



En Este Número

Portada

Opinión

- ❖ ¿Recortar o desinvertir?

Documentos AES

- ❖ La sanidad pública ante la crisis. Propuestas para una actuación pública sensata y responsable

Temas

- ❖ El análisis del impacto presupuestario en España del tratamiento del ictus mediante trombolisis llevado a cabo con simulación de eventos discretos

Tesis

- ❖ An economic analysis of vertical equity in the delivery of health care in England
- ❖ Modelos bayesianos espacio-temporales aplicados a las hospitalizaciones por problemas de salud susceptibles de cuidados ambulatorios en Costa Rica

Con acuse de recibo

- ❖ La política farmacéutica como política pública
- ❖ Crónica de la IV Conferencia Europea sobre Salud pública y bienestar. EUPHA Copenhague, 10-12 Noviembre 2011
- ❖ Mesa AES en SESPAS

Noticias

- ❖ Noticias

Noticias Destacadas

¿Recortar o desinvertir?

Durante la pasada década nos hemos habituado a comprometer ingresos extraordinarios en gastos corrientes y en inversiones que a su vez comprometían un elevado gasto corriente futuro como si los ingresos públicos pudieran continuar creciendo de forma indefinida. Hemos asistido así a algo parecido a una burbuja sanitaria de una dimensión destacable [+]

La sanidad pública ante la crisis. Propuestas para una actuación pública sensata y responsable

Seguramente ya lo habéis leído. Con certeza, el documento “LA SANIDAD PÚBLICA ANTE LA CRISIS. PROPUESTAS PARA UNA ACTUACIÓN PÚBLICA SENSATA Y RESPONSABLE”, mejorará tras los comentarios y sugerencias que unos y otras habéis hecho. Gracias a aquéllos que influisteis en los primeros borradores del incipiente documento. Gracias a los que ya apuntasteis líneas de avance o matices que nos obligaron a reflexión. Incluidos o no en el documento, sirvieron para mejorar el texto presentado a los medios el día 3 de noviembre en la Escuela Nacional de Sanidad y, en todo caso, resultarán de utilidad en el debate abierto dentro de AES. [+]

El análisis del impacto presupuestario en España del tratamiento del ictus mediante trombolisis llevado a cabo con simulación de eventos discretos

La trombolisis, a pesar de su limitada influencia en la reducción de la mortalidad, es el único tratamiento específico para los pacientes que han tenido un ictus de tipo isquémico. La alteplasa es un activador del plasminógeno tisular obtenido por ingeniería genética y su uso en las primeras tres horas después del inicio de los síntomas ha demostrado ser coste-efectiva ya que, a pesar del alto coste farmacéutico, los pacientes tratados tienen un riesgo menor de discapacidad a los 12 meses que los pacientes no tratados (Odds Ratio de 0,732). Cuando el estudio coste-efectividad se lleva a cabo desde la perspectiva de la sociedad en su conjunto la trombolisis es una intervención dominante ya que produce ganancias en salud y ahorro en costes. [+]

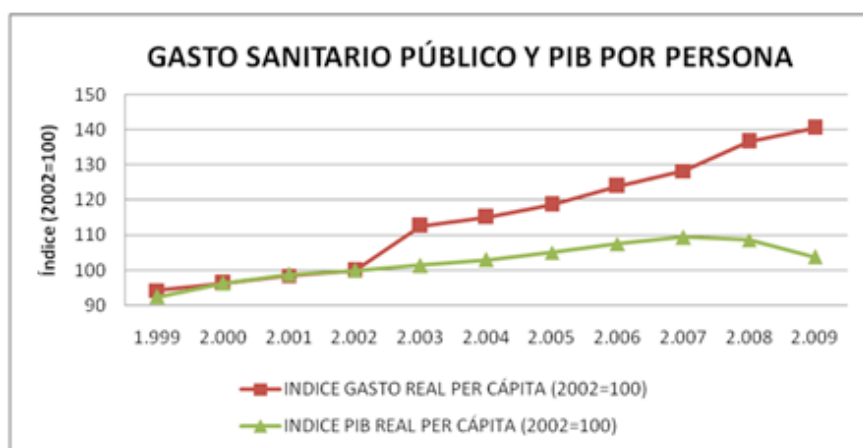
Opinión

¿Recortar o desinvertir?



Durante la pasada década nos hemos habituado a comprometer ingresos extraordinarios en gastos corrientes y en inversiones que a su vez comprometían un elevado gasto corriente futuro como si los ingresos públicos pudieran continuar creciendo de forma indefinida. Hemos asistido así a algo parecido a una burbuja sanitaria de una dimensión destacable. En diez años, entre 1999 y 2009, el gasto público real por persona ha crecido algo más de un 49%, cuatro veces más deprisa que el PIB, pasando del 5,3% al 7% en 2009. ¿Nos podemos permitir como sociedad el aumento continuado y rápido del gasto sanitario? Estos aumentos, ¿valen lo que cuestan? Sería equivocado

imputar esta situación a una mayor necesidad de atención causada por el envejecimiento, ya que sería suficiente un incremento del 0,6% anual (1) para tener en cuenta el aumento en el número de personas mayores, esto es, tan sólo una séptima parte de la mayor cantidad de recursos reales que ha absorbido la sanidad desde 1999.

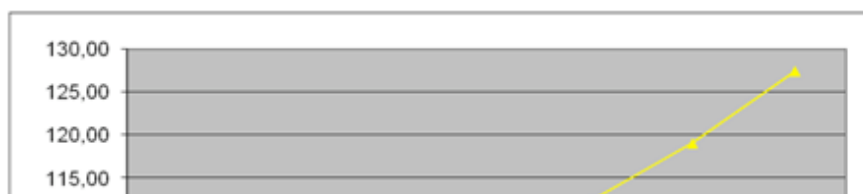


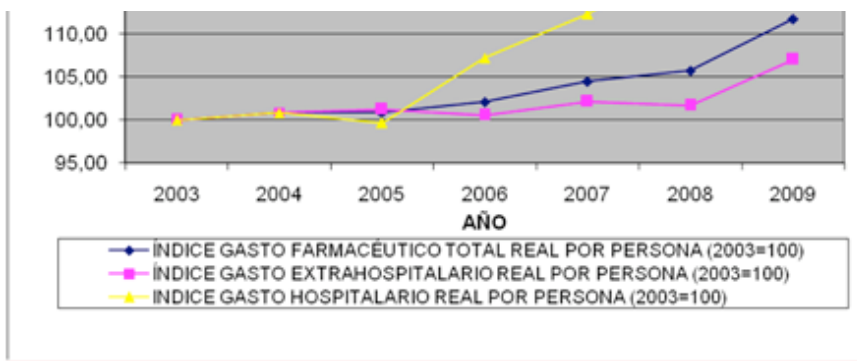
Fuente: Elaboración propia a partir de OECD Health Statistics.

En esta década el gasto sanitario público, descontando el efecto de la inflación, ha crecido de forma muy rápida también en la mayoría de países de la UE-15, en todos ellos a un ritmo superior al del PIB. A Alemania y Francia le corresponden los crecimientos más bajos, mientras que sólo Irlanda, Finlandia y Reino Unido han crecido a un ritmo claramente superior al español (sin datos para Grecia) (2). Un sacrificio adicional de 1,7 puntos del PIB para financiar sanidad pública supone un esfuerzo muy notable que, más allá de haber contribuido a reducir distancias respecto a otros países, debería haber ido acompañado de mayor capacidad económica y tributaria para garantizar la solvencia sanitaria futura.

¿A qué hemos dedicado los recursos de esta burbuja sanitaria? El número de camas de hospital no ha crecido, pero se ha distribuido entre un mayor número de hospitales comarcales más pequeños y más caros. El número de personas empleadas en los hospitales públicos, ajustando por la evolución de la población protegida ha crecido en un 20% en esta década y su salario real promedio ha crecido en más de un 21%. El gasto público por persona en recetas médicas del SNS dispensadas en oficinas de farmacia ha crecido en una cuarta parte en términos reales entre 1999 y 2009. El principal determinante de este notable aumento de recursos es un aumento del 30% en el número de recetas por persona (alrededor de 4,5 recetas por persona en la última década). El factor precio ha sido el que ha permitido mitigar el impacto del factor cantidad, especialmente entre 2004 y 2008, con una reducción del precio medio real por receta de más del 11% durante esta década. Mientras la reducción de precios de los genéricos y la escasez de nuevos principios activos con un gran volumen de ventas ha reducido el precio medio de los medicamentos dispensados en las oficinas de farmacia, el gasto público total en medicamentos ha crecido por el aumento del gasto en medicamentos hospitalarios.

GASTO PÚBLICO EN MEDICAMENTOS POR PERSONA





Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema de Cuentas de Salud.

Continuamos poniendo bajo el paraguas de la cobertura pública prácticamente cualquier innovación o medicamento comercializado tanto si el coste por año de vida ganado ajustado por calidad (AVAC) era razonable como si era del todo desorbitado, en realidad, ni siquiera sabemos el coste por AVAC de los medicamentos que se autorizan cada mes; el número de visitas al médico y el consumo de fármacos por persona son de los más altos de Europa. Algo debe tener que ver con esto el hecho de que en el 2010 haya crecido hasta el 43,5% el porcentaje de las personas encuestadas por el barómetro fiscal del Instituto de Estudios Fiscales que opinan que se hace un mal uso de la sanidad, muy por encima de cualquier otra prestación pública.

La caída de los ingresos públicos desde el año 2008, que no parece precisamente transitoria ha puesto al descubierto la ineludible necesidad de ajustar las expectativas de la sanidad a la capacidad real que tiene nuestro bolsillo de generar ingresos públicos. Una parte de la sanidad pública se encuentra atrincherada todavía en la extendida ilusión de que es posible continuar dando todas las prestaciones sanitarias que ofrece el arsenal de medicamentos y tecnologías médicas a todas las personas, y además gratis. Atrincherarse en este status quo inmovilista puede ser tan dañino para el futuro del sistema de salud como dar por buenos sin pruebas los recortes presupuestarios improvisados y ciegos que no distinguen el músculo de la grasa.

