DHD. Estas cifras se traducen en un gasto anual en antihipertensivos en 2005 de 198,65 millones de euros, que supone el 4,8% del presupuesto de la Agencia Valenciana de Salud en ese año. El consumo de fármacos antihipertensivos, por subgrupos terapéuticos, osciló entre 442 DDD/1000p/Día para los IECA/ARA-II y 32 DDD/1000p/Día para la doxazosina. Para los activos observamos un comportamiento similar, aunque con consumos mucho menores. La variabilidad en el consumo, con coeficientes de variación entre 0,20 y 0,40, puede considerarse moderada, y es algo mayor en activos.

Respecto a los precios medios de la DDD se pueden agrupar en dos grupos, por un lado la doxazosina, los calcio-antagonistas y los IECA/ARA-II con un precio en torno a los 60 céntimos de euro, doblando el precio de los diuréticos y los betabloqueantes, que se sitúan alrededor de 30 céntimos. En general se observa una variabilidad baja. Respecto al gasto, destacan los IECA/ARA-II y los calcio-antagonistas con un gasto medio anual en la Comunidad Valenciana de más de 120.000 €/1000P/año entre ambos, que suponen el 84% del gasto total en antihipertensivos en pensionistas. La variabilidad es muy similar a la observada para el consumo.

La variabilidad observada apenas se atenúa al utilizar unidades territoriales mayores como los Departamentos de Salud o al estandarizar por edad y sexo. Respecto a los mapas de las RUE por ZBS no se observan patrones geográficos marcados.

Finalmente, los consumos de los diferentes grupos terapéuticos correlacionaron fuertemente entre sí, tanto en activos ( $r$ : desde 0,34 a 0,69;  $p < 0,05$  en todos los casos) como en pensionistas ( $r$ : desde 0,48 a 0,79;  $p < 0,05$  en todos los casos). El consumo de activos y pensionistas también correlacionó fuertemente entre sí ( $r \geq 0,60$ ). Las correlaciones en precios fueron más discretas que las de consumo, mientras que en gasto fueron muy similares.

El análisis de la varianza explicada por el factor Departamento muestra que las diferencias entre departamentos explican una parte importante de las diferencias entre ZBS, llegando a explicar en los IECA/ARA-II un 32% de la varianza, y hasta un 44% en los betabloqueantes.

## Conclusiones

Este estudio muestra una notable variabilidad en el consumo global de antihipertensivos por ZBS y Departamentos en la Comunidad Valenciana. En el contexto del conocimiento actual sobre el manejo de la hipertensión arterial en España, es probable que se deba a un problema de infrautilización en las ZBS con bajo consumo antes que a un problema de sobreutilización, por esta razón en los territorios con tasas más bajas debería hacerse un esfuerzo por mejorar el control de este factor de riesgo. Además, este estudio confirma el elevado gasto farmacéutico que conlleva la hipertensión arterial en la Comunidad Valenciana. Aunque el principal factor explicativo del gasto parece ser las cantidades de antihipertensivos, los precios también tienen importancia y son un factor más accesible a las intervenciones de política y gestión sanitaria que las cantidades. En esta situación parece razonable diseñar e implementar estrategias que favorezcan el uso de aquellos de menor precio.

# Prevalencia de la fractura vertebral osteoporótica y factores de riesgo asociados en mujeres posmenopáusicas mayores de 50 años en la ciudad de Valencia



Begoña Reig Molla

*Tesis doctoral dirigida por los Doctores José Sanfélix Genoves, Vicente Gil Guillem y Salvador Peiró Moreno, defendida el 7 de abril de 2009 en el Departamento de Medicina Clínica de la Universidad Miguel Hernández de Elx. Tribunal: Jorge Navarro Pérez (Presidente), Fernando Andrés Quirce, Joan Quiles Izquierdo, José Andrés Román Ivorra y José Carlos Rosas Gómez de Salazar. Email: [reigmb@comv.es](mailto:reigmb@comv.es)*

Prevalencia de la fractura vertebral osteoporótica y factores de riesgo asociados en mujeres posmenopáusicas mayores de 50 años en la ciudad de Valencia

## Introducción

La osteoporosis y su consecuencia, la fractura, constituyen un problema de salud con importantes repercusiones individuales, familiares y sociales. Es una enfermedad de alta prevalencia, pero de difícil estimación por ser asintomática hasta que no se produce la fractura, y los estudios poblacionales son caros, con importantes dificultades, y proporcionan datos desiguales. Tanto la osteoporosis como la presencia de fracturas vertebrales son elementos esenciales para valorar el riesgo de sufrir nuevas fracturas en cualquier lugar del esqueleto, pero el conocimiento de su prevalencia poblacional es muy escaso, tanto en España como en otros países.

## Objetivos

Estimar la prevalencia de fractura vertebral, de la osteoporosis y de los factores de riesgo asociados en las mujeres posmenopáusicas mayores de 50 años en la ciudad de Valencia.

