



En este número

Portada

En este número

- En este número

Opinión

- Efectos y oportunidades de la crisis económica para la salud

Temas

- Reacciones adversas inducidas por contrastes radiológicos en pacientes sometidos a tomografía computerizada en España: análisis coste-efectividad
- La financiación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia

Tesis

- Scaling Methods, Health Preferences and Health Effects
- Technology Diffusion in Health Care: A Microeconomic Analysis of the NHS

Con acuse de recibo

- Acto de imposición de Condecoraciones de la Orden Civil de Sanidad
- Jornada "Diez años de Gestión Clínica y Sanitaria"

Noticias

- Noticias

Noticias destacadas

Efectos y oportunidades de la crisis económica para la salud

En un editorial publicado en Gaceta Sanitaria a principios de 2009(1) revisábamos la literatura sobre las repercusiones de las crisis económicas en la salud basándonos en la introspección y la lógica de los mecanismos causales plausibles, y en la revisión de experiencias de crisis anteriores. [+]

Jornada "Diez años de Gestión Clínica y Sanitaria"

La Revista Gestión Clínica y Sanitaria (GCS) <http://www.iiss.es/gcs/> es una revista trimestral de resúmenes comentados sobre textos publicados, de acceso gratuito y directo. El primer número salió en 1999. Tan importante como los textos comentados son las opiniones de los comentaristas, que con su conocimiento ponen en contexto los resultados e ideas. Claves son los directores, Ricard Meneu, Jaume Puig, Soledad Márquez, Juan del Llano y Enrique Bernal. La continuidad de tal revista es insólita en el panorama internacional; la falta de apoyos institucionales, también. [+]

En este número

En este número

OPINIÓN

Efectos y oportunidades de la crisis económica para la salud.
Carmen Delia Dávila Quintana y Beatriz González López-Valcárcel.

TEMAS

Reacciones adversas inducidas por contrastes radiológicos en pacientes sometidos a tomografía computerizada en España: análisis coste-efectividad.

Ferrán Catalá-López, Estanislao Arana.

La financiación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

Sergi Jiménez-Martín y Cristina Vilaplana Prieto.

TESIS

Scaling Methods, Health Preferences and Health Effects.

Patricia Cubí-Mollá.

Technology Diffusion in Health Care: A Microeconomic Analysis of the NHS.

Victoria Serra-Sastre.

CON ACUSE DE RECIBO

Acto de imposición de Condecoraciones de la Orden Civil de Sanidad. Palabras del Prof. Félix Lobo en representación de todos los condecorados.

Félix Lobo.

Jornada "Diez años de Gestión Clínica y Sanitaria".

Juan Gérvas.

NOTICIAS

Felicitaciones

Felicitamos a los socios Andrés Cernadas Ramos, Sergi Jiménez Martín y Cristina Vilaplana Prieto y Pilar García Gómez.

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)
- VI Seminario CRES: Técnicas de Modelización en Evaluación Económica de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias.

Becas y bolsas de viaje

- Beca de Investigación en Economía de la Salud y Servicios Sanitarios 2010
- Bolsas de viaje para la asistencia al Congreso de ECHE 2010 en Finlandia
- Bolsas de viaje para la asistencia a las Jornadas AES 2010

Efectos y oportunidades de la crisis económica para la salud

Carmen Delia Dávila Quintana y Beatriz González López-Valcárcel. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria



En un editorial publicado en Gaceta Sanitaria a principios de 2009(1) revisábamos la literatura sobre las repercusiones de las crisis económicas en la salud basándonos en la introspección y la lógica de los mecanismos causales plausibles, y en la revisión de experiencias de crisis anteriores. Concluíamos que no se puede generalizar. Ni todas las crisis son iguales, en intensidad, duración y situación de partida, ni sus efectos manifiestan patrones predecibles. En los países pobres, las crisis son devastadoras y dejan secuelas durante años, por la doble vía del empobrecimiento y de la falta de cobertura médica asociada al desempleo(2-4); en algunos países ricos y a corto plazo, en cambio, el paro parece ser bueno para la salud, pues hace de detonante del cambio hacia comportamientos saludables(5). Por eso aparece recurrentemente el patrón de una reducción de mortalidad específica por determinadas causas en las fases bajistas del ciclo económico, en Estados Unidos(6), Francia(7), España(8) y el conjunto de países de la OCDE(9). Estos resultados de análisis de series temporales sofisticados son contrarios a los que tradicionalmente se obtenían con series más largas y métodos más simples(10-13).

Los efectos indirectos de las crisis sobre la salud pueden ser más importantes que los directos, por ejemplo a través del aumento de la desigualdad en la distribución de la renta: a mayor desigualdad peor salud(14); o porque la salud pasa a segundo plano en las agendas de los políticos y en la lista de preocupaciones de los ciudadanos. Además, los efectos a largo plazo podrían ser más intensos que los de corto plazo.

En marzo de 2009, la OMS organizó una conferencia sobre crisis y salud. Su Directora General advertía entonces que aunque el sector de la salud no hubiera tenido que ver con la crisis financiera, terminaría por ser el más afectado¹. Hace diez meses, cuando escribíamos aquel editorial, apenas pudimos encontrar efectos tangibles de la joven crisis económica española sobre la salud ni la sanidad. Hoy, enero de 2010, algunas cosas han cambiado y la crisis va dejando síntomas de su paso a medida que avanza el tiempo, en España y fuera. Los estados de EEUU recortaron drásticamente los programas preventivos en 2008 y 2009 para ajustar presupuestos². Algunos países, como Irlanda, suspendieron la vacunación universal del Virus del Papiloma Humano³. En España, la intensificación de los recortes se ha demorado hasta los presupuestos de 2010, y se va acumulando déficit público, difiriendo el pago de los costes de la crisis y deteriorando la credibilidad financiera del país. Standard & Poor's rebajó por primera vez la cualificación de España en enero de 2009⁴ y amenazó en diciembre de ese mismo año con volver a rebajarla⁵. Además, la crisis coincide temporalmente con fuertes tensiones expansivas del gasto por



el cambio del sistema de financiación autonómica, cuyo acuerdo pasa necesariamente, aunque no suficientemente, por la mejora generalizada de las CCAA. Las promesas de beneficio a largo plazo son lo primero a lo que se renuncia con la crisis, de ahí que los fondos para investigación se resientan más que los asistenciales, y la prevención más que el tratamiento. En los presupuestos generales del Estado de 2010, la investigación sanitaria se reduce un 8,8%, más que el conjunto de la I+D+i civil (1,4%).

La crisis actual compromete el largo plazo, no solamente porque las personas cambian sus comportamientos (desinvierten en capital humano, se marginan al quedar en desempleo, empobrecen su alimentación), sino también porque el gasto social de hoy compromete la productividad del mañana. El riesgo de seguir sumidos en la crisis mientras el resto de países avanzados despega oscurece hoy el panorama. La cuestión de los efectos intergeneracionales cobra interés, así como la equidad a lo largo del ciclo de vida de las personas (15, 16), de ahí la propuesta del National Institute of Welfare Enhancement, NIWE(17) para preservar el Estado del Bienestar mediante consensos liderados por agencias independientes que impidan a los gobiernos caer en la tentación del cortoplacismo electoral.

¿Llevamos suficiente tiempo de recesión para advertir sus efectos sobre la sanidad y sobre la salud? Los mecanismos del estado del bienestar y la vertebración social están funcionando a toda máquina para paliar los efectos devastadores del empobrecimiento. Pero no somos una excepción, en EEUU uno de cada cuatro niños recibe bonos de comida, en algunas áreas hasta el 70% de los niños⁶. En España, se ha desatado una trama de mecanismos y organismos redistribuidores de dinero y en especie, en un batiburrillo que comprende ONGs laicas y religiosas; todos los niveles de la Administración; asociaciones de diversos tipos, y las redes sociales de los que han caído en desgracia económica. Durante 2008, las demandas de atención hacia Cáritas aumentaron un 50%⁷ y en el primer semestre de 2009 aumentaron aún más(18).

