



## En Este Número

### Portada

### En este número

- ❖ En este número

### Temas

- ❖ HEALTH SYSTEMS IN TRANSITION: SPAIN. Informe 2010

### Con acuse de recibo

- ❖ Arrow y el nacimiento de la economía de la salud

### Opinión

- ❖ La evaluación económica en el sistema de salud

### Tesis

- ❖ Impacto de la inmigración en salud, longevidad y dependencia de los mayores en España y Europa

### XXXI Jornadas de Economía de la Salud

- ❖ XXXI Jornadas de Economía de la Salud. Programa Preliminar

### Noticias

- ❖ Noticias

## Noticias Destacadas

### HEALTH SYSTEMS IN TRANSITION: SPAIN. Informe 2010

Los informes sobre sistemas sanitarios en transición (*Health in Transition - HiT*) son perfiles nacionales que proporcionan una descripción “*in extenso*” de un sistema sanitario, así como de las iniciativas políticas en curso o en fase de desarrollo en un país concreto. El formato adoptado ha de facilitar la comparación internacional destacando los rasgos diferenciales y las lecciones relevantes que se pueden extraer en cada país desde el punto de vista de la política sanitaria. [\[+\]](#)

### Arrow y el nacimiento de la economía de la salud

Kenneth Arrow es uno de los primeros teóricos que introdujo el problema de la información imperfecta y asimétrica en economía. De hecho, la teoría económica dio un importantísimo paso adelante en la década de 1950 cuando Kenneth Arrow y Gerard Debreu incorporaron el riesgo en los mercados (Arrow y Debreu, 1954). [\[+\]](#)

### La evaluación económica en el sistema de salud

La utilización de la evaluación económica en la planificación y las decisiones de cobertura de tecnologías médicas ha aumentado considerablemente en varios países de Europa, Canadá y Australia en los últimos veinte años. No en España. En nuestra legislación, sólo sigue mencionándose como uno de los distintos criterios para regular la utilización de tecnologías médicas y la actualización de prestaciones. No como criterio explícito de decisión de su financiación pública. Aunque ha aumentado la cifra de análisis de coste-efectividad (ACE) y de coste-utilidad (ACU) realizados, su utilización y aplicación sigue siendo escasa y no sobrepasa los límites de la microgestión. [\[+\]](#)

## En este número

# En este número

### TEMAS

Health Systems in Transition: Spain. Informe 2010.

**Sandra García-Armesto.**

## CON ACUSE DE RECIBO

Arrow y el nacimiento de la economía de la salud.

*Manuel García Goñi.*

## OPINIÓN

La evaluación económica del sistema de salud de los Estados Unidos.

*Carlos Campillo.*

## TESIS

Impacto de la inmigración en salud, longevidad y dependencia de los mayores en España y Europa.

*Aïda Solé i Auró.*

## XXXI JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Programa Preliminar

## NOTICIAS

### Congresos y Jornadas

- XXXI Jornadas de Economía de la Salud
- International Health Economics Association (iHEA) Congress
- Jornada SESPAS “Los retos en la atención sanitaria y social ante el envejecimiento y la dependencia”

### Formación

- Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios. XXIII Edición.
- Master in Health Economics and Policy

## Temas

# HEALTH SYSTEMS IN TRANSITION: SPAIN. Informe 2010

**Sandra García Armesto**

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, I+CS, SESPAS-Sección de investigación en servicios de salud.

## HEALTH SYSTEMS IN TRANSITION: SPAIN. Informe 2010

### Caracterización de la publicación y marco en el que se inserta

Los informes sobre sistemas sanitarios en transición (*Health in Transition* - HiT) son perfiles nacionales que proporcionan una descripción “*in extenso*” de un sistema sanitario, así como de las iniciativas políticas en curso o en fase de desarrollo en un país concreto. El formato adoptado ha de facilitar la comparación internacional destacando los rasgos diferenciales y las lecciones relevantes que se pueden extraer en cada país desde el punto de vista de la política sanitaria. Así, los perfiles HiT se redactan siguiendo una plantilla que proporciona una estructura cerrada con directrices detalladas. La ventaja de esta normalización del marco de análisis es que los temas y preguntas que se

abordan coinciden en todos los países; el inconveniente es que requiere un esfuerzo de traducción de las particularidades nacionales al lenguaje de comparación internacional. El cuadro 1 ilustra la estructura de contenidos del HiT.

Este enfoque describe un sistema en proceso, incluyendo tanto elementos estructurales como elementos evolutivos. Los perfiles HiT analizan las distintas formas de organizar, financiar y prestar servicios sanitarios y las funciones que desempeñan los principales actores de los sistemas sanitarios, describen el marco institucional, el proceso, el contenido y la implantación de políticas de salud y de atención sanitaria e identifican los desafíos y las áreas que precisan un análisis más profundo. Su principal objetivo es proporcionar información relevante que los responsables políticos y los analistas puedan utilizar en el desarrollo de los sistemas sanitarios en Europa. Tiene además utilidad en el ámbito de la docencia en tanto que compila y estructura un enorme volumen de información, normalmente dispersa, adoptando una perspectiva de sistema en el análisis.

El HiT de cada país se actualiza periódicamente. La presente es la tercera edición del perfil español, la primera data de 2000 (Rico y Sabés) y la segunda de 2006 (Durán et al). Esta nueva edición se centra en las consecuencias de la plena descentralización, consolidada en 2002, y en la aplicación de la hoja de ruta fijada por la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (16/2003) (cuadro 2).

Cabe señalar algunos elementos que resultan novedosos en el análisis del HiT 2010:

- La naturaleza de los datos empleados: se ha priorizado la explotación directa de bases de datos públicas nacionales e internacionales (su mejoría en cuanto a calidad y disponibilidad en los últimos años ha posibilitado este enfoque). En ocasiones se ha recurrido a informes específicos de distintas administraciones del estado, centros de estudios y organismos europeos y sólo marginalmente se ha hecho uso de la literatura científica o la opinión publicada.
- El recurso a las bases de datos ha permitido analizar series temporales relevantes para observar la evolución de los indicadores y extraer conclusiones significativas.
- Se ha hecho hincapié en el análisis territorial, de forma que la Comunidad Autónoma (CA) funciona como unidad relevante de análisis de políticas (incluyendo organización y recursos) y resultados sanitarios en el contexto de descentralización
- El capítulo de evaluación del SNS se ha beneficiado sustancialmente del mencionado aumento en la disponibilidad de datos y de la experiencia de los autores y del grupo Atlas VPM en la elaboración y análisis de indicadores de desempeño a partir de las fuentes de datos disponibles. El resultado aporta elementos interesantes de evaluación cuantitativa del funcionamiento del SNS.

Este artículo pretende servir como invitación al uso del HiT antes que resumir su contenido. Permítasenos, pues, poner en valor los aspectos más destacados de esta edición, presentando una escueta introducción a los bloques de información más relevantes:

### **Principales rasgos organizativos del SNS**

El español es un caso interesante desde el punto de vista internacional por el alto grado de descentralización que presenta y los órganos creados para el gobierno de esta estructura. Los siguientes elementos proporcionan una caracterización básica del SNS:

- Cobertura universal (incluidos los inmigrantes en situación irregular), financiado mediante impuestos y que opera principalmente dentro del sector público. Servicios gratuitos en el punto de prestación, excepto los medicamentos recetados a personas menores de 65 años, que, en general, deben aportar del 40% del precio de venta al público.
- Devolución completa de las competencias en salud desde 2002, 17 sistemas regionales de salud que rinden cuentas a 17 parlamentos y no guardan relación jerárquica con la administración general del estado (AGE).
- El máximo órgano de decisión y coordinación es el Consejo Interterritorial del SNS compuesto por los 17 consejeros de sanidad y presidido por la ministra de sanidad, política social e igualdad (MSPSI). Las decisiones en su seno se toman por consenso, informadas por el trabajo de comisiones de expertos específicas con amplia representación territorial.
- Las comunidades autónomas (CCAA) ostentan competencias exclusivas en la determinación del gasto público sanitario, y parciales en la estructura impositiva que sustenta sus ingresos desde 2001 (ampliado en 2009). Son también responsables de la organización y planificación de sus sistemas de salud y de sus carteras de servicios (respetando el marco de mínimos de la cartera común del Sistema Nacional de Salud - SNS).

- La AGE (el MSPSI) tiene el mandato de velar por la cohesión y equidad del SNS, garantizando igual nivel y calidad de servicios para todos los beneficiarios. Asimismo, la política farmacéutica y la salud internacional son competencias del MSPSI.
- Rasgos comunes de los sistemas regionales de salud, división de funciones:
  - la consejería asume las funciones de autoridad sanitaria, regulación, aseguramiento y planificación estratégica;
  - el servicio regional de salud es responsable de la planificación operativa y de la gestión y coordinación de la red de proveedores. 11 servicios regionales de salud han adoptado la forma de organismos administrativos autónomos otros 5 son entes públicos y uno es una empresa pública regional;
  - la red de proveedores mayoritariamente adopta una organización vertical integrada con gestión directa (proveedores de servicios integrados en el Servicio Regional de Salud). Existe además una variedad de experiencias en la aplicación de fórmulas de gestión indirecta públicas y privadas para la provisión de servicios.
- La atención primaria es la puerta de entrada al sistema (salvo urgencias).
- Plantilla mayoritariamente funcionarial o estatutaria.

