

En Este Número

Portada

Opinión

- ⌘ Programas electorales: ¿realidad o ficción?
- ⌘ Influencias debidas e indebidias en política de salud

Temas

- ⌘ El precio de los medicamentos nuevos: evidencia empírica sobre estrategias industriales y el efecto de la regulación
- ⌘ Equidad en los tiempos de espera al médico especialista por niveles socioeconómicos: evidencia desde España

Tesis

- ⌘ Working conditions and health: Evidence on inequalities in Spain
- ⌘ Three Essays on Health and Violence Against Women

Con acuse de recibo

- ⌘ Crónica IV Taller EvaluAES: Investigación en evaluación de políticas y servicios de salud
- ⌘ Crónica III Taller de Evaluación Económica: El reto de incorporar evaluaciones económicas a la toma de decisiones

Jornadas

- ⌘ Crónica del Comité Organizador de las XXXV Jornadas de Economía de la Salud (Granada, 17 - 19 de Junio 2015)
- ⌘ Crónica del Comité Científico de las XXXV Jornadas de Economía de la Salud (Granada, 17 - 19 de Junio 2015)
- ⌘ Diez lecciones de las XXXV Jornadas AES

Noticias

- ⌘ Congresos y Jornadas
- ⌘ Formación
- ⌘ Premios y Condecoraciones

Noticias Destacadas

Programas electorales: ¿realidad o ficción?

Hemos aceptado la oportuna iniciativa de un socio de AES (que prefiere permanecer en el anonimato) de recoger las principales propuestas en política sanitaria, promoción de la autonomía y atención a la dependencia incluidas en los programas electorales de los partidos políticos... [+]

Influencias debidas e indebidias en política de salud

Antes de hablar de influencias en políticas de salud, es adecuado que enunciemos el objetivo de nuestra acción y estemos de acuerdo sobre el fin último de nuestra actuación. ¿Qué política de salud queremos cambiar?, ¿hacia dónde queremos ir en políticas de salud para mejorar... [+]

El precio de los medicamentos nuevos: evidencia empírica sobre estrategias industriales y el efecto de la regulación

Resumen del artículo "Launch prices for new pharmaceuticals in the heavily regulated and subsidized Spanish market, 1995-2007", galardonado con el Premio al mejor artículo de Economía de la Salud publicado durante el año 2014. El trabajo premiado... [+]

Equidad en los tiempos de espera al médico especialista por niveles socioeconómicos: evidencia desde España

Resumen del artículo "Equity in specialist waiting times by socioeconomic groups: evidence from Spain", galardonado con el Premio al mejor artículo de Economía de la Salud publicado en el año 2014 (premio ex-aequo). El trabajo premiado publicado en la revista... [+]

Diez lecciones de las XXXV Jornadas AES

Las lecturas de los contenidos de unas jornadas siempre son personales y escasamente transferibles. Con todo, hemos intentado hacer una "colectiva" de lo que los miembros del Comité Científico consideramos compartir tras seguir los trabajos presentados... [+]

Programas electorales: ¿realidad o ficción?

Hemos aceptado la oportuna iniciativa de un socio de AES (que prefiere permanecer en el anonimato) de recoger las principales propuestas en política sanitaria, promoción de la autonomía y atención a la dependencia incluidas en los programas electorales de los partidos políticos, que, tras las últimas elecciones, acaban de formar gobierno. Con la información disponible al cerrar este No. 83 del Boletín, presentamos aquí el resultado de la selección realizada por Antonio García (Universidad de Málaga) para Andalucía, Fernando Sánchez (Universidad de Murcia) para la Comunidad Valenciana, les Illes Balears y Murcia, Juan Oliva (Universidad de Castilla La-Mancha), para la Comunidad de Madrid y la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, y Carmelo Juárez (Universidad de La Rioja) para La Rioja y la Comunidad Foral de Navarra, junto con una introducción y valoración crítica impagable de Rosa Urbanos (Universidad Complutense de Madrid). A todos ellos les agradecemos mucho su valiosa colaboración. A medida que dispongamos de más información, actualizaremos la del resto de Comunidades Autónomas. Además, nos comprometemos a evaluar progresos y cumplimientos en dos años y al final de esta legislatura.

Los editores

Rosa Urbanos
Universidad Complutense de Madrid
Email: urbanos@ccee.ucm.es

Programas electorales: ¿realidad o ficción?

Como es tradición antes de cada convocatoria electoral, en los últimos meses hemos asistido a la (re)presentación de los programas electorales con motivo de la celebración de las elecciones autonómicas (y municipales). Más allá del análisis que cabe hacer de la orientación política que subyace en ellos o del modo en que ordenan las prioridades (intra —pero también inter—sectorialmente), cabe preguntarse por la utilidad efectiva de los programas teniendo en cuenta, entre otros factores, lo siguiente:

1. Las propuestas son, en buena parte, de trazo grueso, y parten de un diagnóstico muy similar de los problemas que aquejan al sector, lo que favorece que existan muchos aspectos comunes. El voto se rige cada vez menos por el contenido de los programas electorales y cada vez más por el carisma del líder correspondiente y por la cobertura mediática de las campañas (que sólo parcialmente tiene que ver con el texto del programa). Finalmente, los apoyos/rechazos se sustentan en asuntos como las listas de espera, el copago o la privatización, por lo que los refinamientos sirven para poco.
2. En el mejor de los casos, del dicho al hecho... hay mucho trecho. Las promesas son baratas y las restricciones cuando se gobierna, numerosas y a menudo difíciles de sortear. Por otra parte, y vinculado con el punto anterior, la evaluación que los ciudadanos hacen de los avances logrados y las promesas incumplidas por los gobiernos es escasa, se restringe a un puñado de asuntos y, además, está sometida a "pool" (por ejemplo, retroceso en sanidad pero mejoras en educación, si las hubiera).
3. Los resultados electorales han forzado pactos entre distintas fuerzas políticas, lo que exige compromisos que pueden desdibujar las propuestas iniciales o bien obligar a incorporar acciones no previstas.
4. Al menos de momento, y hasta que se despeje la incógnita de lo que sucederá en las próximas elecciones generales de finales de año, los partidos pueden optar por "esperar y ver" antes de mover pieza y empezar a poner en práctica algunas de sus promesas.

Por todo ello, el contenido de los programas corre el riesgo de ser sólo un débil reflejo de lo que cabe esperar de los gobiernos electos. No obstante, y a pesar de lo dicho, el análisis de las "promesas sanitarias" es un ejercicio relevante y necesario (sobre todo cuando se completa con el estudio de hasta qué punto se compadecen con la gestión desempeñada). No sólo por la importancia intrínseca del sector salud, ni siquiera por tratarse de la partida cuantitativamente más importante de los presupuestos autonómicos, sino sobre todo porque contribuye (aunque sea un poco) a promover la "accountability" que tanto predicamos.

Comunidad de Andalucía: [ver documento](#)

Comunitat Valenciana: [ver documento](#)

Islas Baleares: [ver documento](#)

Comunidad autónoma de la Región de Murcia: [ver documento](#)

Comunidad de Madrid: [ver documento](#)

Junta de Comunidades de Castilla La Mancha: [ver documento](#)

La Rioja: [ver documento](#)

Comunidad Foral de Navarra: [ver documento](#)

Influencias debidas e indebidas en política de salud



Idefonso Hernández Aguado
Presidente de SESPAS
Universidad Miguel Hernández y Ciberesp
Email: ihernandez@umh.es

Texto aproximado de la conferencia pronunciada en la II Jornada/Encuentro de profesionales de salud pública: "La Salud Pública Que Queremos", organizada por AMaSap el 20 de mayo de 2015.

Advertencia: hay parte del texto que no se corresponde con lo dicho en la conferencia, pues no se leyó y hubo cierta limitación de tiempo. También es posible que no todo lo dicho se refleje en esta edición de las notas escritas para la exposición. Disculpen pues cualquier inconveniente. Por si fuesen útiles, he incluido los vínculos a textos que pueden ampliar los detalles de algunas partes del texto.

Una de las acciones más necesarias de las asociaciones científicas y profesionales de la salud pública, que tienen como misión la defensa de la salud de la población, es la abogacía por la salud. Se trata de ejercer influencias en los decisores públicos para que implanten políticas beneficiosas para la salud de la población y que a su vez sean sinérgicas o al menos compatibles con otras políticas sociales y económicas. Hay otros objetivos de influencia -por ejemplo, influir para mejorar la situación laboral de los profesionales sanitarios- que, pudiendo ser a veces legítimas, no serán objeto de mi exposición.

Antes de hablar de influencias en políticas de salud, es adecuado que enunciemos el objetivo de nuestra acción y estemos de acuerdo sobre el fin último de nuestra actuación. ¿Qué política de salud queremos cambiar?, ¿hacia dónde queremos ir en políticas de salud para mejorar la salud de la población?, ¿qué investigación en salud debe hacerse?, ¿qué organización sanitaria es adecuada?, ¿estamos cómodos con el actual marco de referencia de la política de salud?, etc.

Hace unos días me hicieron una encuesta electoral de las que atestan los periódicos y otros medios de comunicación estos días. Me pidieron que me situara políticamente en una escala que va del 0 al 10, de izquierda a derecha. Considerando dónde se sitúan los partidos políticos en España, no hay duda que lo que ha cambiado de posición es la escala, se ha trasladado de forma que no hay lugar para situarse, pues no hay números negativos. Hoy día Olof Palme sería un antisistema. Algo así puede estar sucediéndonos con la visión que tenemos sobre la política de salud y las propuestas que deseamos que los políticos que se presentan a las elecciones consideren para cuando gobiernen. Nos circunscribimos al campo de juego que nos han marcado otros y renunciamos a pensar en otras

posibilidades y a pedir lo que de verdad importa, a luchar por cambios relevantes. Creo que vamos a remolque de otros agentes con más poder y capacidad de comunicación, tratando únicamente de curar heridas del desguace continuado de nuestro sistema de salud, de la respuesta que como sociedad damos a los asuntos de salud. Si perdemos el discurso, si la definición de los problemas y sus soluciones las hacen otros, estamos indefensos ante quienes se erigen en garantes de lo que desean dismantelar.

Lo ocurrido en Reino Unido en las recientes elecciones nos muestra que es compatible estar orgullosos de una gran innovación social y respaldar a quien la destroza, quien domina el discurso y el espacio público va ganando las partidas, quien aparece como único garante de la viabilidad de un sistema de salud es el mismo que lo descuartiza. Quizá algunos recordaréis la ceremonia de inauguración de los Juegos Olímpicos de Londres, suceso que dio tanto que hablar sobre las colaboraciones público-privadas y la salud. Pues bien, el Reino Unido mostraba al mundo que uno de sus grandes logros además de los Beatles era el Sistema Nacional de Salud. El cinismo no tiene límites, pues al mismo tiempo que se elogiaba como orgullo nacional el sistema de salud, se ha nombrado a dos Secretarios de Salud -considerados los peores de la historia del sistema nacional de salud- cuyo cometido ha consistido en desmontar el propio sistema.

Como no tengo demasiado tiempo y además no me gusta ocuparlo todo, pues aprecio los comentarios y las críticas, seré algo esquemático en el diagnóstico y sus causas. Después trazaré lo que en mi opinión debemos articular como actuaciones de abogacía por la salud.

Sobre el diagnóstico y las causas

En mi opinión, la política de salud actual es un espacio que en gran medida está capturado por intereses ajenos a los intereses de la salud de la población. Quiero decir con ello que el entorno intelectual, el entorno informativo, el medio profesional y la agenda de formación, el espacio público y el entorno político están ya influidos por intereses que son distintos a los intereses de la salud de la población, de forma que las definiciones de los problemas, su descripción y las respuestas que se dan desde los diversos actores y especialmente desde la política de salud se alejan de las que deberían ser prioridades de actuación. Algunos observadores no descartan la ignorancia como otra de las causas. De ahí que si deseamos influir en políticas de salud debemos identificar si queremos cambios dentro del marco actual o queremos modificar el marco. ¿Por qué afirmo que la política de salud y más en general la definición de la salud y los fenómenos con ella relacionados tienen un alto grado de captura?

Estas son las razones (más detalle en: [Calidad de Gobierno y Políticas de Salud](#)):

En primer lugar tenemos que la generación de conocimiento se dirige progresivamente hacia objetivos que coinciden con los objetivos marcados por las instituciones europeas y nacionales relacionados con la denominada competitividad y en consecuencia se alinean usualmente con el interés de las grandes corporaciones industriales relacionadas con la enfermedad. Tanto es así que las industrias están adquiriendo un papel decisivo en la definición de objetivos y prioridades de investigación.

En este contexto, la ciencia de la salud pública se ha desenfocado, se ha fragmentado y persigue soluciones orientadas a enfermedades y a las tecnologías, alejándose progresivamente de la salud de la población como eje que debería estar en el origen y fin de su desarrollo. Paradójicamente los epidemiólogos y otros investigadores de salud pública han tenido en las décadas recientes mucha influencia en la investigación en salud, de forma que sus métodos y términos son ubicuos en la literatura científica, se ha permeado la investigación de servicios sanitarios y se ha llegado a las ciencias más básicas y emergentes, incluidas la biotecnología y la genómica. Casi toda la bibliografía científica está ahora entreverada de términos epidemiológicos y la invocación a la prevención e incluso a la salud pública es constante.