Es conveniente buscar la región de viabilidad en las inecuaciones de la sanidad pública en las que se encuentra instalada después del frenazo de los ingresos públicos. La necesidad de ajustar el gasto para preservar los servicios de mayor valor y necesidad es inescapable, si bien puede acabar resultando excesivo el sacrificio exigido a la sanidad por culpa del propio sistema de financiación autonómica de régimen común y de la elevada especialización presupuestaria de las Comunidades en sanidad. El sacrificio resulta excesivo para las CCAA con un porcentaje más bajo del PIB destinado a sanidad pública y aquellas con peor relación entre capacidad fiscal y resultado en cuanto a financiación garantizada por el vigente y complejo sistema de financiación autonómica. Antes de que sea demasiado tarde, los políticos deberían definir con transparencia un escenario presupuestario y de oferta de servicios al que vamos a tender a medio plazo y para el que podamos garantizar la solvencia sanitaria. A gestores y clínicos les corresponde adecuar los servicios penalizando la falta de calidad asistencial, huyendo de recortes lineales a tanto por ciento preestablecido para todos que diezman y penalizan la buena gestión clínica tanto como el uso inadecuado, y priorizando listas de espera y pacientes en base a criterios de efectividad clínica.

En lugar de recortes uniformes, en países como Reino Unido y Australia, ha hecho fortuna el concepto de desinversión sanitaria en el debate sobre el futuro de la sanidad pública en un contexto de congelación o retroceso fiscal. Desinvertir es eliminar práctica médica, medicamentos o tecnologías para los que existe evidencia científica de que aportan poco o ningún beneficio a la salud. La agencia de evaluación británica NICE publica en su página web listas de actuaciones clínicas que no deberían llevarse a cabo ante determinados diagnósticos y casos en los que no se debería derivar el paciente al especialista. Ni más actos médicos ni más recursos significan siempre más salud; si se eliminan las intervenciones clínicas de bajo valor es mucho más probable que se preserve la calidad de la atención que si se recorta de forma indiscriminada. El prestigioso British Medical Journal preguntó en marzo del 2010 a 13 destacados expertos clínicos de diferentes especialidades médicas y quirúrgicas qué se podía hacer para desinvertir en su práctica clínica. El resultado fue una lista concreta de actuaciones clínicas ante los pacientes que ven a diario que no son recomendables ni por el riesgo que suponen ni por el escaso o nulo impacto sobre la salud. Las recomendaciones de desinversión clínica van desde reducir el exceso de pruebas diagnósticas, hasta la cirugía innecesaria de columna vertebral, pasando por la medicación inadecuada en psiquiatría o en pacientes con insuficiencia respiratoria.

La credibilidad del ajuste presupuestario en la sanidad depende sobre todo de la capacidad para evolucionar

rápidamente hacia una financiación selectiva de las prestaciones médicas, los medicamentos y las tecnologías. Invertir en evaluar el valor terapéutico añadido o la eficacia incremental comparada de un nuevo tratamiento, o de los ya existentes en el mercado, es la forma más efectiva de garantizar la solvencia futura del sistema sanitario público. Paul Krugman, premio Nobel de Economía, ha esgrimido recientemente en Estados Unidos la necesidad de dotar de recursos a la agencia de investigación sobre efectividad comparada y de seguir sus indicaciones basadas en el mejor conocimiento científico como el único remedio viable para la contención del crecimiento del gasto y la solvencia de la reforma sanitaria emprendida por el presidente Obama.

Ahora lo que se requiere para que sea creíble el paso hacia una cobertura selectiva de prestaciones y medicamentos según la evidencia científica de la eficacia comparada y coste-efectividad es un cambio estructural en el procedimiento y criterios de financiación y de fijación de precios de los medicamentos. El ejemplo de Reino Unido, Australia y Canadá en el uso de la efectividad comparada y el ratio coste-efectividad en las decisiones de cobertura aporta evidencia no sólo de que es factible su empleo en estas decisiones sino de que han incentivado la producción de información sobre eficacia comparada por el propio mercado. Evaluar y seleccionar las innovaciones, sean quirúrgicas, médicas o farmacológicas, según su valor terapéutico o eficacia comparada con las alternativas convencionales y según el coste por cada AVAC adicional no es garantía suficiente de gestionar de forma eficiente el presupuesto sanitario en un escenario de congelación fiscal. Cuando el presupuesto disminuye o no aumenta, no sólo hay que prestar atención a que lo nuevo sea útil y poco caro, sino que hay que ver qué prácticas o medicamentos se desplazan o eliminan para financiar las innovaciones. Por esto, los criterios de desinversión o redireccionamiento sanitario son los que van a determinar el resultado sobre la salud.

La gestión de los medicamentos dentro de nuestra sanidad pública, tanto por representar alrededor de uno de cada cuatro euros de gasto como por la necesidad de poner los cada vez más escasos recursos públicos en los tratamientos más necesarios y más efectivos, se puede beneficiar de un debate objetivo sobre desinvertir para hacer más con menos. Las evaluaciones académicas de las medidas adoptadas en los últimos años indican que la capacidad de reducir el gasto farmacéutico presionando a la baja los precios tiene un efecto limitado al corto plazo. Gracias a la falta de corresponsabilidad en el coste de la mayoría de pacientes que más consumen y de los propios médicos, y a la efectividad de la presión comercial, las reducciones de precios se han visto compensadas rápidamente en un sólo año debido a los aumentos en el número de recetas por persona. Nada hace pensar que las medidas similares adoptadas vayan a tener un efecto demasiado diferente.

Desde enero de este año Alemania obliga a toda novedad a demostrar con pruebas científicas el beneficio terapéutico que añaden en comparación con los tratamientos más baratos ya existentes. Cuando no consiguen demostrar más valor añadido se les incluye bajo el sistema de precios de referencia y los seguros no pagan ni un euro más que por las alternativas, aunque el paciente puede decidir pagar la diferencia de precio. Si la novedad ha demostrado valor añadido, entonces se abre un proceso de negociación del precio con la empresa tomando como base la magnitud de la mejora demostrada y, si no hay acuerdo, se produce una decisión arbitral. El gobierno conservador del Reino Unido, en la misma línea, ha aprobado la sustitución del control de beneficios de la industria farmacéutica por un sistema de regulación del precio basado en el valor aportado, o sea, en la utilidad terapéutica comparada con los tratamientos ya disponibles.

A partir del mes de marzo del 2012 la financiación de antidepresivos y ansiolíticos en Dinamarca cambiará de forma importante. La agencia danesa del medicamento ha tomado cartas para favorecer el uso de medicamentos más baratos e igual de efectivos (los que tienen una mejor relación coste-efectividad) indicados para la depresión y la ansiedad. Será necesario un tratamiento previo con los antidepresivos más coste-efectivos antes de acceder a la financiación de tratamientos con un coste mucho más elevado.

El camino de hacer más con menos requiere fomentar la corresponsabilización de pacientes, prescriptores e industria, basada en el conocimiento científico con incentivos y no sólo con palabras. La de la industria mediante contratos de riesgo compartido -si no es eficaz, no hay pago- cuando hay demasiada incertidumbre sobre la eficacia hasta demostrar la efectividad de los nuevos medicamentos o tecnologías. La de los pacientes redistribuyendo el copago farmacéutico actual hacia copagos evitables -no pagar más por lo mismo y que si el paciente lo desea pague la diferencia de precio-, diferenciales -cuanto más necesario y costo/efectivo, menor copago-, y con un límite relacionado con la renta, quedando exentos sólo los realmente más pobres. La de los prescriptores favoreciendo adecuar la práctica clínica al conocimiento científico y reduciendo las variaciones injustificadas en esta práctica.

Aún hoy prevalece en la gestión sanitaria pública lo que se podría señalar como una mentalidad de “silo” o de gestión basada en compartimentos estancos. Los recursos de que disponemos se reparten en presupuestos compartimentados entre niveles asistenciales -atención primaria, hospitales, socio-sanitarios- y entre tipos de productos -recetas médicas, medicamentos hospitalarios, prótesis- como si fueran partidas sin relación, en lugar de repartirlos según el coste justificado de la atención integral que requiere un paciente, al margen de donde reciba esa atención. Es sabido que se obtiene aquello por lo que se paga. La línea de cambio es empezar a pagar en el margen por resultados en salud: pagar más por tener a los pacientes sanos que no por tener más descompensaciones de pacientes crónicos o más reingresos por complicaciones después de una intervención quirúrgica o por excesos en la cirugía electiva; pagar más por visitas resolutivas que por irse reenviando al paciente entre profesionales sin resolver su problema de salud. Ello requiere integrar los presupuestos compartimentados entre niveles asistenciales (primaria, especializada, socio-sanitaria, farmacia) mediante una financiación fija preestablecida por toda la atención de una persona según sus características (riesgos) que ayude a visualizar el coste integral de la atención a un paciente, limitando así la visión parcial y fragmentada que hoy centrifuga y encubre la falta de resolución clínica.

Referencia:

1. D. Casado, J. Puig-Junoy, R. Puig (2009), El impacto de la demografía sobre el gasto sanitario futuro de las CCAA. Fundación Pfizer, Madrid.
2. OECD Health Statistics. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics_health-data-en

La sanidad pública ante la crisis. Propuestas para una actuación pública sensata y responsable



Seguramente ya lo habéis leído. Con certeza, el documento “LA SANIDAD PÚBLICA ANTE LA CRISIS. PROPUESTAS PARA UNA ACTUACIÓN PÚBLICA SENSATA Y RESPONSABLE”, mejorará tras los comentarios y sugerencias que unos y otras habéis hecho. Gracias a aquéllos que influisteis en los primeros borradores del incipiente documento. Gracias a los que ya apuntasteis líneas de avance o matices que nos obligaron a reflexión. Incluidos o no en el documento, sirvieron para mejorar el texto presentado a los medios el día 3 de noviembre en la Escuela Nacional de Sanidad y, en todo caso, resultarán de utilidad en el debate abierto dentro de AES.