## Resultados de salud atribuibles al SNS

Las tres principales causas de mortalidad en España (enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades respiratorias), han registrado un constante descenso en las tasas de mortalidad desde 1970, encontrándose actualmente entre las más bajas de la región europea. Las diferencias entre CCAA son, sin embargo, notables. Existe un patrón geográfico de mortalidad por enfermedad isquémica y por accidente cerebrovascular: las tasas más altas se concentran en el sudeste de España y las más bajas en el centro y el norte. La mortalidad por cáncer también presenta un patrón característico, (aunque las diferencias registradas son menos dramáticas que en el caso previo) con tasas consistentemente por encima de la nacional en las comunidades del noroeste y por debajo en el sudeste.

En términos de mortalidad evitable, el SNS ha experimentado reducciones (1991 a 2005) del orden de un 31% en causas sensibles a la prevención primaria, hasta un 42% menos en condiciones clínicas sensibles a los cuidados sanitarios y, en general, una reducción del 34% en los años potenciales de vida perdidos.

Los indicadores de salud materno-infantil (tasas de mortalidad neonatal, perinatal y materna) también han experimentado una espectacular mejora en las últimas décadas. Entre 1970 y 1990 las tasas se redujeron a la mitad. Esta misma tendencia se ha mantenido a partir del 2000, aunque, obviamente, a un ritmo más moderado, alcanzando en la actualidad tasas por debajo de las medias europeas.

En lo que respecta a los factores del estilo de vida que afectan al estado de salud, el porcentaje de personas que fuman a diario ha ido descendiendo, aunque el consumo habitual de alcohol está bastante generalizado y el consumo peligroso afecta a aproximadamente el 7% de los hombres y el 3% de las mujeres. El sobrepeso y la obesidad están aumentando y la tasa registrada en la población adulta, un 15,6%, dobla ya la cifra de 1987.

## Elementos destacables del análisis descriptivo

### Gasto Sanitario

El porcentaje del producto interior bruto (PIB) dedicado en España a gasto sanitario es comparativamente moderado (8,5% en 2007, por debajo de la mayoría de los socios en la UE-20). El 71,8% de este gasto es público (esta proporción también es significativamente inferior a la mayoría de los países de la Europa de los 20) y se ha mantenido alrededor del 72% desde mediados de los '90. Del gasto restante, el 21% procede directamente del bolsillo del consumidor y casi un 6% corresponde a seguros privados. En los últimos 15 años se ha producido un aumento moderado del porcentaje de gasto correspondiente a seguros privados a expensas del pago directo por parte del consumidor (unos 2,5 puntos).

Con datos de 2006, un 13% de la población española presentaría cobertura privada además de la pública. La distribución del gasto sanitario público por persona protegida también registra diferencias entre CCAA. En 2009 se registraron variaciones de casi un 11% y la evolución del coeficiente de variación apunta a que estas diferencias tienden a consolidarse y aumentar a lo largo del tiempo (serie analizada 1992-2009).

Los seguros privados voluntarios tienen un papel relativamente menor, aunque cada vez más relevante, en el sistema sanitario español. Estos seguros privados voluntarios son independientes del sistema público (ya que no es posible renunciar a la cobertura sanitaria pública para recibir prestaciones exclusivamente privadas) y de carácter

complementario (en muchas ocasiones, se contratan para acceder a servicios para los que hay listas de espera en el sistema público, como la atención sanitaria especializada, o a servicios como la atención bucodental de los adultos, que están incluidos de forma muy limitada en el catálogo de prestaciones). Estos seguros cubren aproximadamente al 13% de la población, si bien existen considerables variaciones regionales.

Existe una notable excepción al sistema general descrito: las tres mutuas MUFACE, MUGEJU e ISFAS cubren exclusivamente a los funcionarios públicos y sus beneficiarios (el 4,8% de la población). Se financian mediante un sistema mixto de contribuciones por nómina e impuestos. Los funcionarios son el único grupo que puede renunciar a la cobertura del Sistema Nacional de Salud, optando por servicios sanitarios totalmente privados.

### Estructura y servicios

La red de atención primaria es pública en su totalidad y la mayor parte de los proveedores son profesionales asalariados del sector público, con escasas excepciones en la Comunidad Valenciana y Cataluña. Los centros de atención primaria están atendidos por un equipo multidisciplinar integrado por médicos de familia, pediatras, enfermeras y trabajadores sociales; algunos cuentan también con fisioterapeutas y dentistas y todos tienen adscritos recursos básicos de laboratorio y diagnóstico por imagen, que pueden encontrarse en el mismo centro o estar centralizados y prestar servicio a varios centros próximos. En total, hay 13.121 centros de atención primaria, cada uno de los cuales da servicio a una media de 3.523,3 ciudadanos.

Aproximadamente el 40% de los hospitales pertenecen al Sistema Nacional de Salud; el resto de hospitales son de titularidad privada, aunque varios de ellos conforman la red de hospitales de utilización pública y hospitales con concierto sustitutorio y reciben financiación pública por su actividad, de tal forma que cerca del 40% de las altas de hospitales privados en España están financiadas con cargo al presupuesto del SNS. La cifra total de camas hospitalarias asciende a 160.981, es decir, 3,43 camas por cada 1.000 habitantes; el 71,2% de las camas instaladas dependen funcionalmente del sector público. En términos globales, aproximadamente el 40% de la dotación total de camas instaladas se concentra en grandes hospitales de alta tecnología con más de 500 camas (principalmente públicos); todas las comunidades autónomas cuentan como mínimo con uno de estos centros, con variaciones en función de consideraciones de acceso, como el volumen y la dispersión de la población.

Durante las dos últimas décadas se ha producido una fuerte reducción de las camas psiquiátricas, mientras que el número de camas para tratamientos de larga estancia ha experimentado cierto incremento. El SNS gestiona el 80% de la dotación de camas de agudos, pero sólo el 36% de las camas de hospitales psiquiátricos y el 30% de las camas en hospitales de larga estancia. Estos datos parecen indicar que la capacidad de camas instaladas para este tipo de atención sanitaria presenta una tendencia de desplazamiento al sector privado. El número de camas de agudos por 1.000 habitantes se ha reducido, como se ha observado también en otros países europeos. Uno de los factores que ha pesado en esta reducción de las camas de agudos es la progresiva ambulatorización, en detrimento de la hospitalización, de determinados procedimientos quirúrgicos, la quimioterapia y la diálisis, entre otros.

La inversión en tecnologías de la información se ha acelerado en los últimos años. Una de las acciones en el marco del desarrollo de servicios públicos digitales es el programa "Sanidad en línea". Este programa ha permitido la cofinanciación de la infraestructura de tecnologías de la información y los avances en este ámbito de las comunidades autónomas, así como los progresos del nodo central de información del SNS, posibilitando así la implantación del identificador unitario del paciente y la historia clínica digital del SNS.

Como en la mayor parte de los países europeos, las cifras de personal sanitario por 100.000 habitantes se han incrementado con el transcurso del tiempo en todas las categorías profesionales. No obstante, conviene destacar el crecimiento experimentado en España por determinados perfiles, como las enfermeras, los dentistas o los farmacéuticos (cuyas cifras se han multiplicado varias veces en el contexto de una población en crecimiento), que contrasta con la relativa estabilidad del número de médicos. Este fenómeno refleja bien el crecimiento de las funciones de estos profesionales dentro de la gama de servicios ofrecidos. De media, los ratios de población por profesional de atención primaria son 1.410 personas por cada médico de familia, 1.029 niños y niñas por cada pediatra y 1.663 pacientes por cada enfermera. Los trabajadores sanitarios disponibles por cada 1.000 habitantes en el ámbito hospitalario se distribuyen como se indica a continuación: 1,7 médicos, 2,93 enfermeras y 2,47 profesionales de áreas asociadas a la enfermería.

Durante un tiempo, España fue un exportador neto de médicos y enfermeras a países como el Reino Unido y Portugal. Sin embargo, durante la mayor parte de la última década, la escasez de profesionales sanitarios se ha convertido en el

principal problema de la planificación de los recursos humanos en el campo de la salud.

## Evaluación del sistema sanitario

Con arreglo a criterios de medición internacionales, el SNS ocupa, en general, una posición bastante elevada, ya que obtiene de forma sostenida buenos resultados en distintos ámbitos evaluados: parámetros relativos al estado de salud de la población; parámetros de cobertura, acceso y equidad financiera; resultados de salud atribuibles a la acción del sistema sanitario, calidad y seguridad de la atención sanitaria; la satisfacción de los usuarios y la legitimidad del sistema según la opinión de la población (con la excepción de la información dirigida a los pacientes y la gestión de las listas de espera). Estos logros se han alcanzado con un nivel relativamente bajo de gasto (en la actualidad, el 8,5% del PIB español, un porcentaje inferior al promedio europeo). La conclusión que puede extraerse de estos datos es que, en términos generales, los ciudadanos españoles disfrutan de un sistema sanitario con una buena relación coste-calidad.