¿Cuál ha sido el desenlace de este teórico éxito?, ¿hemos mejorado la evidencia para basar las decisiones en política de salud?, ¿hemos contestado a preguntas que afrontan los decisores en políticas de salud pública?, ¿hemos difundido los resultados en forma que sean comprensibles y útiles a la sociedad en su conjunto y a los que toman decisiones?, ¿hemos aportado herramientas para la implantación de actuaciones en salud pública?, ¿hemos establecido una agenda de investigación que está guiada por la salud de la población o está nuestra investigación influida por otras fuerzas que llevan a los investigadores de salud pública lejos de su objetivo prioritario? Creo que

nos hemos desencaminado y jugamos en terrenos ajenos. Aunque es cierto que hay hitos destacables y al respecto los trabajos de Marmot con el [informe final de la Comisión sobre Determinantes sociales de la salud](#) serían un buen ejemplo.

Creo que los poderes económicos asociados a la asistencia sanitaria (y ahora al mercado secundario de la salud y los estilos de vida), la influencia de los organismos que financian la investigación y el diseño de recompensa por la investigación (índices bibliométricos en lugar de índices de impacto práctico, necesidad de mantenimiento de equipos que solo son viables mediante alianzas con la investigación clínica o básica, etc.) alejan a los investigadores de salud pública de la salud poblacional y los llevan a otras áreas que se enriquecen con las altas capacidades investigadoras de éstos. La genómica es quizá el paradigma de la atracción de epidemiólogos y otros investigadores de salud pública hacia las soluciones tecnológicas de los problemas de salud. Los que apoyan la investigación en genómica han usado el concepto de salud pública y el lenguaje de la prevención para promover visiones del futuro en las cuales la enfermedad y otros problemas (hambre, contaminación, pérdida de biodiversidad, basura industrial, etc.) serán solucionados mediante productos y procesos biotecnológicos. Soluciones por otra parte promovidas por el denominado filantropocapitalismo, asunto bien descrito en el [blog de Javier Segura](#). Resumiendo, al generar este imaginario futuro, no sólo se define la salud y la enfermedad como algo individual, sino que se desvía la atención de las causas estructurales de los problemas de salud y se enfatizan las soluciones tecnológicas y basadas en beneficios privados para los problemas de salud pública.

Alineado con este marco de generación del conocimiento, el discurso público predominante sigue siendo de carácter individual y de soluciones individuales a los problemas de salud de la población. Aunque hay algunas buenas noticias, pues paulatinamente va permeando la visión de los condicionantes sociales de la salud, esta aproximación sigue siendo marginal en el espacio público, donde los medios de comunicación definen los problemas de salud como si fuesen el resultado de acciones libremente elegidas por ciudadanos bien informados. Son discursos adornados -de forma espuria- de las palabras libertad, tolerancia, democracia, etc. y que llevan a la dominancia de términos como estilos de vida. Pido por favor que eliminemos este término de todo lo que tenga que ver con la salud, que la suprimamos de todos nuestros documentos.

Aunque en castellano una de las acepciones de estilo sea comportamiento, este término tiene otras connotaciones que identifican su significado con opciones individuales libremente elegidas. Los estilos de vida inundan el espacio público, algunos medios de comunicación ya no incluyen salud entre sus secciones, ahora la denominan estilos de vida y no lo hacen los medios de comunicación del Sr. Murdoch, que también, lo hace *The Guardian* o *The Washington Post*. Algunos medios ya no tienen sección salud, ésta se distribuye en diversos epígrafes entre los que tampoco está la sección sociedad (de asuntos sociales) porque también va desapareciendo. Los factores individuales asociados a la enfermedad, las conductas relacionadas con la enfermedad o con la salud no deben denominarse estilos de vida. ¿Cuáles son los problemas más graves a que nos enfrentamos?, no es acaso el abuso de poder en todas sus formas y expresiones uno de los más graves. La violencia de género es un problema de salud gravísimo, como lo es el abuso de poder en el medio laboral aprovechando las nuevas condiciones laborales determinadas por las políticas sociales neoliberales, como lo es en cualquier forma de expresión en la que se hace sufrir a las personas vulnerables. Llamar a esto estilos de vida es un contrasentido. La pobreza determina la falta de acceso a alimentos saludables, a las condiciones materiales que dan capacidades para gobernar la propia vida; llamarle estilo de vida a consumir alimentos poco saludables es en muchos casos un sarcasmo. Y así podríamos seguir con otros denominados estilos de vida.

Este marco de aproximación a la salud como un asunto individual que apunta a respuestas políticas basadas en tecnologías protegidas por el monopolio de las patentes y la exclusividad de mercado es lo que configura el diseño institucional español y europeo respecto a la salud. La estructura sanitaria está diseñada para un tipo de respuesta que hace difícil otras alternativas, y no me refiero sólo a las actuaciones y servicios de salud pública que habitualmente salen perjudicados en cualquier período de restricción presupuestaria; me refiero a que la inercia de los sistemas de salud es hacia una oferta ilimitada, a veces supuestas porque son comerciales y su valor añadido es escaso o nulo, innovaciones tecnológicas biomédicas que de proseguir su desenfundada carrera amenazan la propia sostenibilidad y solvencia del sistema.

Los sistemas de salud europeos se han dotado de agencias de medicamentos y productos sanitarios, ahora actúan bajo el paraguas de la Agencia Europea del Medicamento (EMA), que no valoran otras alternativas que no sean fármacos o similares. La posibilidad de proveer otras prestaciones que no sean farmacológicas o quirúrgicas casi sólo se considera en rehabilitación. Si se fuese sensato, para la aprobación de la mayoría de fármacos usados en prevención se debería exigir a las empresas que los proponen la comparación con alternativas no farmacológicas, y

lo mismo para otros fármacos e intervenciones para los que hay alternativas, por ejemplo el cribado de osteoporosis. Ocurre que la agenda de investigación rara vez incorpora alternativas como las que vimos en la jornada del año pasado de AMA Sap. No sé si os acordáis del documental [“El Silencio Roto”](#) sobre una intervención con hombres en situación de desempleo, aplicando un programa específico con metodología de procesos comunitarios. Es mucho más fácil que se apruebe la prestación de una estatina nueva sin valor terapéutico añadido alguno, que muchas intervenciones realizadas por personas dirigidas a personas que tienen mayor rendimiento social y sanitario a la par que son más eficientes. Digamos que el sistema es hostil a la innovación social y, además, apenas se hace eco de las preferencias sociales en innovación como las acciones comunitarias o a las actuaciones de salud pública que no estén protegidas por patentes. Nuestra posición debe ser exigir un cambio absoluto en la forma de decidir qué prestaciones sanitarias se financian, cuáles no y cuáles se dejan de financiar por carecer de efectividad y seguridad o porque disponemos de otras mejores. A partir de ahora, los fármacos también deberían compararse con otras intervenciones, tanto con objetivos similares como diversos, pues a la hora de priorizar hay que considerar la ganancia en salud por coste (si su valor añadido justifica el coste) y externalidades positivas (empleo, por ejemplo). Estoy convencido –y no es cuestión de fe– que un farmacéutico de atención primaria haciendo un buen trabajo en medicación de las personas mayores es más eficiente en prevenir caídas de ancianos que muchos dispositivos de cribado y medicaciones preventivas (algunas de las cuales, prescritas con este fin, incluso pueden ser dañinas como ocurre con el abuso los bifosfonatos). Igualmente es más eficiente una enfermera comunitaria que muchas intervenciones farmacológicas, como lo es un buen fisioterapeuta de rehabilitación cardíaca en comparación con varios medicamentos o el uso de dispositivos preventivos. Estos son sólo algunos ejemplos que entre todos debemos ampliar.

La captura del entorno social por parte de los intereses ajenos a la salud poblacional llega a los programas electorales. Un partido de izquierda de la Comunidad Valenciana ha incluido como punto de su programa proporcionar gratuitamente a la población infantil todas las vacunas que recomiende la Asociación Española de Pediatría. Qué tristeza que se imite en lo peor a los partidos clásicos que han esgrimido la vacunación como arma partidista. En el [informe sobre el lobby en España](#) (página 38) se analiza el caso de la varicela que ilustra las actuaciones en que a veces incurren algunas sociedades científicas.

Una situación que contribuye decididamente a la hostilidad del sistema a la innovación social y de salud pública y la asunción acrítica de cualquier innovación biomédica, es la formación del personal sanitario. La agenda de formación está en manos de las corporaciones, los poderes públicos han ido abdicando progresivamente de su responsabilidad en este terreno. Podemos calificar la formación como circunstancial, asistemática, sin reglas ni previsiones, temáticamente atomizada y poco relacionada con los objetivos del sistema. El hecho de que la agenda de actos formativos y científicos esté dominada por los intereses de las industrias contribuye a dominar la agenda mediática y política. Ciertamente que la prensa especializada ya está capturada de origen porque bien sus propietarios bien los anunciantes determinan los contenidos. Aunque quizá prefiero esta captura tan explícita que no la de periódicos generales que aún tienen el valor de reclamarse prensa independiente.

Respecto a las políticas generales de salud pública, comprobamos cómo los organismos regulatorios en Europa y en España tienen un grado de captura más o menos intenso (para más detalle ver: [Crisis e independencia de las políticas de salud pública. Informe SESPAS 2014](#)). Durante casi toda la legislatura actual, la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) ha estado dirigida por una persona procedente de Coca-Cola. La Agencia Europea de Seguridad Alimentaria ha recibido continuos [reproches del Parlamento Europeo](#) por la falta de control sobre su independencia e imparcialidad debido a los [conflictos de intereses de sus expertos](#) y a los procesos continuos de puertas giratorias. Esta Agencia no ha sido capaz de articular una política de etiquetado acorde con las necesidades de los ciudadanos y el bloqueo del etiquetado alimentario en forma de semáforo ha sido diana de una de las [acciones de lobby más intenso](#) y caro de las que se recuerdan en Europa. Al mismo tiempo, la Comisión Europea, al igual que muchos países europeos, se ha embarcado en las denominadas colaboraciones público-privadas mediante las cuales hemos visto como las corporaciones denominadas vectores de enfermedad como las alimentarias o alcoholeras han encontrado un sitio de privilegio en el diseño de las políticas preventivas, asegurándose así que prima el denominado autocontrol –reiteradamente se ha demostrado que no sirve– frente a cualquier intento de regulación serio o el uso de impuestos especiales. Finalmente, cabe reseñar que tristemente una agencia tan acreditada y solvente como son los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos haya sido recientemente cuestionada por su política de [independencia y financiación privada](#).

Las políticas europeas y las políticas nacionales de países europeos hablan de acceso universal, al mismo tiempo que se ejecutan restricciones presupuestarias ilimitadas que de seguir así van a hacer insostenibles varios sistemas

de salud. Entre las amenazas que pesan sobre los servicios de salud están las generalizaciones de las colaboraciones público-privadas y la extensión de la competencia como forma de organización, creando mercados internos en la prestación de servicios sanitarios, asumiendo que la competencia mejora el producto. Vaya, como si la salud fuese un artículo de consumo. Es llamativo cómo sin brújula de navegar (sistemas de información adecuados) se aceptan mudanzas en la organización sanitaria que serán inviable evaluar. Ya que estamos, quiero recordar que a veces los salubristas somos cómplices del desprecio por los sistemas de información y vigilancia. Hemos admitido sin demasiada crítica iniciar intervenciones de salud pública sin sistemas de monitorización adecuados que permitan evaluar la efectividad de las actuaciones, por ejemplo, algunos cribados poblacionales.

Otra característica cada vez más perceptible es la dilución de las voces autorizadas en salud pública. En una [carta dirigida al futuro secretario](#) de salud del Reino Unido publicada en el BMJ recientemente, su editora pedía la restauración de una voz poderosa y una financiación suficiente para la salud pública. La disponibilidad de una figura sólida en salud pública es imprescindible para la articulación de políticas de salud. Al mismo tiempo la dilución de referencias visibles en salud facilita la confusión, el todo vale, el tótum revólutum en el que la comercialización de la salud, su consideración como bien de consumo es creciente, aumentando no sólo el mercado primario de la salud (lo que son prestaciones públicas de los servicios), sino también el secundario (lo que no son prestaciones tipo parafarmacia o actividades y bienes de consumo relacionados con la salud). La falta de voz autorizada facilita también la extensión de actuaciones sanitarias no efectivas e incluso perjudiciales como los cribados para algunos problemas que no han demostrado efectividad.

Unas últimas palabras sobre el diagnóstico para referirme a las políticas de salud. Los procesos de formulación de políticas son objeto de múltiples influencias dirigidas a defender intereses que son ajenos al bien público. Las influencias se producen en todos los niveles, desde la Unión Europea o el nivel global hasta el nivel local. Son múltiples los actores y las dianas de influencia y no hay espacio para detallarlo (se puede ampliar algo en: [Independencia y transparencia en salud pública](#) (pág. 181)).