Lo que impulsó su redacción - en contra de lo señalado por algún titular - fue simple. Compartido el análisis de que el sistema sanitario público debe apretarse el cinturón y que no es posible seguir con el ritmo de crecimiento en gasto

público sanitario de los últimos años, no vemos aceptable, en cambio, que la receta para garantizar simultáneamente la eficiencia, equidad y solvencia de la sanidad pública, sean los recortes indiscriminados y lineales que estamos experimentando en el país. Este breve en el Boletín AES trata de poner énfasis en los aspectos que más nos preocupaba resaltar durante la rueda de prensa.

Presentado, no como un recetario, sino como un “documento para el debate” basado en el conocimiento existente, y sin el peso de defender intereses profesionales, corporativos o partidarios, el documento descansa en tres grandes ejes: 1) la financiación selectiva (priorización) de lo que añade valor; 2) la utilización de herramientas que permiten reorientar el sistema hacia ese objetivo; y 3) mejorar el gobierno del sistema.

Financiación selectiva

Si se prefiere, invertir en aquello que tiene valor clínico para los pacientes o mejora la salud de las poblaciones. Este ejercicio puede conllevar también dejar de financiar parcial o completamente medicamentos, dispositivos, aparatos, procedimientos o servicios de dudoso valor clínico.

Para poder implementar la financiación selectiva, el primer criterio a considerar es la efectividad; el segundo, lo que estamos dispuestos a pagar por ello. Afortunadamente contamos con experiencias de las que aprender; quizá la más próxima sea la que ejemplifica el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) británico. Nuestra propuesta aquí es precisa: debe existir una agencia evaluadora de ámbito estatal, independiente y equidistante del gobierno central y los autonómicos, cuyos informes sean vinculantes. (Sigue abierto, por cierto, el concurso de ideas para bautizarla con mejor nombre que HISPANICE).

Un aspecto específico a considerar dentro de la financiación selectiva son las listas de espera. Hasta ahora lo que tenemos es una gestión opaca con criterios de entrada y salida propios de la logística de almacenes, y con programas de pago por intervención. Se precisan (¡es urgente!) mecanismos de evaluación de las listas que permitan priorizar (financiar) en función de la adecuación de la indicación, la gravedad del paciente y los beneficios esperados de la actuación clínica.

Herramientas para reorientar el sistema hacia la financiación selectiva

El documento recoge varios instrumentos. Algunos apuntan reflexiones sobre el modelo organizativo, otros sobre el modelo retributivo, otros incluso pretenden reorientar el debate sobre la misión del sistema. Entre ellos, nos pareció esencial resaltar:

Entre los que proponen reorientar la misión del sistema,

1) El sistema está demasiado enfocado a tratar al paciente bajo el paradigma curativo (incluso en atención primaria), perdiendo de vista, que la mayor parte de los procesos asistenciales serán complejos (enfermos mayores, crónicos, terminales) y su objetivo será el cuidado, no la curación. En el actual sistema debemos lamentar la falta de activos profesionales orientados desde esta perspectiva (particularmente en la medicina y enfermería comunitaria), la falta de coordinación entre niveles asistenciales, y la forma en la que se ignoran entre sí los sistemas sanitario y social.

2) Llama la atención la desvinculación actual entre la salud pública y los servicios de salud -las políticas colectivas de reducción de riesgos están minusvaloradas, y como consecuencia, también lo están las fuentes de morbilidad y mortalidad futura. Más contacto entre ambos subsistemas, más intervención poblacional y comunitaria, acercarán más el sistema a sus objetivos fundacionales.

Entre las herramientas organizativas,

3) Romper con la clásica estructura de nivel asistencial, y promover la integración real de proveedores que atienden a una población -en consecuencia, presupuesto compartido basado en el criterio per cápita y en los riesgos a atender, y orientado a mantener a la población sana.

4) En el caso particular de la atención primaria, se propone un cambio de modelo contractual que se aleje de la actual integración vertical y adopte el formato de agrupaciones de profesionales a las que el financiador público compra los

integración vertical, y adopte el formato de agrupaciones de profesionales a las que el financiador público compra los servicios cualificados tras un proceso de evaluación.

5) En el terreno de la gestión de recursos humanos, dos son las prioridades: permeabilizar el trasiego de profesionales entre especialidades, reducir los silos de producción actuales, y reorganizar los servicios hospitalarios por áreas de gestión clínica; y propiciar la progresiva (y no traumática) “desfuncionarización” del sistema en el sentido de una mayor profesionalización.

Entre las herramientas financieras,

6) Las tres anteriores van de la mano con la necesidad de evaluar y retribuir en función de desempeño (esfuerzo y resultados) tanto a los profesionales como a los centros sanitarios que proveen los servicios -limitando el pago por acto allí donde más servicios no necesariamente impliquen más salud.

7) Y por último, modificar el actual (inequitativo) sistema de copago y, a lo sumo, proponer copagos de baja intensidad, evitables, poniendo límites para la protección de los más débiles y más enfermos. (En la rueda de prensa, y el posterior dossier lo confirma, apenas hubo preguntas sobre este tema; deduzco que el asunto está descontado por tanto).

Mejorar el Gobierno del Sistema.

Aquí el diagnóstico viene marcado por el deterioro institucional del SNS: órganos de gobierno demasiado contaminados por la rivalidad “partisana”, insuficiente profesionalización de la gestión, escasa o nula rendición de cuentas, experimentos público-privado de toda naturaleza de los que no se conoce su efectividad y eficiencia, etc.

Para corregir estos déficits propusimos medidas como, por ejemplo, articular consensos entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas en algún organismo de carácter técnico con representación paritaria de los Servicios Regionales de Salud; que los cargos de gestión se nombren mediante concursos por concurrencia competitiva abierta y evaluación periódica; que los resultados (medidos en efectividad, eficiencia, seguridad) de los distintos proveedores sanitarios sean públicos (especialmente, los de los experimentos público-privado), etc. Pero sobre todo, urgen mayores dosis de ejemplaridad, honestidad y un mejor manejo de los conflictos de intereses. En fin, un lavado a fondo.

Este documento, y ya termino, propone una hoja de ruta alternativa a la prevalente de los recortes lineales e indiscriminados. Una hoja de ruta que busca incrementar la credibilidad del sistema como fundamento de su sostenibilidad. Si no tomamos en serio estas medidas (y otras), la disposición a pagar por este SNS se verá mermada, creciendo el número de ciudadanos que quieran rehuirlo. Y la distribución etaria, social y epidemiológica de los “desertores”, distará mucho de representar al conjunto de la ciudadanía del país.

Enrique Bernal-Delgado
Investigador en Servicios Sanitarios

Descargo: Aunque el documento al que nos venimos refiriendo fue firmado por Carlos Campillo Artero, Beatriz González López-Varcácel, Ricard Meneu de Guillerna, Jaume Puig-Junoy, José Ramón Repullo Labrador, Rosa Urbanos Garrido y yo mismo, esta versión de los hechos es propia y salvo declaración explícita, el resto de autores no tienen por qué compartirla.

El análisis del impacto presupuestario en España del tratamiento del ictus mediante trombolisis llevado a cabo con simulación de eventos discretos

Javier Mar^{1,2}, Arantzazu Arrospide², Mercè Comas^{3,4}

¹Unidad de Gestión Sanitaria. Hospital Alto Deba. Mondragón.

²Unidad de Investigación Sanitaria Gipuzkoa Oeste. Hospital Alto Deba. Mondragón.

³Departamento de Evaluación y Epidemiología Clínica. Hospital del Mar-IMIM, Barcelona.

⁴CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Nota de los editores: Este texto es un resumen del trabajo referenciado a continuación, al que se le otorgó el premio al mejor artículo en Economía de la Salud 2010

Mar J, Arrospide A, Comas M. Budget impact analysis of thrombolysis for stroke in Spain: a discrete event simulation model. *Value Health*. 2010; 13: 69-76.

La trombolisis, a pesar de su limitada influencia en la reducción de la mortalidad, es el único tratamiento específico para los pacientes que han tenido un ictus de tipo isquémico. La alteplasa es un activador del plasminógeno tisular obtenido por ingeniería genética y su uso en las primeras tres horas después del inicio de los síntomas ha demostrado ser coste-efectiva ya que, a pesar del alto coste farmacéutico, los pacientes tratados tienen un riesgo menor de discapacidad a los 12 meses que los pacientes no tratados (Odds Ratio de 0,732). Cuando el estudio coste-efectividad se lleva a cabo desde la perspectiva de la sociedad en su conjunto la trombolisis es una intervención dominante ya que produce ganancias en salud y ahorro en costes.

Mauskopf ha definido el análisis del impacto presupuestario (AIP) como una estimación del efecto de la introducción de un nuevo tratamiento en los costes, y en los resultados de salud para el primer año, segundo año y posteriores para un sistema nacional de salud. En la práctica, el AIP se lleva a cabo habitualmente en el proceso de registro de un nuevo tratamiento mediante hojas de cálculo sencillas que estiman los cambios en los costes de farmacia de la introducción de un nuevo medicamento para su incorporación al dossier de valor. La falta de una metodología uniforme y bien aceptada ha sido la causa de la escasez de estos estudios en la literatura científica. Sin embargo, en los últimos años diversas sociedades científicas y organismos gubernamentales han reconocido el importante papel que puede jugar el AIP como una herramienta complementaria al análisis coste-efectividad en el proceso de toma de decisiones acerca de nuevas tecnologías.