Aunque la comparación internacional ofrece información importante, en el caso de un país cuasifederal como España es esencial evaluar el sistema en todo el territorio nacional. De hecho, desde el punto de vista de las diferencias geográficas de utilización y resultados, se ha comprobado la existencia de una amplia variabilidad injustificada en el acceso, la calidad, la seguridad y la eficiencia, no sólo entre regiones, sino también y sobre todo entre áreas de salud y hospitales. Algunos ejemplos: la utilización de la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) presenta un rango de variación en el que las áreas de salud con mayor utilización quintuplican las tasas de aquellas con menor utilización, pese a que el uso de ACTP se ha incrementado con el transcurso del tiempo. Igualmente, el riesgo de mortalidad tras una ACTP puede ser el doble en un hospital que en otro.

También se ha analizado la variabilidad en el uso inapropiado de procedimientos; así, las tasas de prostatectomía (con toda la controversia sobre su incidencia en la supervivencia en caso de cáncer) aumentan con el tiempo, de la misma forma que crece la variabilidad entre áreas de salud (la razón de variación llega hasta 7,7); la cifra de cesáreas, por otra parte, se incrementa de forma injustificada, aunque la variabilidad entre hospitales está reduciéndose debido a la convergencia en tasas altas de todos los proveedores.

Indicadores de seguridad, como la tasa de mortalidad causada por grupos diagnósticos de baja mortalidad, las úlceras de decúbito, las infecciones relacionadas con el uso de catéteres, el tromboembolismo pulmonar y la trombosis venosa profunda después de procedimientos quirúrgicos o la sepsis postoperatoria, registraron diferencias entre áreas de salud que se expresan en razones de variación de entre 2,2 y 4,5.

En cuanto a la gestión de las afecciones crónicas, las hospitalizaciones evitables relacionadas con las complicaciones a corto plazo de la diabetes pueden ser hasta 12 veces más frecuentes en un área de salud que en otra, una variabilidad que, además, se ha incrementado con el paso de los años. De forma similar, los ingresos en hospitales de agudos debido a psicosis afectivas pueden ser 28 veces más frecuentes en un área que en otra.

Las diferencias entre hospitales (clasificados por tamaño) en el índice de eficiencia técnica son notables: el 26% de los hospitales con entre 501 y 1.000 camas eran, como mínimo, un 15% más ineficientes que el estándar (la eficiencia "media" calculada a partir del universo de ingresos que se han producido en los hospitales de la muestra). Asimismo, el 12% de los hospitales con entre 201 y 500 camas eran, como mínimo, un 25% menos eficientes que el estándar para el tratamiento de pacientes similares.

Más allá de estas evidencias cuantitativas, se han llevado a cabo varias iniciativas destinadas a recoger las opiniones de las partes involucradas del SNS sobre los principales problemas del mismo. Los distintos actores (pacientes, profesionales y responsables políticos) parecen estar de acuerdo en que la información es básica para la mejora de la calidad, la fiabilidad y la sostenibilidad del SNS. Otros puntos del diagnóstico sobre los retos para el gobierno del SNS sobre los que parece haber acuerdo entre los agentes del sistema son:

- El actual sistema de co-pago es injusto.
- General rechazo a extender el co-pago a los servicios médicos.
- Existen barreras que impiden grandes reformas:
  - esquema contractual estatutario;
  - límites a la recertificación de competencias;
  - fragmentación de los cuidados;
  - desequilibrado peso de los cuidados hospitalarios.



Pese a que se han puesto en práctica importantes actuaciones para desarrollar la base tecnológica, la información del sistema sanitario en España carece de un marco común de valoración de los resultados. De hecho, el sistema está todavía basado en exceso en datos de recursos o de actividad (en detrimento de la información sobre resultados) y la conectividad entre los sistemas de información sanitaria continúa siendo limitada (tanto dentro de las comunidades autónomas como entre ellas). Esta situación ha frenado la posibilidad de una evaluación sistemática del rendimiento del SNS a cualquier nivel de desagregación.

## Conclusiones

El traspaso de las competencias de sanidad se completó en 2002. El sistema de financiación autonómica promueve la autonomía regional tanto en el capítulo de los gastos como en el de los ingresos (sobre todo, tras su revisión de 2009). Varios años de experiencia con el nuevo marco político han generado un fructífero debate (aunque no siempre tranquilo) entre los principales actores relevantes. Los temores iniciales a la fragmentación y desarticulación del Estado han dado paso a un enfoque más pragmático, ya que las partes interesadas han tenido que rendirse a la evidencia de que reforzar un espacio de cohesión y coordinación favorece a todos. Existe un consenso general, basado en una voluntad inquebrantable de salvaguardar los objetivos y los logros del SNS, sobre la necesidad de reforzar y mejorar las herramientas de gobierno con el fin de garantizar la sostenibilidad del SNS, al tiempo que se incrementa su orientación al paciente, su calidad, su relación coste-efectividad y su equidad.

Muchas de las medidas que ya se han tomado subrayan el procedimiento de mejora elegido: partiendo de la base de la Ley General Sanitaria, la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 estableció la hoja de ruta a seguir. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), que está integrado por el Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad y las consejerías de salud de las comunidades autónomas, fue elevado a la posición de máxima autoridad del SNS, allanando así el camino para un novedoso proceso de formulación de políticas de forma consensuada, basado en la gestión del conocimiento, cuyos efectos comienzan a apreciarse.

Asimismo, dicha Ley preveía la definición del catálogo de prestaciones del SNS (aprobado a través del Real Decreto 1030/2006) y del marco de la política de recursos humanos del SNS, estableciendo las piedras angulares de la coordinación y puesta en vigor del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Este Plan incluye las actividades en curso para la implantación del Sistema de información sanitaria nacional, un sistema de identificación fiable de los pacientes que incluirá información clínica relevante, y el desarrollo de una historia clínica digital o electrónica para todo el territorio nacional, estableciendo así los fundamentos para que el SNS actúe de facto como asegurador único y garantizando a los pacientes la continuidad de la atención sanitaria fuera de la comunidad autónoma en la que residan. El Plan se ha convertido también en uno de los principales motores del diseño, la implantación y el seguimiento de normas de calidad en todo el SNS, con el desarrollo de estrategias nacionales de salud para abordar tanto las enfermedades crónicas de mayor prevalencia (cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, etc.) como las enfermedades raras, así como de la estrategia de seguridad de los pacientes.

Pese a lo positivo de estos resultados, el SNS sigue teniendo problemas para superar algunos de los retos que generan sus propios objetivos:

- Promover la cohesión una vez finalizado el proceso de descentralización: gobernar un Sistema Nacional de Salud integrado por 17 sistemas sanitarios autonómicos independientes, que tienen la jurisdicción principal sobre la planificación y la organización de la salud y la atención sanitaria en sus respectivos territorios; garantizar la equidad horizontal, es decir, la igualdad efectiva entre los españoles en el acceso a los servicios y la protección de la salud, con independencia de su comunidad de residencia, así como la equidad vertical, reduciendo las diferencias atribuibles a los distintos niveles de renta en la prestación de servicios en todo el territorio nacional; desarrollar nuevos instrumentos que permitan la evaluación comparativa y el aprendizaje mutuo en todo el SNS.
- Adoptar un modelo centrado en el usuario en una estructura de prestación predominantemente pública, dotada, en cuanto a los recursos humanos, fundamentalmente con funcionarios y personal estatutario.
- Coordinar la atención sanitaria en una estructura gerencial que, por lo general, es doble, con una división cultural y funcional entre la atención primaria y la atención especializada.

Otros retos a los que también se enfrentan muchos países occidentales desarrollados se manifiestan en la realidad del SNS:

- transición de un modelo basado en la atención de agudos a un modelo basado en la gestión de enfermedades crónicas, incluidas las enfermedades mentales. De forma similar,

- incorporación de la asistencia sociosanitaria y la atención a la dependencia como elemento de equidad para garantizar una atención sanitaria de media y larga duración oportuna y de calidad, dando prioridad a las soluciones basadas en la comunidad;
- organización y prestación de cuidados paliativos y a enfermos terminales;
- adopción de un sistema de evaluación basado en la evidencia, en la gestión de la cartera de servicios y la aplicación de un análisis coste efectividad incremental para evaluar las nuevas prestaciones;
- mejora del marco de gestión clínica para reducir la distancia entre la evidencia clínica y la práctica clínica; la adecuación de los incentivos a proveedores a los objetivos de calidad y eficiencia del sistema en la totalidad del mismo (distintos niveles de la dirección, profesionales sanitarios, profesionales no sanitarios, proveedores externos, etc.);
- mejora de las políticas basadas en la evidencia en el ámbito de la equidad y la calidad de la atención sanitaria, incrementando la producción y el uso de evidencia clínica sobre variaciones injustificadas de la práctica médica y de los resultados;
- rendición pública de cuentas en relación con las políticas aplicadas y la relación coste-efectividad de las mismas;
- rendición pública de cuentas de los proveedores para posibilitar la elección informada de los pacientes;
- sostenibilidad financiera, que ha saltado al primer plano de la actualidad como consecuencia de la actual crisis económica.