Visto, pues, apresuradamente el diagnóstico y causas, hablemos brevemente de las actuaciones de abogacía en salud que podrían aportar alguna solución. Desde mi punto de vista, son compatibles las acciones muy concretas sin entrar en el marco general, como las acciones a largo plazo que deben cuestionar la definición de los problemas de salud y la respuesta social actual. Me refiero, por ejemplo, a que debemos defender aquellas acciones beneficiosas para la salud pública en todo momento al tiempo que trabajamos en lo más global o general. El caso del tabaco nos muestra cómo la acción perseverante de los salubristas puede contribuir a una política concreta y, por otra parte, contribuir a modificar el marco general, porque la nueva legislación fue posible porque se produjo un cambio social que asumía que era intolerable que se expusiese a personas al humo del tabaco (más detalle en [Informe sobre el lobby en España](#) (pág. 41)).

Independientemente de las acciones concretas, reactivas en ocasiones a políticas agresivas con los derechos y con la salud que son imprescindibles, entiendo que debemos desarrollar acciones de influencia dirigidas a:

- Modificar completamente la estructura del sistema de investigación e innovación en salud de forma que las prioridades respondan a las necesidades sociales y que en la competitividad que tanto se nombra entren las innovaciones sociales. Es preciso recuperar las riendas desde el sector público de la innovación en salud de forma que toda la política de investigación esté alineada con las necesidades de la población, incluida la investigación de fármacos. Eso supone también que las desgravaciones fiscales (modificando la Ley de Impuestos de Sociedades) se dediquen con prioridad a incentivar las áreas desentendidas por la investigación que busca patente. Es preciso también que se cumplan las disposiciones sobre evaluación del impacto en salud de la investigación tal como dispone el artículo 51 de la [Ley General de Salud Pública](#). Y es preciso que los investigadores entiendan que en su responsabilidad para con la sociedad también está la producción y traslación de resultados relevantes para la sociedad y sus decisores públicos, independientemente de lo que la Ley más arriba citada dispone: “las Administraciones públicas competentes en materia de investigación relacionada con la salud establecerán los mecanismos adecuados para que los resultados de los proyectos financiados con fondos públicos que puedan tener aplicación inmediata en la toma de decisiones de política sanitaria, especialmente en el tratamiento de enfermedades de alto impacto en la población, sean comunicados inmediatamente a las Administraciones sanitarias”. Desde las asociaciones de salud pública, debemos influir para cambiar la política global de investigación en salud, debemos cuestionar el modelo. No se trata únicamente de pedir recursos para la salud pública, se trata de mostrar que el sistema de investigación debe responder a las necesidades sociales. Por ejemplo, debe ser cada vez más posible realizar investigaciones sobre intervenciones comunitarias y de salud pública como las anteriormente mencionadas de procesos comunitarios. Es imprescindible mostrar cómo estas

intervenciones consiguen más salud a menos coste y además crean empleo; en algunos ejemplos descritos se comprueba cómo la cobertura de las intervenciones no se relaciona precisamente con su efectividad (Brezis M, Wiist WH. Vulnerability of health to market forces. Med Care. 2011 Mar;49(3):232-9). Los investigadores de salud pública enrolados en centros de investigación deben actuar para que se valore en la evaluación de equipos de investigación la producción de resultados con implicaciones prácticas en las actuaciones sanitarias, de salud pública y en políticas de salud. Debe crearse un factor de impacto en la práctica y en la salud de la población. Todo ello sin olvidar la actual crisis de la ciencia de la salud, [plagada de resultados falsos](#), lo que exige una revisión general de todo el sistema a nivel global.

- ⚡ Es preciso demandar un comisionado en salud pública, una voz autorizada y acreditada de salud pública que pueda emitir opinión sobre asuntos de salud. Algún partido propone que el responsable de salud pública sea una persona con carácter más técnico y que sea nombrado por el Parlamento donde debe rendir cuentas y tener por tanto independencia. Es una propuesta adecuada. Mientras tanto, las asociaciones de salud pública deben crear el Comisionado de Salud Pública (habrá que buscar un nombre más atractivo), bien nombrando a una persona bien a un órgano colegiado (tres personas por ejemplo). No es complejo, mediante cualquier método de consenso (Delphi por ejemplo) se puede determinar quiénes, a juicio de los profesionales de salud pública, reúnen las mejores condiciones para ello. No olvidemos al respecto que hay tareas no remuneradas que pueden ser atractivas para personas jubiladas y que en terrenos de buen gobierno pueden jugar un papel esencial. Este Comisionado, debe conseguir, entre otros cometidos, poner la salud en la agenda política y mediática opinando sobre la adecuación las intervenciones en salud pública, tratando de reducir la medicalización de la búsqueda de la salud y contrapesando las influencias indebidas en las políticas de salud.
- ⚡ Es imprescindible trabajar articuladamente en acciones de comunicación en salud hacia la sociedad. En todas nuestras acciones tenemos que ser cuidadosos con el lenguaje y la forma en cómo definimos los problemas y proponemos respuestas. Creo que debemos trabajar a fondo las estrategias de comunicación y disponer de una especie de manual de acción en comunicación. Son estrategias que están poco desarrolladas por lo que respecta a su implantación en entornos concretos. Por supuesto que ya hay muchas estrategias de comunicación diseñadas por otros agentes y que el espacio está ocupado por fuerzas más poderosas, pero hay resquicios que se deben aprovechar, particularmente porque en muchos casos tenemos razón. La legislación sobre el tabaco es un ejemplo de que sí se puede alcanzar el éxito; es un buen punto de partida para iniciar acciones concertadas con otras organizaciones en defensa de la salud pública. Como socios, debemos considerar si vale la pena aportar más a las sociedades de salud pública para que ejerzan su labor de abogacía por la salud desarrollando una estrategia de comunicación. Se trata de acciones destinadas siguiendo los principios de salud pública, poniendo por tanto por delante la equidad, la acción en los más vulnerables, el respeto a los derechos humanos y la justicia social efectiva.
- ⚡ Sobre las acciones de influencia tipo lobby, entiendo que debemos acercarnos a los poderes públicos y hacer oír nuestra voz, pero no soy partidario de respetar el estado de las cosas y legitimar la acción de lobby. Hay posiciones que proponen legitimar el lobby con el pretexto de que es mejor que actúe bajo los focos que no como ahora. Es decir, que con las acciones de lobby que nosotros entenderíamos positivas, contrarrestaríamos otras. Mientras considero necesario ejercer influencia por todos los medios, mientras lleve como enseña la defensa de la salud de la población, no me parece aceptable el funcionamiento del lobby, creo que legitima un procedimiento antidemocrático mediante el cual los que tienen más recursos e influencia social consiguen mejor acceso a los decisores públicos. La mejor regulación del lobby es la regulación de participación democrática que se guíe por criterio de equidad, que exige que los responsables públicos deben ordenar el acceso a la participación de forma inversamente proporcional a los recursos y sólo cuando los sin voz hayan participado podría dejarse espacio para el resto de interlocutores progresivamente. Dicho así, suena a trazo grueso, pero espero que se entienda el sentido. El principio es que la participación en políticas debe mantener un respeto a los principios democráticos y garantizar la equidad de participación, lo que actualmente no se da en ninguno de los procedimientos de participación establecidos que yo conozco. Por nuestra parte, hemos de personarnos en todos los procesos e influir por estas formas de participación democrática.
- ⚡ Hay que retomar el sistema de formación de los profesionales de la salud. Con una contundencia máxima, ningún crédito a la formación cuya financiación por industrias con conflicto de interés o aliadas sobrepase un determinado umbral (no superior al 10-20%). Un sistema público de formación alineado con los objetivos de salud de la población y con la sostenibilidad del sistema. Debemos comenzar las acciones en este terreno para ir modificando el discurso público sobre lo que es o no es aceptable en la formación y sobre qué méritos de formación sirven para la carrera profesional o para acceder a puestos de trabajo. La financiación de la formación

es la clave. Sin embargo, bien gestionados los fondos disponibles y añadiendo incentivos ligados al liderazgo profesional, científico y fortaleciendo la meritocracia, se puede diseñar un plan de formación efectivo y adecuado a las necesidades.

Agradecimientos: a AMA Sap por darme el privilegio de dirigirles la palabra y a Carlos Campillo Artero por revisar y mejorar sensiblemente el texto.

Declaración de intereses en: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/DECLARACION%20DE%20INTERESES.pdf> (desde la fecha de su publicación en este enlace no hay novedad)

Temas

El precio de los medicamentos nuevos: evidencia empírica sobre estrategias industriales y el efecto de la regulación



Resumen del artículo "Launch prices for new pharmaceuticals in the heavily regulated and subsidized Spanish market, 1995-2007", galardonado con el Premio al mejor artículo de Economía de la Salud publicado durante el año 2014. El trabajo premiado, publicado en la revista Health Policy (www.healthpolicyjrn.com), ha sido realizado por Jaume Puig-Junoy (jaume.puig@upf.edu) y Beatriz González López-Valcárcel (bvalcarcel@dmc.ulpgc.es), profesores de la Universitat Pompeu Fabra y de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, respectivamente.

Antecedentes

La fijación de precios de nuevos productos farmacéuticos en países con precios flexibles o casi libres como Estados Unidos (EE.UU.) es una importante herramienta estratégica utilizada por las compañías farmacéuticas para conseguir una rentabilidad elevada a corto plazo, y una política de penetración del mercado a largo plazo. Diversos estudios han documentado la competencia de los precios entre los productos farmacéuticos bajo patente en EE.UU.: los precios de introducción fueron más elevados para los medicamentos más innovadores, aunque tienden a sufrir reducciones con el tiempo a medida que entran más competidores en el mercado terapéutico. Estos resultados son congruentes con la estrategia de precios óptimos para nuevos productos del ya clásico marco teórico de Dean (1969).

Lu y Comanor (1998) han modelizado los precios de lanzamiento de 144 nuevos fármacos introducidos en los Estados Unidos entre 1978 y 1987, con relación a los sustitutos terapéuticos existentes a la entrada en el mercado (modelo LC). El estudio de Lu y Comanor llega a la conclusión de que los productos terapéuticamente más innovadores se introducen bajo una estrategia de descremado o *cream skimming* (elevados precios de entrada y competencia basada en la calidad), mientras que los productos farmacéuticos poco innovadores o *me-too* se introducen con una estrategia de penetración (precios iniciales más bajos y competencia en precios). El número de fármacos de marca sustitutos existentes en un mercado tiene un efecto negativo sobre los precios de lanzamiento reales y sobre los posteriores aumentos de precio. Con el tiempo, el precio medio real de los productos farmacéuticos innovadores va disminuyendo ligeramente, mientras que ocurre lo contrario con los productos *me-too*. Así pues, el valor terapéutico del nuevo medicamento y la naturaleza de la competencia entre productos patentados y fuera de patente son los principales factores explicativos del precio de nuevos productos farmacéuticos en EEUU según el modelo LC. Otros estudios para EE.UU. obtuvieron resultados bastante similares a los de Lu y Comanor (Reekie, 1978; Philipson y Dai, 2003; Wiggins y Maness, 2004).

A pesar de que en la mayoría de los países industrializados prevalecen diferentes formas de regulación de precios y financiación pública, la evidencia económica sobre precios de los nuevos productos farmacéuticos se refiere principalmente a EE.UU., donde los precios de mercado son libres o casi libres.

El estudio de Ekelund y Persson (2003) (EP) emplea las mismas variables explicativas que el modelo LC para el mercado sueco, que, a diferencia del de EE.UU., es regulado. Concluye que los factores determinantes de los precios de lanzamiento de 218 nuevos fármacos comercializados entre 1987 y 1997 son muy diferentes de los de EE.UU. Los precios suecos de introducción también reflejan el grado de innovación terapéutica, pero en Suecia los precios de todos los productos, independientemente de su ganancia terapéutica, bajan considerablemente con el tiempo. Puesto que los aumentos de precios posteriores a la entrada son raramente permitidos por el regulador, la normativa que regula los precios suecos limita las estrategias competitivas de penetración de los productos farmacéuticos *me-too* que LC identificaron en EE.UU. Contrariamente al mercado de EE.UU., en Suecia los precios de entrada y los precios en los años posteriores no dependen del número de sustitutos de la marca. Ekelund y Persson concluyen que la regulación de precios contribuye a desalentar la competencia de precios en Suecia.

El caso español: 1997-2005

El objetivo del estudio de Puig-Junoy y González (2014) consiste en identificar y cuantificar los factores que influyen en el precio de lanzamiento de nuevos productos farmacéuticos en un mercado fuertemente regulado y altamente subsidiado como el español, que representa el quinto mercado europeo y el séptimo mercado mundial, de acuerdo con el volumen de ventas de productos farmacéuticos. El precio estudiado corresponde al precio de nuevos productos farmacéuticos dispensados en farmacias y financiados por el asegurador público que se han comercializado en el período 1997-2005.

Puig-Junoy y González parten del modelo LC-EP y lo amplían añadiendo variables explicativas de control basadas en hipótesis específicas para el mercado español. Según LC y EP, tanto en EE.UU. como en Suecia, los productos farmacéuticos más innovadores reciben una prima en su precio en relación con aquellos con un avance terapéutico menor. La hipótesis de Puig-Junoy y González es que también en España la eficacia y la seguridad o valor terapéutico incremental deberían ser determinantes básicos del precio de lanzamiento, pero que el sistema de regulación de precios/reembolso puede conducir a una estrategia de precios de introducción elevados (*skimming pricing*) para todos los productos, independientemente de su eficacia incremental.