## Participantes y Métodos

Estudio transversal, descriptivo con componentes analíticos. Muestra poblacional estratificada por grupos de edad de mujeres posmenopáusicas mayores de 50 años residentes en la ciudad de Valencia obtenida por muestreo aleatorio del Sistema de Información Poblacional. A las mujeres participantes se les realizó una encuesta estructurada mediante

entrevista; una densitometría de columna vertebral y de cadera, y una radiografía lateral de columna dorsal centrada en D7 y columna lumbar en L2. La osteoporosis densitométrica se definió por criterios OMS. La evaluación radiológica de la presencia de fracturas vertebrales se realizó de acuerdo con el método semicuantitativo de Genant.

#### Resultados

De las 1.758 mujeres seleccionadas a las que se les invitó a participar en el estudio por correo, se confirmó la recepción de la carta en el 75,6% (1.329), de estas sólo el 6,9% no cumplían los criterios de inclusión. La muestra final estudiada fue de 824 mujeres (46,87%). Las mujeres estudiadas tenían una edad media de 64 años con un rango de edad entre 50 y 87 años. La prevalencia de fractura vertebral se estimó en 21,3% (IC95: 17,74-25,11); por grupos de edad fue de: 4,63% (0,64- 8,62) en el grupo de 50 a 54 años, 7,19% (3,08-11,30) en el grupo de 55 a 59 años, 11,98% (7,03-16,92) en el grupo de 60 a 64 años, 14,55% (9,14-19,95) en el grupo de 65 a 69 años, 24,48% (17,39-31,56) en el grupo de 70 a 74 años, y de 46,27% (34,22-58,32) en las mayores de 75 años. La prevalencia de osteoporosis densitométrica de columna lumbar se estimó en 26,95% (23,11-30,79) y la de osteoporosis de cuello femoral en 15,11% (11,73-18,49). La prevalencia global fue 31,75% (27,80-35,70).

#### Conclusiones

La fractura vertebral y la osteoporosis densitométrica presentan una alta prevalencia en las mujeres posmenopáusicas valencianas. Una de cada cinco mujeres presenta fractura vertebral y una de cada tres osteoporosis densitométrica. Las variables asociadas a la fractura vertebral fueron la mayor edad, la presencia de osteoporosis densitométrica, el nivel educativo y la presencia de factores de alto riesgo de caídas. Las variables asociadas a la presencia de osteoporosis densitométrica fueron la mayor edad, el tener un índice de masa corporal por debajo de 19 (infrapeso), la baja ingesta de calcio y el hipoprogesteronismo.

Con acuse de recibo

## La Beca Bayer alcanza la mayoría de edad

Juan M. Cabasés

Universidad Pública de Navarra

Carme Piñol

Bayer Healthcare

Marta Trapero-Bertran

Brunel University (HERG), Universitat Pompeu Fabra (CRES)

Alcanzar la mayoría de edad es símbolo de cambio, madurez y toma de decisiones. Podríamos describir este momento como el ecuador entre la adolescencia y la edad adulta, momento importante para cualquier persona e institución.

La *Beca Bayer* nació hace 18 años. Desde 1992, ininterrumpidamente, ha intentado fomentar la investigación en los jóvenes talentos de nuestro país. Oficialmente es 'Beca de Investigación en Economía de la Salud', aunque se conoce popularmente como '*Beca Bayer*'.

La historia de este beca se ha ido desarrollando a lo largo de los años a través de los 88 proyectos que se han presentado hasta ahora, con una media de 5 proyectos por año. En conjunto, Química Farmacéutica Bayer ha destinado un total de 150.000€ a los socios jóvenes de la Asociación de Economía de la Salud (AES), con el objetivo de estimular la investigación, formar equipos de investigación y promover la pertenencia a AES. Hasta el año 2002 la ayuda consistía en una cantidad de 6000€, importe que se duplicó a partir de ese momento.

Se trata de una convocatoria semicompetitiva, dirigida preferentemente a socios jóvenes de AES, normalmente avalados por investigadores seniors, y evaluada a lo largo de su historia por 9 tribunales, compuestos siempre de 4 miembros, tres de los cuáles son nombrados por la Junta Directiva de AES, y un representante de Bayer, que actúa como Secretario, sin voto. A lo largo de este tiempo se han otorgado 18 becas a 25 investigadores socios de AES. Los temas de investigación han sido bastante diversos y de ámbito amplio en la disciplina de Economía de la Salud: análisis del gasto sanitario (Ignacio Abásolo, 1995), equidad y desigualdades (Rosa Urbanos, 1998; Joan Costa, 2003; Aitana Lertxundi y Marc Sáez, 2004; Emma García, José M<sup>a</sup> Labeaga y Ana Carolina, 2005), evaluación económica (Eulalia Dalmau, 1994; Rosa Rodríguez, 1999; Eva Rodríguez, 2000; Miguel Ángel Negrín, 2002), medidas de salud y producto hospitalario (Eduardo Sánchez, 2009; Victor Fernández, 2001; Julián Librero, 1996), financiación de proveedores (Laura Pellisé, 1993), hábitos de vida y salud (Ana Isabel Gil, Marta Gil y Juan Oliva, 2008), renta y salud (Pilar García, Ana Tur y Ángel López 2006), farmacia (Iván Moreno, 2007), incapacidad temporal (María Antonia Barceló Marc Saéz, 1997), y difusión de las innovaciones (Laura Cabiedes, 1992). A todos ellos, y a todos los que han presentado trabajos a lo largo de las 18 convocatorias, muchas gracias por contribuir a la historia de la *Beca Bayer*.