Mientras tanto, los servicios de salud tardaban en reaccionar ante la crisis. Los presupuestos iniciales de gasto sanitario de las CCAA, salvo en La Rioja, siguieron subiendo, en su conjunto un 8% en 2008 y un 4,5% en 2009, en los primeros años de la crisis⁸. Únicamente en los presupuestos iniciales de 2010 algunas CCAA, como Madrid o Canarias se proponen reducir el gasto sanitario, mientras que otras, como Andalucía, Galicia o País Vasco lo mantienen en los niveles de 2009 con una ligera reducción testimonial que no llega al punto porcentual.

En el fondo, prevalece el prejuicio de que recortar el presupuesto es intrínsecamente malo. Mucho peor que malgastarlo en procedimientos inadecuados o iatrogénicos. Confundiendo racionalizar (de razón: poner cabeza) con racionar (de ración: sinónimo de limitar, que en el sector se suele asimilar a escatimar), con frecuencia las actuaciones consisten en no actuar, por ejemplo, no sustituir personal cuando hay bajas. Raramente se plantean recortes selectivos con criterios de efectividad, o coste-efectividad. Tampoco abundan los planes de choque para vaciar las bolsas de despilfarro, que son visibles sin necesidad de microscopio. Mientras que las reducciones más tangibles de recursos públicos, para fondos de investigación sanitaria y en programas preventivos, posiblemente tengan efectos de largo plazo, la alegría del gasto para combatir la gripe A es un síntoma de hipertrofia cortoplacista, y se ha presentado a los ciudadanos no como un dispendio sino conforme a la máxima de "no escatimar nada a la salud".

A estas alturas de la crisis las estadísticas oficiales ya permiten detectar cambios de comportamiento de las personas con posible afectación a la salud, al menos a medio o largo plazo. Según el panel de consumo extradoméstico, que muestrea cada semestre a unos 14.000 individuos de 10 y más años, una tercera parte del gasto total en alimentación de los españoles se realiza fuera del hogar⁹ y hacemos seis mil ochocientos millones de visitas al año a bares, restaurantes y otros establecimientos alimentarios, unas 145 por persona y año. De ellos, 306 millones de visitas son a restaurantes de comida rápida, unas 6,5 por persona y año. Aunque con la crisis se redujo el consumo extradoméstico, España es uno de los países donde más han crecido el empleo y el número de establecimientos de McDonald's(19). En la Restauración Colectiva y Social (comedores de colegios, de empresas, hospitales, cárceles,

etc.), el grupo de alimentos con mayor crecimiento acumulado anual en el tercer trimestre de 2009 ha sido la de Platos preparados y precocinados (6,1%) seguido del pan y la carne, lo cual resulta preocupante ya que la oferta alimentaria suele ser cerrada o semicerrada (menús sin posibilidad de elegir entre diversas opciones). Los comedores colectivos incluyen los comedores escolares y como se sabe la infancia es una etapa crucial en la adquisición de hábitos y pautas alimentarias que condicionarán el estado nutricional y la salud en etapas posteriores de la vida. Pero la crisis no ha hecho sino agudizar la tendencia preexistente a aumentar el consumo, también en el hogar, de los platos preparados y precocinados y de los bollos, pasteles y galletas. Desde 2004 (enero a septiembre) a 2009 estos consumos crecieron en volumen un 17,6% y 16,3% respectivamente, por encima de las frutas y hortalizas frescas y muy por encima del pescado fresco, que se redujo casi un 5%. Alertamos, pues, sobre el riesgo de que con la crisis empeore la prevalencia de sobrepeso y obesidad, como ocurrió en Finlandia(20).

Un objetivo de la Agenda de Lisboa para 2010 es que el 85% de los jóvenes complete la enseñanza post-obligatoria (bachillerato o formación profesional) pero todavía estamos en el 65%, muy por debajo del objetivo. En el tercer trimestre de 2009 había 172.000 jóvenes entre 16 y 19 años parados y sin seguir ningún tipo de formación, reglada o no reglada. Son dos de cada tres jóvenes parados. Este panorama parece que empeora con la crisis, en el tercer trimestre de 2007 eran menos (101.200) y representaban un porcentaje menor de los parados (61%). Y menor aun en 2005 (55%). Así pues, no es sólo que la crisis expulse del mercado laboral a los adolescentes, sino que van quedando masivamente, y cada vez más, en los márgenes del sistema educativo. Y ya se sabe que jóvenes más educados hoy serán adultos más sanos mañana.

En síntesis, es posible que las consecuencias negativas de mayor impacto de la crisis se produzcan a largo plazo. Ojalá también se consigan efectos positivos, porque sería una pena no aprovechar la crisis para cambiar reglas del juego, sentando bases de futuro y virando el rumbo: creando el NICE español, o europeo, y levantando la cuarta barrera para incluir nuevas tecnologías en la cobertura pública; construyendo un sistema de indicadores transparente, que permita la rendición de cuentas, inherente a la democracia, y terminar así con el juego institucional entre CCAA basado en el principio de la no cooperación y en la barrera de los sistemas de información autóctonos blindados; y purgando las carteras de servicios, y los propios servicios, de prácticas -que son rutinas- ineficaces, obsoletas, innecesarias e ineficientes.

1. http://www.who.int/dg/speeches/2009/financiar_crisis_20090318/es/index.html
2. Ver por ejemplo <http://www.stateline.org/live/details/story?contentId=417167>;
<http://www.astho.org/122208PRStateBudgetCuts.aspx> ; <http://www.kff.org/uninsured/kcmu110508pkg.cfm>
3. <http://www.dohc.ie/press/releases/2008/20081104b.html>
4. <http://www.nytimes.com/2009/01/19/business/worldbusiness/19iht-19peseta.19484311.html>
5. http://www.bloomberg.com/apps/news?pid=20601085&sid=aswY91RN_H1Q
6. <http://www.nytimes.com/interactive/2009/11/28/us/20091128-foodstamps.html>
7. http://www.caritas.es/Componentes/ficheros/file_view.php?MTI4MTc%3D
8. Ministerio de Sanidad y Política Social. Recursos económicos del Sistema Nacional de Salud. Años 2007 - 2009. Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Administración Central y la Seguridad Social
<http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/RecursosRed2009.xls>
9. Ministerio de Medio Ambiente, Medio Rural y Marino
http://www.mapa.es/alimentacion/pags/consumo/hosteleria/resumenes/3_trim_09_nielsen.pdf

Referencias

- [1] Davila Quintana CD, Gonzalez Lopez-Valcarcel B. Crisis económica y salud. *Gac Sanit* 2009;23(4):261-5.
- [2] Cutler D, Knaul F, Lozano R, Mendez O, Zurita B. Financial Crisis, Health Outcomes and Aging: Mexico in the 1980s and 1990s: National Bureau of Economic Research, Inc; 2000 Jun.
- [3] Tangcharoensathien V, Harnvoravongchai P, Pitayarangarit S, Kasemsup V. Health impacts of rapid economic changes in Thailand. *Soc Sci Med* 2000;51(6):789-807.
- [4] Waters H, Saadah F, Pradhan M. The impact of the 1997-98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia. *Health Policy Plan* 2003;18(2):172-81.
- [5] Ruhm CJ. Healthy living in hard times. *J Health Econ* 2005;24(2):341-63.
- [6] Ruhm C. Are recessions good for your health? *Quarterly Journal of Economics* 2000;115(2):617-650.
- [7] Tom B, Michel G, Florence J. Unemployment and Mortality in France, 1982-2002: Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA), McMaster University, Hamilton, Canada; 2007.
- [8] Granados J. Recessions and Mortality in Spain, 1980-1997. *European Journal of Population/Revue européenne de Démographie* 2005;21(4):393-422.
- [9] Gerdtham UG, Ruhm CJ. Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Econ Hum Biol* 2006;4(3):298-316.
- [10] Jin RL, Shah CP, Svoboda TJ. The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *CMAJ* 1995;153(5):529-40.
- [11] Brenner MH. Mortality and the national economy. A review, and the experience of England and Wales, 1936--76. *Lancet* 1979;2(8142):568-73.
- [12] Brenner MH. Unemployment, economic growth, and mortality. *Lancet* 1979;1(8117):672.
- [13] Brenner MH. Commentary: economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century--experience of the United States 1901-2000. *Int J Epidemiol* 2005;34(6):1214-21.
- [14] Babones SJ. Income inequality and population health: correlation and causality. *Soc Sci Med* 2008;66(7):1614-26.
- [15] Lopez Casasnovas G. [A vision of the future of health policies.]. *Gac Sanit* 2009;23(5):458-61.
- [16] Lopez Casasnovas G. The ongoing financial and economic crisis: main effects on society and on health systems http://www.euro.who.int/document/HSM/Oslo_pres_effects.pdf WHO. Oslo, Norway, 1 April 2009 2009.
- [17] Bernal E, Ortún V. La calidad del Sistema Nacional de Salud: Base de su deseabilidad y sostenibilidad. *Gac Sanit* 2010 (artículo aceptado para publicación).
- n primaria. Primer Semestre 2009.
http://www.caritas.es/Componentes/ficheros/file_download.php?MTU5NTM%3D 2009.
- [19] Marmot M. Consequences of the Economic Crisis for Social Determinants of Health. http://www.euro.who.int/document/HSM/Oslo_pres_crisis.pdf WHO. Oslo, Norway, 1 April 2009 2009.
- [20] Bockerman P, Johansson E, Helakorpi S, Prattala R, Vartiainen E, Uutela A. Does a slump really make you thinner? Finnish micro-level evidence 1978-2002. *Health Econ* 2007;16(1):103-7.