### **Mirando al futuro**

El CISNS del 18 de marzo de 2010 alcanzó el acuerdo para la adopción de una estrategia común destinada a garantizar la calidad, la equidad, la cohesión y la sostenibilidad del SNS. El documento constata la incidencia que la crisis económica puede tener sobre los ingresos fiscales y sus consecuencias para el SNS. A este respecto, incluye una batería de medidas destinadas a cumplir dos objetivos: mantener el ritmo de las medidas de mejora de la cohesión y la calidad en todo el sistema y promover medidas de contención de costes por medio de políticas de utilización racional, destinadas tanto a profesionales como a los usuarios, y del agrupamiento de recursos a escala del SNS para mejorar las economías de escala.

La agenda propuesta, particularmente la de largo plazo, parece orientar la mayor parte de retos planteados; su implementación pondrá a prueba la madurez del sistema así como las herramientas de cohesión y coordinación desarrolladas.

Entre las medidas a corto plazo cabe citar:

- El desarrollo de una norma sobre tiempos máximos de espera, que establezca criterios comunes a todo el SNS y se aplique en cada una de las comunidades autónomas.
- La finalización de la implantación de una historia clínica electrónica común y el uso extensivo de recursos de e-Health para facilitar la interacción de las personas con los servicios sanitarios.
- La adopción de un calendario de vacunación único para todo el SNS.
- En el ámbito de la contención de costes, las medidas a corto plazo se centran en la política farmacéutica. Se pone en marcha el II Plan Estratégico de Política Farmacéutica, que incluye la modificación del actual sistema de precios de referencia, la rebaja de los precios de los medicamentos genéricos y la fijación de precios máximos para medicamentos indicados para síntomas menores.
- Creación de un procedimiento de compras agregadas para todo el SNS (al que las comunidades autónomas pueden sumarse de forma voluntaria), con el fin de mejorar la capacidad de negociación frente a los proveedores mediante el intercambio de información sobre precios. Este procedimiento será de aplicación a todos los productos médicos, incluidos los medicamentos.
- Como parte de la campaña para favorecer una mejor utilización de los servicios se prevé la implantación de un sistema de “facturas sombra” de los servicios del SNS, que permita concienciar a los pacientes sobre los costes en que se incurre.
- Unificación de los criterios de retribución en todo el SNS.

El CISNS ha otorgado la máxima prioridad a varias iniciativas a largo plazo tales como:

- Revisar y mejorar los actuales mecanismos de reembolso a los sistemas sanitarios de los gastos de la atención prestada en caso de accidentes laborales y de tráfico (asegurados por compañías de seguros especializadas o por mutualidades), así como los costes derivados de la atención a pacientes de la UE.
- Establecimiento de una estrategia nacional para la atención a los pacientes crónicos.



- Desarrollo de un sistema común para la planificación de recursos humanos que permita abordar las necesidades futuras de determinados perfiles profesionales con criterios de distribución y necesidad para el SNS. Este sistema debe basarse en el pleno funcionamiento del registro nacional de profesionales sanitarios.
- Desarrollo de un nuevo mapa de especialidades médicas, basado en un modelo troncal de formación con itinerarios flexibles de especialización.
- Establecer un sistema nacional de información de resultados de salud del SNS.
- Promover estilos de vida saludables, continuando el trabajo realizado en los programas sobre obesidad, alimentación equilibrada, ejercicio y tabaquismo, priorizando la salud pública.
- Reforzar el papel de la evaluación de tecnologías sanitarias en relación con la inclusión de nuevas tecnologías en la cartera de servicios, reorganizando la red de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias con el fin de incrementar su capacidad para generar oportunas evidencias científicas y de coste-efectividad para la toma de decisiones.

La agenda fijada para el SNS en este acuerdo aborda aparentemente muchos de los desafíos descritos. Sin duda alguna, su puesta en práctica pondrá a prueba la madurez política del sistema, así como la de las herramientas de coordinación y cohesión desarrolladas. Los resultados del acuerdo estarán bajo el escrutinio de todos los agentes del sistema, estableciendo, de hecho, la agenda evaluativa de la próxima década.

#### Cuadro 1. [Contenidos del HiT](#)

#### Cuadro 2. [Cronología de legislación y acción política a nivel SNS, 2000-2010](#)

Principales reformas de la última década: La “era postransferencias”: fomento de la cohesión y coordinación del SNS y los 4 elementos clave de un sistema “federalizado”

La finalización del traspaso pleno de las competencias en materia de salud a las comunidades autónomas se tradujo en una búsqueda de mecanismos para equilibrar la tensión entre la “federalización” y un punto de vista nacional coherente que garantice la igualdad de derechos de los españoles con independencia de comunidad autónoma en la que residan. Las reformas pueden agruparse en torno a los cuatro elementos clave en un contexto de descentralización:

1. Órganos y herramientas de gobierno adaptados a la nueva arquitectura federal
  - La ley de calidad y cohesión del SNS (2003): gestión del conocimiento y consenso
  - El nuevo rol del CISNS
  - La Agencia de Calidad del SNS
  - El plan de calidad del SNS (2005)
    - Estrategias de salud y seguridad de los pacientes
    - Estándares de calidad y prácticas de excelencia
    - Centros de referencia
  - Política común de recursos humanos
2. Cartera común de Servicios (2006) y nuevo sistema de actualización: evaluación de tecnologías
3. Mecanismos de asignación y distribución de recursos que apoyen a las CCAA en la asunción de su responsabilidad (2001; 2009)
  - Autonomía de gasto (Corresponsabilidad fiscal)
  - Suficiencia
  - Solidaridad
  - Novedades sistema 2009
  - Elementos de equidad horizontal: población equivalente protegida (0-4, 5-64, >65) + población >65 y en edad escolar. Fondo de garantía de los servicios públicos + fondo de suficiencia global
  - Equidad vertical: los dos fondos de convergencia (competitividad y cooperación)
    - Actualización anual y revisión de los parámetros de asignación
4. Sistema nacional de información que permita evaluar tanto a nivel autonómico como nacional facilitando el seguimiento del desempeño del sistema y de la distribución de recursos en el país (2005)

- Identificador unitario de pacientes
- Historia clínica digital unificada
- Registro de profesionales sanitarios

El grado de implantación efectiva de estas reformas es variable y cabe subrayar que la cronología de su introducción (cuadro 2) dibuja un cuadro más reactivo que proactivo.

[Modelo de evaluación de sistemas sanitarios OCDE, HCQI project 2006](#)

Con acuse de recibo

## Arrow y el nacimiento de la economía de la salud



**Manuel García Goñi**

Departamento de Economía Aplicada II  
Universidad Complutense de Madrid  
[mgoni@ccee.ucm.es](mailto:mgoni@ccee.ucm.es)

Kenneth Arrow es uno de los primeros teóricos que introdujo el problema de la información imperfecta y asimétrica en economía. De hecho, la teoría económica dio un importantísimo paso adelante en la década de 1950 cuando Kenneth Arrow y Gerard Debreu incorporaron el riesgo en los mercados (Arrow y Debreu, 1954). Es decir, hasta ese momento, la existencia del equilibrio competitivo en los mercados se ceñía a un mercado sin fallos, donde, entre otras condiciones, existía información perfecta y por tanto, la capacidad de observar las utilidades (desde un punto de vista teórico) y rentabilidades de los bienes y activos sin error en el tiempo.

Continuando con su análisis del efecto de la información imperfecta en los mercados, Arrow publicó en 1963 en la revista *American Economic Review* el artículo titulado “Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”. Este es en mi opinión uno de los artículos que más ha influido en la teoría económica del último medio siglo y que se ha considerado como el nacimiento de la Economía de la Salud. En este artículo, Arrow pone de manifiesto que en ocasiones hay bienes para los que no existe un mercado perfecto (*non-marketability*) en el sentido de que no hay un precio que se pueda pagar para evitar o propiciar algunas acciones aunque éstas sean identificables y afecten al bienestar de los individuos que las acometen o de otros cualesquiera. Como consecuencia, no es posible llegar al equilibrio competitivo Pareto óptimo. El ejemplo que Arrow utiliza para aclarar este concepto de la falta de mercados eficientes es el de la atención sanitaria y el aseguramiento, ya que el hecho de contraer una enfermedad es un fenómeno en buena medida impredecible. Además, no sólo existe incertidumbre en cuanto a la probabilidad de enfermar, sino también en cuanto a la probabilidad de recuperarse total o parcialmente.