Los requisitos para obtener la beca son importantes. En primer lugar, hay que cumplir los criterios establecidos en las bases: proyecto original e inédito; investigador principal español, o actividad en España, y menor de 35 años; desarrollo del proyecto en España; proyecto en curso; incompatibilidad con otras ayudas, incluso con solicitud a otros premios o becas; requisitos formales de la memoria: antecedentes, hipótesis, objetivos, material y métodos, limitaciones, viabilidad, CV de todos los investigadores, presupuesto detallado; y no haber ganado ninguna *Beca Bayer* antes. Los proyectos que cumplen los requisitos son evaluados por el tribunal, que puntúa la calidad, la relevancia y la factibilidad del proyecto, junto al CV del solicitante.

La *Beca Bayer* ha permitido consolidar capacidad investigadora en jóvenes valores, que hoy son investigadores en Economía de la Salud. De los 25 ganadores de la *Beca Bayer*, se ha podido contactar con 21 de ellos para hacer un seguimiento. Todos ellos continúan trabajando en Economía de la Salud. La mayoría (81%) trabajan en entidades públicas, de los cuales un 82% trabajan en la universidad. Únicamente dos personas trabajan en entidades privadas. Otras dos son estudiantes de doctorado. El 81% son profesionales que provienen del campo económico, y únicamente un 9,5% provienen del campo sanitario. También hay una psicóloga y una investigadora procedente del área de las matemáticas.

Se han publicado 25 trabajos financiados con la *Beca Bayer* en las siguientes revistas científicas: Gaceta Sanitaria (6), Health Economics (3), Hacienda Pública Española (3), European Journal of Public Health (2), Revista de Economía Aplicada (2), Revista Española de Salud Pública (2), European Journal of Health Economics (1), Health Care Management Science (1), Journal of Clinical Epidemiology (1), Journal of Epidemiology and Community Health (1), Información Comercial Española (1), SORT (1), Estudios de Economía Aplicada (1), Journal of Modern Applied Statistical Methods (1). Buena parte son productos de tesis doctorales que se han ido defendiendo a la largo de estos años.

Nuestra valoración es que se trata de una excelente inversión en capital humano, good value for money. La beca ha permitido dar el impulso final a muchas tesis doctorales, producir abundantes publicaciones en revistas de impacto y ensanchar la capacidad investigadora en economía de la salud en España. Podría catalogarse entre los mecanismos de incentivos monetarios que refuerzan la motivación intrínseca.

No nos queda más que agradecer a Química Farmacéutica Bayer por esta iniciativa y su incondicional apoyo a nuestra asociación, a los evaluadores, los cuáles han sabido mantener el elevado nivel investigador de la beca, y a todos los

solicitantes y ganadores, que han convertido en éxito los 18 años de historia. Como Asociación debemos seguir manteniendo y alimentando, entre todos, este estímulo en los años futuros.

## Nuevos enfoques para la provisión de servicios sociales en Catalunya: el modelo del Consorci de Salut i d'Atenció Social de Catalunya (CSC)

Roser Aguilar

Directora de Atención Social del CSC, raguilar@chc.cat

Oscar del Alamo

Director de Proyectos del CSC, oalamo@chc.cat

La aparición de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAPAD) y de la nueva Ley de Servicios Sociales en Catalunya ha supuesto nuevas y grandes oportunidades en la provisión de servicios sociales para los ciudadanos, tanto en términos de cantidad como de calidad, aunque también implica afrontar una serie de desafíos de primer orden. Especialmente, los obstáculos se encuentran en los aspectos vinculados a la implementación en la medida que, ante los cambios derivados del nuevo marco legislativo, se requiere una reestructuración del concepto de servicios sociales a través de nuevos parámetros de planificación y mediante nuevos instrumentos para la prestación. Es precisamente aquí donde la administración local, sobre la que recae la responsabilidad de desplegar este nuevo sistema, tiene dificultades.

La misma Ley de Servicios Sociales ofrece ventanas de oportunidad para superarlas. Entre ellas, la posibilidad de diseñar e implementar nuevas fórmulas de gestión de la cartera de servicios sociales que permitan un uso más racional, efectivo y eficiente de los recursos. Dicha ley indica que los municipios, igual que otros entes locales, pueden ejercer competencias propias de la Administración de la Generalitat de Catalunya por vía de delegación, de encargo de gestión o de fórmulas de gestión conjunta, sin perjuicio de las competencias que las leyes les atribuyen. En este sentido, existe la posibilidad de generar entes territoriales de gestión de carácter público que permiten la incorporación de herramientas organizativas, tanto para la gestión económica como para aquella más vinculada a los recursos humanos, que tradicionalmente habían sido propiamente empresariales. Esta opción permite no sólo la participación activa de los municipios en la gobernanza local sino también establecer un seguimiento preciso de la calidad de los servicios y del grado de satisfacción de sus ciudadanos cuando los reciben.