La hipótesis central de este trabajo se basa en dos aspectos económicos y regulatorios del mercado español para los nuevos medicamentos. En primer lugar, según la legislación española en materia de medicamentos vigente desde 1990, el precio debe reflejar su valor terapéutico, así como el coste de los tratamientos comparables. Y, en segundo lugar, se ha observado que el precio de los medicamentos que llevan en el mercado varios años va sufriendo una erosión progresiva porque no hay criterios automáticos o explícitos para actualizar los precios. Por tanto, los medicamentos antiguos presentan una tendencia decreciente de sus precios reales y las empresas farmacéuticas tienen fuertes incentivos para introducir sus nuevos productos a precios altos que compensen la previsible erosión futura.

Puig-Junoy y González (2014) modelizan los precios de lanzamiento de nuevos productos farmacéuticos financiados por el SNS español a partir de la negociación entre los representantes de la firma y representantes

gubernamentales (agencias reguladoras y pagadores de servicios de salud públicos). El organismo regulador, que también está a cargo de la calificación del valor terapéutico, puede utilizar esa calificación para forzar los precios a la baja, sobre todo para aquellos nuevos medicamentos que tienen un mercado potencial amplio y pueden imponer una fuerte carga presupuestaria. Por supuesto, la empresa podría a su vez seleccionar las indicaciones de forma estratégica (tamaño del mercado) para maximizar sus objetivos, así como decidir retrasar el lanzamiento.

Los reguladores y financiadores públicos consideran otros factores además del grado de innovación terapéutica en sus negociaciones de precios/reembolso, como la preocupación por el impacto presupuestario (que depende del número esperado de las recetas y su tasa de copago) o los objetivos de política industrial (así, podrían permitir precios más altos para las empresas nacionales o intentar atraer inversiones en I+D), que deben ser considerados en el modelo empírico. Por otra parte, en Europa, el proceso de autorización de nuevos fármacos se ha ido centralizando progresivamente. Durante el periodo de estudio algunos medicamentos han sido autorizados por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), mientras que otros se autorizan a nivel nacional. Desde 2004, la mayoría de los productos biológicos, así como todos los nuevos medicamentos contra el cáncer, el VIH, la diabetes y otras enfermedades tienen que ser aprobados de forma centralizada por la EMA. El modelo cuestiona si las vías centralizadas/descentralizadas al mercado están asociadas con diferenciales sistemáticos de precios de lanzamiento.

Contrariamente a las expectativas y a los resultados publicados por Lu y Comanor (1998) para los EE.UU. y por Ekelund et al. (2003) para Suecia, los resultados indican que en España el valor terapéutico o el grado de innovación no parece ser un factor clave en la determinación del precio de entrada de los medicamentos nuevos. Los resultados de este estudio muestran que en el mercado español, altamente regulado y sin mecanismos de revisión periódica de los precios, los productos terapéuticamente similares (*me-too*) siguen en la práctica la misma estrategia de *cream skimming* (elevados precios de entrada) que los más innovadores. Las empresas biofarmacéuticas han estado utilizando el mecanismo de regulación de precios para introducir grandes y pequeñas novedades a precios más altos que los existentes, como una forma de recuperar la erosión que la inflación y las rebajas unilaterales de precios provocan en los precios a medida que transcurre el tiempo. La presión competitiva, medida mediante el número de competidores en el mercado, es significativa y tiene un coeficiente elevado. Sin embargo, la presencia de compañías de genéricos no es significativa en el modelo. Además, el modelo de Puig-Junoy y González (2014) encuentra que en España los fármacos oncológicos tienen un plus de precio (el precio relativo de lanzamiento de un medicamento oncológico es 2,6 veces más alto que el de un medicamento para otras indicaciones). Los medicamentos para procesos agudos están, por el contrario, penalizados. El modelo estima que su precio de lanzamiento es el 68% del precio de un medicamento similar indicado para tratar una enfermedad crónica. Los medicamentos autorizados de forma centralizada por la EMA presentan precios de lanzamiento mayores que los autorizados internamente. Ni las grandes compañías farmacéuticas ni las empresas nacionales consiguen diferenciales de precios.

Los precios de entrada de los medicamentos en un mercado de precios casi libres como ha sido el alemán hasta fechas recientes ofrecen una comparación interesante que contrasta de nuevo con la situación española. Las nuevas moléculas que han entrado en el mercado alemán desde 1993 hasta 2008 (incluso antes de la entrada en vigor de la ley AMNOG en 2011 y con muy escasa regulación) han guardado una relación directa con el valor terapéutico: a mayor valor terapéutico, mayor precio. Los precios de las moléculas similares a las anteriores o *"me too"*, en cambio, no disponen de un precio mayor que los más innovadores sino que muestran un descuento (precio menor) con relación a los sustitutos de marca. Estos resultados se han obtenidos en un estudio publicado recientemente por Mueller y Frenzel (2013) en el cual analizan los precios de 108 nuevas moléculas en el mercado alemán utilizando el método de Lu y Comanor.

Implicaciones para la regulación de precios

La conclusión del estudio relativa al hecho de que el precio de los nuevos medicamentos está poco influido por su grado de innovación es robusta a medidas alternativas del grado de innovación. El hecho de que en España, al contrario que en Suecia y otros países europeos, no haya un nivel máximo para la razón de coste-efectividad incremental de los nuevos medicamentos podría ayudar a explicar ese resultado. En la negociación actual de precios no hay necesidad de justificar el coste por AVAC, lo que resulta en la elevadísima dispersión en el coste por año de vida ganado con las nuevas terapias oncológicas, tal como han descrito muy acertadamente Oyagüez et al. (2013).

Nuestro estudio aporta evidencia empírica adicional que apunta a la necesidad de adoptar reformas en el sistema de regulación de precios a fin de que el valor terapéutico se tome en cuenta de forma apropiada. En este contexto, curiosamente, España es hasta ahora uno de los pocos países europeos que aún tienen que adoptar con eficacia una política clara sobre esta cuestión a pesar de lo establecido en disposiciones normativas de los últimos años.

Referencias

- Benda M-C, Mallory C, Lu H (2004). An econometric estimation of pricing of brand-name drugs. *Applied Health Economics and Health Policy*, 3(1 suppl):S12.
- Dean J (1969). Pricing pioneering products. *Journal of Industrial Economics*, 17(3):165-79.
- Ekelund M, Persson B (2003). Pharmaceutical pricing in a regulated market. *The Review of Economics and Statistics*, 85(2):298-306.
- Kanavos PG, Vondros S (2011). Determinants of branded prescription medicine prices in OECD countries. *Health Economics Policy and Law*, 6(3):337-67.
- Lexchin J (2006). Do manufacturers of brand-name drugs engage in price competition? An analysis of introductory prices. *Canadian Medical Association Journal*, 174(8):1120-1.
- Lobo, F (2014). *La Intervención de Precios de los Medicamentos en España*. Colección Salud y Sociedad Editorial Springer.
- Lu ZJ, Comanor WS (1998). Strategic pricing of new pharmaceuticals. *The Review of Economics and Statistics*, 80(1):108-18.
- Mueller MT, Frenzel A (2015). Competitive pricing within pharmaceutical classes: evidence on "follow-on" drugs in Germany 1993-2008. *Eur J Health Econ*, 16(1):73-82
- Office of Fair Trading (OFT) (2007). *The Pharmaceutical Price Regulation Scheme*. London, Office of Fair Trading.
- Oyagüez, I, Frías C, Seguí M, Gómez-Barrera M, Casado M and Queralto Gorgas M (2013). Eficiencia de tratamientos oncológicos para tumores sólidos en España. *Farmacia Hospitalaria*, 37:240-259.
- Philipson TJ, Dai C (2003). Between- vs. within-patent competition. *Regulation*, Fall:42-8.
- Reekie WD (1978). Price and quality competition in the United States drug industry. *Journal of Industrial Economics*, 26(March):223-37.
- Wiggins SN, Maness R (2004). Price competition in pharmaceuticals: the case of anti-infectives. *Economic Inquiry*, 42(2):247-263.

Equidad en los tiempos de espera al médico especialista por niveles socioeconómicos: evidencia desde España



*Resumen del artículo "Equity in specialist waiting times by socioeconomic groups: evidence from Spain", galardonado con el Premio al mejor artículo de Economía de la Salud publicado en el año 2014 (premio ex-aequo). El trabajo premiado, publicado en la revista *European Journal of Health Economics* (link.springer.com), ha sido realizado por Ignacio Abásolo (iabasolo@ull.es), Miguel A. Negrín-Hernández (miguel.negrin@ulpgc.es) y Jaime Pinilla (jaime.pinilla@ulpgc.es), profesores de la Universidad de La Laguna y de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.*

El objetivo de este artículo es analizar la equidad en los tiempos de espera al médico especialista por niveles socioeconómicos en España. Se trata de una de las pocas investigaciones que analizan la equidad en el acceso al médico especialista a través del estudio de los tiempos de espera. Además, esta investigación utiliza técnicas estadísticas avanzadas que permiten considerar la variabilidad en los tiempos de espera por tipo de visita (diagnóstica o de revisión), tipo de especialidad médica y Comunidad Autónoma.

En un sistema sanitario público, el tiempo de espera (y no el precio) es el principal mecanismo de racionamiento en el acceso a los servicios sanitarios. Desde un punto de vista normativo, para que haya equidad en el acceso, los pacientes deberían esperar sólo en función de la necesidad sanitaria y no en función de otras características, como el estatus socio-económico. Las visitas al especialista constituyen un escalón clave en el correcto manejo de enfermedades que requieren pruebas diagnósticas y tratamientos más especializados como la cirugía. Un retraso -mayor que el alcanzable con los recursos disponibles- en este nivel de atención sanitaria puede desembocar en complicaciones, a veces con consecuencias irreversibles sobre la salud.

En España, uno de los principales objetivos de la agenda política de los servicios regionales de salud es la reducción de los tiempos de espera en cirugía electiva, en visitas al especialista y en pruebas diagnósticas. Esto surge como respuesta a una demanda social clara: los españoles consideran que los tiempos de espera son el peor aspecto entre los servicios hospitalarios. Además, quizás porque las autoridades públicas han hecho un esfuerzo considerable por reducir los tiempos de espera en cirugía, la situación respecto a las consultas externas es aún peor que para la cirugía. Los datos oficiales del sistema de información de listas de espera, en el momento de realizar el estudio, indicaban que el tiempo medio de espera para las visitas al especialista era de dos meses y que el porcentaje de pacientes esperando más de dos meses es del 38% (MSPSI, 2011a). Además, los ciudadanos consideran que el tiempo para ser visto por un especialista no es satisfactorio y entre doce atributos de los cuidados especializados (incluyendo entre otros el trato personal, la confianza y seguridad, el equipamiento y la tecnología, etc.), el tiempo de espera es el peor valorado (MSPSI, 2011b).

Esta preocupación por reducir los tiempos de espera, ampliamente compartida por las autoridades sanitarias, no alcanza sin embargo al objetivo de lograr una distribución justa de los tiempos de espera entre los distintos grupos sociales. De hecho, a pesar de que la equidad es un elemento central del Sistema Nacional de Salud, el objetivo de equidad en el acceso a los distintos servicios sanitarios ha recibido menos atención desde el ámbito de la política sanitaria.

A la hora de explorar la equidad en los tiempos de espera en las visitas al médico especialista por niveles socioeconómicos, un problema que nos encontramos -y que no existe en el caso de las visitas al médico general- es la naturaleza heterogénea en las visitas especializadas. En primer lugar, dada la distinta condición de las primeras y sucesivas visitas, ambas deberían ser modelizadas separadamente (generalmente las primeras se determinan por un médico general que indica la derivación, mientras que las sucesivas son programadas por el propio médico especialista). En segundo lugar, existe una variación notable en los tiempos de espera, tanto por especialidades médicas como por comunidades autónomas. Con el fin de modelizar convenientemente estas diferencias en los tiempos de espera, hemos utilizado modelos Bayesianos jerárquicos, dadas sus ventajas a la hora de manejar comportamientos más complejos y realistas y también a la hora de obtener una medida más precisa de la

variabilidad. Además, dado que es la primera vez que se estudia en España los determinantes de los tiempos de espera para el médico especialista -y ante la consecuente falta de conocimiento inicial sobre el asunto-, en nuestros modelos hemos asumido distribuciones apriorísticas no informativas. A través de nuestros modelos, se explican los tiempos de espera (individualizados para cada uno de los pacientes) en términos de variables socioeconómicas, de necesidad sanitaria y de otros factores no relacionados con la necesidad sanitaria.

Los datos utilizados son los de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENS) de 2006-07. Se trata de una encuesta de adultos (de 16 o más años) representativa al nivel de las 17 comunidades autónomas y Ceuta y Melilla, con 29.478 entrevistas asignadas proporcionalmente a las 52 provincias y cohortes de edad y género (MSPSI, 2006). La Encuesta contiene información sobre tiempos de espera de la última visita realizada al especialista en las cuatro últimas semanas (por especialidades), autopercepción del estado de salud, características demográficas y socioeconómicas, estilos de vida y utilización de servicios sanitarios. La ENS 2011-12 también estaba disponible en el momento de realizar este artículo, pero su cuestionario no incluía información de los tiempos de espera por especialidades, información esencial dados los objetivos de esta investigación.