Reacciones adversas inducidas por contrastes radiológicos en pacientes sometidos a tomografía computerizada en España: análisis coste-efectividad

Resumen del trabajo premiado en las XXIX Jornadas de Economía de la Salud como mejor poster

Ferrán Catalá-López¹, Estanislao Arana^{2,3}

1 División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Madrid.

2 Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Valencia.

3 Servicio de Radiología. Hospital Quirón. Valencia.

En la actualidad existen diversos medios de contraste que se clasifican principalmente en dos grupos, según puedan disociarse o no en solución: compuestos iónicos o no iónicos; dando a su vez origen a los contrastes de baja osmolaridad (hiposmolares) o a aquellos equiparables con la osmolaridad sanguínea (isosmolares).

La utilidad de los medios de contraste se puede definir en función de su seguridad, eficacia (calidad o capacidad para mejorar la imagen) y coste-efectividad. Mientras que la calidad de la imagen diagnóstica suele ser similar con la administración de cualquier medio de contraste, en función de su concentración de yodo, el perfil de seguridad y de eficiencia puede variar según el tipo de contraste administrado. A pesar de que los contrastes se utilizan ampliamente desde hace décadas en la práctica de diferentes técnicas diagnósticas, entre ellas la tomografía computerizada (TC), son escasos los estudios post-autorización que hayan contribuido a obtener un mejor conocimiento respecto a su coste-efectividad.

En este contexto, el objetivo de este estudio fue evaluar la eficiencia de los medios de contraste isosmolares frente a los medios de contraste no iónicos hiposmolares en pacientes de 18 y más años sometidos a TC.

Para ello, se diseñó un modelo de análisis de decisión con el objetivo de realizar un análisis coste-efectividad sobre la seguridad de los diferentes medios de contraste yodados. Una búsqueda bibliográfica de la literatura existente sobre el tema permitió obtener información sobre las incidencias de las reacciones adversas (RA) atribuibles a la utilización de los distintos medios de contraste. Los datos procedentes principalmente de un estudio epidemiológico de carácter observacional prospectivo y de ensayos clínicos aleatorizados [2-5] permitieron calcular las probabilidades de ocurrencia de las RA que serían asignadas a los nodos de azar de cada una de las ramas del modelo. Las RA se caracterizaron atendiendo a dos criterios: 1) el tiempo transcurrido desde la administración del medio de contraste hasta su aparición: 1.a) inmediatas (< 1 hora), 1.b) tardías (> 1 hora - 7 días) y 2) la gravedad de los síntomas o de las consecuencias clínicas: 2.a) leves (remisión sin necesidad de tratamiento), 2.b) moderadas (necesidad de tratamiento para su remisión), y 2.c) graves (mortal, incapacidad permanente o invalidez significativa en el paciente, causa de hospitalización o prolongación de la misma).

La estimación de los costes (en euros de 2009) incluyó únicamente costes sanitarios directos desde la perspectiva hospitalaria. En el modelo se incluyó el coste del contraste, el coste de los tratamientos concomitantes, los costes del personal sanitario y el coste de las hospitalizaciones. La fuente de costes de la atención hospitalaria fue obtenida a

partir del sistema de costes del conjunto de hospitales públicos de un sistema sanitario autonómico [5]. El coste de los contrastes y de los tratamientos concomitantes se obtuvo a partir de los precios de venta del laboratorio (PVL) asignados según la base de datos del medicamento del Consejo General de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos [6] para los principios activos y las presentaciones existentes en el mercado. El coste del tratamiento para cada pauta y manejo de cada RA se obtuvo de la ponderación de los costes de tratamiento específicos considerando las opiniones de expertos clínicos y a través de la literatura científica [7]. Debido al horizonte temporal escogido (1 mes desde la administración del contraste), no fueron aplicadas tasas de descuento a costes ni a consecuencias clínicas.

Los resultados del análisis fueron expresados principalmente como la razón coste-efectividad incremental (RCEI), calculada como el coste adicional por cada RA evitada.

Finalmente, para examinar el efecto de la incertidumbre se realizó un análisis de sensibilidad modificando las variables del caso basal que pudieran influir en las estimaciones (p.ej., la incidencia según tipo de la RA, el coste medio del contraste, el coste de tratamiento concomitante o el coste de las hospitalizaciones).

En la *tabla 1* se presentan los principales resultados del análisis. El coste adicional por paciente con contrastes isosmolares fue de 30,6 euros en población general. Globalmente, de acuerdo a las incidencias medias de RA establecidas a través de la revisión bibliográfica, la utilización de medios de contraste hiposmolares supone un ahorro de 1.647,8 euros por RA evitada respecto a los medios de contraste isosmolares.

Por tipología de RA, por cada RA tardía y RA tardía moderada-grave evitada se ahorraron respectivamente 783,3 euros y 2.095,6 euros adicionales con la administración de medios de contraste hiposmolares. Por el contrario, las RA inmediatas y las RA inmediatas moderadas-graves suponen un coste adicional de 1.492,9 euros y 5.662,7 euros con los medios de contraste hiposmolares respecto a los isosmolares, respectivamente.

En el análisis de sensibilidad, en el cual se modificaron algunas variables relevantes como el coste del manejo de las RA o la incidencia de RA tardías, se obtuvieron valores para la RCEI que oscilaron entre 1.288,9 euros y 2.177,8 euros por cada RA evitada, confirmándose la robustez en los resultados para la mayoría de las incidencias, al no ser éstos sustancialmente mayores a los valores estimados para el caso basal.

Los resultados obtenidos sugieren que en población general desde la perspectiva hospitalaria, los medios de contraste hiposmolares serían más eficientes que los medios de contraste isosmolares debido a su menor coste y a la menor incidencia de RA tardías (estrategia dominante). Sin embargo, la consideración de la tipología de RA (p.ej., caso de las reacciones de hipersensibilidad inmediatas o anafilácticas) puede llevar a establecer conclusiones diferentes respecto a los niveles de seguridad y eficiencia de los medios de contraste. En nuestra opinión, para futuras investigaciones sería interesante contar con datos de seguridad que facilitaran información sobre la utilización de medios de contraste en pacientes sometidos a TC en el entorno del Sistema Nacional de Salud (p.ej., población general y de alto riesgo), a fin de poder elaborar análisis complementarios a los presentados en este estudio.