Desde el Consorcio de Salud y de Atención Social de Catalunya (CSC), como entidad asociativa que reúne a entidades prestadoras de servicios de salud y sociales de carácter local, la figura de los consorcios de gestión territorial ha sido la fórmula que, desde hace tiempo, se ha promovido conjuntamente con las entidades que están asociadas. Este ha sido el modelo considerado más adecuado no sólo para lograr los hitos indicados en la ley sino también para aspirar a una mayor satisfacción por parte de la ciudadanía y a una sostenibilidad del coste de los servicios. A través de la figura de los consorcios, se facilita la coparticipación de los actores consorciados en el despliegue de los entes, municipales o supramunicipales, para la gestión de los servicios sociales y la incorporación de dicha gestión dentro una misma titularidad, la pública. Estos dos factores permiten lograr progresos que pueden valorarse desde perspectivas diferentes pero interrelacionadas:

1. Desde la perspectiva del usuario/ciudadano, se facilita la continuidad en la prestación de los servicios. Un hecho

que, como resultado, permite que la oferta y la organización de la cartera de servicios se estructure de tal forma que el ciudadano pueda disfrutar de un desplazamiento transversal en el sistema y desarrollar un itinerario de servicios adecuado, adaptado y en consonancia a sus necesidades. Como fruto de esta tendencia, se puede apuntar no sólo a una mejor calidad técnica de los servicios recibidos (esfuerzo de coordinación entre las diferentes etapas del itinerario) sino también en un aumento de la calidad percibida (satisfacción de expectativas) por parte del usuario y en la detección, por parte de éste, del valor añadido que generan los cambios introducidos.

2. Desde la perspectiva de la institucionalidad local, los beneficios son evidentes en la medida que el gobierno municipal ejerce la plena competencia en la toma de decisiones, supervisa integralmente el conjunto de servicios que se prestan y se dota de herramientas para calibrar su calidad. En conjunto, se puede obtener un nivel de monitoreo muy exhaustivo de todos los aspectos en los cuales el gobierno local quiera incidir, manteniendo la vocación y la titularidad pública de la prestación y gestión de los servicios.

3. Desde la experiencia del CSC, la oferta de servicios en forma de plataforma mejora planteamientos existentes y ofrece un gran conjunto de oportunidades en términos de alcance, calidad y eficiencia, en la medida en que: a) favorece la organización de los servicios de una forma articulada; b) ofrece a los usuarios (ciudadanos) una atención continuada e individualizada; c) les provee de los recursos que necesitan en cada momento para afrontar sus necesidades de atención social. De este modo: se evitan duplicidades y se incrementan las probabilidades de lograr la eficiencia en la prestación de los servicios desde un ámbito de proximidad hacia el ciudadano; se garantiza tanto la cobertura de la demanda como la flexibilidad en la prestación mediante una cartera de servicios que permite generar la atención al ciudadano en aquel punto del sistema que ofrezca un balance entre gasto y efectividad considerado como más adecuado.

4. Finalmente, desde la perspectiva de los equipos técnicos responsables de los servicios sociales municipales y de los profesionales prescriptores de los servicios, se logra un total conocimiento, en tiempo real, de la dinámica de todo el circuito que genera la prescripción de un servicio: desde la puesta en marcha, el coste y el impacto sobre el presupuesto hasta el grado de satisfacción del destinatario final. Se trata, pues, que los equipos técnicos municipales dejen de ser un actor más dentro del sistema de la función pública para adquirir una implicación más significativa y decisoria en el entorno a la gestión de servicios y que esta función pueda convertirse en un instrumento propio del municipio.

Con estos elementos, el CSC apuesta por un modelo integral, descentralizado, transversal y con capacidad de adaptarse a las necesidades de los ciudadanos: integral en la medida que contempla la atención como un continuo asistencial; descentralizado en tanto permite la gestión de los recursos desde el territorio y garantiza la adaptación del modelo a la diversidad existente; transversal porque permite una gestión de los recursos suficientemente flexible capaz de ofrecer a las personas los servicios más adecuados, adaptarlos en función de su evolución, y con un coste sostenible.

Miércoles, 23 de junio

08.30h-09.30h Acreditación y entrega de documentación

09.30h-11.15h SESIONES SIMULTÁNEAS

09.30h-11.15h MESA 1

Contratos de riesgo compartido: teoría y práctica

Coordinador y moderador: Ricard Meneu, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Valencia

Economía de los contratos de riesgo compartido

Jaume Puig, Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra. Barcelona

Riesgo compartido: ¿por qué no? Visión del financiador

Antoni Gilabert, Gerencia de Atención Farmacéutica y Prestaciones Complementarias del Servicio Catalán de la Salud. Barcelona

Medidas y medición de resultados: acuerdos y desacuerdos en el reparto de riesgos

Xavier Badia, Health Economics & Outcomes Research, IMS Health. Barcelona

09.30h-11.15h MESA 2

Políticas de salud y estilos de vida

Moderadora: Patricia Cubí, City University. Londres

09.30h-11.15h MESA 3

Evaluación económica de tecnologías y medicamentos

Moderador: Oriol Solá-Morales, Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdica. Barcelona

11.15h-11.45h *Pausa - café*

11.45h-12.15h ACTO INAUGURAL

Manuel Cervera Taulet, Honorable Sr. Conseller de Sanitat de la Generalitat Valenciana

Esteban Morcillo Sánchez, Excmo. y Mgfc. Sr. Rector de la Universitat de Valencia

Vicente Ortún, Presidente del Comité Científico de las XXX Jornadas de Economía de la Salud

Enrique Bernal, Presidente de la Asociación de Economía de la Salud

Salvador Peiró, Presidente del Comité Organizador de las XXX Jornadas de Economía de la Salud

12.15h-13.45h CONFERENCIA

Aligning Incentives to Achieve the Performance One Cannot Micro-Manage

Presenta: Vicente Ortún, Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra. Barcelona

Harold S. Luft, Professor of Health Policy and Health Economics, Director of the Institute for Health Policy Studies.