Nuestros resultados muestran que el 8% de los encuestados visitaron al menos una vez un médico especialista del sistema sanitario público en las últimas cuatro semanas (1.929 individuos, de los que 849 lo hicieron por una primera visita diagnóstica y 1.080 lo hicieron para una revisión). En media, los individuos tuvieron que esperar 65 días (desviación estándar de 94 días), siendo la media de espera para visitas diagnósticas de 50 días y para revisión de 77 días. También hay diferencias notables en los tiempos de espera medios por especialidades, yendo desde los 38 o 39 días para psiquiatría y cirugía general y aparato digestivo, respectivamente, hasta los 81 días de neurología o los 87 días de urología. Por regiones, los tiempos medios de espera van desde los 34 días de Baleares o los 49 días de La Rioja a los 82 días de Canarias o los 100 días de Galicia. Una vez ajustado por necesidad sanitaria, especialidad, región de residencia y otros predictores potenciales de los tiempos de espera, los individuos con menor nivel socioeconómico (aproximado por el nivel educativo y de renta), tienen que esperar significativamente más tiempo que los de mayor nivel educativo y de renta, lo que constituye una evidencia de inequidad socioeconómica en el acceso al sistema sanitario público español. En las visitas diagnósticas, un 1% más de ingresos reduce los tiempos de espera un 0.26%. Además, aquellas personas con estudios primarios tienen tiempos de espera un 27.9% mayores a las que tienen estudios universitarios. En visitas de revisión, un 1% más de ingresos reduce los tiempos de espera un 0.28%. Además, aquellas personas sin estudios o con estudios primarios tienen tiempos de espera un 25.9% o 18.2%, respectivamente, mayores a las que tienen estudios universitarios. Respecto a otras variables (tanto para primeras como para sucesivas visitas), los coeficientes para los indicadores de salud autopercebida sugieren que una mayor necesidad sanitaria está asociada con menores tiempos de espera. Asimismo, los individuos que cuidan en casa de otros adultos también hacen frente a menores tiempos de espera en las visitas al médico especialista. La edad también está positivamente asociada a los tiempos de espera. Las mujeres también esperan significativamente más que los hombres en el caso de las visitas diagnósticas pero no en el caso de las visitas de revisión.

El análisis regional no supone el objetivo principal de esta investigación, aunque incluimos la comunidad autónoma de residencia del entrevistado como variable de ajuste. Tras controlar por el resto de variables explicativas del modelo, no se aprecian diferencias significativas en el caso de las visitas diagnósticas, pero sí en las visitas de revisión al médico especialista: los pacientes de País Vasco, Canarias, Galicia, Extremadura y Ceuta y Melilla muestran tiempos de espera significativamente mayores que los de la media del país. Por el contrario, los pacientes de Navarra, Cataluña y Aragón, tienen tiempos de espera significativamente menores que la media.

La comparación de nuestros resultados con los de otros estudios previos debería interpretarse con cautela dadas las diferencias en los objetivos y metodología (además, la mayor parte de estudios sobre tiempos de espera se refieren a la cirugía más que a las visitas al médico especialista). Con esta matización, podemos afirmar que nuestros hallazgos están en línea con los de otros estudios que concluyen que los tiempos de espera están negativamente asociados con el nivel socioeconómico (ej. Pell et al., 2000; Fitzpatrick et al., 2004; Hacker et al., 2004). En relación con las visitas al especialista, nuestros resultados relativos al nivel educativo son similares a los obtenidos por Siciliani y Verzulli (2009) para España, aunque ellos no analizaron por separado las primeras y sucesivas visitas; no podemos decir lo mismo del efecto renta, para el que los mencionados autores no encontraron ningún efecto significativo sobre los tiempos de espera.

El estudio no está exento de limitaciones. La información disponible sobre los tiempos de espera se refiere sólo a los individuos que han visitado a un especialista al menos una vez en las últimas cuatro semanas previas a la entrevista; esto es debido a que la información -necesaria en nuestra investigación- sobre la naturaleza pública o

privada de la visita estaba disponible sólo para el último contacto. Además, nuestro estudio sólo cubre a los individuos que están en el sistema sanitario (i.e. los que han sido derivados por el médico general o especialista a una consulta especializada); por tanto, se excluyen del análisis otros individuos que podrían tener necesidad de cuidados especializados pero no han utilizado el sistema todavía en el período al que se refiere la encuesta. Si, como sugiere la evidencia previa (ej. Van Doorslaer et al., 2000, 2004, 2006; Morris et al., 2005; Vallejo-Torres et al., 2013), es más probable que estos individuos sean los de menor nivel socioeconómico (i.e. hay una desigualdad pro-ricos en la utilización del médico especialista), entonces nuestros resultados estarían infraestimando la inequidad en tiempos de espera a favor de los grupos socioeconómicos más altos.

Un análisis apropiado de la equidad en los tiempos de espera depende en buena medida de una correcta medición de la necesidad sanitaria ya que, manteniendo igual el resto de cosas, aquellos pacientes con mayor necesidad deberían tener menores tiempos de espera. Idealmente la necesidad sanitaria debería estar definida como la “capacidad para beneficiarse” del sistema sanitario (Williams, 1988). No hay medidas directas de la capacidad de cada individuo para beneficiarse de una visita al especialista. Sin embargo, la decisión de indicar una primera o sucesiva visita al especialista es en última instancia del médico (sea médico general o especialista), por lo que podemos asumir que aquellos individuos que visitaron a un médico especialista tenían una necesidad sanitaria objetiva de hacerlo. Desafortunadamente, no disponemos de más información relativa a la severidad o prioridad de la visita. Con el fin de minimizar los efectos de este inconveniente, hemos incluido en los modelos un conjunto de indicadores de salud; todos ellos son medidas autopercibidas del estado de salud (autopercpción del estado de salud en el último año, padecimiento de una condición crónica o de alguna enfermedad aguda-limitante en las últimas semanas), con lo que estaríamos aproximando con error la “verdadera necesidad sanitaria”.

En la medida en que no hayamos podido capturar correctamente la necesidad sanitaria, se podría argumentar que la razón por la que aquellos con mayor nivel socioeconómico esperan menos es porque son los que tienen una mayor necesidad de cuidados especializados. Sin embargo, a este respecto debemos considerar varios puntos. Primero, en relación con las primeras visitas (o de diagnóstico), es decir, aquellas que siguen a una derivación de un médico general, los individuos con menor nivel socioeconómico pueden tener menos conocimiento de sus síntomas de salud y por esa razón retrasar las visitas al médico general hasta encontrarse en un peor estado de salud (Neal et al., 2005); además, si la presión sobre los médicos generales para lograr una derivación al especialista resulta en un aumento en las derivaciones, y esta presión la ejercen mejor los que tienen mayor nivel socioeconómico, entonces el patrón de derivaciones del médico general podría favorecer a los individuos con nivel socioeconómico más alto, resultando no sólo en un mayor porcentaje de derivaciones (ej. Van Doorslaer et al., 2000, 2004, 2006; Morris et al., 2005; Vallejo-Torres, 2013) sino en una mayor prioridad en las derivaciones generando menores tiempos de espera. Si esto es así, los individuos con menor nivel socioeconómico podrían tener mayor necesidad sanitaria cuando son derivados al especialista; de hecho, deberían por esa razón tener menores tiempos de espera, con lo que una inequidad en favor de los grupos socioeconómicos más altos como encontramos en nuestros resultados estaría infraestimada.

Respecto a las visitas de revisión, la incertidumbre sobre el grado de necesidad sanitaria debería ser menor, ya que las mismas han debido ser indicadas por el propio especialista (con frecuencia, una vez conocido el diagnóstico). Sin embargo, nuestros resultados muestran que hay aún cierta variabilidad en la decisión del médico de dar prioridad a los pacientes con la misma necesidad, que estaría correlacionada con el nivel socioeconómico del paciente. Que este efecto tenga que ver con un hipotético mayor poder de negociación de los grupos socioeconómicos más altos, es una hipótesis plausible pero requeriría de más información para ser contrastada adecuadamente.

Referencias

Fitzpatrick R, Norquist J, Reeves B, et al. (2004). Equity and need when waiting for total hip replacement surgery. *J. Eval. Clin. Pract.*, 10(1):3-9.

Hacker J, Stanistreet D (2004). Equity in waiting times for two surgical specialties: a case study at a hospital in the North West of England. *J. Public Health*, 26(1):56-60.

MSPSI (2006). *Encuesta Nacional de Salud*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

MSPSI (2011a). *Sistema de Información de Listas de Espera*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

MSPSI (2011b). *Barómetro Sanitario. Informe Anual*. Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Morris S, Sutton M, Gravelle H (2005). Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation. *Soc. Sci. Med.*, 60(6):1251-1266.

Neal RD, Allgar VL (2005). Sociodemographic factors and delays in the diagnosis of six cancers: analysis of data from the 'National Survey of NHS Patients: Cancer'. *Br. J. Cancer*, 92:1971-1975.

Pell J, Pell A, Norrie J, Ford I, Cobbe S (2000). Effect of socioeconomic deprivation on waiting time for cardiac surgery: retrospective cohort study. *BMJ*, 320:15-19.

Siciliani L, Verzulli R (2009). Waiting times and socioeconomic status among elderly Europeans: evidence from SHARE. *Health Econ.*, 18:1295-1306.

Vallejo-Torres L, Morris S (2013). Income-related inequity in health care utilisation among individuals with cardiovascular disease in England—accounting for vertical inequity. *Health Econ.*, 22(5):533-553.

Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van De Burg H, et al. (2000). Equity in the distribution of health care in Europe and the US. *J. Health Econ.*, 19:553-583.

Van Doorslaer E, Koolman X, Jones A (2004). Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Econ.*, 13:629-647.

Van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X (2006). Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Can. Med. Assoc. J.*, 174(2):177-183.

Williams A (1988). Priority setting in public and private health care: a guide through the ideological jungle. *J. Health Econ.*, 7:173-183.

Tesis

Working conditions and health: Evidence on inequalities in Spain



Meritxell Solé Juvés
Universidad de Barcelona
Email: meritxell.sole@ub.edu

Tesis doctoral defendida el 12 de mayo de 2014 en el Departamento de Política Económica y Estructura Económica Mundial de la Universidad de Barcelona, dirigida por Marisol Rodríguez (Universidad de Barcelona) y Luis Díaz-Serrano (Universitat Rovira i Virgili), que obtuvo la calificación de Excelente Cum Laude. Tribunal: Beatriz González López-Valcárcel (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria), Fernando García Benavides (Universidad Pompeu Fabra) y Joan-Ramón Borrell Arqué (Universidad de Barcelona).

Resumen

Los dos objetivos principales de este estudio se centran en recorrer el vínculo entre trabajo y discapacidad en las dos posibles direcciones: por una parte, ver cómo las condiciones laborales, en conjunción con otras variables sociodemográficas, contribuyen a la discapacidad y, por otra, estimar el efecto de la incapacidad permanente (IP) en la vida laboral posterior del individuo. La evidencia disponible indica que la probabilidad de que una persona se incapacite de manera permanente depende, entre otros factores, de las condiciones de trabajo y empleo. Estas condiciones determinan los riesgos asociados al trabajo, pueden ser el origen de enfermedades crónicas y, en general, influyen en la tasa en la que la salud se deteriora. Las condiciones materiales de trabajo tienen su reflejo en las tasas de accidente y enfermedad profesional, pero la autonomía en el trabajo y la estabilidad laboral también han aparecido en varios estudios relacionadas con enfermedades específicas, además de tener un efecto esperado en la salud mental de los trabajadores. La investigación sobre cómo las condiciones contractuales y la autonomía en el trabajo afectan a la salud atrae un creciente interés, dadas las importantes transformaciones en el mercado de trabajo ocurridas en las últimas décadas. Sucesivas reformas han conducido a una mayor flexibilidad y precariedad laboral, y es por ello que puede haber diferencias entre las personas que se insertaron en el mercado laboral antes de este proceso de reforma y los que lo hicieron más tarde, sobre todo los jóvenes y los inmigrantes.

El segundo foco de atención de nuestro estudio es el impacto de la discapacidad en la trayectoria laboral de los individuos. La pérdida de capacidad laboral como consecuencia de una IP es probable que vaya acompañada de un declive de sus oportunidades en el mercado de trabajo. En este sentido, existe evidencia que muestra que las personas con discapacidad se enfrentan a condiciones laborales -fundamentalmente monetarias- menos favorables que las del resto de trabajadores, a la vez que ostentan probabilidades menores de estar empleadas. Estas diferencias, según estos estudios, no se explicarían únicamente por diferencias en productividad, sino también por la existencia de discriminación en el mercado de trabajo.