Teniendo en cuenta que en España, aproximadamente 60.000 pacientes con un ictus inicial son hospitalizados cada año, los gestores sanitarios necesitan conocer el impacto de la introducción de la trombolisis tanto en términos del presupuesto de la sanidad española como de la ganancia de salud derivada. La intervención analizada consistió en evaluar el impacto del uso de la trombolisis en un 10% de los pacientes con ictus. La eficacia del tratamiento demostrada en los ensayos clínicos se incorporó al modelo mediante la modificación del resultado del ictus al cabo del año con un riesgo de 0,732 de discapacidad en la alternativa de la intervención. Como en toda enfermedad cuya carga se mide tanto en mortalidad como en discapacidad, la perspectiva del estudio fue la de la sociedad en su conjunto. La aplicación de la perspectiva estrictamente sanitaria hubiera significado no tener en cuenta la carga de la discapacidad en los servicios sociales y en las familias.

El cálculo del AIP de la trombolisis se basa en la incidencia del ictus y en el cambio de la prevalencia de la discapacidad ligada al ictus. La incidencia es necesaria para estimar el costo de la intervención y se puede obtener del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Para calcular los costes relacionados con el cuidado de las personas con discapacidad se construyó un modelo de simulación de eventos discretos (SED) que reprodujo la historia natural del ictus en la población española y permitió estimar la prevalencia de la discapacidad desde 2000 a 2015 con y sin trombolisis. La principal ventaja de los modelos de SED es que pueden incorporar entidades con características diferentes a la vez. Esta flexibilidad permite la inclusión de todos los grupos de edad y otras características diferentes contenidos en la población. A diferencia de los modelos de Markov, el tiempo fluye de forma continua, y no se divide en ciclos de forma discreta. A medida que el modelo funciona y que el tiempo avanza, cada individuo experimenta

eventos que cambian sus características. Los eventos y las características se registran y, en última instancia, determinan los resultados de interés específico (prevalencia de la discapacidad) a través del tiempo. La probabilidad de eventos y la duración de los procesos se derivan de un muestreo aleatorio a partir de distribuciones teóricas y empíricas. Este enfoque permite la evaluación de miles de entidades y, por tanto, la evaluación de toda la población de interés al mismo tiempo. La SED es una técnica desarrollada para la ingeniería de organización que se ha aplicado en los servicios de salud para analizar listas de espera. Sin embargo, su flexibilidad en la representación de las diferentes etapas de la enfermedad, en la conversión de los riesgos en tiempo hasta evento y en la obtención de los distintos resultados ha impulsado su presencia cada vez mayor en la evaluación económica de tecnologías sanitarias. Su principal ventaja para el AIP es que, a diferencia de los modelos de Markov, permite representar poblaciones con diferentes cohortes.

La validez del modelo se comprobó comparando diferentes parámetros epidemiológicos con los observados a nivel empírico. Con este objetivo, el modelo calculó la esperanza de vida de los pacientes por edad y sexo, la incidencia de ictus iniciales y recurrentes y la relación entre ictus iniciales y recurrentes. Como resultados de investigación obtuvimos para las dos alternativas la prevalencia de discapacidad ligada al ictus por edad y sexo y el número de años de vida ajustados por calidad.

La prevalencia global de ictus en España en el año 2000 estimada por el modelo de SED fue de 322.713 y la prevalencia de pacientes con discapacidad de 127.199. Además, la distribución por grupo de edad de la prevalencia coincidió con los datos de registros epidemiológicos como el de Auckland. Sin embargo, el registro de Auckland dio cifras de prevalencia un 34% mayor a pesar de presentar cifras de incidencia similares. Cuando los resultados de ambos estudios fueron estandarizados a la población mundial de Segi (población utilizada por la OMS para estandarizar tasas), la prevalencia fue de 833 en Auckland y de 558 en España. Esta discrepancia se explica por la menor incidencia de ictus en España cuando se ajusta por edad. El número de pacientes con discapacidad aumenta progresivamente desde el 2000 hasta el 2015 ya que la población envejece y la incidencia del ictus aumenta con la edad. En el 2015 la cifra de pacientes con discapacidad sería en las condiciones basales de 149.953, pero el uso de la trombolisis en un 10% de los pacientes lo reduciría en 4.031 lo que equivale a una ganancia de 1.349 años de vida ajustados por calidad.

Dos conclusiones principales se derivan de este estudio. Por un lado, el balance económico anual es de un beneficio neto después de seis años como consecuencia del impacto de la trombolisis en el conjunto de la sociedad. Por otro lado, la ganancia en salud crece de forma continua, de acuerdo con los cambios en el número de pacientes dependientes.

Aunque los modelos de Markov siguen siendo el método más habitual en los estudios coste-efectividad, el uso de la SED en evaluación económica está creciendo. Este trabajo es un ejemplo que muestra la idoneidad de este enfoque metodológico en la representación de la epidemiología del ictus a nivel poblacional. Las ventajas son claras tanto en términos de la validación del modelo como de su versatilidad para la estimación del AIP. La ventaja que tiene la construcción del AIP con SED es que el mismo modelo puede utilizarse para un estudio coste-efectividad si se procesa una sola cohorte hasta la muerte de todos los pacientes. Lo que cambia de un análisis coste-efectividad a un AIP es, por un lado, las cohortes analizadas (una cohorte o una población con todas las cohortes) y, por otro, el horizonte temporal. La flexibilidad de la SED permite programar estos aspectos en función del objetivo del estudio partiendo del mismo modelo de representación de la historia natural de la enfermedad. La consecuencia metodológica importante es que todos los criterios de buena práctica en la construcción de modelos desarrollados para mejorar la transparencia de los estudios coste-efectividad son aplicables a los AIPs. Es cierto que el aprendizaje de la técnica de la SED plantea la dificultad de adaptarse a unos conceptos matemáticos distintos a los de los modelos de Markov, pero el esfuerzo merece la pena cuando se tiene en cuenta los diferentes tipos de estudios que permite abordar.

El uso de la perspectiva de la sociedad en su conjunto suele ser criticado por la dificultad de transferir recursos de una administración a otra. En un contexto de presupuestos limitados, siempre hay necesidades sociales que se deben cumplir y el ahorro en recursos sociales no se transfiere al sector sanitario. Por lo tanto, el ajuste de los presupuestos no se logra en el corto plazo. Sin embargo, la evaluación de las intervenciones que mejoren el nivel de autonomía de los individuos deben tener en cuenta cualquier interacción entre la el área de salud y el área social que implique consumo de recursos. Si la decisión relativa a la trombolisis se realizase desde la perspectiva exclusiva de farmacia, la conclusión sería engañosa ya que supondría un aumento continuado del coste. La sociedad en general y los decisores en particular deben desarrollar criterios amplios para asegurar que el uso de los recursos públicos maximiza el beneficio del conjunto de la sociedad. Sin embargo, la perspectiva de la mayoría de los AIP se limita a la evolución del

gasto en medicamentos en relación con el tratamiento que se está evaluando. Hilden (2008) ha subrayado la necesidad del AIP para estudiar los flujos presupuestarios en función de la prevalencia de los estados de salud asociados a necesidades de cuidados [1]. El resultado de este pensamiento es que el paradigma estándar epidemiológico (el estudio de la incidencia de la enfermedad en función de la prevalencia de los factores causales) se invierte. En consecuencia, la determinación de los recursos necesarios para atender a los pacientes dependientes se basa en la prevalencia de los estados de salud, que es una consecuencia de la incidencia de enfermedades discapacitantes, tales como el ictus o la enfermedad de Alzheimer.

Referencia:

1. Hilden J (2008). Budget impact analysis and its rational basis. *Med Decis Making*; 28:461-2

Tesis

An economic analysis of vertical equity in the delivery of health care in England



Laura Vallejo Torres

Tesis defendida el día 10 de agosto de 2011 en el Departamento de Epidemiología y Salud Pública, University College London (Reino Unido), dirigida por el catedrático Stephen Morris. La tesis obtuvo el grado de PhD in Health Economics. Tribunal: Matt Sutton (Manchester University, Reino Unido) y Marcos Vera Hernández (University College London, Reino Unido). Email: L.vallejo-torres@ucl.ac.uk

La gran mayoría de investigaciones empíricas sobre la equidad en la provisión de servicios sanitarios se ha limitado al análisis de la equidad horizontal. Este principio requiere que individuos con las mismas necesidades reciban el mismo tratamiento. Los estudios que se centran únicamente en este principio asumen que el trato diferencial promedio recibido por individuos con diferentes necesidades es apropiado, ignorando así posibles inequidades verticales. El principio de equidad vertical requiere que el nivel de tratamiento recibido varíe apropiadamente según las diferentes necesidades. Por lo tanto, para que un sistema sanitario se considere equitativo no es suficiente que individuos con la misma necesidad reciban el mismo tratamiento; aquéllos que más atención sanitaria necesitan deben ser adecuadamente priorizados. Este último aspecto ha sido ignorado en la amplia mayoría de estudios realizados hasta hoy.

El objetivo de esta tesis, compuesta de ocho capítulos, es evaluar y extender las técnicas para la investigación de la equidad vertical en la distribución de servicios sanitarios, y ofrecer evidencia sobre posibles inequidades verticales en el sistema sanitario inglés.

Tras un capítulo introductorio, comenzamos investigando la magnitud del problema con respecto al nivel de desigualdades en salud en Inglaterra desde 1998 hasta 2006 en sus nueve subdivisiones geográficas. Usando índices de Gini y de concentración, encontramos desigualdades en salud que persisten en el tiempo y que en algunas zonas, particularmente las más deprimidas, tienden a aumentar.

Antes de proceder a un riguroso análisis de la equidad vertical en la provisión de servicios sanitarios, presentamos la metodología extensamente utilizada en la actualidad para la medida de la equidad horizontal, destacando sus limitaciones. Usando el Health Survey for England, medimos equidades horizontales en el uso de consultas de atención primaria, tanto de médicos de cabecera como consultas de enfermería. Este estudio expone de forma explícita el supuesto detrás de los estudios de equidad horizontal, es decir, que el trato diferencial promedio recibido por individuos con diferentes necesidades es apropiado. Nuestro artículo también muestra que es posible obtener

individuos con diferentes necesidades es apropiado. Nuestro análisis también muestra que no es posible extraer conclusiones sobre la inequidad horizontal en la atención primaria a menos que incorporemos al análisis las consultas de enfermería, que reciben un peso cada vez mayor en Inglaterra. Observamos un posible efecto sustitución en el que aparentes inequidades en consultas de médicos de cabecera son compensadas por inequidades opuestas en el uso de consultas de enfermería.