De esta manera, cuando la incertidumbre impide la existencia de un mercado perfecto, la información se convierte en un bien muy preciado con su propio mercado imperfecto. El problema que se plantea es que el comprador de información (diagnósticos, tratamiento, etc.) no suele conocer el valor real de la información. Como consecuencia, y de alguna manera, el bienestar de los individuos se reduce en primer lugar, porque no se puede transferir todos los riesgos que uno quisiera ni pagando (o cobrando) un precio, y en segundo lugar, porque se reduce el deseo de comprar un bien incierto, del que no se conoce por completo su valor. Así, nos acabamos de salir del mundo de los equilibrios óptimos de Pareto, para adentrarnos en el mundo de los equilibrios subóptimos. Este es el motivo por el que la

provisión sanitaria y el aseguramiento constituyen mercados imperfectos y en ellos es habitual la actuación del sector público, mediante esquemas de subsidios y prestaciones que ofrecen seguros o provisión a determinados tipos de (o a todos los) individuos.

Arrow en este artículo presenta también las especificidades del mercado sanitario, como la dificultad de predecir la función de demanda en contraposición a otros la de otros bienes, o la importancia del código ético en la profesión sanitaria, que hace que existan (y muchos individuos prefieran) hospitales o instituciones sanitarias que no buscan maximizar el beneficio sino que son subsidiadas de alguna manera. Y en relación a la incertidumbre, Kenneth Arrow presenta por primera vez la asimetría en la información entre pacientes y médicos. La razón por la que los pacientes vamos al médico es muy simple: ellos tienen un más amplio conocimiento de las enfermedades que nosotros. Las restricciones a la entrada en la oferta sanitaria representan una diferencia notable con respecto a otros mercados (licencias, patentes, o límites en las plazas ofrecidas para distintas especialidades en las universidades, etc.). Además, la política de precios incluso en el mercado privado sanitario, no parece ser totalmente libre como en el caso de un mercado en competencia perfecta.

Por otra parte, Arrow describe el mercado de los seguros sanitarios y la ganancia en bienestar social que surge de las distintas actitudes frente al riesgo de los individuos (normalmente aversos al riesgo) y de las compañías aseguradoras (normalmente menos aversas al riesgo que los individuos o incluso neutrales al riesgo), y presenta también los problemas de incentivos que existen en este mercado. Uno de ellos es el riesgo moral dado el nexo de unión entre la probabilidad de contraer una enfermedad y la actitud del asegurado respecto a la prevención, o de una mayor o menor utilización de servicios sanitarios dependiendo de si se está o no asegurado. Otro es el método de pagos elegido para los proveedores de salud, y el problema de incentivos que se puede crear entre el proveedor y la compañía aseguradora. También nos presenta el problema de la selección adversa dada la necesidad de separar a los asegurados en grupos que dependen del nivel de riesgo, cosa que no siempre es factible debido a la información imperfecta y asimétrica, y el problema de las posibles diferencias entre los objetivos del médico y del paciente, que debe delegar sus cuidados en el médico (problema principal-agente).

Así pues, Kenneth Arrow presentó ya en 1963 las bases de muchos de los problemas que todavía hoy se estudian en economía de la salud. De hecho, lo que Arrow denomina equilibrios subóptimos ya entonces, tiene una importancia clave hasta el día de hoy, como es que la sociedad puede querer distribuir un bien o servicio (como la provisión sanitaria o el aseguramiento sanitario) entre toda su población según principios que por ejemplo podrían ser de igualdad. Como nos dicen los teoremas del bienestar, si esta distribución se hace de la manera adecuada, podremos obtener como solución un equilibrio competitivo que maximice el bienestar social. Y esa teoría del bienestar ha ido evolucionando hasta incorporar conceptos como los de la racionalidad limitada, distintas medidas de satisfacción, o la evaluación económica.

**NOTA DEL EDITOR:** El último número de la revista *American Economic Review* (2011; 101(1)) publica un artículo especial con los 20 artículos más importantes de los primeros 100 años de la revista. En la lista figura el artículo de Arrow (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care."

## Opinión

# La evaluación económica en el sistema de salud

**Carlos Campillo**

Servei de Salut de les Illes Balears

[carlos.campillo@ibsalut.es](mailto:carlos.campillo@ibsalut.es)

La utilización de la evaluación económica en la planificación y las decisiones de cobertura de tecnologías médicas ha

aumentado considerablemente en varios países de Europa, Canadá y Australia en los últimos veinte años (1-3). No en España. En nuestra legislación, sólo sigue mencionándose como uno de los distintos criterios para regular la utilización

de tecnologías médicas y la actualización de prestaciones. No como criterio explícito de decisión de su financiación pública. Aunque ha aumentado la cifra de análisis de coste-efectividad (ACE) y de coste-utilidad (ACU) realizados, su utilización y aplicación sigue siendo escasa y no sobrepasa los límites de la microgestión (3).



Desde que en los Estados Unidos se empezó a hacer pública en los noventa la necesidad de utilizarla en las decisiones de cobertura, fijación de precio, reembolso o compensación de proveedores, se ha desarrollado una oposición de corte granítico muy efectiva (4, 5). Los planes de seguros privados y públicos siguen basando sus decisiones de cobertura en criterios distintos de los de la evaluación económica, pero el incremento del gasto en salud, el fracaso de las medidas adoptadas para reducirlo y los resultados en salud siguen dejando insatisfechos a todos (1). La evaluación económica no se ha integrado en la planificación ni allí ni aquí por razones distintas.

### **Causas de oposición a la evaluación económica**

En el informe de 1996 del Panel on cost-effectiveness and health la evaluación económica se contempla como instrumento de ayuda en la toma de decisiones, no como uno de los métodos para decidir cómo asignar recursos y financiar servicios de forma eficiente (6, 7). La oposición a hacerlo incluye muchas razones. La más difundida es la arraigada opinión de que el uso de la evaluación económica es el primer paso para racionar la atención sanitaria, limitar el acceso a las nuevas tecnologías y contener el gasto. Muchos creen que en el país más rico del mundo no cabe restringir recursos y que la cuarta barrera frena la innovación tecnológica (8-9).

Piensan, además, que nunca se dispone de resultados de la evaluación económica cuando más se necesitan, que su credibilidad es baja porque los resultados de varias evaluaciones de un mismo tratamiento son discrepantes, y que decisiones sobre elementos clave de su diseño (perspectiva, fuentes de datos, horizonte temporal, tasa de descuento, selección de intervenciones para comparación, variables de resultado, etc.) varían injustificadamente y al albur de los investigadores (6-9).

### **Medicare, Medicaid y la Veterans Health Administration**

Las competencias reguladoras de *Medicare* que incumben a la evaluación económica han sido ignoradas por las instituciones oficiales (9). *Medicare* sigue careciendo de autoridad legal para usar los costes y el ACE en su toma de decisiones. Se ha fracasado reiteradamente al intentar justificar su uso en decisiones de cobertura de sus Partes A, B y C. Según la *Medicare Payment Advisory Commission*, si bien el *Center for Medicare and Medicaid Services* (CMS) usa información sobre efectividad clínica en sus decisiones de cobertura y pago a escala nacional, *Medicare* omite los ACE al decidir sobre la inclusión o no de nuevos servicios, y antes de que los utilice deberán disiparse todas las dudas en torno a los métodos empleados (10, 11).

Las deliberaciones en el seno del *Medicare Coverage Advisory Committee* traducen diferencias entre un enfoque circunscrito a la evaluación de la efectividad de las intervenciones y la aproximación que defiende asignar valor a las tecnologías médicas en virtud de resultados de los ACE (12).

Los programas estatales de *Medicaid* restringen los análisis de costes y los ACE a las decisiones sobre incorporación de medicamentos en sus formularios. Los estados han de cubrir todos los medicamentos aprobados por la *Food and Drug Administration* (FDA) para cada fabricante que firma acuerdo con el *Department of Health and Human Services* y tienen cierta capacidad para usar información ofrecida por evaluaciones económicas en sus autorizaciones previas y en gestión de la utilización.

En 2004, la *Veterans Health Administration* (VHA) empezó a exigir a los fabricantes la presentación de ACE de los medicamentos nuevos, para decidir su inclusión en los formularios que unificó a escala nacional. No utiliza umbrales, sí ACE para realizar sus propios análisis de sensibilidad con los modelos que reciben, decidir en qué subgrupos de pacientes el medicamento puede ser más efectivo y elaborar guías nacionales de gestión de enfermedades (13).

### **Los planes de salud privados**

Las aseguradoras privadas también omiten la evaluación económica como instrumento que ayuda a decidir qué tecnologías financian, aunque varias hacen análisis de costes y de impacto presupuestario cuando evalúan nuevas intervenciones. *BlueCross-BlueShield* excluye los estudios de evaluación económica completos de sus decisiones, pero desde hace poco reconoce la necesidad de disponer de información procedente de ACE. Dejando de lado ahora los avances que han hecho en la elaboración de políticas en sus planes de seguros, similares a los de *BlueCross-BlueShield* son los documentos publicados por *America's Health Insurance Plans* y *Aetna* a este respecto.