Los dos primeros capítulos de esta tesis se centran en las diferencias por grupos socio-demográficos en el impacto de la vida laboral en la probabilidad de sufrir una IP. En el Capítulo 1, *Disparities in work, risk and health between immigrants and native-born Spaniards*, analizamos el impacto de las condiciones de trabajo y empleo y, en particular, de la exposición a riesgos laborales en la probabilidad de adquirir una IP. Tratamos la "elección" del nivel de riesgo como determinada, en parte, por las preferencias y las circunstancias económicas, aspectos que también tienen su reflejo en el nivel de salud. La condición de migrante se espera que afecte en gran medida la elección ocupacional y, al mismo tiempo, contribuya a determinar el nivel de salud. Para dar cuenta de esta determinación simultánea del nivel de riesgo y la salud, estimamos un modelo probit bivalente. Encontramos que la exposición a riesgos de accidente y enfermedad profesional aumenta la probabilidad de sufrir una IP, debido a cualquier causa, en casi un 5%. La condición de migrante, con diferencias entre regiones de origen, afecta significativamente a la discapacidad y a la probabilidad de estar empleado en una ocupación de alto riesgo. A pesar de que las condiciones de trabajo de los inmigrantes son objetivamente peores, exhiben probabilidades menores de incapacitarse que los nativos. Este efecto estaría muy relacionado con la hipótesis del "inmigrante sano", según la cual las personas que emigran para trabajar son aquellas con mayor capacidad productiva y, por tanto, de media, con mejor salud. Los datos empleados para el estudio proceden de la Muestra Continua de Vidas Laborales (MCVL) en sus oleadas de 2005 a 2010.

En el Capítulo 2, *Working, contractual conditions and disability among Spanish cohorts of young people*, se investigan posibles diferencias de cohorte en la relación entre las condiciones de trabajo y empleo y la discapacidad. Para ello, se estudia esta relación en sucesivas cohortes de jóvenes de edades comprendidas entre 25 y 34 durante el período 1980-2010, y se observan posibles cambios en el impacto de la inseguridad en el empleo y la exposición a riesgos físicos. Esos factores han sufrido cambios significativos durante las últimas dos décadas. El descenso del empleo en el sector manufacturero y, en general, de los trabajos manuales, ha comportado un menor peso relativo de las profesiones tradicionalmente asociadas con condiciones de riesgo físico y ambiental. Por otro lado, el aumento de las modalidades de trabajo atípicas, con el descenso de la contratación indefinida "estándar" a tiempo completo, implica un mayor estrés psicosocial asociado con el trabajo. Los resultados confirman que la inseguridad laboral, medida con un indicador de probabilidad de pérdida de empleo construido por la autora, tiene un impacto elevado y significativo en la discapacidad para todas las cohortes. Por el contrario, el efecto de temporalidad "per se" es controvertido si no se consideran otros factores. Tener un contrato temporal es uno de los principales componentes que explican la probabilidad de perder el empleo, pero no el único. En la inseguridad laboral, juegan un papel importante la protección social que confiere la legislación laboral y el contexto social y del mercado de trabajo. En este sentido, tener un contrato temporal ha pasado de ser positivo para la salud a aumentar significativamente la probabilidad de discapacidad para los nacidos más recientemente. Con datos procedentes de la MCVL en sus oleadas de 2005 a 2010 se elabora una base de datos que contiene información de la

vida laboral completa de las cohortes de estudio y se estima un modelo de supervivencia que introduce heterogeneidad no observada.

En el Capítulo 3, *Wage discrimination and other determinants of the labour force participation of the disabled*, se exploran los efectos de la incapacidad permanente en el desempeño en el mercado de trabajo. En concreto, se examinan los factores que explican la baja participación laboral de las personas con IP, con la atención en los posibles efectos desincentivadores de la discriminación laboral. A partir de datos de la MCVL (Seguridad Social) para el período 2005-2011, aplicamos técnicas de descomposición de las diferencias salariales con el fin de observar qué parte de estas diferencias es atribuible a distintos niveles de productividad y qué parte se puede atribuir a discriminación. Estos resultados se utilizan para estimar el efecto de la discriminación en la participación de las personas con una discapacidad permanente en el mercado de trabajo. Encontramos que los trabajadores con discapacidad ganan salarios más bajos que los obtenidos por otros trabajadores, a la vez que es menos probable que tengan un empleo. Confirmamos que estas diferencias no se explican únicamente por diferencias en productividad, sino que también son atribuibles a la discriminación. El impacto de la discriminación salarial en la participación laboral de las personas con IP es alto, sobre todo para los hombres.

Three Essays on Health and Violence Against Women



Ana Tur Prats
Universitat Pompeu Fabra
Email: anna.tur@upf.edu

Tesis doctoral defendida el 23 de julio del 2014 en el Departamento de Economía Aplicada de la Universidad Autónoma de Barcelona, dirigida por Jaume Puig-Junoy (Universitat Pompeu Fabra) y Marcos Vera-Hernández (University College London), que obtuvo la calificación de sobresaliente cum laude. Tribunal: Beatriz González López-Varcárcel (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria), Isabel Busom (Universidad Autónoma de Barcelona), y Tomas E. Murphy (Università Bocconi).

Esta tesis doctoral se divide en tres capítulos. El primero está relacionado con la economía de la salud, el segundo y el tercero, con el análisis de la violencia de género.

En el primer capítulo, realizado conjuntamente con Jaume Puig-Junoy y Marcos Vera-Hernández, estimamos la elasticidad-precio de los medicamentos. Para ello, aprovechamos tres aspectos únicos del Sistema Nacional de Salud (SNS) español durante nuestro periodo de análisis: (1) el copago de los fármacos recetados cae del 40% (10% para los fármacos para condiciones crónicas) al 0% en el momento de la jubilación; (2) la probabilidad de jubilarse experimenta un salto a los 65 años, la edad legal de jubilación, lo que nos permite aplicar un análisis de regresión discontinua para separar el efecto precio del efecto selección; y (3) la ausencia de deducibles o límites máximos, lo que simplifica el cómputo de las elasticidades. Utilizamos datos administrativos para todos los individuos entre 63 y 67 años, cubiertos por el SNS en Cataluña para el periodo 2004-2006. Encontramos que la elasticidad-precio de los fármacos recetados es -0,20 para medicamentos para enfermedades no crónicas, y -0,08 para medicamentos para crónicas. La elasticidad es menor (en valor absoluto) y no significativa para los medicamentos para las crónicas cuyo copago es menor del 10% debido al límite máximo de 2,64 euros por receta. También encontramos un pequeño aumento en el gasto en fármacos medicamento inapropiados (con un balance inadecuado entre riesgo y eficacia) debido al descenso en los copagos.

En el segundo capítulo exploro los orígenes históricos de la violencia de género. Comparado con la bibliografía

previa, que sólo ha prestado atención a los determinantes inmediatos de la violencia doméstica, este estudio se centra en los determinantes a largo plazo. Analizo la relación entre los tipos de familia históricos (troncal frente a nuclear) y la violencia que reciben las mujeres por parte de su compañero sentimental. En las familias troncales cohabitan dos generaciones -uno de los hijos se queda a vivir con sus padres en la casa familiar, con su esposa e hijos-, mientras que en las familias nucleares todos los hijos abandonan la casa familiar para formar sus propios hogares al llegar a la edad adulta. Elaboro un modelo que muestra el comportamiento de una familia tradicional campesina y cómo la coresidencia con la suegra (una característica de las familias troncales) permite que la esposa joven pueda dedicar más tiempo al trabajo agrícola. Esto a su vez puede disminuir el nivel de violencia que la esposa joven recibe debido a que en mi modelo la violencia reduce la productividad. En el análisis empírico utilicé datos españoles puesto que en España los datos de violencia doméstica son de la máxima calidad (macro encuesta sobre la violencia contra las mujeres, 1999, 2002 y 2006) y porque los tipos de familia han sido estables y persistentes a lo largo de la historia. Los resultados muestran que los territorios donde la familia troncal era socialmente predominante en el pasado tienen actualmente una tasa de violencia de género menor. Los resultados son robustos a la inclusión de variables de control contemporáneas, históricas y geográficas. Para establecer efectos causales, utilicé la denominada Reconquista cristiana de la Península Ibérica (722-1492) como instrumento para los diferentes tipos de familia.

Por último, en el tercer capítulo analizo el vínculo entre desempleo y violencia doméstica. A pesar de la percepción general de que la violencia doméstica aumenta con las recesiones, la evidencia científica al respecto no es concluyente. Este estudio contribuye a la bibliografía analizando la relación entre la violencia doméstica y desempleo utilizando datos individuales sobre violencia contra las mujeres para España (macro encuesta sobre la violencia contra las mujeres, 1999, 2002, 2006 y 2011). También contribuye incluyendo en el análisis la variable "identidad de género", que viene determinada por el tipo de familia histórico (troncal frente a nuclear) que prevaleció en cada región. Utilicé la variación regional y temporal en el desempleo femenino y masculino y encuentro efectos heterogéneos del desempleo en la violencia doméstica. En las provincias con roles de género más tradicionales (familia nuclear), un descenso en el desempleo femenino está asociado con un aumento en la violencia doméstica, posiblemente porque los hombres sienten su masculinidad amenazada. En provincias con roles de género más igualitarios (familia troncal), este efecto queda compensado. También encuentro que el desempleo tiene un impacto mayor sobre el maltrato económico o estructural que sobre la violencia física y sexual.

Con acuse de recibo

Crónica IV Taller EvaluAES: Investigación en evaluación de políticas y servicios de salud



CENTRO DE INVESTIGACIÓN
EN CRONICIDAD

El pasado 17 de abril tuvo lugar el IV Taller de Investigación en Evaluación de Políticas y Servicios de Salud organizado por el grupo EvaluAES (para más información sobre el grupo ver: www.aes.es/evaluaes/presentacion). Nos acogió Kronikgune como anfitrión proporcionándonos una sala y todo lo necesario en el Bilbao Exhibition Centre que, como nos dejaron bien claro los anfitriones en más de una ocasión, se encuentra en Barakaldo (¡no en Bilbao!). Un edificio impresionante a la altura de los debates mantenidos a lo largo de la jornada.



Y es que en su ya cuarta edición anual, los talleres EvaluAES se han consolidado como un foro de debate de trabajos científicos sobre evaluación de políticas y servicios de salud, que facilita la interacción entre investigadores procedentes de diferentes entornos tanto geográficos como formativos, e intenta difundir y potenciar la excelencia de la evaluación de políticas sanitarias.

El taller de este año contó con la presencia de 45 personas provenientes de varios puntos de la geografía española, desde Canarias a Cataluña, pasando por Extremadura, Madrid, Aragón, Valencia, Murcia, Baleares, Cantabria, etc. Y como no podía ser de otra forma, contó con una presencia local de todos los entornos del País Vasco, incluyendo representantes de Osakidetza, de varios hospitales, de la empresa privada y Kronikgune.

Se presentaron los seis trabajos seleccionados de entre los 14 que fueron recibidos para debatirlos en el taller, que mantiene una estructura muy concreta desde su primera edición. Consiste en el siguiente formato: el autor del trabajo expone en unos 15 minutos el resumen de su trabajo seguido por la intervención de un comentarista que en unos 10 minutos tendrá la labor de comentar constructivamente el borrador que los autores le han enviado con anterioridad. El trabajo de los comentaristas es fomentar la reflexión sobre posibles limitaciones o diferentes enfoques que se identifiquen y proponer mejoras o ideas para seguir investigando. Tras su intervención, se abre el debate con el resto de los participantes.



Esteban de Manuel, Director de Kronikgune, fue el encargado de abrir y darnos la bienvenida al taller. Nos explicó brevemente la labor de Kronikgune y sus estrechos lazos con la red REDISSEC - Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas, a la cual pertenecen muchos de los ponentes y varios de los participantes del

taller. Sin extenderse, le dio la palabra a Sandra García Armesto, coordinadora junto a Laura Vallejo, del grupo EvaluAES, quien moderó con encanto pero con mano dura la jornada. Sandra comenzó dando las gracias a Esteban y Kronikgune y resaltando el objetivo de EvaluAES de unir la Economía de la Salud con la Investigación de Políticas y Servicios de Salud con el fin de promover una cultura evaluadora aplicada a los servicios y sistemas de salud. Sin más dilación, porque el programa venía cargado, se dio paso a la primera presentación de la jornada de la mano de Ester Angulo.

Ester presentó un trabajo realizado con Natalia Martínez-Lizaga, Manuel Ridaio, Sandra García-Armesto y Enrique Bernal-Delgado, en el cual estiman la evolución de las hospitalizaciones potencialmente evitables en España con el paso del tiempo y exploran su relación con las variables que caracterizan a las áreas de salud, como la oferta sanitaria relacionada con la atención a crónicos y el nivel socioeconómico. Nos mostró un serie de resultados muy interesantes de este trabajo, que el comentarista “de lujo” (aunque a él no le gustó que lo llamáramos así), Eusebi Castaño, calificó de goloso, *cool*, dinámico y factible. Eusebi destacó el uso de más de dos millones de observaciones y de un método novedoso, pero pidió recetas sobre cómo podemos utilizar estos resultados para identificar y mejorar distintos modelos de atención a crónicos. Tras abrir el debate a la sala, hubo muchas aportaciones tanto desde el punto de vista metodológico, por parte de Jaime Pinilla, Ángel López Nicolás y Javier Mar, como desde el punto de vista más conceptual, por Salvador Peiró y Esteban de Manuel.