TABLA 1. [PRINCIPALES RESULTADOS DEL ANÁLISIS DE DECISIÓN](#)

Referencias

[1] Lapi F, Cecchi E, Pedone C, Atanasio F, Banchelli G, Vannaci A, Di Pirro M, Moschini M, Berni V, Matucci R, Cini E, Scalia A, Tendi E, Mugelli A. Safety aspects of iodinated contrast media related to their physicochemical properties: a pharmacoepidemiology study in two Tuscany hospitals. *Eur J Clin Pharmacol* 2008; 64: 723-37.

[2] Heinrich MC, Häberle L, Müller V, Bautz W, Uder M. Nephrotoxicity of iso-osmolar iodixanol compared with nonionic low-osmolar contrast media: meta-analysis of randomized controlled trials. *Radiology* 2009; 250: 68-86.

[3] Barrett BJ, Katzberg RW, Thomsen HS, Chen N, Sahani D, Soulez G, Heiken JP, Lepanto L, Ni ZH, Ni ZH, Nelson R. Contrast induced nephropathy in patients with chronic kidney disease undergoing computed tomography. A double-blind comparison of iodixanol and iopamidol. *Invest Radiol* 2006; 41: 815-21.

[4] Schild HH, Kuhl CK, Hübner-Steiner U, Böhm I, Speck U. Adverse Events after Unenhanced and Monomeric and

Dimeric Contrast-enhanced CT: A Prospective Randomized Controlled Trial. Radiology 2006; 240(1): 56-64.

[5] Decreto Legislativo 1/2005, de 25 de febrero, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Tasas de la Generalitat Valenciana. DOGV nº 4971 de 22.03.05. Disponible en: http://portales.gva.es/cidaj/cas/c-normas/dl1-2005_tasas.htm [Consultada 15.02.2009]

[6] Bot Plus. Base de Datos del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España. Disponible en: <http://pfarmals.portalfarma.com> [Consultada 15.02.2009].

[7] Manual on contrast media. 5ª Ed. Reston (Va): American College of Radiology (ACR), 2004; 7: 33-49.

La financiación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia

Tercer Premio de Investigación Social Caja Madrid 2009

Sergi Jiménez-Martín ^{1,2} Cristina Vilaplana Prieto ^{1,3}

1 FEDEA (Fundación de Estudios de Economía Aplicada).

2 Departamento de Economía y Empresa de la Universitat Pompeu Fabra.

3 Departamento de Fundamentos del Análisis Económico. Universidad de Murcia.

Este trabajo pretende estudiar dos cuestiones. La primera es el régimen de financiación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, creado a partir de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. La segunda consiste en evaluar el propósito de igualdad que subyace en la Ley de Dependencia, tanto desde un punto de vista individual como territorial.

Está estructurado en cinco capítulos. En el primero de ellos, se comentan las principales formas de financiación de los sistemas de cuidados de largo plazo y se realiza una comparación entre los sistemas europeos. En España, el gasto en dependencia (1) respecto al PIB, en el año 2005, era del 0,54%, bastante por debajo del 1,28% de Alemania y del 1,95% de Dinamarca. Uno de los objetivos fijados a raíz de la aprobación de la Ley de Dependencia es aumentar el volumen de gasto hasta alcanzar el 1,5% en 2015, cuando se espera que el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) esté plenamente implantado. Por tanto, esta desventaja inicial de España hay que considerarla también como una oportunidad para que el futuro SAAD sepa responder a las preferencias de sus usuarios y mejorar su calidad de vida.

El segundo capítulo se concentra en el sistema de financiación utilizado en España, analizando el reparto de los créditos presupuestarios concedidos por la Administración General del Estado a las Comunidades Autónomas en los ejercicios 2008 y 2009, así como las aportaciones de las propias Comunidades Autónomas. Se estima que el coste total de las prestaciones económicas y en especie en el periodo considerado asciende a 1.850.233.157 €, correspondiendo el 67,47% a las prestaciones económicas y el 32,52% a las prestaciones en especie. De todas formas, la proporción que guardan los costes de las prestaciones económicas y en especie es muy variable entre comunidades. En Madrid, Comunidad Valenciana y País Vasco, las prestaciones económicas representan el 98,71%, 87,76% y 86,76%, respectivamente, del gasto total de cada comunidad. En cambio, en Murcia y Navarra, las prestaciones en especie suponen el 97,21% y 74,16% del gasto total.

Si comparamos la cifra de gasto total con la financiación aportada por parte de la Administración Central del Estado y de las Comunidades Autónomas, observamos que el SAAD presenta un déficit que asciende a 1.368.194.237 €. Sólo

hay una comunidad en la que los fondos previstos han sido suficientes para costear los gastos producidos hasta el momento (Canarias con un superávit de 7.421.693 €). El mayor déficit corresponde a Andalucía con un saldo negativo de -493.904.048 €, seguido de Madrid con -132.809.911 €.

Dada esta situación no resulta extraño que se hayan producido dos repartos de fondos extraordinarios. El primero consistió en la aprobación de la Orden EHA/3566/2008, de 9 de diciembre, por la que se aprueba el destino del Fondo Especial del Estado para el Estímulo de la Economía y el Empleo, con una partida de 400.000.000€. Seis meses después, el Consejo de Ministros de 8 de mayo de 2009 aprobó un crédito extraordinario de 283.197.420€. Después de recibir ambos créditos, continúa existiendo un déficit por valor de 710.777.979 €, aunque ahora ya hay cinco comunidades que presentan un saldo positivo (Balears, Canarias, Castilla León, Galicia y Murcia). Por encima de lo abultado que resulta la cifra del déficit a nivel nacional, llama la atención que el 42,31% corresponde a Andalucía, y en segundo lugar, el 9,16% a Madrid.

En el tercer capítulo se aborda el tema de la participación de los beneficiarios en el coste de las prestaciones recibidas, para lo cual se comentan las características de la pluralidad de sistemas de copago aprobados en las diferentes Comunidades Autónomas.

Para el conjunto del Estado, el Anteproyecto de la Ley de Dependencia estimaba que la contribución de los beneficiarios ascendería a 3.152.747.758 €, aunque en el momento de su redacción no se concretaba la forma en que se calcularía dicha aportación.

Los resultados demuestran que el margen concedido a las Comunidades Autónomas para articular el copago ha dado lugar a la aparición de sistemas de contribución diferentes que no favorecen la equidad interterritorial, de manera que dos individuos con el mismo nivel de renta y de dependencia, pero residentes en Comunidades distintas pueden enfrentarse a copagos muy desiguales. Si a esto se suma la variabilidad regional de los precios de los servicios (Centros de Día, Ayuda a Domicilio) se constata que en muchos casos la prestación recibida una vez deducido el copago no es suficiente para costear dicho servicio y el usuario debe aportar recursos personales adicionales.

En el cuarto capítulo nos preguntamos cuáles pueden ser las razones por las que las Comunidades Autónomas hayan establecido sistemas de copago tan diferentes, tanto en la cuantía del mismo como en la fórmula de cómputo. Pensamos que pudiera existir alguna relación con las características geográficas, demográficas, económicas y con la cobertura de los servicios sociales a la dependencia de cada una de las comunidades. Se sigue un procedimiento en tres etapas. Primero, se utilizará un análisis Robusto de Componentes Principales, para reducir la dimensionalidad del problema y evitar un posible problema de multicolinealidad. Se analizan los componentes obtenidos, el peso de cada uno y la relación con las variables explicativas originales. En segundo lugar, se utilizarán estos componentes principales robustos para estimar una regresión que denominaremos Regresión Global de Componentes Principales Robustos en donde la variable explicativa será la prestación recibida por el individuo una vez descontado el copago establecido por la Comunidad Autónoma de residencia. Los resultados indican que un mayor precio público o una mayor renta per cápita están asociados a una mayor prestación recibida después de copago, y por consiguiente a un menor copago. Las comunidades más ricas o con servicios públicos más caros manifiestan inclinación a establecer niveles de copago inferior.

En todas las regresiones el componente geográfico está negativamente relacionado con la variable dependiente, es decir, una mayor superficie geográfica de la comunidad o un menor número de entidades de población están asociadas a una menor prestación recibida después de copago, y por consiguiente, a unos porcentajes de copago superiores. Este resultado no implica necesariamente que una comunidad con una amplia extensión vaya a establecer un porcentaje elevado de copago, sino que hay que considerar esta variable en combinación con el número de entidades singulares.