Los siguientes cuatro capítulos de la tesis se centran en la investigación de la equidad vertical en la distribución de recursos sanitarios. Una extensa revisión sistemática de la literatura empírica que considera la equidad vertical, tanto en la distribución sanitaria como en otros campos, proporciona el punto de partida. El objetivo de esta revisión es identificar las metodologías más apropiadas propuestas hasta ahora para la medida de la equidad vertical, así como sus principales limitaciones. La metodología desarrollada por Sutton (2002) basada en los índices de concentración, proporciona el estudio más completo de la cuantificación de la equidad vertical. Sin embargo, identificamos dos aspectos que requieren mayor estudio. Primero, la metodología propuesta solo contempla inequidades verticales que afectan a la distribución de servicios sanitarios entre grupos socioeconómicos. Nuestro objetivo es extender la metodología para que incluya inequidades verticales que afectan a la distribución de servicios sanitarios con respecto a la completa distribución de la población con diferentes necesidades. Segundo, consideramos identificar formas alternativas de estimar la variación apropiada en los niveles de provisión para individuos con diferentes niveles de necesidad como otra área que necesita mayor atención.

Con el propósito de satisfacer estos objetivos proponemos, primero, extender la metodología de forma que la medida de la equidad vertical considere la completa distribución de la necesidad en la población. Para ello, cuantificamos la inequidad vertical usando índices de concentración con respecto a la distribución de la necesidad en lugar de con respecto a la distribución socioeconómica. En segundo lugar, se estima la variación apropiada entre utilización y niveles de necesidad a través de la identificación de subgrupos de la población para los que existe evidencia sobre su uso adecuado de recursos y servicios sanitarios. Utilizando datos individuales sobre utilización y datos a nivel geográfico sobre gasto sanitario, definimos e ilustramos estas extensiones a la metodología actual.

El estudio con datos individuales se basa en información muy detallada extraída del Health Survey for England sobre individuos con un historial de enfermedades cardiovasculares. Estos datos nos ofrecen la posibilidad de estudiar la existencia de inequidades verticales en la distribución de ocho tipos de contactos sanitarios. Aplicamos técnicas econométricas apropiadas para tratar la potencial heterogeneidad en las respuestas a las variables de interés, así como la posible endogeneidad entre utilización y salud auto declarada. Por otro lado, utilizamos la evidencia externa sobre grupos de población con menor probabilidad de sufrir necesidades no cubiertas en la provisión de servicios sanitarios, para identificar el colectivo en el que se estima un balance adecuado entre uso y nivel de necesidad. Empleando la metodología propuesta por Sutton (2002) encontramos que la inclusión de aspectos de inequidad vertical junto al tradicional estudio de la equidad horizontal nos lleva en algunos casos a diferentes conclusiones acerca de las inequidades socioeconómicas presentes en el sistema.

El siguiente paso consiste en aplicar nuestra metodología y medir la equidad vertical con respecto a la distribución de la necesidad. Los resultados confirman que el estudio de la dimensión socioeconómica propuesta por Sutton proporciona sólo una fracción de la equidad vertical presente en el sistema. Cuando la inequidad vertical se mide con respecto a sus consecuencias sobre la completa distribución de necesidad, su magnitud es de 2 a 3 veces mayor que cuando sólo se tienen en cuenta las consecuencias sobre la distribución entre grupos socioeconómicos. En la mayoría de los casos, encontramos que existen equidades verticales en detrimento de los grupos sociales más desfavorecidos y, en mayor magnitud, en detrimento de los grupos con mayor necesidad de atención médica.

El último capítulo empírico de esta tesis ilustra la metodología para el análisis de equidad vertical usando datos a nivel geográfico. Este estudio nos permite aplicar las técnicas para la medición de la equidad en la distribución del gasto sanitario en distintas zonas de Inglaterra, centrándonos -en el caso del gasto- en el tratamiento de cáncer. Recopilamos una base de datos longitudinal con información sobre gasto, prevalencia, mortalidad, y gravedad para el caso de cáncer, así como indicadores sociodemográficos y de oferta sanitaria. La unidad de análisis es el Primary Care Trusts (PCTs) (con un total de 152 PCTs en Inglaterra) y la información disponible es la correspondiente al periodo 2004-2009. Aplicando técnicas econométricas para datos de panel que permiten controlar por potenciales endogeneidades de las variables empleadas, estimamos la equidad vertical y horizontal con respecto a la dimensión socioeconómica y la dimensión de necesidad. Utilizamos información sobre ratios de supervivencia y mortalidad por cáncer, capacidad de cumplir con los patrones óptimos de tratamiento y sistemas de prevención, etc. para identificar

cancer, capacidad de cumplir con los patrones óptimos de tratamiento y sistemas de prevención, etc.), para identificar PCTs capaces de distribuir sus recursos de forma apropiada de acuerdo a las necesidades de su población. Estos PCTs forman el subgrupo que utilizamos para estimar el efecto adecuado de los indicadores de necesidad en gasto. Los resultados muestran de nuevo evidencia de equidad vertical en detrimento de áreas más pobres y, en mayor magnitud, en detrimento de áreas con mayor morbilidad.

En resumen, en esta tesis evaluamos, extendemos y aplicamos la metodología para la cuantificación de la equidad vertical en la distribución de recursos sanitarios. Los resultados muestran que la inclusión de este aspecto de inequidad puede llevarnos a diferentes conclusiones acerca de la naturaleza y la magnitud de la inequidad presente en un sistema sanitario. Dado el amplio volumen de investigación internacional en este campo que actualmente ignora consideraciones sobre la inequidad vertical, este resultado es de gran relevancia; las conclusiones sobre la existencia de inequidades en la provisión sanitaria se basan en información incompleta.

Referencias:

1. Sutton, M. (2002). Vertical and horizontal aspects of socio-economic inequity in general practitioner contacts in Scotland Health Economics, 11(6): 537-549.

Modelos bayesianos espacio-temporales aplicados a las hospitalizaciones por problemas de salud susceptibles de cuidados ambulatorios en Costa Rica



Melvin Morera Salas

Dirección Compra de Servicios de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social.

Tesis doctoral defendida el 10 de Octubre de 2011 en el Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión de la Universidad de la Palmas de Gran Canaria, dirigida por la Dra. Patricia Barber Pérez, que obtuvo la calificación de Sobresaliente Cum Laude.

Tribunal: Dra. Beatriz González López-Valcárcel (Universidad de la Palmas de Gran Canaria), Dr. Miguel Ángel Negrín (Universidad de la Palmas de Gran Canaria), Dr. Ignacio Abásolo Alessón (Universidad de la Laguna, Tenerife), Dr. Enrique Bernal (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-Instituto de Investigación Sanitaria Aragón, Zaragoza), Dr. Julián Librero (Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia).

E-Mail: mmoreras@ccss.sa.cr

Introducción y objetivo.

Las hospitalizaciones evitables por atención ambulatoria (ACSC, por sus siglas en inglés) suponen que una proporción de la morbilidad hospitalaria por determinadas patologías debería ser evitada con una atención primaria oportuna y efectiva, bien por la vía de la prevención del inicio de la enfermedad (por ejemplo, enfermedades para las que existe una vacuna efectiva), tratando una enfermedad aguda (como las infecciones de las vías respiratorias superiores) o controlando una enfermedad crónica (por ejemplo, la diabetes). El objetivo del estudio es desarrollar modelos bayesianos espacio-temporales para identificar patrones espaciales persistentes de alta hospitalización evitable en el entorno costarricense y determinar qué áreas tienen una tendencia creciente en el riesgo de hospitalización.

Materiales y métodos.

Los datos se obtienen del Seguro Público de Salud costarricense (SPS). Se estudian 13 categorías diagnósticas agrupadas en enfermedades prevenibles por inmunización, agudas y crónicas. La unidad geográfica de análisis es el área de salud (un total de 103 áreas) y el periodo de estudio va desde el año 2001 al 2008.

Se desarrollan modelos bayesianos espacio-temporales que incluyen autocorrelación espacial, tendencias temporales lineal y cuadrática, autocorrelación temporal e interacciones espacio-temporales para ajustar los patrones espaciales en función del tiempo. Se utilizaron las funciones de verosimilitud de Poisson y la Binomial Negativa para modelar

datos de recuento y la posible extradispersión en los datos.

La estimación de los modelos se realizó en WinBUGS. Se utilizó el criterio de información de la desviación para valorar el ajuste de los modelos, y la convergencia se comprobó a través del estadístico de Brooks-Gelman-Rubin.

Resultados.

Para determinar patrones espacio-temporales de hospitalización por ACSC, el mejor modelo resultó ser el que permite transferir información entre años sucesivos y entre las áreas de salud vecinas. Éste incluye un componente espacial autorregresivo, un paseo aleatorio de primer orden que modeliza la evolución temporal promedio para todas las áreas de salud y una serie temporal autorregresiva de primer orden en función de ese mismo término en áreas vecinas. Para el análisis de la tendencia espacio-temporal se estima un modelo que incluye componentes aleatorios de autocorrelación y heterogeneidad espacial y de tendencia lineal y cuadrática, de tal forma que se captura la tendencia de las razones estandarizadas de hospitalización y los cambios en su tendencia durante el período de análisis.

Para el entorno costarricense se encontró que aproximadamente una de cada veinte hospitalizaciones se genera por patologías que se consideran evitables. Tres cuartas partes de estas hospitalizaciones se concentran en tres categorías diagnósticas: enfermedades isquémicas del corazón, neumonía y enfermedades hipertensivas.

Con la estimación del modelo se identifica una alta variación sistemática de las hospitalizaciones evitables entre áreas de salud y regiones de atención del SPS. La magnitud de las diferencias entre áreas, medida por el coeficiente de variación de las razones de hospitalización suavizadas, se mantiene y en algunos grupos de enfermedades aumenta.