Ya entrados en calor, se pasó a la segunda presentación de la mañana, por parte del ya llamado “duo dinámico” de EvaluAES. Y es que entre las varias ediciones de este taller, Jaime Pinilla y Ángel López Nicolás han pasado por casi todos los formatos posibles de presentación-discusión, en los cuales se debaten trabajos el uno al otro, incluso compartiendo comentarista, como cuando ambos presentaron en una ocasión sendos trabajos con objetivo similar y diferente método. Este año le tocó a Jaime ser el autor y a Ángel comentar su trabajo.



Jaime nos presentó un estudio realizado junto a Araceli Caballero e Ignacio Abásolo sobre las diferencias socioeconómicas en el efecto de las políticas anti-tabaco entre 2006 y 2011. Valiéndose de las Encuestas Nacionales de Salud (ENS) de estos años, hacen un uso, calificado como muy ingenioso por su comentarista, de la información retrospectiva disponible en estas encuestas para construir la historia tabáquica de los individuos en los 5 años anteriores a la encuesta. Nos muestra que existen desigualdades en el efecto sobre el abandono del tabaco con respecto al perfil profesional de la persona de referencia del hogar, así como por nivel de estudios. Ángel nos recordó la dificultad de evaluar las políticas anti-tabaco, ya que no existe un grupo control y los efectos se confunden con tendencias temporales. Animó a los autores a tratar de incluir más ediciones de la ENS para estimar esta tendencia y aprovechar que algunas políticas se prestan a estimaciones más elaboradas como es el caso de las políticas fiscales que cuentan con Canarias como grupo de control. Por alguna razón, el debate posterior se centró en entender por qué los Canarios no fuman más que el resto de los españoles cuando el precio de tabaco es menos de la mitad que en la Península y Baleares, ya que la explicación que “están (estamos) aplanados” no convenció a algunos miembros de la sala. Intervinieron en el debate, curiosamente, tanto Borja García como Laura Vallejo.

El siguiente trabajo del Grupo GeCHRONIC fue expuesto por Salvador Peiró, quien nos mostró los resultados de un

ensayo controlado aleatorizado que compara tres intervenciones para la gestión de crónicos: un programa telefónico, un programa de eHealth y un grupo de control. Roberto Nuño alabó el diseño, el análisis y la calidad de los datos, aunque también hizo referencia a las limitaciones ya reconocidas por los autores, como las diferencias entre los grupos pese a la aleatorización y la falta de enmascaramiento. Lo primero se ha solucionado con un cambio en la estrategia de estudio, y lo segundo es inherente a este tipo de intervenciones. En el debate posterior se mostró la curiosidad y las ganas del público por saber más, con preguntas de Javier Mar, Enrique Bernal, Jaime Pinilla y Sandra García sobre los datos empleados y los planes para la explotación de la información.

Llegó el momento de hacer una pausa y tomar un refrigerio con impresionantes vistas a Barakaldo (que no a Bilbao...).

La jornada se retomó con un plato fuerte. El análisis que Laia Maynou y John Cairns han hecho bajo el proyecto Advanced-HTA de las variables que explican las decisiones de reembolso sobre medicamentos contra el cáncer en 10 países europeos. Mientras Laia mostraba sus gráficos y tablas comparando estos países, se escuchaba por lo bajito en la sala "¡qué interesante!". Con aún más, si cabe, entusiasmo, Borja García tomó la palabra para comentar este tema, que confesó le apasionaba, por lo que agradeció y animó a los autores a seguir investigando en esta *black box* de las decisiones de financiación de medicamentos. Les dio además una larga lista de sugerencias e ideas a los autores, que Laia agradeció y el resto de la sala pudo continuar comentando.



José Manuel Cordero, nos mostró a continuación un trabajo realizado en colaboración con compañeros del País Vasco, Edurne Alonso-Morán, Roberto Nuño-Solinís, Juan F Orueta y Mario Del Río, y confesó haber conocido en persona por primera vez a alguno de ellos en este taller tras muchos intercambios de e-mails. El trabajo que presentó realizaba un estudio mediante análisis envolvente de datos de la mejora en eficiencia (productividad) de las organizaciones sanitarias integradas de Osakidetza, comparadas con las áreas del País Vasco que todavía no han hecho la integración. Sophie Gorgemans comentó este trabajo, lo calificó como metodológicamente *chapeau* e hizo una serie de sugerencias. Se abrió a continuación un animado debate incluyendo la contribución de algunos coautores como Juan Orueta.

Y ya solo quedaba una presentación; nadie se había movido nadie de la sala, pues llegaba el trabajo presentado por Javier Mar y realizado en colaboración con Myriam Soto-Gordoa, Arantzazu Arrospeide, Fermín Moreno-Izco, Pablo Martínez-Lage e Iván Castilla. En él se simula mediante el uso de técnicas de eventos discretos el efecto que intervenciones en obesidad e hipertensión tendrían sobre la carga del Alzheimer desde 2010 a 2050. Pese a que Ricard Meneu había accedido a comentar este trabajo, no pudo (por causas de fuerza mayor) asistir al evento y delegó su intervención en Salvador Peiró. Éste destacó el nivel metodológico del trabajo pero debatió algunos de los supuestos sobre la evidencia de relación causal entre obesidad/hipertensión y Alzheimer que los autores sostienen. En el debate posterior se hicieron comentarios, como el de Enrique Bernal sobre un trabajo relacionado y publicado solo unos días antes, cuya referencia agradecieron los autores.

Y con poco más que añadir, las coordinadoras del grupo procedieron a la clausura del taller. Se habían cumplido con creces los objetivos de EvaluAES: la interacción entre investigadores, incluidos los coautores ¡que aún no se

habían puesto cara! y el intercambio de perspectivas, donde unos expertos metodólogos le sacan punta a las posibilidades de los análisis de unos, y expertos en políticas le ofrecen un enfoque diferente a los resultados metodológicamente impecables de otros. Solo quedaba dar las gracias a todos, los participantes, autores, coautores, comentaristas y, por supuesto, a los anfitriones. Nos quedamos pensando en la sede del siguiente taller... ¡Ya nos han llegado ofertas!

Laura Vallejo-Torres

[Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud](#)

Universidad de la Laguna

Email: laura.vallejotorres@sescs.es

Crónica III Taller de Evaluación Económica: El reto de incorporar evaluaciones económicas a la toma de decisiones



El III Taller del Grupo AES de Evaluación Económica tuvo lugar el pasado 24 de abril en el Edificio Salvany, en Barcelona, y en esta ocasión se organizó en colaboración con la Comisión de Evaluación Económica e Impacto Presupuestario (CAEIP) de CatSalut, por lo que los coordinadores del grupo contamos con la inestimable aportación su secretaria, Ruth Puig Peiró.

El Taller dio comienzo poco después de las nueve de la mañana con la presentación y bienvenida a los asistentes por parte de Ramón Mora, que realizó una breve introducción sobre la guía de Evaluación Económica (EE) del CatSalut, que ya se está empezando a utilizar para la toma de decisiones en la comunidad autónoma. Tras ello, Fernando I. Sánchez presentó el origen de la iniciativa de crear el grupo EEconAES, sus objetivos e intereses, animando a los participantes a inscribirse.

Se presentaron seis trabajos relacionados con la evaluación económica de medicamentos y otras tecnologías sanitarias, seleccionados por el comité organizador, en un formato de Taller que permitía a los autores contar con las aportaciones de comentaristas expertos y generar un debate lo más constructivo posible entre autores, expertos y asistentes.



La primera intervención fue de Joan Rovira, que presentó su trabajo "Promoviendo la aplicación de la evaluación económica a la toma de decisiones: experiencia de un proyecto de consultoría en el Ministerio de Salud Pública de Ecuador", en el cual se ponía de manifiesto la complejidad de la incorporación de la EE para la toma de decisiones en países con un desarrollo incipiente de la Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS). El principal objetivo era promover una unidad de farmacoeconomía y crear módulos de capacitación para la toma de decisiones relacionadas

con la inclusión de medicamentos en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB). Entre los resultados positivos de esta experiencia, destacó, entre otros, la elaboración de una guía de estandarización, el desarrollo de un plan para incorporar una tarifa para las utilidades, un listado de costes unitarios, tarifas de precios públicos. Joan comentó que Ecuador ha experimentado un notable avance en la línea de los países más avanzados en este tema, aunque persisten limitaciones inherentes a las instituciones encargadas de evaluar solicitudes de registro, la propia definición del concepto de medicamento o la inexistencia de un adecuado sistema de precios de referencia internacional. Los comentarios realizados por Carme Pynol a este trabajo estuvieron centrados en la potencial aplicabilidad a muchos países de Latinoamérica, la necesaria y útil publicidad de los resultados y las recomendaciones a fin de poner en valor su situación actual, objetivos, retos en la capacitación de profesionales o ejemplos de transparencia.

El segundo de los trabajos “Estimación del umbral de coste-efectividad en España” contó con la participación de Laura Vallejo como coautora. Una iniciativa del Servicio Canario de Salud que, con la financiación del Ministerio, tiene por objetivo generar un umbral que permita tomar decisiones de financiación de tecnologías o realizar comparaciones utilizando criterios de evidencia y coste-efectividad. Un proyecto de cuatro fases que, en la tercera, tras la revisión de la bibliografía y su valoración crítica, espera disponer de dicho valor a final de este año. Tras un abordaje metodológico que ha considerado en la revisión sistemática de la bibliografía dos enfoques (por el lado de la oferta y la demanda), los autores coinciden en la necesidad de avanzar en la estimación incluyendo propuestas sobre ambas perspectivas, aunque su decisión ha ido encaminada a comenzar por el lado de la oferta, verificando la disponibilidad de datos para valorar la réplica del estudio de Claxton et al. (2013). Con ello, contarán con la valoración crítica de 14 expertos en tres fases y metodología cualitativa. Actualmente, se hallan inmersos en la recopilación de datos nacionales y desagregados de gasto sanitario, mortalidad y calidad de vida, una de las principales dificultades. Los comentarios al trabajo de Laura Vallejo fueron realizados por Joan Rovira, quien recomendó cambiar la orientación del trabajo ante la dificultad de hallar una recomendación (un umbral para los decisores) partiendo del enfoque de la oferta, encontrar un quorum científico, más cuando entran en juego juicios de valor. Este enfoque de oferta no parece poder informar de la disposición a pagar sino de cuánto está pagando, y el umbral debe ser un parámetro instrumental que determine el acceso a las tecnologías, el gasto en salud y, finalmente, los niveles de salud. Así, la pregunta para el decisor debería ser: ¿qué umbral determinaría un cierto gasto en salud?, para estimar después la relación causal umbral-acceso a tecnologías- gasto en salud. Ello requiere identificar tecnologías disponibles en los próximos años, estimar su razón coste-efectividad e impacto presupuestario y, una vez estimada la relación umbral-gasto en salud, calcular el impacto presupuestario. Los asistentes, por su parte, debatieron el *gap* o efecto entre mayor gasto y mejora en la esperanza de vida, y preguntaron si este umbral se pensaba calcular también para determinadas enfermedades crónicas o raras; algunos asistentes aportaron referencias de estudios recientes e interesantes para el proyecto.

En esta primera parte de la mañana, el último trabajo presentado fue el de Marisa Martín, “Relevancia y transferibilidad de los costes indirectos. El caso del cáncer”. Un interesante trabajo sobre recomendaciones internacionales para considerar los estudios de costes indirectos en cáncer, ante la oportunidad que brinda la creación de un marco de comparabilidad. Marisa expuso a los asistentes algunos interrogantes sobre cuestiones como la validez del ajuste en términos de PIB per cápita, así como otros relacionados con la falta de consenso e información completa. El hecho de que el tipo de atención sanitaria condicione los resultados de la EE y los cuidados informales cambien según el modelo de cobertura (sobre todo en lo relativo al control de pacientes, cómo se provea la atención domiciliaria o el cuidado en pacientes dependientes) fue también un elemento destacable por la autora. Con una base de datos europea, los autores han obtenido diferentes *clusters* según distintas variables macroeconómicas y clínicas, un marco de comparabilidad, no una conclusión definitiva sobre posibles comparadores, y un método tan diverso como diversos son los resultados que ofrece. Laura Gutiérrez fue la encargada de realizar los comentarios al trabajo de Marisa Martín y del resto de autores. Tras contextualizar y justificar el interés en utilizar este tipo de análisis en la toma de decisiones, incluida la revisión de EE, puso de manifiesto la riqueza de información sobre costes indirectos presente en estudios de EE.

Transcurrida la primera parte de la mañana, llegamos a una pequeña pausa de unos 45 minutos en la que los más de 50 asistentes compartimos un desayuno con ponentes, asistentes y comentaristas. Luego, en la segunda parte del Taller, y antes de la presentación del cuarto trabajo, Toni Gilabert realizó una pequeña intervención, en nombre de CatSalut, en la que agradeció a los asistentes su participación y a los organizadores, la posibilidad de contar con espacios de reflexión e intercambio de información en lo relativo al uso y promoción de la EE en la toma de decisiones.