Todo parece indicar que las aseguradoras privadas sólo pretenden utilizar la evaluación económica como fuente de información adicional no vinculante para seleccionar tecnologías. Hay quien señala que serán los asegurados los que más presionen sobre su adopción como uno más de los criterios de decisión para incorporar y utilizar adecuadamente las tecnologías médicas (8).

### Perspectivas en la Reforma Obama

Se han intensificado las demandas de incorporar la evaluación económica en las decisiones, incluso de aplicarla a otros dominios y determinantes de la salud (12, 14), ofrecer más formación sobre ella, y cambiar la visión que de ella se tiene como herramienta para contener costes por la de instrumento para obtener valor añadido (1, 4). Mientras unos reclaman la creación de una entidad nacional adecuadamente financiada y dependiente del *US Department of Health and Human Services* o como parte de la *Agency for Health Research and Quality* (AHRQ) o de los *National Institutes of Health*, encargada de realizar evaluaciones económicas, otros se oponen con firmeza y algunos se contentan con promover la efectividad comparada, porque –argumentan– no espolea el debate y evita el conflicto político (15).

La *Patient Protection and Affordable Care Act*, de 2010, incluye la creación del Instituto de Investigación de Resultados Centrado en el Paciente (*Patient-Centered Outcomes Research Institute -PCORI*) para realizar estudios de efectividad comparada, pero proscribió explícitamente formular y usar umbrales de coste-efectividad. No impide hacer evaluaciones económicas completas, sí usarlas para tomar decisiones de cobertura, elaborar guías de práctica clínica, o hacer pagos o recomendaciones de política sanitaria. En ella, el papel que se concede a la evaluación económica se limita a informar (6).

Los que consideran insuficiente esta ley afirman que en ella se plasma la aversión a las políticas que puedan reforzar el papel del Estado al tiempo que se evita afrontar verdades incómodas sobre la limitación de recursos de ese país (6). Ello no es óbice para que en ese país se consolide lentamente la conciencia de que no reciben buen valor a cambio de lo mucho que se gastan en salud (8). Gobierno, aseguradoras, proveedores y el público general empiezan a aceptar que la exclusiva evaluación de la eficacia y efectividad de las tecnologías es insuficiente para diseñar políticas adecuadas de atención sanitaria, cobertura, pago y reembolso. Antes de las *mid-term elections* de noviembre pasado algunos ya expresaban sus temores de que esta ley (resultante de la jibarización obligada y pragmática de propuestas más ambiciosas) pronto o tarde se derogue.

En Estados Unidos y en España tenemos propuestas para integrar la evaluación económica en la planificación sanitaria (3, 4). Aquí es cada vez más necesario debatirlo, prever los recursos necesarios y tomar alguna decisión. Dichas propuestas y las experiencias que acumulan desde hace tiempo en regulación en países como del Reino Unido, Suecia, Holanda, Alemania, Portugal, Canadá y Australia deben ser para nosotros fuente de información de obligada consideración (3, 4). El tributo que aquí paguemos por dejar las cosas como están puede ser muy alto.

### Referencias

1. Garber AM, Phelps CE. Future costs and the future of cost-effectiveness analysis. *J Health Econ* 2008; 27: 819-21.
2. Clement FM, Harris A, Li JJ, Yong K, Lee KM, Manns BJ. Using effectiveness and cost-effectiveness to make drug coverage decisions. A comparison of Britain, Australia, and Canada. *JAMA* 2009; 302: 1437-43.
3. Asociación de Economía de la Salud. Posición de la Asociación de Economía de la Salud en relación a la necesidad de un mayor uso de la evaluación económica en las decisiones que afectan a la financiación pública de las prestaciones y tecnologías en el Sistema Nacional de Salud. Barcelona: AES; 2009. (Disponible en: <http://www.aes.es/Publicaciones/AESEES2.pdf>.)
4. Neumann PJ, Palmer JA, Daniels N, Quigley K, Gold MR, Chao S, for the Panel on Integrating Cost-Effectiveness Considerations into Health Policy Decisions. *Am J Manag Care* 2008; 14: 185-18.
5. The Patient Protection and Affordable Care Act. PL. 111-148. 3-23-2010. Disponible en: [http://www.washingtonwatch.com/bills/show/111\\_PL\\_111-148.html](http://www.washingtonwatch.com/bills/show/111_PL_111-148.html)
6. Neumann PJ, Weinstein MC. Legislating against use of cost-effectiveness information. *NEJM* 2010; 363: 1295-7.
7. Weinstein MC, Siegel JE, Gold MR, Kamlet MS, Russell LB. Recommendations of the Panel on Cost-effectiveness in Health and Medicine. *JAMA* 1996; 276: 1253-8.
8. Ginsburg ME. Cost-effectiveness: will the public buy it or balk? *Health Affairs* 2004; Suppl Web Exclusives:W4-297-9.
9. Neumann PJ. Why don't Americans use cost-effectiveness analysis? *Am J Manag Care* 2004; 10: 308-12.
10. Medicare Payment Advisory Commission. Report to The Congress. Increasing the value of Medicare. MEDPAC:

Washington, DC; 2006.

11. Centers for Medicare & Medicaid Services, Department of Health and Human Services. 2006a. Medicare Coverage Advisory Committee. [Http://www.cms.hhs.gov/FACA/02\\_MCAC.asp](http://www.cms.hhs.gov/FACA/02_MCAC.asp)

12. Weinstein MC, Skinner JA. Comparative effectiveness in health care spending –Implications for Reform. NEJM 2010; 362: 460-5.

13. Aspinall SL, Good CB, Glassman PA, Velentino MA. The evolving use of cost-effectiveness analysis in formulary management within the Department of Veterans Affairs. Med Care 2005; 43(7Suppl.): II-20-II-26.

14. Kindig D, Mullahy J. Comparative effectiveness—of what? Evaluating strategies to improve population health. JAMA 2010; 25:901-2.

15. Wilensky GR. Cost-effectiveness information: Yes, it's important, but keep it separate, please! Ann Intern Med 2008; 148: 967-8.

## Tesis

# Impacto de la inmigración en salud, longevidad y dependencia de los mayores en España y Europa

**Aïda Solé i Auró**

*Tesis doctoral dirigida por los doctores Montserrat Guillén i Estany y Eileen M. Crimmins, defendida el 17 de setiembre de 2009 en el Departamento de Econometría, Estadística y Economía Española de la Universidad de Barcelona.*

*Tribunal: Dr. Juan Manuel Cabasés Hita, Dr. Juan Oliva Moreno y Dr. Lluís Bermúdez Morata.*

*Calificación: Sobresaliente Cum Laude.*

Email: [aidasole@ub.edu](mailto:aidasole@ub.edu)

Página web: <http://ub.academia.edu/A%C3%AFdaSol%C3%A9Aur%C3%B3>

## Impacto de la inmigración en salud, longevidad y dependencia de los mayores en España y Europa

### Introducción y Objetivos

La salud de los inmigrantes adultos puede tener importantes consecuencias en las necesidades sociales y las demandas de los sistemas sanitarios. La investigación del uso de la asistencia sanitaria en países desarrollados ha experimentado un crecimiento notable en los últimos años, aunque las causas y peculiaridades están poco exploradas, y más aún

cuando se examina la población inmigrante. El objetivo principal de esta investigación es el análisis y valoración de la salud de los inmigrantes y de la población nativa residente en diversos países desarrollados entre ellos España. Se utilizan diferentes encuestas que contienen datos demográficos y de salud de diferentes estados y regiones (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE; English Longitudinal Study of Ageing, ELSA; y Health and Retirement Study, HRS). El resultado final de dicha investigación se plasma en cuatro artículos: (1) Diferencias de género en salud; (2) La salud de los inmigrantes en países europeos; (3) Utilización de los servicios sanitarios entre inmigrantes y población nativa en 11 países europeos: resultados de la SHARE ; y (4) Escenarios del impacto de la inmigración en la longevidad y la dependencia de los mayores en la población española. A continuación se presenta una síntesis de cada artículo:



## 1. Diferencias de género en salud: resultados de la SHARE, ELSA y HRS

Con una muestra de datos de 27.444, 10.482, y 16.356 individuos de 50 y más años de edad, provenientes de las encuestas *SHARE*, *ELSA* y *HRS*, respectivamente, se examina mediante una regresión logística cómo el comportamiento de la salud, la presencia de trastornos funcionales, la prevalencia de enfermedades, la auto-percepción del estado de salud, y la utilización de servicios sanitarios varían entre hombres y mujeres en estos países. Los trastornos funcionales y las dificultades en las actividades de la vida diaria, así como el padecimiento de artritis, hipertensión y síntomas depresivos son más frecuentes entre las mujeres de todos los países estudiados. Los hombres tienen mayor probabilidad que las mujeres de ser obesos y fumadores, además de padecer con mayor frecuencia ataques al corazón. Aunque la evaluación subjetiva de la salud es más baja entre las mujeres, esta situación no se corrobora si se analizan los indicadores de trastornos funcionales, discapacidades y enfermedades. Los 13 países estudiados presentan las mismas diferencias en salud por género, debido principalmente a las similitudes en el comportamiento de hombres y mujeres.