Asimismo, se observaron patrones geográficos persistentes de sobre-hospitalización en la zona sur y el Pacífico central y norte del país, en todos los grupos de enfermedades y en ambos sexos. Dentro de estas regiones de alto riesgo, destacan algunas áreas con tendencia creciente que deberían ser de interés para la vigilancia epidemiológica y planificación de servicios sanitarios.

Conclusiones.

El análisis bayesiano dinámico presentado en esta investigación aporta un conocimiento actual de la distribución geográfica y de la evolución temporal de la morbilidad hospitalaria evitable en Costa Rica, mejorando sustancialmente la información aportada por el mapeo estático convencional. Se muestra la evolución de cada área de salud a lo largo del período de estudio y se destacan algunos comportamientos que pueden tener un interés desde el punto de vista de la vigilancia epidemiológica y de la planificación de servicios de salud. Tal es el caso de la identificación de patrones persistentes de sobre-hospitalización con tendencia creciente en la zona sur y Pacífico central del país, que podrían estar asociados a efectos medioambientales, socio-demográficos o al bajo acceso a la atención primaria de salud, que actúan de manera sostenida durante todo el período.

Los resultados de esta investigación deben interpretarse con cautela debido al corto período disponible para el análisis de los datos. También se deben considerar las limitaciones de los estudios ecológicos como posibles fuentes de falacias ecológicas cuando se interpretan los resultados.

Como temas alternativos para esta línea de investigación, se recomienda diseñar modelos de ecuaciones estructurales en el entorno bayesiano, que permitirían construir variables explicativas no observables a partir de datos administrativos que se recogen normalmente en las áreas de salud y de esta forma analizar las posibles causas de los patrones persistentes de sobre-hospitalización con tendencia creciente en la zona sur y Pacífico central del país.

La política farmacéutica como política pública



XI Encuentro de la Industria Farmacéutica Universidad Internacional Menéndez Pelayo Septiembre de 2011

Félix Lobo (Universidad Carlos III de Madrid) Manuel García Goñi (Universidad Complutense de Madrid)

De todos es conocido que estamos padeciendo desde hace ya varios años una dura crisis económica de efectos globales y que está incidiendo de manera especial en la economía española. En este momento, se cuentan casi cinco millones de desempleados que suponen un 21,5% de la población activa (Encuesta de Población Activa, octubre de 2011). Además, España tiene un problema serio con el déficit público que ha llevado al gobierno de la nación y a los de las Comunidades Autónomas a reaccionar con medidas de austeridad que han afectado de manera directa a la política farmacéutica. Buenos ejemplos son los Reales Decretos-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud (SNS); el 8/2010, de 20 de mayo, con medidas extraordinarias para la reducción del déficit público o el reciente 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud.

En este contexto de grave complejidad macroeconómica y con las Administraciones Públicas más sujetas que nunca a la restricción presupuestaria, celebramos los días 8 y 9 de septiembre de 2011 el XI Encuentro de la Industria Farmacéutica Española, con el título “Políticas públicas prioritarias en tiempo de crisis. El caso de la sanidad y la prestación farmacéutica”.

El Encuentro de la Industria Farmacéutica tiene lugar todos los años desde el 2000 en el marco de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, organizado por la Universidad Carlos III de Madrid y patrocinado por Farmaindustria. En él tratamos de reunir en un foro de debate a personalidades del mundo académico, de la industria farmacéutica y de la gestión sanitaria dentro de las Administraciones Públicas. La tradición manda que sirva de punto de encuentro justo al comienzo de la temporada después de las vacaciones de verano y este año había mucho que discutir. Déjennos matizar también que, a pesar de ser un acto académico, el Encuentro comienza ya la noche anterior a su inauguración en Santander, se desarrolla con pocas formalidades y se prolonga más allá de las aulas con un gran ambiente de cordialidad entre profesionales.

Aquí es relevante recordar la importancia relativa del gasto farmacéutico dentro del gasto sanitario. En el año 2009 el gasto en oficinas de farmacia por recetas en el SNS supuso el 18,9%. A pesar de que esta proporción se ha reducido desde 2002, cuando alcanzó el 21,8%, sigue siendo superior en España al de la mayoría de países de nuestro entorno (la media de la OCDE fue 16.9% en 2008). Por otro lado, el gasto en medicamentos de los hospitales, menos conocido, también tiene un gran volumen y sobretodo crece muy rápidamente. Todo ello justifica que el gasto farmacéutico merezca gran atención por parte de las políticas públicas para su control.

En el Encuentro se trataba de dar respuesta a preguntas como las siguientes: ¿cómo se están definiendo en general por las Administraciones Públicas las prioridades del gasto público en España en época de crisis?, ¿estamos recortando gastos de forma lineal sin atender a prioridades, o se seleccionan los gastos más eficientes que pueden contribuir más al crecimiento económico y también a la equidad?, ¿debería quedar algún sector, como la sanidad, la educación o la investigación, inmune a los recortes de gasto?, ¿conocemos las preferencias sociales acerca de los distintos programas de gasto público?, ¿preferimos los ciudadanos españoles más sanidad o más AVE?, si estas preferencias son explícitas ¿los recortes de gastos las están respetando?, ¿hay algún balance (o trade-off como dicen los anglosajones) entre políticas y gasto público sociales y crecimiento económico?, ¿hay que recortar hoy el estado del bienestar para garantizar el crecimiento económico y por tanto la viabilidad de aquél en el futuro?, ¿cómo está afectando la limitación del gasto público a la prestación farmacéutica, a la industria farmacéutica y a la investigación de medicamentos?, ¿es la evaluación de tecnologías y servicios sanitarios una herramienta prometedora para establecer prioridades?, ¿la usamos suficientemente en España?, ¿cómo puede contribuir el Plan sectorial del Gobierno para la industria farmacéutica a superar las dificultades que la restricción del gasto ha generado? Todas estas preguntas fueron abordadas por los muy destacados ponentes seleccionados para este Encuentro del verano de 2011, el décimo primero de la serie.

El programa contemplaba la participación del Secretario General de Sanidad quien, debido a un imprevisto de última hora, hubo de excusar su ausencia. Sí contamos con el Director General de Farmacia, D. Alfonso Jiménez, que expuso de manera llana la perspectiva del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI) en materia de política farmacéutica, justo tras la aprobación del ya mencionado Real Decreto-ley del mes de agosto

El Encuentro continuó con José María Labeaga, Director del Instituto de Estudios Fiscales, quien nos habló sobre las prioridades del gasto público en España en épocas de crisis como la actual. Subrayó en su interesante conferencia la evolución de las preferencias y opiniones sobre satisfacción de los ciudadanos acerca de los servicios públicos, la importancia de la labor redistributiva en las Administraciones Públicas, que puede verse comprometida por las políticas de austeridad en el gasto público; las previsiones sobre evolución futura del gasto sanitario y la necesidad de potenciar la evaluación de políticas servicios y tecnologías.

Otro gran experto en cuentas públicas, el Catedrático de Hacienda Pública de la Universidad del País Vasco Ignacio Zubiri, impartió una lección magistral en la que profundizó sobre las opciones para la sostenibilidad del estado del bienestar y la misión de las Administraciones Públicas en la redistribución de la renta; discutió la reducción de los ingresos públicos del Estado en los últimos ejercicios, relacionada con la crisis económica, pero también determinada por las recientes reformas fiscales y señaló -con el profesor Labeaga- que queda cierto recorrido para un incremento de la presión fiscal en España en relación con el objetivo de redistribución de la renta. También hizo referencias a la reforma sanitaria y los efectos que el incremento en el gasto sanitario está teniendo en las últimas décadas, además de cómo la proporción de gasto sanitario privado está ganando enteros.

Los asistentes debatieron con los profesores sobre el efecto esperado de herramientas como el copago o la importancia de los incentivos en la provisión sanitaria, la evaluación de tecnologías, o el control ex post de las políticas sanitarias aplicadas para lograr la sostenibilidad del SNS. Consideraron que el copago debe estar orientado, no hacia la financiación del sistema, sino como control de la demanda para tratar de reducir el abuso en el consumo por encima de la cantidad eficiente. También coincidieron en la necesidad de búsqueda de soluciones para la financiación y sostenibilidad del SNS, compensando la evolución de gasto público con una más adecuada evolución de los ingresos públicos. Por último, destacaron que además del mencionado incremento esperado del gasto sanitario se debe tener también en cuenta la evolución de las pensiones -otro pilar del estado de bienestar- que debe ser financiado para garantizar la adecuada redistribución de la renta.

Francisco Alvira, Catedrático de Sociología de la Universidad Complutense de Madrid, expuso las preferencias de los ciudadanos españoles en relación a las políticas públicas según las Encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Sus principales conclusiones fueron que el apoyo a un aumento de los recursos fiscales para sanidad no es mayoritario aunque concita a su favor un porcentaje importante de ciudadanos (en torno al 40%); los ciudadanos consideran que la presión fiscal ya es suficientemente alta, que el sistema impositivo es injusto y que existe fraude fiscal. Para la sostenibilidad del sistema hay que mejorar la gestión de la sanidad, para lo que, según opinión generalizada, queda un amplio espacio, y también redistribuir el gasto público, disminuyendo las partidas en defensa, obras públicas y transporte, y aumentando el destinado a justicia, sanidad y enseñanza.

En el Encuentro además disfrutamos de la participación de Juan Cabasés, Catedrático de Economía Aplicada de la Universidad Pública de Navarra. Insistió en las dificultades de la situación actual y en la necesaria mejora de la eficiencia para la sostenibilidad del sistema sanitario público. Tuvieron gran interés sus reflexiones sobre el buen gobierno de la sanidad y los avances del Código de Buen Gobierno de la Sanidad Pública Vasca, en el que ha participado personalmente, así como acerca de la creación de un entorno de motivación e incentivos adecuado para los profesionales sanitarios (capital motivacional). Finalmente, destacó los logros y las insuficiencias de la evaluación de tecnologías en España, con referencias concretas al desarrollo actual en España de la herramienta European Quality of Life-5 Dimensions (EQ-5D) sobre el estado de salud autopercibido y la calidad de vida relacionada con la salud en el que ha estado muy involucrado. En suma, otra intervención memorable.