School of Medicine, University of California. Miembro del Institute of Medicine

13.45h-15.30h *Almuerzo de trabajo*

14.00h-14.30h Sesión de Pósteres I

Evaluación económica de medicamentos biológicos y oncológicos

Evaluación y difusión de tecnologías

Carga de enfermedad y cost-of-illness

Valoración de estados de salud y calidad de vida

Logística y gestión de centros sanitarios



15.00h-15.30h Sesión de Pósteres II  
Satisfacción, calidad y preferencias de los pacientes  
Estudios de utilización de medicamentos  
Análisis del impacto presupuestario y en consumo de recursos de las innovaciones terapéuticas  
Análisis coste-efectividad de medicamentos  
Análisis coste-efectividad en salud mental

15.30h-16.50h *SESIONES SIMULTÁNEAS*

15.30h-16.50h MESA 4  
Technology Diffusion in Health Care  
Coordinador y moderador: Pedro Pita Barros, Universidade Nova. Lisboa

Technology adoption in health care  
Xavier Martínez-Giralt, Universitat Autònoma de Barcelona

The effect of information in the provision of health care. Is information equally useful for everyone?  
Manuel García Goñi, Universidad Autónoma de Madrid

Technology diffusion and substitution of medical innovations  
Victoria Serra-Sastre, City University. Londres

15.30h-16.50h MESA 5  
Inmigración, turismo sanitario, ¿dualización sanitaria?  
Coordinadora y moderadora: Rosa Urbanos, Universidad Complutense. Madrid

Asistencia sanitaria transfronteriza en Europa. Efectos de las normas comunitarias para el SNS  
Jorge Relaño, Subdirector General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión, Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid

Estado de salud y utilización de servicios sanitarios de la población inmigrante en España  
Juan Oliva, Universidad de Castilla-La Mancha. Toledo

La dualización de la sanidad pública española y sus consecuencias  
José Manuel Freire, Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III. Madrid

16.50h-17.10h *Pausa-café*

15.30h-16.50h MESA 6  
Variabilidad en la práctica clínica: hospitalizaciones, prescripción, resultados  
Moderador: Julián Librero, Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia e Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS). Zaragoza

15.30h-16.50h MESA 7  
Aplicaciones de los métodos econométricos a las medidas de salud, preferencias y modelos de decisión  
Moderador: David Cantarero, Universidad de Cantabria

15.30h-16.50h MESA 8  
Evaluación económica de medicamentos  
Moderador: Manuel Ridao, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS). Zaragoza

16.50h-17.10h *Pausa-café*

17.10h-18.45h *SESIONES SIMULTÁNEAS*

17.10h-18.45h MESA 9

El Seguro Sanitario Privado, revisitado

Coordinadora y moderadora: Alexandrina P. Stoyanova, Universitat de Barcelona

Competencia y elección en seguros de salud obligatorios: el caso de MUFACE

Pere Ibern, Universitat Pompeu Fabra. Barcelona

The Demand for Private Health Insurance in NHS Settings: What we know?

Mireia Jofre, University City College. Londres

Issues in Private Health Insurance

Alistair McGuire, London School of Economics. Londres

17.10h-18.45h MESA 10

Cuarta Garantía e Innovación

Coordinador y moderador: Antonio J. García, Departamento de Farmacología, Universidad de Málaga

Medicamentos, innovación y eficiencia

José Antonio Sacristán, Director Médico de Lilly. Madrid

Innovación coste-efectiva: necesitamos nuevas reglas de juego

Paloma Fernández Cano, Gerente de Relaciones Externas. Merck Sharp & Dohme. Madrid

Uso de la información económica en las evaluaciones sobre nuevos medicamentos: una visión desde la práctica

José María Recalde, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

17.10h-18.45h MESA 11

Valoración de estados de salud

Moderadora: Cristina Hernández-Quevedo, London School of Economics. Londres

17.10h-18.45h PRESENTACIÓN DEL GRUPO ESPAÑOL DE JÓVENES EPIDEMIÓLOGOS Y SALUBRISTAS (GRUPO EJE)

Economía de la salud: un acercamiento con los Jóvenes [Epidemiólogos](#) y Salubristas

Marisa Estarlich, Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP). Valencia

Raquel Faubel, Fundación Hospital Universitario La Fe e ITACA - TSB, Universidad Politécnica de Valencia

Eva María Navarrete, Departamento de Salud Pública, Universidad Miguel Hernández. Elche