## 2. La salud de los inmigrantes en países europeos

El objetivo del artículo es evaluar si existen diferencias sistemáticas en salud entre inmigrantes y nativos y si estas diferencias son un reflejo de las diferencias socioeconómicas. Concretamente, se estudian las diferencias en distintas medidas de salud entre los inmigrantes y la población nativa de 50 y más años en 11 países europeos. Se examinan las diferencias en habilidades funcionales, discapacidades, presencia de enfermedades y el comportamiento de los factores de riesgo para estos colectivos. Se utilizan los datos micro de la encuesta *SHARE* que proporciona información sobre la salud, el estado socioeconómico y las redes sociales y familiares de individuos de 50 y más años, con una muestra que se divide entre 12.552 hombres (966 inmigrantes) y 14.892 mujeres (1.224 inmigrantes). Se utiliza una regresión logística para examinar el efecto de ser inmigrante en cada indicador de salud estudiado. Los resultados muestran que los inmigrantes generalmente tienen peores problemas funcionales y de discapacidad que la población nativa entre los 11 países europeos. Los resultados indican que la diferencia en el estado socioeconómico entre inmigrantes y la población nativa no parece ser la causa de las posibles diferencias en salud. En estos países, existe una pequeña evidencia del efecto “healthy migrant” en edades avanzadas. En definitiva, el crecimiento de inmigrantes podría empeorar los niveles de salud de la población en los próximos años.

## 3. Utilización de los servicios sanitarios entre inmigrantes y población nativa en 11 países europeos: resultados de la SHARE

El objetivo de este trabajo es analizar las diferencias en el uso de los servicios sanitarios entre los inmigrantes de 50 y más años de edad y la población nativa en 11 países europeos. Con los datos extraídos de la primera oleada de la encuesta *SHARE* (2004) se estima un modelo de regresión binomial negativa y un modelo de regresión *Poisson zero-inflated* para examinar las diferencias entre los inmigrantes y la población nativa en el número de visitas al médico, visitas al médico de cabecera y visitas al hospital. Los resultados muestran una gran variabilidad en el uso de cada tipo de servicios médicos utilizados entre los países estudiados. En algunos países, los inmigrantes de edad avanzada utilizan más los servicios médicos que la población nativa con las mismas características. Controlando por las diferencias en las necesidades de los cuidados de salud, los inmigrantes realizan entre un 6% y un 21% más visitas al médico, al médico de cabecera y hospitalizaciones que los nativos. También se observa que el nivel del PIB de cada país estudiado, el método de pago a los médicos, y la densidad de médicos afecta a la utilización de los servicios sanitarios de forma distinta a inmigrantes en comparación con los nativos.

## 4. Escenarios del impacto de la inmigración en la longevidad y la dependencia de los mayores en la población española

En este artículo se acota la magnitud del cambio experimentado en la esperanza de vida en salud o en discapacidad de la población española al incluir el colectivo de extranjeros residentes en España. Con los datos extraídos de la *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* (EDDES) del 1999 se estima la esperanza de vida en salud y en discapacidad mediante el método de Sullivan. Para valorar la magnitud exacta de dicho impacto sería necesario trabajar con las tablas de mortalidad y de prevalencia de la discapacidad de ese colectivo, pero ello no es posible debido a la insuficiencia de la información estadística sobre los inmigrantes a España. A partir de los datos del INE y la OMS, y adaptando el método de Sullivan para el caso de disponer de dos poblaciones diferenciadas (española/extranjera residente), se plantean distintos escenarios: 1) todos los extranjeros inmigrantes tienen discapacidad, 2) ninguno tiene, y 3) tienen unas tasas de prevalencia de la discapacidad similares a la población

discapacitada, 2) ninguno tiene, y 3) tienen unas tasas de prevalencia de la discapacidad similares a la población española. Los resultados indican que la proporción inicial supuesta de individuos inmigrantes en el total de la población ejerce un impacto importante sobre la esperanza de vida en discapacidad, siendo las diferencias mayores en el caso de las mujeres. Para la mayoría de los escenarios planteados, los cambios en la esperanza de vida y la esperanza de vida con discapacidad muestran moderadas variaciones.

## Conclusiones

Los principales resultados obtenidos en esta tesis doctoral se sintetizan correlativamente a los artículos de investigación presentados: 1) Las diferencias de género en salud son consistentes en 13 países estudiados; 2) La diferencia en el estado socioeconómico entre inmigrantes y la población nativa no parece ser la causa de las posibles diferencias en salud en algunos países europeos; 3) En algunos países europeos, los inmigrantes de edad avanzada utilizan más los servicios médicos que la población nativa con las mismas características; y finalmente 4) La proporción inicial supuesta de individuos inmigrantes en el total de la población tiene un impacto sobre la esperanza de vida en discapacidad.

XXXI Jornadas de Economía de la Salud

# XXXI Jornadas de Economía de la Salud. Programa Preliminar

## XXXI Jornadas de Economía de la Salud

Sostenibilidad y bienestar: reflexiones sobre el futuro de las políticas sanitarias  
Palma de Mallorca, del 3 al 6 de mayo de 2011

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

### MARTES, 3 DE MAYO

#### Taller Fundación BBVA

El Método de Regresión Discontinua para Economistas de la Salud

Moderador:

Marcos Vera Hernández, University College, London

Ponentes:

Carlos Dobkin, University of California, Santa Cruz. EEUU

Michael Anderson, University of California, Berkeley. EEUU

9:45 h Presentación Sesión de mañana

10-13:30 h La Regresión discontinua como método cuasiexperimental

- Historia
- Nítida versus borrosa
- Relación con experimentos aleatorios, variables instrumentales y métodos de pareo
- Análisis gráfico

13:30-15 h Almuerzo

15-18:30 h Estimación mediante el uso de Métodos de Regresión

- Regresión lineal local
- Regresión polinomial global
- Test de especificación
- Continuidad de las variables de control
- Manipulación de la variable de asignación

*Para el seguimiento del Taller se requiere de ordenador y del software de STATA. Para aquellos asistentes que no dispongan del programa se han realizado gestiones con STATA que nos facilitará unas licencias temporales a usar durante la realización del taller. Es imprescindible que aquellos asistentes al taller que precisen de esta licencia lo comuniquen en el apartado "Observaciones" del Formulario de Inscripción a las Jornadas con 1 mes de antelación como mínimo, puesto que se tendrá que pasar el listado de correos electrónicos personales a la empresa para que facilite las licencias.*

## MIÉRCOLES, 4 DE MAYO

9:30-10 h Acto Inaugural

Juli M. Fuster, Presidente del Comité Organizador

Juan Oliva, Presidente de AES

Jaime Pinilla, Presidente del Comité Científico

10-11:30 h Conferencia

**Cost Growth and Productivity Growth in Health Care: An International Perspective**

Ponente:

Jonathan Skinner, Dartmouth College, Hanover

Presentación:

Enrique Bernal Delgado, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza

Discussant:

Jose M<sup>a</sup> Labeaga, Instituto de Estudios Fiscales

11:30-12 h Pausa-café

12-14 h Sesiones simultáneas

- Mesas de ponencias I

**Perspectivas en la evaluación económica en Estados Unidos, Reino Unido y España**

Coordinador y moderador:

Carlos Campillo, Ib-Salut, Palma de Mallorca

Role of cost-effectiveness analysis in U.S. health insurance coverage: present status and future prospects

Gregory de Lissovoy, The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

Economic evaluation: Last year's fashion, next year's solution?

Christopher McCabe, Leeds Institute of Health Sciences

Evaluación de tecnologías en España: crónica de un desencuentro

José María Abellán, Universidad de Murcia

- Mesa de ponencias II

### **El rol de la enfermería en un futuro sostenible en salud**

Coordinadora:

Ana Rico Gómez, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

Moderador:

Vicente Ortún Rubio, CRES, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

Toma de decisiones estratégicas en el sistema sanitario: ¿Hay suficiente aportación enfermera?

Patricia Gómez Picard, Ib-Salut, Palma de Mallorca

Desarrollo Profesional y comunicación: Un análisis de la situación

Ramón Camaño, Universidad de Valencia

Acción comunitaria en las políticas pro-equidad. Enfermería: un agente importante

Maribel Pasarín, Universitat Pompeu Fabra, Agència de Salut Pública de

Barcelona

- Mesa de comunicaciones I
- Mesa de comunicaciones II
- Mesa de comunicaciones III

14-16 h Almuerzo de trabajo

Visita pósteres

16-18 h Sesiones simultáneas

- Mesa de ponencias III

### **Desinversión en salud: una cara oculta de la regulación**

Coordinador y moderador:

Carlos Campillo, Ib-Salut, Palma de Mallorca

The future of healthcare decision making: It's not what you do, it's what you don't

Christopher McCabe, Leeds Institute of Health Sciences

Los límites de la cirugía cardíaca: de la cirugía compasiva a la cirugía efectiva

Oriol Bonnín, Hospital Universitario Son Espases, Mallorca

Tratar pacientes con cáncer bajo los rigores de la efectividad y los costes

José Expósito Hernández, Plan Integral de Oncología, Andalucía

¿Sirven los estudios de variabilidad de la práctica para informar la desinversión?