En tercer lugar, se examinan las diferencias entre la regresión mencionada y una Regresión de Componentes Principales Robustos Geográficamente Ponderada. La interpretación de los mapas de los estadísticos t de Student ofrece tres conclusiones muy interesantes. La primera es que las comunidades en donde el Componente Renta-Precio es muy significativo (Aragón, Balears, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid, Navarra, País Vasco y La Rioja) son aquellas cuya renta per cápita es superior a la media, es decir, que a mayor renta, mayor prestación neta recibida y por tanto, menor copago en comparación con otras comunidades en donde la renta per cápita es menor. Al mismo tiempo hay que tener en cuenta que existe una alta correlación entre mayor nivel de renta per cápita y mayor precio de los servicios privados, por lo que es normal que el copago tienda a ser menor. Además en este grupo de comunidades se encuentran aquellas que han computado la capacidad económica del beneficiario a través de la suma

de la renta y el patrimonio (Madrid, Navarra y La Rioja) y aquellas que han establecido un nivel adicional de protección (Cataluña y Navarra).

En el último capítulo se propone un modelo alternativo de copago referido exclusivamente a las prestaciones económicas vinculada al servicio y de asistencia personal. Se propone un sistema de copago universal con una misma tabla de tramos de copago para todas las Comunidades Autónomas. Se consideran los diferentes precios entre Comunidades Autónomas para la adquisición de servicios privados, cuando no sea posible suministrar éstos mediante un proveedor público o concertado. Por último, se tienen en cuenta las diferencias de poder adquisitivo entre Comunidades, mediante la inclusión de la renta de los hogares en términos per cápita, tanto incluyendo como sin incluir el alquiler imputado. Un resultado interesante es que las prestaciones recibidas en las simulaciones realizadas permitirían acortar las diferencias entre las cuantías percibidas por los usuarios con rentas más altas, de manera que tanto grandes dependientes como dependientes severos con rentas elevadas tuvieran que sufragar parte del coste del servicio. Además, dado que la distancia entre la prestación recibida (simulada) y el coste es mayor para los dependientes severos que para los grandes dependientes, estos últimos deberían realizar una menor contribución monetaria personal que los primeros, con lo cual no se vulneraría el principio de equidad basado en el grado de dependencia (a igual capacidad económica, el usuario más dependiente debe realizar un menor gasto).

[1] Fuente: Eurostat. Population and Social Conditions

Tesis

Scaling Methods, Health Preferences and Health Effects



Patricia Cubí-Mollá

Tesis doctoral dirigida por la Profesora Carmen Herrero, defendida el 16 de Marzo de 2009 en el Departamento de Fundamentos del Análisis Económico de la Universidad de Alicante, obteniendo por unanimidad la calificación Sobresaliente "Cum Laude". Comité examinador: José Luis Pinto Prades (Universidad Pablo de Olavide), Elena Martínez Sanchís (Universidad de Alicante), Juan Oliva Moreno (Universidad de Castilla la Mancha), Han Bleichrodt (Erasmus University) y María Seguí Gómez (Universidad de Navarra). Email: p.cubi-molla@city.ac.uk

Scaling Methods, Health Preferences and Health Effects

El problema de las colisiones de tráfico como causa de pérdida global de salud de la población ha comenzado a tomarse en consideración recientemente. Sólo en los últimos años, y únicamente en los países desarrollados, se ha empezado a concienciar a la población sobre las necesidades de medidas preventivas para atajar lo que resulta ser un problema sanitario de primera magnitud.

Si bien es evidente la necesidad de implantar medidas orientadas a disminuir la siniestralidad de las colisiones de tráfico, no tan inmediato es el establecimiento de prioridades entre distintas medidas, teniendo en cuenta las

restricciones presupuestarias. Por ejemplo, ¿merece la pena invertir en mejorar la coordinación de los servicios de emergencia? ¿O sería preferible invertir en sistemas informáticos más sofisticados y aumentar el control policial para gestionar adecuadamente el permiso por puntos? Para responder a estas preguntas es esencial disponer de un instrumento adecuado para cuantificar los beneficios en salud derivados de reducir la accidentalidad en las carreteras. En la tesis se apuesta por la siguiente perspectiva: analizar el impacto en salud de los accidentes para poder medir posteriormente los beneficios de su reducción. Asimismo, se contemplan los efectos de los accidentes en la calidad de vida del individuo.

El estudio se ha centrado en la población no institucionalizada. La dificultad para encontrar medidas específicas de salud en los cuestionarios orientados a la población general ha sido un tema a considerar aparte. Por ejemplo, la valoración del estado de salud del individuo se obtiene normalmente de una pregunta básica sobre la salud auto-percibida (SAP), del tipo: "En su opinión, ¿cómo valora su estado de salud, en general?: Muy bueno/ Bueno / Regular/ Malo/ Muy malo". El carácter ordinal de las medidas de SAP, que no permiten considerar el estado de salud como un continuo, dificulta el análisis de las pérdidas en calidad de vida derivadas de un accidente de tráfico.

En este contexto, el objetivo principal de esta tesis consiste en analizar la valoración de los estados de salud desde diferentes perspectivas.

El primer capítulo analiza los métodos más generalizados para escalar las medidas ordinales de salud auto-percibida: el modelo de regresión probit ordenado y el modelo de regresión por intervalos. Ambos modelos asumen la existencia de una variable latente de salud continua, representada mediante una distribución normal, que subyace a la variable observable de salud auto-percibida. La hipótesis de normalidad elimina la posibilidad de encontrar asimetrías en la distribución de salud, contradiciendo así lo reflejado en diversos estudios descriptivos de salud en países desarrollados, donde una gran proporción de la población reporta estar en un buen o excelente estado de salud.

El nuevo método que se propone considera que la salud latente sigue una distribución log-normal, introduciendo así posibles asimetrías. Bajo esta nueva hipótesis, se construyen los modelos de probit ordenado y regresión por intervalos. Los datos empleados para evaluar dichos métodos se obtienen de la Encuesta Catalana de Salud, 2006. Los nuevos modelos ajustan mejor la distribución de las tarifas (EQ-5D) que aquellos que asumen normalidad. En particular, el modelo de regresión probit ordenado se acerca más a la aproximación lineal de mínimos cuadrados ordinarios.

En la segunda parte de la tesis se analizan las pérdidas de salud originadas por accidentes graves (no mortales) de tráfico, en términos de calidad de vida. El análisis se centra en aquellas personas que han sufrido un accidente grave de tráfico hasta un año antes, y que ya se encuentran en sus domicilios habituales, reincorporados en su mayoría a su vida habitual. Se pretende observar si el accidentado está viviendo en el mismo estado de salud en el que viviría si no hubiera sufrido el accidente; o, por el contrario, las lesiones le han producido unas secuelas que aún no han desaparecido, después de un año. Si es cierto esto último, estaremos ante una importante consecuencia de los accidentes de tráfico, y será imprescindible considerarla para analizar la verdadera extensión de la carga de las lesiones.

Para el estudio se usan los datos de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud elaborada por el INE en 1999. El desarrollo de este capítulo tiene dos secciones diferentes. Por una parte, es necesario tratar los datos, ya que la encuesta refleja únicamente resultados categóricos sobre salud auto-percibida. Para poder expresar los resultados en términos de pesos de calidad de vida, se utilizan los métodos de escalamiento sugeridos en la primera sección.

Por otra parte, la metodología para evaluar los efectos de las lesiones por accidente de tráfico se basa en la literatura sobre "efectos de tratamiento", en particular el método de estimación propuesto por Abadie en 2005. Las pérdidas de salud se computan evaluando las diferencias medias de salud entre los accidentados y un grupo de comparación. Los resultados se comparan con las estimaciones obtenidas cuando el accidente está tratado como un suceso aleatorio, para identificar en qué dirección hay una selección.