David Rojas, Centre de Recerca en Epidemiologia Ambiental (CREAL). Barcelona

17.10h-18.45h MESA 12

Pagos, copagos y gastos de bolsillo

Moderadora: Marisa Buglioli, Universidad de la República. Uruguay

19.00h-20.30h JUNTA SESPAS

Jueves, 24 de junio

08.30h Apertura de la secretaría

09.00h-10.30h *SESIONES SIMULTÁNEAS*

09.00h-10.30h MESA 13

Economía de la información, responsabilidad social e impacto de las redes sociales

Coordinador y moderador: Juan del Llano, Fundación Gaspar Casal y Asociación Española de Tecnologías Sanitarias

Los problemas de información asimétrica, la comunicación y la responsabilidad social de las empresas en el sector sanitario

Juan José Ganuza, Universitat Pompeu Fabra

La responsabilidad del blogger sanitario

Enrique Gavilán, Médico de Familia. Técnico de Salud, Unidad Docente del Área de Salud de Plasencia. Co-director del blog "Saludyotrascosasdecomer"

El papel de los medios de comunicación generalistas en el intercambio de información

Milagros Pérez-Oliva, Defensora del lector, El País

09.00h-10.30h MESA 14

Insuficiencias y excesos de la atención buco-dental en España. Un análisis económico

Coordinador y moderador: Miguel Ángel Negrín, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

La economía de los servicios de salud oral

Emili Cuenca, Universitat de Barcelona

Organización y financiación de los servicios de salud oral en España

Jaime Pinilla, Universidad de las Palmas de Gran Canaria

Utilización y demanda de asistencia odontológica en España en los últimos 25 años

Manuel Bravo, Universidad de Granada

09.00h-10.30h MESA 15

Demanda y utilización de servicios sanitarios

Moderador: Luis Currais, Univesidad de A Coruña

09.00h-10.30h MESA 16

Producción de salud y recursos humanos

Moderador: Enrique Bernal, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud

09.00h-10.30h MESA 17

Evaluación económica en salud, atención sanitaria salud pública

Moderador: Ángel López-Nicolás, Universidad Politécnica de Cartagena

10.30h-11.00h *Pausa - café*

11.00h-12.30h *SESIONES SIMULTÁNEAS*

11.00h-12.30h MESA 18

Medicamentos huérfanos: entre la innovación y la sostenibilidad

Coordinador y moderador: Carlos Campillo, IBSALUT, Palma de Mallorca

European Union action in the field of rare diseases and orphan drugs

Antoni Montserrat, Policy Officer for Rare and Neurodevelopmental Diseases. Health and Consumers General-Directorate (DG SANCO). Bruselas

Gestión farmacoterapéutica de los medicamentos huérfanos

Olga Delgado, Servicio de Farmacia, Hospital Universitario Son Dureta. Mallorca

Should we value rarity? Views from a health economist

Claire Hulme, University of Leeds

11.00h-12.30h MESA 19

Métodos cuantitativos aplicados en Economía de la Salud: los modelos multinivel

Coordinador y moderador: Miguel Ángel Negrín, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Los modelos multinivel y la aplicación de medidas de varianza en la interpretación de las diferencias geográficas en utilización de servicios sanitarios

Juan Merlo, Lund. Suecia

Modelos multinivel aplicados al diseño de intervenciones para mejorar la prescripción de antibióticos en atención primaria

Beatriz González López-Valcárcel, Universidad de las Palmas de Gran Canaria

Análisis coste-efectividad con datos multicéntricos. Aplicación de los modelos multinivel en metaanálisis

Francisco-José Vázquez Polo, Universidad de las Palmas de Gran Canaria

11.00h-12.30h MESA 20

Estudios de carga de la enfermedad y Cost-of-illness studies

Moderadora: Mireia Jofré, University City College. Londres

11.00h-12.30h MESA 21

Gestión, organización e innovaciones en centros sanitarios: gestión clínica

Moderador: Sergio García Vicente, Grupo Hospitalario Quirón. Valencia

11.00h-12.30h MESA 22

Variabilidad y adecuación de la asistencia sanitaria

Moderador: Estanislao Arana, Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud

12.30h-14.00h *SESIONES SIMULTÁNEAS*

12.30h-14.00h MESA 23

Incentives in Primary Health Care. Lessons from the National Health Service

Coordinadora y moderadora: Anna García-Altés, Department of Public Health Sciences, Division of Health and Social Care Research, King's College University

David Colin-Thome, National Clinical Director for Primary Care, Department of Health, National Health Service

Mike Pringle, Professor of General Practice, University of Nottingham

Payment for performance in chronic disease management: examples from other countries, how they compare to the UK and their results

Nicholas Mays, Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine

12.30h-14.00h MESA 24

Avances en la medida de la Calidad de vida relacionada con la salud

Coordinador y moderador: Juan Cabasés, Universidad Pública de Navarra

New developments in health states valuation methodology

Nancy Devlin, Director of Research, Office of Health Economics & Senior Associate, King's Fund 12 Whitehall

Desarrollo y pruebas iniciales de una versión oficial de 5 niveles del EQ-5D

Michael Herdman, CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Unitat de Recerca en Serveis Sanitaris, IMIM-Hospital del Mar. Barcelona