Enrique Bernal, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza

- Mesa de ponencias IV

### **Métodos cuantitativos en economía de la salud**

Coordinadores y moderadores:

Mireia Jofre-Bonet, University City College, Londres

Andrew Street, University of York (Pendiente)

On the (fair) economic evaluation of health interventions: the metric of opportunity

Juan Moreno-Ternero, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla

Some reflections on Bayesian methods in cost-effectiveness studies

Carmen Armero, Universidad de Valencia

- Mesa de comunicaciones IV
- Mesa de comunicaciones V
- Mesa de comunicaciones VI

## JUEVES, 5 DE MAYO

Sesiones de mañana

9:30-11:30 h Sesiones simultáneas

- Mesa de ponencias V

### **Equidad en salud y en sanidad: situación actual y algunos retos de futuro**

Coordinadora y moderadora:

Ana Rico, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

Pasado y presente de la equidad en el Sistema Nacional de Salud Español: Evidencia y Políticas  
Ignacio Abásolo, Universidad de La Laguna, Tenerife

El futuro: Hacia la equidad en salud. La agenda europea para reducir las desigualdades en salud  
Ildfonso Hernández Aguado, Begoña Merino, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

¿Dónde queda la eficiencia? El trade-off eficiencia-equidad en salud y la consideración de la equidad en la evaluación económica

Aki Tsuchiya, University of Sheffield

- Mesa de ponencias VI

### **Salud y web 2.0: experiencias y nuevos instrumentos**

Coordinadora y moderadora:

Anna García-Altés, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut, Barcelona

Cuando las hormigas tienen altavoces: herramientas para la difusión de mensajes sanitarios en la era 2.0  
Rafael Bravo, Médico de familia, autor del Blog Primum non nocere

El papel de los medios de comunicación en la era 2.0

Milagros Pérez Oliva, Defensora del lector, periódico El País

¿Qué pinta un hospital aquí? ¿Para qué le sirve tener presencia en las redes sociales?

Jorge Juan Fernández García, Director del Área eHealth y Salud 2.0 del Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona

- Mesa de comunicaciones VII
- Mesa de comunicaciones VIII
- Mesa de comunicaciones IX

11:30-12 h Pausa café

12-13.30 h Conferencia

### **Health, Corruption, and the Welfare State: A Causal Mechanisms Approach**

Coordinador y moderador:

Bo Rothstein, University of Gothenburg

Discussant:

Ana Rico, Instituto de Salud Carlos III, Madrid

Mesa de comunicaciones VII

Mesa de

13:30-15:30 h Almuerzo de trabajo

Visita pósteres

15:30-17:30 h Sesiones simultáneas

• Mesa de ponencias VII

**Nuevas formas de contratación y de organización de los profesionales de Atención Primaria**

Coordinador y moderador:

Gaspar Tamborero Cao, Ib-Salut, Palma de Mallorca

¿Contratar o implicar?

Albert Planes, Institut Català de la Salut, miembro del comité asesor del SemFYC

De los modelos de gestión pública a la integración virtual

Joan Gené, Consorci d'Atenció Primària de Salut del Eixample, Institut Català de la Salut

La Gestión integral de la Atención Primaria y Especializada en el modelo de Concesión Sanitaria

Mariano Guerrero, Director de Planificación y Proyectos de Ribera Salud, Alicante

• Mesa de ponencias VIII

**Nueva financiación autonómica y gasto sanitario: desenmascarando tópicos**

Coordinador y moderador:

Ignacio Abásolo, Universidad de La Laguna, Tenerife

De la financiación al gasto sanitario: ¿Cuenta España con el volumen de gasto sanitario adecuado?

David Cantarero, Universidad de Cantabria

De la financiación al gasto sanitario: evolución, distribución y factores determinantes del gasto sanitario autonómico

Rosa Urbanos, Universidad Complutense, Madrid

La financiación sanitaria en el marco del nuevo modelo de financiación autonómica

Joan Rosselló, Universitat de les Illes Balears, Govern Balear

• Mesa de ponencias IX

**Contribución de la salud pública a la racionalización sanitaria: posibilidades y limitaciones**

Coordinadora y moderadora:

Anna García-Altés, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut

Los beneficios de la salud pública, la sanidad y la medicina. Ideas para darles valor

Miquel Porta, Universidad Autónoma de Barcelona

La contribución de la salud pública a la racionalización de la utilización sanitaria y las limitaciones a la racionalidad de esa contribución

Ricard Meneu, Fundación Instituto de Investigación en Servicios Sanitarios, Valencia

Políticas de racionalización: ¿Hay que reinventar el sistema?

Juli M. Fuster, Director General de Planificación y Financiación, Consejería de Salud y Consumo, Gobierno de las Illes Balears

• Mesa de comunicaciones X

• Mesa de comunicaciones XI



- Mesa de comunicaciones XII

17:30 h-19 h Asamblea general de socios

21.00 h Cena de las Jornadas

**VIERNES, 6 DE MAYO**

9:30-11 h Mesa de ponencias X

**Mesa abierta sobre el copago en los servicios sanitarios**

Coordinador:

Enrique Bernal, Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Zaragoza

Moderador:

Guillem López Casasnovas, CRES, Universitat Pompeu Fabra

José Repullo, Instituto de Salud Carlos III

José Luis Pinto Prades, Universidad Pablo Olavide, Sevilla

Pablo Vázquez, FEDEA, Universidad Complutense, Madrid

11-11:30 h Pausa-café

11:30-12 h **Acto de entrega de premios y becas de investigación**

Premio Cátedra Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento de la Universidad de Málaga. Premio a la mejor comunicación oral

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

Juan Oliva, 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 2010

José María Labeaga, Director del Instituto de Estudios Fiscales

Presidente del Jurado del Premio IEF al mejor artículo de economía de la salud-2010

Juan Oliva, Presidente de la Asociación de Economía de la Salud

Beca AES de Investigación en Economía de la Salud

Juan Oliva, 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

12-12:15 h **Acto de clausura**

Juli M. Fuster, Presidente del Comité Organizador

Juan Oliva, Presidente de AES

Jaime Pinilla, Presidente del Comité Científico

12:15-13.45 **Conferencia de clausura**

Determinantes sociales de la salud: evidencias y su traducción en políticas públicas

Ponente:

Guillem López Casasnovas, CRES, Universitat Pompeu Fabra

Discussant:

Beatriz González, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

## Fechas importantes

30 de marzo de 2011 Fecha límite para la inscripción a precio reducido

22 de abril de 2011 Fecha límite para formalizar la inscripción

Consulta toda la información en: [www.aes.es/Jornadas](http://www.aes.es/Jornadas)

## Noticias

# Noticias

### CONGRESOS Y JORNADAS

#### **XXXI Jornadas de Economía de la Salud**

*Sostenibilidad y bienestar: reflexiones sobre el futuro de las políticas sanitarias.*

Palma de Mallorca, del 3 al 6 de mayo de 2011

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

#### **International Health Economics Association (iHEA) Congress**

10-13 Julio 2011, Toronto

Ya está abierto el Call for Individual Abstracts, Organized & Affiliate Sessions & Symposium Abstracts

Más información en: <http://www.healthconomics.org/>

#### **Jornada SESPAS “Los retos en la atención sanitaria y social ante el envejecimiento y la dependencia”**

Toledo, 6 de abril 2011

Programa: [http://www.aes.es/Publicaciones/Jornada\\_sespas.pdf](http://www.aes.es/Publicaciones/Jornada_sespas.pdf)

### FORMACIÓN

#### **Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios**

XXII Edición

Programa impartido en Madrid por la Fundación Gaspar Casal (FGC) en colaboración con el Instituto de Educación Continua (IDEC) y el Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES) de la Universidad Pompeu Fabra.

Directores: Vicente Ortún y Juan del Llano

Comienzo del programa: 26 de febrero de 2011

Más información en: [www.e-mads.org](http://www.e-mads.org), [www.fgcasal.org](http://www.fgcasal.org)

#### **Master in Health Economics and Policy**

Organizado por la Barcelona GSE en colaboración con la Universidad Pompeu Fabra.

Comienzo del programa: Septiembre 2011

Directores: Guillem López-Casanovas y Pau Olivella

Más información en: <http://www.barcelonagse.eu/health-economics.html>

AES-Secretaría C/ Bonaire, 7 08301  
Mataró (BARCELONA) Tel. 93 755 23 82 |  
Fax. 93 755 23 83 secretaria@aes.es

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: Carlos Campillo, Sandra García-Armesto, Manuel García-Goñi, Aïda Solé i  
Auró.