El estudio estima pérdidas de calidad de vida cercanas al 14%, respecto al estado potencial de salud. Las estimaciones son consistentes, independientemente de la métrica utilizada. Las pérdidas de salud estimadas son considerablemente superiores si consideramos la existencia de un sesgo por selección, lo que advierte la necesidad de capturar dicho efecto en futuros estudios en el contexto de lesiones.

En la tercera parte de la tesis se reflexiona acerca de la base teórica sobre la cual se asienta el concepto de Años de Vida Ajustados por la Calidad (AVACs). Parece razonable pensar que las personas podemos establecer un orden entre los diferentes estados de salud concretos. Sin embargo, cuando ya tenemos en cuenta la duración de tales estados de salud, ¿es inmediato el pensar que también podemos establecer un orden entre estados de salud que perduran distinto número de años? Puede existir un punto a partir del cual vivir en ciertos estados de salud nos resulte insoportable. ¿Cuánto influye la duración de la vida, y cuánto influye la calidad?

Así, el último trabajo establece una caracterización axiomática de las preferencias individuales sobre estados crónicos de salud, bajo el supuesto de certeza. A diferencia de los modelos establecidos por otros autores, dicho procedimiento asume una máxima duración de vida, y no impone que las preferencias individuales tengan la propiedad de transitividad. Partiendo de estas premisas, es posible derivar el factor de descuento temporal de una manera endógena, así como estimar la tendencia de las tasas de descuento en los casos en los que no se asume transitividad de las preferencias. La conocida estructura de AVACs se establece como caso particular del nuevo modelo, si admitimos el supuesto de transitividad.

Referencias

Abadie A. Semiparametric Difference-in-Differences Estimators. *Review of Economic Studies* 2005; 72(1): 1-19.

Technology Diffusion in Health Care: A Microeconomic Analysis of the NHS



Victoria Serra-Sastre

Tesis doctoral dirigida por el Prof. Alistair McGuire, defendida el 26 de Noviembre de 2008 en el Departamento de Políticas Sociales (Social Policy) de la London School of Economics and Political Science. Comité examinador: Prof. Martin Knapp (LSE) y Prof. Matt Sutton (University of Manchester). Email: v.serra-sastre@city.ac.uk

[Technology Diffusion in Health Care: A Microeconomic Analysis of the NHS](#)

Introducción

El impacto del cambio tecnológico en el creciente gasto sanitario que han experimentado la mayoría de los países desarrollados durante las últimas décadas genera un creciente interés por el análisis de la difusión de tecnologías sanitarias. No obstante la evidencia sobre los factores que determinan el proceso de difusión de innovaciones sanitarias es limitada. En general las innovaciones sanitarias presentan una ventaja competitiva que las hace

superiores a las tecnologías existentes en el mercado. Sin embargo la aceptación de estas innovaciones sanitarias no conlleva un proceso instantáneo de adopción y difusión. En este contexto es importante entender los mecanismos que determinan la penetración de innovaciones en el sector sanitario.

Objetivos y metodología

En esta tesis se analiza el proceso de difusión de medicamentos y de procedimientos quirúrgicos en el Sistema Nacional de Salud (National Health Service, NHS) del Reino Unido. Puesto que las nuevas tecnologías sanitarias se caracterizan por comportar un cierto grado de incertidumbre (ya que los consumidores deben familiarizarse con un producto nuevo), el proceso de difusión se entiende como un proceso de aprendizaje en el que la información juega un papel relevante. Asimismo, el proceso de difusión se realiza dentro de un contexto sanitario concreto, por lo que es importante incluir en el análisis variables que recojan las características del sector sanitario en el cual transcurre dicho proceso.

La primera parte de la tesis estudia la difusión en el la atención primaria de tres grupos terapéuticos: estatinas, inhibidores de la bomba de protones (PPI) e inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS). Estos medicamentos representan una mejora con respecto a tratamientos preexistentes pero se enfrentan a barreras de entrada impuestas por la novedad del producto. Sin embargo, una vez que los citados medicamentos alcanzan el mercado hay una serie de fuentes de información que ayudan a impulsar su difusión. Se han identificado cuatro fuentes de información: aprendizaje basado en la experiencia ("learning by doing"), evidencia clínica publicada en revistas especializadas, marketing, y externalidades derivadas de la demanda total en el mercado de estos medicamentos. El modelo econométrico incluye estos factores, además de variables que reflejan una serie de incentivos económicos impuestos por la estructura de los servicios de atención primaria. Para el análisis de la difusión de medicamentos se utilizan datos de IMS Disease-Analyzer para el periodo 1991-2004. Estos contienen todas las prescripciones de estatinas, PPI e ISRS en una muestra representativa de 130 centros de atención primaria del Reino Unido. Se utilizan modelos dinámicos para datos de panel. La especificación modela el volumen anual de prescripciones para cada grupo terapéutico en cada centro de atención primaria en función de las diferentes fuentes de información mencionadas y demás variables organizativas.

Cada grupo terapéutico está formado por diferentes medicamentos que se diferencian en su composición, pero que se consideran sustitutos. Esto introduce cierto grado de competencia entre medicamentos dentro de la misma clase, puesto que cada uno de ellos compite para apropiarse de una parte del mercado. En el caso de las estatinas se observan diferentes tasas de difusión. La primera estatina introducida en el mercado resulta ser la dominante con la cuota de mercado más alta, pero sólo hasta que se introduce más tarde otra estatina con mayores ventajas clínicas con respecto a las otras. Estos hechos estilizados motivan la segunda parte de la tesis, que se centra en el análisis de las estatinas a nivel individual para examinar, dentro del marco de la difusión como modelo de búsqueda de información, los factores que determinan que diferentes productos tengan cuotas de mercado muy dispares y el papel de las características del producto en la difusión de medicamentos.

La tercera parte de la tesis examina la difusión de dos procedimientos quirúrgicos (endarterectomía carotídea y artroscopia de la rodilla) en los hospitales de Inglaterra. Primero se exploran los elementos que definen la difusión de acuerdo a las características de las tecnologías y el impacto de las recientes reformas introducidas en la atención hospitalaria del NHS, destinadas a impulsar la competencia en la provisión de servicios hospitalarios. Estas reformas se diseñaron con el objetivo de alcanzar mayor eficiencia en la producción de servicios sanitarios. Al igual que en el caso del análisis de medicamentos, la difusión de este tipo de tecnologías sanitarias se estudia como un proceso en el cual hay una creciente familiarización con la tecnología que se origina a través del "learning by doing", además de centrarse en el análisis del impacto que la presencia de sectores hospitalarios más competitivos tiene en dicho proceso. Se utilizan datos que recogen todas las admisiones hospitalarias relacionadas con los dos procedimientos quirúrgicos citados desde 1996 hasta 2006. Dada la naturaleza dinámica de la difusión, también se utilizan modelos dinámicos para datos de panel.

Conclusiones

Los resultados del análisis revelan la importancia de la información en el proceso de difusión y confirman que el aprendizaje basado en la experiencia (“learning by doing”) y la evidencia clínica son factores clave. El proceso de difusión es además un proceso que recoge no sólo la adquisición de conocimientos relacionados con la tecnología, sino también cualquier cambio o mejora que la tecnología experimenta durante el afianzamiento de estas innovaciones dentro de la práctica clínica. Las características del producto resultan ser importantes durante el proceso de difusión, puesto que un mayor grado de innovación y ventaja clínica en relación a tratamientos existentes alternativos induce una mayor difusión de la tecnología. Con respecto al sistema organizativo, los resultados apuntan a la existencia de características inherentes de los hospitales que determinan una mayor difusión. Estos resultados no se pudieron confirmar para los centros de atención primaria. En cuanto a las reformas del NHS, los resultados sugieren que un mayor grado de competencia indujo a un proceso de difusión más lento.

Con acuse de recibo

Acto de imposición de Condecoraciones de la Orden Civil de Sanidad



Palabras del Prof. Félix Lobo en representación de todos los condecorados

*Salón de actos del Ministerio de Sanidad y Política Social
Madrid, 22 de diciembre de 2009*

Sra. Ministra de Sanidad y Política Social, Sra. Subsecretaria, Sres. Secretarios Generales, Sr. Presidente de la Agencia de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Sr. Vicerrector y Sr. director del Instituto de Economía de la Universidad Carlos III de Madrid. Ex ministros, amigas y amigos todos: Me han confiado la tarea y el honor de pronunciar unas palabras en nombre de los premiados, palabras que sólo pueden ser de gratitud.