Aplicación Informática para el análisis de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

Eduardo Sánchez Iriso, Departamento de Economía, Universidad Pública de Navarra

12.30h-14.00h MESA 25

Aplicaciones de los métodos cuantitativos en ensayos clínicos, análisis de datos de proveedores, y a los estilos de vida

Moderador: Jaime Pinilla, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

12.30h-14.00h MESA 26

Gestión, innovación organizativa y listas de espera

Moderador: Felipe Aizpuru, Unidad de Investigación, Hospital de Txagorritxu. Álava

12.30h-14.00h MESA 27

Desigualdades y equidad (I): desigualdades en salud

Moderadora: Alexandrina P. Stoyanova, Universitat de Barcelona

14.00h-15.30h *Almuerzo de trabajo*

14.00h-14.30h Sesión de Pósteres III

Análisis económico en pruebas, instrumentos y criterios diagnósticos y de cribado

Análisis económico en enfermedades infecto-contagiosas y vacunas

Análisis económico de la atención a las enfermedades crónicas

Utilización y demanda de servicios sanitarios

Instrumentos de gestión clínica y sanitaria

15.00h-15.30h Sesión de Pósteres IV

Instrumentos de gestión clínica y sanitaria  
Innovación y cambio organizativo en la atención sanitaria  
Gestión sanitaria y económica  
Gestión económica y sanitaria  
Sistemas de salud, desigualdades y políticas sanitarias  
Recursos humanos

15.30h-17.00h *SESIONES SIMULTÁNEAS*

15.30h-16.30h CONFERENCIA

Measuring Health Services

Presenta: Francisco Goerlich, Universidad de Valencia e Instituto Valenciano de Investigaciones Económicas (IVIE)

Paul Schreyer, Acting Director, Statistics Directorate, OECD

15.30h-17.00h MESA 28

Debate: Los incentivos en Atención Primaria: experiencias y avances en España

Coordinador y moderador: Salvador Peiró, Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP). Valencia

Vicente Ortún, Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

Gregorio Gómez Soriano, Agencia Valenciana de Salud

Gaspar Tamborero, IBSALUT. Mallorca

José J. Martín, Universidad de Granada

15.30h-17.00h MESA 29

Utilización, demanda, eficiencia

Moderadora: Pilar García Gómez, Erasmus University. Rotterdam

15.30h-17.00h MESA 30

Análisis económico de la dependencia y la institucionalización

Moderador: José Luis Martínez Zahonero, Universitat de València

15.30h-17.00h MESA 31

Evaluación económica en prevención y salud pública

Moderadora: Marta Trapero-Bertrán, Brunel University

15.30h-17.00h PRESENTACIÓN DE LIBROS

Vicente Ortún, Ricard Meneu

El buen gobierno sanitario

Ortún V, Callejón M, Colomer J, Gervas J, Meneu R, Padrón N

Sandra García Armesto  
Health Systems in Transition: Spain. 2010  
García Armesto S, Abadía B, Durán A, Bernal Delgado E

Alvaro Hidalgo  
Determinantes del consumo de fármacos y de su prescripción. Madrid: Fundación Gaspar Casal; 2010  
Hidalgo A; del Llano J; Pérez S

Juan del Llano  
Los 100 términos más utilizados en gestión sanitaria y clínica para médicos. Madrid: Fundación Gaspar Casal; 2010  
del Llano J, Peiró S, Quecedo L, Villar N, Raigada F, Ruiz Ferrán J

17.00h-17.30h *Pausa - café*

17.30h-19.00h ASAMBLEA GENERAL DE SOCIOS

21.00h Cena de las Jornadas  
Hotel Astoria

Viernes, 25 de junio

08.30h Apertura de la secretaría

09.00h-10.30h *SESIONES SIMULTÁNEAS*

09.00h-10.30h MESA 32  
Análisis económico de la sanidad  
Moderador: Pere Ibern, Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra. Barcelona

09.00h-10.30h MESA 33  
La orientación al cliente según las formas de gestión de los hospitales  
En colaboración con la SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL (SECA)

Coordinador y moderador: Pedro Parra, Presidente de la Sociedad Española de Calidad Asistencial

Tomás Quirós, Director de Organización Asistencial y Calidad, Departamento de Salud de La Ribera. Alzira, Comunidad Valenciana

Santiago Rabanal, Director Gerente Hospital Galdakao, Osakidetza

María García Cubillo, Directora Gerente, Empresa Publica Hospital de Poniente. Consejería de Salud, Junta de Andalucía

09.00h-10.30h MESA 34  
Gasto farmacéutico y evaluación de políticas  
Moderador: Eusebi Castaño, Conselleria de Salut i Consum Illes Balears

09.00h-10.30h MESA 35  
Evaluación de reformas sanitarias

Moderador: Rodrigo Castro

09.00h-10.30h MESA 36

Desigualdades y equidad: igualdad de oportunidades y equidad en el acceso

Moderadora: Rosa Urbanos, Universidad Complutense. Madrid

10.30h-11.00h *Pausa - café*

11.00h-11.30h ACTO DE ENTREGA DE PREMIOS Y BECAS DE INVESTIGACIÓN

Premio Cátedra Janssen-Cilag a las mejores comunicaciones oral y escrita

Antonio J. García, Departamento de Farmacología, Universidad de Málaga y Cátedra Janssen-Cilag de Farmacoeconomía