Pero el Encuentro, como de costumbre, contó también con ponentes directamente relacionados con la gestión sanitaria y el sector farmacéutico, como Humberto Arnés, Director General de Farmaindustria, quien expuso la perspectiva del valor que la industria farmacéutica aporta a la sociedad, y cinco gestores de la prestación farmacéutica en formato de mesa redonda: Encarna Cruz (Madrid), Antoni Gilabert (Cataluña), José Clérigues (Comunidad Valenciana), Paloma Acebedo (País Vasco) y María Isabel de Frutos Iglesias (Cantabria). En dicha mesa, se

aportó valiosa información y se discutió cómo con sus programas de gestión, las CC.AA. están estableciendo prioridades en la prestación farmacéutica, teniendo en cuenta los incentivos a la innovación, la eficiencia en el gasto farmacéutico y las nuevas regulaciones del gobierno de la nación y de las propias regiones.

Crónica de la IV Conferencia Europea sobre Salud pública y bienestar. EUPHA Copenhagen, 10-12 Noviembre 2011

Beatriz González López-Valcárcel. Catedrática de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Los días 10 a 12 de Noviembre se celebró en Copenhague la IV Conferencia Europea de Salud Pública y Bienestar, organizada por la European Public Health Association (EUPHA) <http://www.eupha.org/>. Se hizo coincidir, como cada año, con la reunión de las escuelas europeas de salud pública, ASPHER.

Asistieron más de 1.500 personas, mayoritariamente de países del centro y norte de Europa. EUPHA es una asociación científica y profesional de salud pública que acoge desde 1992 a las asociaciones nacionales de prácticamente todos los países de Europa, y cuenta con unos 14.000 miembros. AES participa a través de SESPAS. EUPHA se organiza en secciones. Desde mediados de 2011, presido la sección de Public Health Economics, con la intención de dinamizarla y dar mayor visibilidad a la economía de la salud dentro de la salud pública, que es interdisciplinar por naturaleza. Por cierto, invitamos y alentamos a los socios de AES a que se den de alta en nuestra sección. Puede hacerse fácilmente desde esta página: http://www.eupha.org/site/section_page.php?section_ref=S_PHECO, o bien mandándome un e-mail a bvalcarcel@dmc.ulpgc.es con tus datos.

El programa de la Conferencia de Copenhague ocupaba los cientos de páginas de un libro. En la web hay 1536 documentos de resúmenes de los trabajos presentados, que también se publican en un número monográfico de la European Journal of Public Health http://eurpub.oxfordjournals.org/content/21/suppl_1.toc. El programa incluía sesiones plenarias, sesiones organizadas pre-congreso y dentro del congreso mismo, talleres, comunicaciones orales y posters. Con puntualidad británica y seriedad nórdica, así se desarrolló todo.

De las conferencias plenarias destacó la de Martin McKee sobre la crisis económica y sus efectos en la salud pública. Presentando la noticia del día y la reflexión de más calado a ritmo trepidante, hizo una panorámica bastante pesimista sobre lo que está pasando y lo que pasará, en términos de pérdida de salud y de concentración de la riqueza.

Otros conferenciantes plenarios tuvieron éxito de público, como Sir Michael Marmot, que, naturalmente, habló de equidad. De España vino otro conferenciante plenario, Gosta Esping-Andersen, profesor de la Universidad Pompeu Fabra. En su disertación presentó una clasificación sorprendente de los modelos rivales de Estado del Bienestar con resultados asimismo sorprendentes sobre el papel de la salud en el bienestar de la infancia, según los perfiles más o menos welfaristas de los países. Por el otro extremo de la línea de las edades, Jean-Marie Robine habló de la atención sanitaria a los viejos y muy viejos, y de la carga de enfermedad y de gasto que le va a suponer a Europa en el futuro cercano. Arrastrando las erres, implacablemente, dibujó el panorama de una Europa renqueante envejecida y necesitada. Tremendo. Los anfitriones daneses aprovecharon para hacer publicidad de su sistema económico con una conferencia plenaria titulada The Danish "Flexicurity model" for labour market policy and social policy, a cargo de Mogens Lykketoft, actual presidente del parlamento danés, que confieso me perdí. Como corresponde a la coorganización con ASPHER (la federación europea de escuelas de salud pública), hubo sesiones -y bien interesantes- sobre formación y educación en salud pública y sobre sus problemas y retos en la Europa de hoy. Finalmente, el profesor Johan Mackenbach, que recibió el premio de la sociedad danesa de salud pública, hizo el resumen de la conferencia.

Las sesiones organizadas estuvieron muy bien organizadas. Fueron temas estrella (al menos de mi particular universo)

los métodos y sus aplicaciones, el manejo de bases de datos y registros poblacionales, la estrategia de Salud en Todas las Políticas y la Evaluación de Impacto en Salud.

Todos los sectores y subsectores de la salud pública se sometieron a escrutinio en Copenhague. Hubo sesiones específicas de salud laboral, de la mujer, del migrante, de las minorías, del niño y adolescente; sobre la salud mental, las enfermedades crónicas, la salud autopercibida y la calidad de vida; el absentismo laboral; la promoción de la salud; el bienestar. Hubo sesiones sobre la investigación e innovación en salud pública, sobre los sistemas y los servicios de salud; sobre la seguridad social; sobre los estilos de vida; las desigualdades y la equidad. En fin, la variedad de temas y de enfoques fue muy considerable, como para no aburrirse ni un instante, como para que la decisión de a dónde ir necesitara un algoritmo complejo. Y eso que había escasísimas comunicaciones de economía.

La sección de Public Health Economics organizaba, con la colaboración de AES, un taller sobre equidad en la financiación y prestación de atención sanitaria. Durante dos horas, un público que casi llenaba la sala escuchó y debatió vivamente. José María Martín Moreno, director de programas en la oficina europea de la OMS en Copenhague, hizo una presentación institucional sobre los objetivos y las acciones de la OMS Europa en materia de equidad, con énfasis en la financiación pero también abordó resultados de salud. Rosa María Urbanos hizo una excelente presentación conceptual y empírica: qué es y qué sabemos de la equidad en la utilización y en la financiación de la atención sanitaria en los países desarrollados. Las otras dos presentaciones fueron más específicas, una sobre los gastos de bolsillo en Turquía. En la última, el profesor Jeff Robertson, que vino expresamente desde la lejana Australia, criticó apasionadamente los instrumentos habituales de medida de la salud para calcular AVACS (el EQ-5D), ilustrado con un estudio empírico-experimental propio sobre trade-off entre eficiencia y equidad.

Otras sesiones fueron memorables para nosotros, AES, como por ejemplo la que organizaba Quique Bernal sobre variabilidad en la práctica médica a escala europea. Cuatro miembros de su equipo internacional presentaron primeros resultados del proyecto europeo y un toque de metodología. Interesó al público y suscitó un animado debate.

Algunos miembros de SESPAS participaron en la conferencia, como María Luisa Vázquez, y Fernando García Benavides, que intervino en una sesión organizada sobre seguridad social y salud. Yo presenté una crítica al uso sesgado de los estudios sobre carga de enfermedad en una sesión organizada sobre Salud en Todas las Políticas. Jóvenes estudiantes de máster y doctorado participaron también activamente con comunicaciones y posters. Sin embargo, un recuento basado en el programa es bastante desolador. Todavía España tiene un papel menor, pues únicamente hubo 19 posters y 8 presentaciones orales de investigadores españoles.

En conjunto, ha valido la pena, se ha aprendido y compartido. Así que animo a los socios de AES a que participen en el próxima reunión, que será en Malta en noviembre de 2012 http://www.eupha.org/site/upcoming_conference.php, si tienen la oportunidad de ir. Asimismo, la sección de Public Health Economics está organizando una sesión sobre economía de la prevención en la conferencia europea de IHEA, que se celebrará en Zurich en Julio 2012. Desde aquí te animamos también a participar.

Mesa AES en SESPAS





Sandra García Armesto

Investigadora senior ARAI+D

Unidad de investigación en servicios sanitarios y políticas de salud-ARiHSP

Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (I+CS) IIS Aragón

Como sabéis, en la última asamblea de AES en Palma de Mallorca se anunció la constitución del Grupo de Interés en “Evaluación de servicios sanitarios y políticas de salud”. Pilar García Gómez y yo tenemos el placer de coordinarlo, respaldadas por el excelente grupo que elaboró la propuesta (Mauricio Avendano, Enrique Bernal, David Casado, Beatriz González, Ángel López, Ricard Meneu, Salvador Peiró, Jaume Puig y Marcos Vera).

El objetivo del grupo es muy sencillo: crear un espacio en el que la investigación evaluativa pueda ganar visibilidad y crecer a base de sinergias. Se trata, en última instancia, de ganar capacidad de aportar, de forma efectiva, evidencia a los debates nacionales e informar la toma de decisiones.

El diagnóstico de partida es que la investigación en evaluación de servicios y políticas sanitarias que existe en nuestro país no consigue presentarse como un cuerpo de conocimiento relevante para la toma de decisiones. Queda diluido al fragmentarse en la parcela o el tema específico que cada uno estudiamos o la disciplina/metodología con la que se aborda o la sociedad científica desde la que se plantea. El resultado es lo que alguna vez Ricard Meneu ha descrito tan gráficamente como “un sistema sanitario con políticas a prueba de fallos: es imposible saber si una iniciativa falla o no, porque no evaluamos”.

A nuestro juicio, crear un espacio de encuentro entre los grupos que estamos trabajando en evaluación del sistema nos ayudaría a poner nuestros resultados en perspectiva, conseguir que el diálogo entre las piezas de evidencia que producimos permita ensamblar un perfil de los “puntos calientes”, de las consecuencias e interrelaciones de las decisiones que se toman y de las alternativas disponibles, que resulte en una visión global del problema más útil para la acción.