Sin embargo, entre los distinguidos hay dos que realmente nada tienen que agradecer, ni siquiera después de recibido el galardón, pues la deuda de toda la sociedad para con ellos es tan grande que no creo que podamos pagarla ni con altas condecoraciones del Estado. Me refiero, en primer lugar, claro está, a la Doctora Doña María Eugenia Moreno Martínez, desaparecida en trágicas circunstancias, en acto de servicio, de servicio en primera línea de la asistencia sanitaria a sus enfermos, en su centro de salud de Moratalla.

Por su parte, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, (CERMI por sus siglas) es, lo digo con conocimiento de primera mano, una institución ejemplar que ha promovido la cooperación entre las asociaciones de las personas con discapacidad y sus familias y de éstas con los poderes públicos. Agrupa a más de 5.000 entidades, que representan a tres millones y medio de personas. Una buena parte del mérito de la Ley de Dependencia, el cuarto gran pilar de nuestro Estado del Bienestar, es atribuible al CERMI.

En nombre de Pedro Capilla puedo decir que, con sus muchos y dilatados merecimientos adquiridos por su trabajo en favor de la profesión farmacéutica, está emocionado y agradecido. Pedro, convendrás conmigo que éste es hoy un gran país. Después de habernos peleado tanto, hoy, por avatares de la vida, coincidimos aquí amigablemente y premiados por las mismas manos.

El Balneario de Fitero cumple cien años y sé que agradece cien veces la condecoración.

Todos los demás - hombres y mujeres - también queremos expresar nuestra gratitud. Estamos agradecidos porque, en un cierto sentido, por ser funcionarios y particularmente los altos cargos, no nos merecemos las condecoraciones que la Ministra y el Gobierno nos han conferido. Somos servidores públicos y no hemos hecho más que cumplir con nuestro deber. Ya fue gran distinción que la comunidad nos confiara la gestión de los asuntos públicos.

En otro sentido, es verdad que todos empeñamos toda nuestra energía, inteligencia y tesón por servir esforzadamente a la comunidad, al Estado, y desmentir, un poco, al Ingenioso Hidalgo cuando dijo que "los oficios y grandes cargos no son otra cosa que un golfo profundo de confusiones".

Fue éste un empeño, a veces duro y en ocasiones tenso, porque al funcionario de sanidad responsable, no le abandona la conciencia de que la salud y la vida de muchas personas penden de sus decisiones.

Así pues, nos sentimos enormemente gratificados porque nuestro trabajo haya sido recompensado, por quienes nos gobiernan y por nuestros colegas. Porque sabemos que muchas veces, infelizmente, el trabajo bien hecho no se reconoce y queda arrumbado, en la consideración del jefe o de la comunidad, en el mismo cajón que el trabajo descuidado, insuficiente o perezoso. Nosotros hemos tenido mayor fortuna.

También me consta que todos los premiados nos esforzamos por mantener el rumbo del Sistema Público de Salud, buque insignia de nuestro Estado del Bienestar. Con la visión de un Ministerio de Sanidad (al que se le ha unido, con acierto, la Política Social -MSPS-), no necesariamente grande, pero sí fuerte y con liderazgo, precisamente porque nuestro sistema constitucional al haber transferido la asistencia sanitaria a las CCAA, así lo exige.

Fortaleza y liderazgo son también necesarios en las funciones de regulador que el MSPS comparte con la Unión Europea y con las CCAA. Para mantener la necesaria disciplina de los mercados y de las profesiones y porque si disminuimos el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad nuestros conciudadanos serán más felices y haremos viable el sistema sanitario del futuro.

Concluyo ya afirmando, que como le aconsejó don Quijote a Sancho Panza, antes que fuese a gobernar la ínsula, no atribuimos a nuestros merecimientos la merced recibida, sino que damos gracias al cielo, que dispone suavemente las cosas, y después las damos a la grandeza que en sí encierra la profesión de la caballería andante, que para nosotros ha sido y es la de funcionarios públicos.

Jornada “Diez años de Gestión Clínica y Sanitaria”

Informe¹ sobre la JORNADA “DIEZ AÑOS DE GESTIÓN CLÍNICA Y SANITARIA” celebrada en Madrid, en la Residencia de Estudiantes, el lunes 30 de noviembre de 2009

La Revista Gestión Clínica y Sanitaria (GCS) <http://www.iiss.es/gcs/> es una revista trimestral de resúmenes comentados sobre textos publicados, de acceso gratuito y directo. El primer número salió en 1999. Tan importante como los textos comentados son las opiniones de los comentaristas, que con su conocimiento ponen en contexto los resultados e ideas. Claves son los directores, Ricard Meneu, Jaume Puig, Soledad Márquez, Juan del Llano y Enrique Bernal. La continuidad de tal revista es insólita en el panorama internacional; la falta de apoyos institucionales, también.

El objetivo de la Jornada fue repasar los diez años de publicación de GCS y valorar el paso de ese tiempo en los problemas de los servicios sanitarios, especialmente en España.

Abrieron la Jornada Ricard Meneu y Joan Artells (director de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad, apoyo financiero básico de GCS).

La primera conferencia la dio Jeffrey Harris, sobre los problemas científicos y económicos en el tratamiento del SIDA y en el desarrollo de vacunas al respecto. El ponente es médico de cabecera con práctica clínica, y catedrático de economía en el *Massachusetts Institute of Technology*, EEUU. Demostró la efectividad del tratamiento de primera línea, que ha transformado una enfermedad aguda en crónica. Pero el bajo precio de los medicamentos iniciales no se

corresponde con el alto precio los de segunda línea, lo que hace casi inviable el soporte terapéutico a los millones de paciente crónicos por SIDA. Las vacunas son un fracaso tras otro, con pérdidas millonarias para la industria... ¡y mayor tasa de contagio para los vacunados en un ensayo clínico con una vacuna de Merck! Desconocemos mucho de la biología del virus del SIDA y eso hace que los esfuerzos económicos sean formidables. Fue bonito el comentario a la conferencia, a cargo de Fernando Rodríguez Artalejo, médico catedrático de salud pública en la Autónoma de Madrid, quien planteó la necesidad de considerar una aproximación no sólo biológica al SIDA, los problemas de centrarse en la prevención mediante la vacuna cuando el tratamiento rinde más en la actualidad y las consecuencias de establecer incentivos equivocados a la industria. Coordinó la mesa Juan del Llano.

La segunda conferencia la dio Julian Tudor Hart, médico general rural inglés jubilado, de la *Swansea University*, Gales, autor prolífico cuya Ley de Cuidados Inversos expresa en términos sanitarios el clamor del paciente pobre con “problemas pegajosos”, como dijo, pues se le amontonan los problemas de salud, los sociales, los personales y demás (un problema trae otro, y otro y otro, y otro y los servicios sanitarios ofrecen menos y menos cuanto más se necesita, y esto es más cierto cuanto más se orienta al mercado el sistema sanitario). Hizo un repaso de su vida como médico comprometido con su comunidad y con la sociedad y dejó claro que es esencial mantener la imaginación, polivalencia y simplicidad de la Medicina General, sin trabas burocráticas ni estándares innecesarios que convierten a los médicos generales en “micro-profesionales”, que saben mucho de nada. Propugnó el rechazo a la comercialización de la Medicina y sostuvo su tesis contra los co-pagos. Hizo el comentario a la conferencia Guillén López Casasnovas, economista catedrático de economía y empresa en la Pompeu Fabra de Barcelona, quien puso de manifiesto la existencia de co-pagos del 100% cuando algo no está cubierto por el sistema sanitario público (por ejemplo, en España el tratamiento farmacológico anti-tabaco) y propuso una sensata revisión del Estado de Bienestar para que se financie lo que tenga sentido social y se deje de financiar lo absurdo; es decir, abogó por una revisión y priorización de las prestaciones sanitarias. El debate entre ponente, comentarista y asistentes fue interesantísimo y salieron cuestiones de fondo como la transparencia y responsabilidad social de los médicos y del sistema sanitario, los límites razonables para evitar transformar deseos en necesidades, la exigencia de opiniones vinculantes de informes sobre nuevas y viejas tecnologías (y organizaciones) y otras. Coordinó la mesa Joan Artells.