Enrique Bernal, Presidente de la Asociación de Economía de la Salud

Presidente del Jurado del Premio

Presentación del Premio IEF al mejor artículo de economía de la salud publicado en 2009

José María Labeaga, Director del Instituto de Estudios Fiscales

Presidente del Jurado del Premio IEF al mejor artículo de economía de la salud - 2009

Presidente de la Asociación de Economía de la Salud

Beca AES de investigación en Economía de la Salud

Presidente de la Asociación de Economía de la Salud

Presidente del Jurado de la Beca AES de investigación en Economía de la Salud

Secretario del Jurado de la Beca AES de investigación en Economía de la Salud

11.30h-12.00h ACTO DE CLAUSURA

Salvador Peiró, Presidente del Comité Organizador de las XXX Jornadas de Economía de la Salud

Vicente Ortún, Presidente del Comité Científico de las XXX Jornadas de Economía de la Salud

Presidente del Comité Científico de las XXXI Jornadas de Economía de la Salud

Presidente de la Asociación de Economía de la Salud

12.00h-13.00h CONFERENCIA DE CLAUSURA

Cuerpos individuales y cuerpos colectivos: sobre el uso de medidas de varianza y de asociación en epidemiología social

Presenta: Beatriz González López-Valcárcel, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

Juan Merlo, Professor in Public Health and Community Medicine, Unit for Social Epidemiology, Department of Clinical Sciences, and Chief physician (Social Medicine) Center for Primary Health Care Research Faculty of Medicine, Lund University. Suecia



# Noticias

## Congresos

XXX Jornadas de Economía de la Salud

Valencia, 22 al 25 de junio de 2010

“Servicios sanitarios ¿cuáles? ¿para quién? ¿cómo?”

[www.aes.es/Jornadas/](http://www.aes.es/Jornadas/)

8th European Conference on Health Economics

7-10 July 2010, Helsinki, Finland

“Connecting Health and Economics”

[www.eche2010.fi/](http://www.eche2010.fi/)

3rd Biennial Conference of the American Society of Health Economists (ASHE)

20-23 June, Ithaca, New York, USA

“Health, Healthcare and Behavior”

<http://healtheconomics.us/>

## Formación

Máster en Economía de la Salud y del Medicamento

Diploma de Posgrado en Economía de la Salud

Diploma de Posgrado en Farmacoeconomía

*Organiza:* IDEC (Instituto de Educación Continua) de la Universidad Pompeu Fabra y CRES (Centre de Recerca en Economia i Salut)

Programa dirigido por Jaume Puig-Junoy, Profesor Titular del Departamento de Economía y Empresa de la Universidad Pompeu Fabra, y codirigido por Carles Murillo Fort, Catedrático del Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra.

*Calendario:* Octubre 2010 - Junio 2012

*Modalidad:* online

Más información en: [www.idec.upf.edu/mesol](http://www.idec.upf.edu/mesol)

Curso de especialista en evaluación de intervenciones sanitarias (CEEIS)

Entidades organizadoras: Universidad de Castilla La Mancha e Instituto Max Weber

Primera edición.-Septiembre 2010-diciembre 2010

*Directores:* Álvaro Hidalgo y Juan Oliva

Información y contacto: Silvia Balaguer (Tel: 916 362 342; Email: [Silvia.Balaguer@imw](mailto:Silvia.Balaguer@imw)) y

<http://www.eeis.posgrado.uclm.es/>

## Convocatoria de Asamblea General de AES

La Asociación de Economía de la Salud celebrará la Asamblea General de Socios el jueves 24 de junio a las 17:30 horas, durante las XXX Jornadas AES que se celebran en Valencia.

Durante la Asamblea se llevará a cabo la aprobación de los nuevos estatutos de la asociación, cuya propuesta

(<http://www.aes.es/estatutos.php>) ha estado sometida a consulta en la web de AES hasta el 23 de mayo del presente año.

AES-Secretaría  
Suport Serveis - Calvet 30-entr. 2ª  
08021 Barcelona

Tel. 93 201 75 71 - Fax 93 201 97 89  
aes@suportserveis.com -  
secretaria@aes.es

Horario: de 9 a 14h. y de 15 a 17h.

Editor del boletín: Ángel López Nicolás ([angel.lopeznicolas@gmail.com](mailto:angel.lopeznicolas@gmail.com))

Editora de redacción: Ana Tur Prats

Comité de redacción: Laura Cabiedes, David Casado, Josep Fusté, Juan Oliva, Salvador Peiró, Jaime Pinilla, Oriol de Solà-Morales y Manuel García Goñi

Han colaborado en este número: Roser Aguilar, Juan M. Cabasés, Oscar del Alamo, Ana I. Gil Lacruz, Marta Gil Lacruz, Ángel López Nicolás, Miguel Ángel Negrín, Juan Oliva Moreno, Jaime Pinilla, Carme Piñol, Begoña Reig Molla, Gabriel Sanfélix-Gimeno y Marta Trapero-Bertran.