En este espíritu, la primera actividad que hemos organizado ha sido la mesa AES de evaluación de políticas y servicios de salud en el marco del XIV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)-SEE, celebrado en Madrid el pasado Octubre, bajo el lema “salud y equidad en todas las políticas”.

Queríamos que la mesa funcionara como carta de presentación. Así, elegimos un tema, las políticas y servicios relacionados con los mayores, y durante hora y media pudimos ver qué información nos ofrece el análisis desde la econometría más dura, el análisis de políticas y la epidemiología de los servicios sanitarios sobre la manera en la que nuestro sistema aborda la situación de cronicidad y deterioro ligados al envejecimiento.

El formato adoptado pretendía también ser una declaración de intenciones en sí mismo. Decidimos introducir la figura del comentarista, quizá no tan frecuente hasta ahora en nuestro entorno. Esto determina una dinámica distinta a la de la mesa redonda al uso: la exposición de cada trabajo se divide en 2 partes; en la primera, el autor/a expone las principales conclusiones de su trabajo para a continuación dar paso a otro experto sobre el tema que discute el abordaje y los resultados que se presentan y propone unas conclusiones. Deliberadamente se trató de propiciar que los comentaristas procedieran de disciplinas/enfoques distintos a las de los ponentes, de forma que el diálogo permitiera la reinterpretación de resultados y metodología.

Así, Ana Tur nos presentó el trabajo “Impacto de la exención del copago en el consumo de medicamentos: evidencia a partir de un diseño de regresión discontinua”, parte de un proyecto conjunto CRES-UPF y University College of London, que fue comentado por José Ramón Repullo jefe del departamento de Administración Sanitaria de la Escuela Nacional de Sanidad.

Cristina Hernández-Quevedo del Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios de la OMS-London School of Economics, nos ofreció una primicia que formará parte de un monográfico sobre dependencia en preparación, y que abordaba “la inequidad en la utilización de servicios sociosanitarios en España para las personas mayores”. Marisol

Rodríguez del departamento de Economía de la Universidad de Barcelona ejerció como comentarista.

Por su parte, Salvador Peiró, grupo Atlas VPM-Centro Superior de Investigación en Salud Pública, nos ilustró sobre “Desigualdades en las hospitalizaciones evitables en mayores de 65 años”. Rosa Urbanos del departamento de Economía de la Universidad Complutense de Madrid le dio la réplica.

Como veis la mesa abordaba tres elementos claves en la atención a los mayores en nuestro país: el consumo farmacéutico y las implicaciones en términos de riesgo moral de la exención de copago a los mayores de 65 años, la equidad en el acceso a los servicios sociosanitarios ofertados por el sistema nacional de atención a la dependencia y el grado de éxito en el manejo ambulatorio de la patología crónica del mayor.

Se aportaban además diseños metodológicos innovadores. En el caso del copago farmacéutico, Ana nos expuso cómo la estimación, mediante un diseño de regresión discontinua, del salto en la probabilidad de consumir fármacos determinado por el hecho de pasar a la condición de pensionista, les permitía utilizar dos fuentes de datos completamente distintas y no interoperables (datos de facturación por receta en Cataluña y la encuesta nacional de población activa). Voro (Peiró) nos desbrozó la lógica de un diseño ecológico (con estadísticos de variación y análisis de área pequeña modelizados con técnicas bayesianas y multinivel) en el que la variación en las tasas poblacionales de hospitalización por condiciones que se consideran empeoramientos agudos de una enfermedad crónica, nos indica que el manejo de los pacientes crónicos en nuestro sistema es muy distinto dependiendo del área sanitaria en la que residan. Cristina, por su parte, nos mostró cómo los datos de la encuesta EDADES pueden utilizarse para analizar las barreras al acceso a prestaciones sanitarias, sociales y económicas en función de la renta de los individuos en situación de discapacidad en España, utilizando índices de inequidad para analizar la necesidad no atendida y los motivos de los problemas de acceso declarados por los interesados.

La fórmula “comentarista” demostró en mi opinión todo su valor: José Ramón Repullo se abrió paso a través del bosque de ecuaciones para incidir en las implicaciones políticas de las conclusiones del estudio y argumentar lo obsoleto del diseño de la exención del copago farmacéutico y su falta de progresividad en las circunstancias de nuestros días. Marisol Rodríguez nos puso en perspectiva la evidencia de inequidad en el acceso a las prestaciones por discapacidad que perjudica a las rentas más bajas, señalando cómo el hecho de que en términos absolutos el volumen de personas con dificultad de acceso sea muy bajo es un indicador de éxito del sistema de dependencia. Nos previno, sin embargo, sobre el potencial efecto sustitutorio de los servicios sanitarios con respecto a los sociales y la necesidad de analizar estos resultados de necesidad no cubierta declarada a la luz de la utilización de lo sanitario. Rosa Urbanos yendo más allá de las limitaciones del diseño ecológico detalladas por Voro, resaltó la importancia de las desigualdades geográficas en hospitalización evitable para replantear la manera en la que se organizan los cuidados a los crónicos en el ámbito local y cómo la principal aportación del trabajo es señalar con precisión aquellas áreas sanitarias en las que esta reflexión es especialmente prioritaria y extraer lecciones sobre los modos de atención ambulatoria social o sanitaria y a las crisis en aquellos entornos donde hay menor volumen de ingresos.

La audiencia (unas setenta personas) se mostraba satisfecha y asentía o acompañaba el debate a pesar de que un retraso en la organización de las sesiones prolongó la mesa hasta bien entrada la hora de comer. Esto nos obligó a acortar el espacio de discusión con el público que se arriesgaba a no llegar ni a los postres. Sin embargo, la acogida fue buena y los comentarios suscitados a posteriori nos devuelven la impresión de que la mesa interesó y sorprendió. Así pues, valoramos esta actividad como algo a repetir en los foros relevantes.

Un elemento más de reflexión para el grupo. Por esta vez, los trabajos presentados se seleccionaron de forma “oportunistamente”, recurriendo a los grupos y proyectos de los que teníamos noticia (nuestro profundo agradecimiento a los autores y comentaristas, que se avinieron a dejarse “atropellar” y apoyaron la causa con su excelente trabajo) en lugar de hacer una convocatoria abierta. La principal razón fue la premura de tiempo. Como ya he mencionado, el grupo no fue constituido hasta las Jornadas de Mayo y el plazo para presentar propuestas para mesas de este congreso era el 15 de Mayo. Nos parecía una oportunidad de presentar esta iniciativa AES en sociedad (eso es SESPAS a fin de cuentas ¿no?) que no podíamos desperdiciar. Sin embargo, nuestra intención es servir de plataforma para todo el trabajo de evaluación de servicios y políticas que se está desarrollando tanto en AES como en otros ámbitos. De ahí que quiera utilizar esta pequeña crónica como invitación a todos los socios a que se sumen al grupo y nos ayuden a diseñar y dar contenido a las iniciativas que se tomen de aquí en adelante.

Esta semana hemos, por fin, conseguido poner en marcha el espacio dentro de la página web de AES en el que podréis

Esta semana hemos, por fin, conseguido poner en marcha el espacio dentro de la página web de AES en el que podéis inscribiros como miembros del grupo de evaluación de servicios sanitarios y políticas de salud y acceder a las herramientas que lo apoyan. Encontraréis además, una descripción detallada de los objetivos y tareas que se plantean como arranque, así como las actividades concretas previstas de momento para el año que viene.

Os animo a que seáis parte activa de la discusión sugiriendo iniciativas y, si lo consideráis de interés, participando en los foros que se proponen. Lo que el grupo sea y pueda conseguir lo habremos de hacer entre todos.

Noticias

Noticias

CONGRESOS

- XXXII Jornadas de Economía de la Salud. Bilbao 15 - 18 Mayo, 2012

Próxima fecha importante: 30 de enero de 2012 - Fecha límite para la presentación de comunicaciones.

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

- ECHE2012, Zúrich 18 - 21 Julio, 2012, Suiza.

Próxima fecha importante: 15 Enero, 2012 - Fecha límite para la presentación de comunicaciones individuales.

<http://www.eche2012.ch/>

FORMACIÓN

- VII Seminario MESOL: Técnicas de Modelización en Evaluación Económica de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias

Barcelona, 27-31 de marzo 2012

Modalidad semi-presencial.

Abierto el plazo de inscripción.

Dirección: Jaume Puig-Junoy. Coordinación: José Manuel Rodríguez Barrios, y Ana Tur Prats.

www.idec.upf.edu/scres

PREMIOS Y CONDECORACIONES





Debido a que la premiada se encontraba fuera de España, recogieron el premio sus hijos.

- 25 Noviembre, 2011. Otorgada la Cruz de Sanidad a Beatriz González López-Valcárcel por el gobierno español, a propuesta del MSPSI. Desde AES, queremos expresar nuestra felicitación por este nuevo y merecido reconocimiento a Bea.

<http://www.msc.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=2279>

OTROS

- Aquí puede consultar la nota de prensa del acto institucional del XX aniversario de la Beca de Investigación en Economía de la Salud.

http://www.aes.es/docs/NOTA_DE_PRENSA_XX_ANIVERSARIO_BECA_BAYER.pdf

AES-Secretaría
C/ Bonaire, 7 08301
Mataró (BARCELONA)

Tel. 93 755 23 82 | Fax. 93 755 23 83
secretaria@aes.es

Editores del boletín: Ignacio Abásolo Alessón (iabasolo@ull.es) y Cristina Hernández Quevedo (C.Hernandez-Quevedo@lse.ac.uk)

Editora de redacción: Ana Tur Prats

Comité de redacción: Manuel García Gofí, Juan Oliva Moreno, Jaime Pinilla

Han colaborado en este número: Enrique Bernal Delgado, Sandra García Armesto, Manuel García Gofí, Beatriz González López-Valcárcel, Félix Lobo, Javier Mar, Melvin Morera Salas, Jaume Puig Junoy y Laura Vallejo Torres.