Hubo tres mesas acerca de “diez miradas sobre una década de GCS, con la vista al frente”, con nueve ponentes. Salvador Peiró señaló los puntos a estudiar sobre efectividad en una excelente revisión sobre lo hecho y lo necesario; por ejemplo, la necesaria evaluación de tecnologías muy utilizadas pero de dudoso valor. Enrique Bernal presentó resultados empíricos sobre variabilidad en el proceso de atención, mantenida o corregida pese a la introducción de nuevo conocimiento; por ejemplo, se mantiene en el tiempo el número y variabilidad de ingresos por complicaciones agudas por diabetes en España. Juan Oliva propuso aprender del modelo inglés de NICE y analizó cómo se podría transformar el conocimiento científico para su uso en la toma de decisiones. Juan Gervas consideró los avances y estancamientos en los recursos, proceso y resultado de la atención primaria; por ejemplo, en la transformación de una prevención racional en una prevención delirante, con factores de riesgo y vacunas miles. Albert Jovell insistió en la necesidad de democratizar la política, y expresó su esperanza de que las redes sociales fueren a los políticos para que tengan en cuenta los problemas que afectan a la población, también los sanitarios. Xavier Castells destacó el mal momento de la gestión por la ausencia de decisión política, por la falta de impacto del conocimiento sobre efectividad, y por las carencias de teorías que soporten las ideas y los hechos. Josep Pomar habló de la necesaria sostenibilidad del sistema sanitario y sobre el necesario profesionalismo; propuso la revisión de las políticas populistas que promueven el crecimiento al infinito. Jordi Colomer trató sobre las carencias en innovación, la falta de voluntad de cambios (y falta de impacto de los pocos que son exitosos) y destacó una gestión maniatada por la política que no ha buscado el cumplimiento de objetivos precisos con los recursos disponibles. Rosa Urbanos comentó acerca de la ampliación del campo de estudio de las desigualdades (sociales y entre sexos, pero también inter-generacional) y de las dificultades conceptuales; insistió en la necesidad de considerar desigualdades no sólo en el acceso a los servicios, sino en la prestación de servicios tras dicho acceso.

Coordinó las tres mesas Soledad Márquez. En el debate entre ponentes y asistentes surgió el problema de relevo generacional en actividades como investigación de servicio y GCS. También se discutieron ventajas e inconvenientes de la descentralización (hay demasiadas “agencias de evaluación de tecnología”, por ejemplo), el cambio en la atención médica, que ha pasado a tratar preferentemente a sanos, los co-pagos encubiertos, los riesgos de

transformar a la sanidad en objetivo político (conlleva la necesidad de un "éxito diario", al menos) y las políticas por encima de la política (como ejemplo, la intervención de la OMS en el manejo de la crisis de la gripe A).

Resumió la Jornada Vicente Ortún, que destacó los problemas de falta de efectividad de la difusión del conocimiento para cambiar actitudes, la importancia no obstante del conocimiento como recurso clave y la necesidad de teorías que den la urdimbre a los hallazgos prácticos. GCS necesita comentaristas competentes y generar confianza, además de incluir más comentarios sobre textos españoles. También necesita apoyo institucional.

Comentarios y chascarrillos

La reunión empezó la noche del domingo, con una cena a las 21,30 horas (casualmente bien engranada con el final del partido entre Barcelona y Real Madrid), en la Taberna del Alabardero, en las cercanías del Palacio Real, en honor de Julian Tudor Hart. Muy agradable y bien servida, sin lujos.

Jeffrey Harris habla un español excelente, con el que disertó. Su presentación se basó en un artículo recién publicado en la revista Health Affairs titulado *Why we don't have an HIV vaccine, and how we can develop one*.

En una transparencia de la presentación de Ricard Meneu salió una página de SEMERGENBIBLIO, resumen bibliográfico que siguió al Boletín Bibliográfico CESCA (BBC), iniciado en 1990 y mantenido mensualmente hasta 2008 (los años finales como ALERTASEMG), El BBC tuvo mucho que ver con GCS.

Julian Tudor Hart estuvo acompañado por su esposa Mary Hart. Ambos chapurrean español y generan simpatía a chorros. A sus 82 años Julian Tudor Hart ha decidido dejar de dar clases, charlas y conferencias a final de 2009 y esta fue la última en España. En un momento del debate reconoció el balance tan incierto de los tratamientos oncológicos, y su propósito de rechazarlos llegado el caso.

Llamó la atención la ausencia de jóvenes (sólo un menor de 30 años, sólo dos residentes de Medicina de Familia, sólo dos alumnos de la Maestría de Salud Internacional).

El ambiente fue relajado y estimulante. Los tiempos se cumplieron estrictamente. Flotó una sensación de disociación entre ciencia y política, y entre política y necesidades.

Patrocinó el evento Novartis. Los ponentes participaron sine pecunia. El firmante cubrió de su bolsillo gastos de desplazamiento desde Buitrago de Lozoya (la nieve la puso el invierno, también sin costes). La inscripción fue gratuita. Hubo un café y un picapica dignos, a cargo de la organización.

[1] Informe de responsabilidad personal del firmante, Juan Gérvas, que sólo pretende difundir lo oído y entendido en la Jornada. Pueden pedirse rectificaciones, cambios y ampliaciones a jgervasc@meditex.es. Este texto se puede difundir tal cual, sin modificaciones (por favor). El programa de la Jornada se encuentra en http://www.iiss.es/gcs/GCS_10a_Programa.pdf

Noticias

Noticias

Felicitaciones

Felicitamos a los socios Andrés Cernadas Ramos, Sergi Jiménez Martín y Cristina Vilaplana Prieto por obtener, con trabajos del ámbito de la Economía de la Salud, el primer premio (Cernadas) y el tercer premio (Jiménez y Vilaplana) de Investigación Social de Caja Madrid en la convocatoria de 2009.

Felicitemos a la socia Pilar García Gómez por obtener el premio a la mejor tesis doctoral en Economía Pública en la convocatoria de 2009 del Instituto de Estudios Fiscales.

Nota del editor: El resumen de la tesis doctoral de Pilar García se publicó en el número 63 del Boletín.



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

8th European Conference on Health Economics

7-10 July 2010, Helsinki, Finland

“Connecting Health and Economics”

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://healthconomics.us/>

Jornadas del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo

Madrid, 18 de marzo de 2010

http://www.cnpt.es/docu_pdf/PROGRAMA_JORNADA_18Avance.pdf

Becas y bolsas de viaje

Beca de Investigación en Economía de la Salud y Servicios Sanitarios 2010

Fecha límite: 4 de mayo de 2010

Información y dirección de envío:

Secretaría AES Support Serveis

secretaria@aes.es

c/ Calvet, 30 08021 Barcelona

<http://www.aes.es/Publicaciones/BecaBayer2010.pdf>

Bolsas de viaje para la asistencia al Congreso de ECHE 2010 en Finlandia

Fecha límite: 10 de mayo de 2010

<http://www.aes.es/convocatorias.php>

Bolsas de viaje para la asistencia a las Jornadas AES 2010

Fecha límite: 26 de abril de 2010

<http://www.aes.es/convocatorias.php>

VI Seminario CRES: Técnicas de Modelización en Evaluación Económica de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias.

Modalidad semipresencial

Barcelona, 24-27 de marzo

www.idec.upf.edu/scres

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)

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: Estanislao Arana, Ferran Catala-López, Patricia Cubí-Mollá, Carmen Delia Dávila Quintana, Juan Gervas, Beatriz González López-Valcárcel, Sergi Jiménez-Martín, Félix Lobo, Victoria Serra-Sastre, Cristina Vilaplana Prieto.