Francisco Javier Díez presentó el estudio en curso “Análisis de coste-efectividad del implante coclear bilateral en España”, contextualizado en la actual situación de variabilidad y arbitrariedad en la decisión sobre el segundo implante coclear en España. La ausencia de informes concluyentes emitidos por agencias de evaluación en relación con las ganancias incrementales en calidad de vida y mejoras en efectividad, las decisiones en la práctica se convierten en aleatorias y se hacen dependientes de factores tales como la disponibilidad de aparatos o la presión de las familias. El aspecto crucial en la evaluación económica del implante coclear bilateral, era, a juicio de los autores, la inadecuada medida de mejora en la calidad de vida asociada con el segundo implante. Sus objeciones tenían que ver con la falta de sensibilidad de algunos instrumentos genéricos (como el EQ-5D o el HUI) y con los posibles sesgos derivados de la forma de medir utilidades directas a través del método de intercambio temporal (*time trade-off*, TTO). El trabajo realizado hasta la fecha se había circunscrito a un estudio piloto para probar diferentes métodos de medición de utilidades asociadas con los “estados de salud” relevantes: la escala visual (VAS), el TTO “estándar” y dos variantes de este último. Los resultados preliminares habían detectado diferencias en los valores en función de los métodos empleados. También presentaron a los asistentes la herramienta de software libre Open Markov que estaban desarrollando (www.openmarkov.org) basada en desarrollos de inteligencia artificial y que pretenden poner a disposición de la comunidad académica cuando esté finalizada. Correspondió a Fernando I. Sánchez comentar este trabajo, tarea que comenzó subrayando la relevancia social e interés metodológico del estudio. Por lo que respecta a los problemas de insensibilidad de los instrumentos genéricos, sugirió a los autores añadir otras herramientas como el SF-6D. En lo referente a los métodos de medición directa de utilidades, propuso que emplearan la versión “estándar” del TTO, y centraran sus esfuerzos en mejorar el procedimiento de aplicación del método, utilizando secuencias de elecciones, en lugar de “matching” directo, con el fin de evitar sesgos de compatibilidad. Valoró positivamente la interfaz empleada en el estudio piloto y sugirió, por último, intentar mejorar la verosimilitud de los escenarios planteados.

Aida Ribera y John Slof presentaron su trabajo “*Impact of waiting for TAVR on costs and effectiveness*” en el cual pusieron de manifiesto la influencia que sobre la razón de coste-efectividad incremental (RCEI) tiene la demora asistencial de la intervención quirúrgica TAVR (recambio de la válvula aórtica transcatóter) en pacientes de 80 años de edad con estenosis aórtica grave. Los autores exponen cómo esta intervención, a pesar de tener un alto coste, es costo-efectiva en un subgrupo de pacientes de alto riesgo. Sin embargo, su lista de espera ha aumentado a causa, principalmente, e una más amplia selección de pacientes, lo que está incidiendo en la RCEI. Por otro lado evaluaron si realizar valvuloplastias mejoraba la eficiencia en la gestión de los pacientes que inevitablemente tienen que esperar para la intervención. Leticia García fue la encargada de comentar el trabajo y destacó la calidad de los datos a partir de los cuales se realiza el análisis y su gran validez externa (un estudio multicéntrico de dos años de duración). Además comentó la conveniencia de ajustar los riesgos por características basales de los pacientes para poder controlar por posibles diferencias entre grupos y asegurar así que el resultado en coste-efectividad parta de un grupo de pacientes similares.

La última comunicación del Taller contó con la participación de Aida Moure, que compartió el método y los resultados de la evaluación económica aplicada al estudio “*Active for Life Year 5*” (AFLY5), una intervención diseñada para promover un estilo de vida saludable mediante buenas prácticas de nutrición y actividad física en las escuelas de educación primaria del suroeste de Inglaterra, así como desincentivar comportamientos sedentarios en niños de 9 y 10 años de edad. El efecto de esta intervención se evaluó mediante dos análisis coste-consecuencia en un diseño basado en conglomerados o “*clusters*” con dos perspectivas: escuelas, profesores y la Universidad de Bristol, por un lado, y familias y sistema de salud, por otro. Las principales limitaciones estuvieron relacionadas con la ausencia de datos y sobre la base de los resultados preliminares se concluyó que, pese al relativamente bajo coste de la intervención, AFLY5 sólo mostró efectos positivos en dos de los objetivos secundarios, por lo cual es poco probable que se introduzca en las escuelas de educación primaria del Reino Unido. Araceli Caro destacó, entre otros elementos, la potencialidad del estudio, la diversidad de objetivos, el diseño de los instrumentos específicos de recogida de información, y los diferentes análisis de sensibilidad de los resultados, en los cuales se incorporan cuestiones clave como *missing data* y análisis de casos completos y por conglomerados. Se debatieron también propuestas de mejora relativas al diseño de la intervención (y sus instrumentos) que minimizaran los datos no disponibles o que logran recoger más adecuadamente los costes oportunidad de la intervención.

Finalizado el programa, el acto de clausura estuvo a cargo de Ruth Puig Peiró, Ramón Mora y Araceli Caro, que agradecieron a los ponentes y comentaristas sus aportaciones al Taller y a todos los asistentes su presencia e interés en la generación de debates enriquecedores.

Departamento de Economía Aplicada.
Facultad de Economía y Empresa. Universidad de Murcia
Email: dionisos@um.es

Araceli Caro
Técnica de Proyectos. Escuela Andaluza de Salud Pública
Email: araceli.caro.easp@juntadeandalucia.es

Leticia García-Mochón
Técnica de Proyectos. Escuela Andaluza de Salud Pública
Email: Leticia.garcia.easp@juntadeandalucia.es

Ruth Puig-Peiró
Técnica a la Gerencia de Farmacia y del Medicamento. Área de Atención Sanitaria
Servicio Catalán de la Salud (CatSalut)
Email: ruth.puig@catsalut.cat

Fernando I. Sánchez
Departamento de Economía aplicada
Facultad de Economía y Empresa. Universidad de Murcia
Email: fernando@um.es

Jornadas

Crónica del Comité Organizador de las XXXV Jornadas de Economía de la Salud (Granada, 17 - 19 de Junio 2015)

Carmen Pérez Romero
Presidenta del Comité Organizador
Escuela Andaluza de Salud Pública
Email: carmen.perez.easp@juntadeandalucia.es

Allá por el año 1993 se celebraban en la Escuela Andaluza de Salud Pública las XIII Jornadas de Economía de la Salud, capitaneadas por Fernando Antoñanzas, Presidente de la Asociación, y Pepe Martín, al frente del Comité Organizador, a quien en numerosas ocasiones le oí contar anécdotas llenas de ilusión relacionadas con la organización de aquel encuentro. Como miembros de la Junta Directiva, José Ramón, Amelia, Marisol, Joan, Vicente, Norberto, Jaime...¡y tantos otros compañeros! acudieron a aquellas Jornadas de las que siempre guardaremos un grato recuerdo.

Dos décadas después se repite la experiencia. En mayo de 2014 acudo a Pamplona para recoger el testigo del Comité Organizador, animada por el equipo de la Universidad Pública de Navarra y especialmente por Juan Cabasés y Eduardo Sánchez-Iriso, para disfrutar de la organización de tan queridas jornadas, a pesar del intenso trabajo que conllevaría, según me prevenían. Y así iniciamos la andadura de la organización de las XXXV Jornadas de Economía de la Salud, yendo de la mano la Universidad de Granada como sede compartida de las Jornadas, con un entusiasmo y energía que no decayeron en ningún momento durante los 12 meses (¡de intenso trabajo!) que pasaron rápidos "como un suspiro".

La primera cita fue el 19 de marzo, en el Aula Magna de la Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de Granada, donde celebramos la Jornada Técnica bajo el lema "Ética, Sostenibilidad e Innovación en el Sistema Nacional de Salud". Destacamos la buena acogida que dieron al evento gestores, académicos, proveedores y profesionales de la sanidad, lo que permitió abrir un enriquecedor debate entre ponentes y asistentes sobre el

potencial conflicto entre la eficiencia y la justicia. La Jornada fue todo un éxito que compartimos mediante *Streaming* con quienes no pudieron acudir a la cita.



Tras la Jornada Técnica, y una vez superadas las últimas semanas de frenético trabajo, llegó tan esperada fecha: el 17 de junio abrimos las puertas a más de 350 congresistas, con quienes durante tres días hemos compartido plenarias, mesas y presentaciones de trabajos de alto nivel científico y, cómo no, también momentos de animada conversación y algunas risas. Con esta finalidad nos reunimos la primera noche en el Patio de los Mármoles del Hospital Real de Granada y, la noche del jueves, en el Palacio de los Córdoba, donde pudimos brindar con compañeros y amigos (de antaño junto a nuevas generaciones) a los pies de la Alhambra, en una maravillosa noche de verano granadina.





Para concluir, merece una mención especial el acto de homenaje a nuestro querido Profesor D. José Barea, en reconocimiento a su magnífica labor académica y científica. En el día central de las Jornadas compartimos este acto con dos de sus familiares más cercanos, Maite y Antonio, a quienes agradecemos su presencia y amabilidad al acudir a la cita.



Ahora que han finalizado las XXXV Jornadas AES, y echando la mirada atrás, debo reconocer que la experiencia no podía ser más que gratificante, teniendo en cuenta el equipo que hemos coincidido en esta ocasión: muy agradecidos estamos a Pilar García, Presidenta de AES, por su seguimiento cercano y por saber dirigirnos por el buen camino cuando dudábamos; a Ignacio Abásolo, presidente del Comité Científico, por el excelente trabajo en equipo que desde el minuto cero propició entre ambos comités; a la Secretaría Técnica de AES por su apoyo y sugerencias siempre acertadas; y también a las instituciones colaboradoras y patrocinadoras que han apostado por estas Jornadas en un entorno económico...nada sencillo! Y cómo no, a cada una de las personas que han formado parte del Comité Organizador, por el magnífico trabajo que han realizado: Marga, Pepe, Puerto, Araceli, Leticia, Antonio, Juan, Loli, Ana, Jose, Alfredo, Vivian, M^a José, Guadalupe, Eusebi, Jorge Eduardo...y a todo el equipo de la Universidad y la Escuela. A todos ellos debemos el éxito de las novedades incorporadas en estas Jornadas: la retransmisión por *Streaming* de todo lo que iba sucediendo en el salón de actos, la difusión de las Jornadas a través de las redes sociales y otros medios de comunicación (fruto de un trabajo coordinado de las tres instituciones implicadas), así como la organización de los primeros *Speaker's Corners*.



Felices clausuramos las XXXV Jornadas, con el sentimiento agrídulce que deja la despedida y gratos recuerdos que quedarán, de nuevo, en nuestra memoria. Esperamos haber cumplido, como anfitriones, ¡con las expectativas generadas! Desde aquí animamos y brindamos nuestro apoyo al Comité Organizador de las próximas Jornadas, a los que aventuramos una experiencia que será, sin duda, inolvidable. ¡Nos vemos en Murcia en 2016!

Crónica del Comité Científico de las XXXV Jornadas de Economía de la Salud (Granada, 17 - 19 de Junio 2015)

Ignacio Abásolo en nombre del Comité Científico
Presidente del Comité Científico
Universidad de La Laguna
Email: iabasolo@ull.es

Este año hemos pretendido escribir esta crónica -algo más detallada de lo usual- con aportaciones de todos los miembros del Comité Científico, extendiendo también a este ejercicio de síntesis el trabajo en equipo del que hemos disfrutado desde que empezamos a trabajar en las Jornadas. Para nosotros, todo comenzó en cuanto se acordó con la Presidenta de AES el lema de las XXXV Jornadas: "Salud, bienestar y cohesión social: hacia un enfoque transversal de las políticas". Fue una de las decisiones más fáciles, por el convencimiento compartido de la conveniencia de poner el foco sobre la transversalidad de las políticas públicas relacionadas con la salud, los beneficios y costes asociados a la misma, la evidencia sobre su efectividad, las dificultades de su implantación, la aproximación a la evaluación antes, durante y después de estas políticas, etc. Además, tal y como apuntó Pilar en la inauguración de las Jornadas, eligiendo este lema se hacía efectiva una de las propuestas del documento de la Asociación de Economía de la Salud "SNS: diagnóstico y propuestas de avance". Una vez definida la composición del Comité Científico, este hizo suyo el lema con sus aportaciones a la presentación de las Jornadas (<http://www.aes.es/jornadas/es/presentacion.php>) desde prismas heterogéneos pero complementarios. A partir de ese momento, nos pusimos todos manos a la obra en un trabajo coordinado que culminó con el programa científico ofrecido en Granada del 17 al 19 de Junio de 2015 y que recordamos así:

La columna vertebral de las Jornadas la formaban tres conferencias principales, siete Mesas de ponencias y dos Mesas de debate, que articulaban las restantes sesiones en las que se presentaron 105 comunicaciones orales, 103 pósteres y la exitosa innovación que creemos que supusieron los cuatro "speakers corners".



Abrió las jornadas Marc Fleurbaey con una brillante conferencia inaugural el miércoles 17, que versó sobre la política de salud vista a través de las lentes del bienestar social, que nos dirigió al mismísimo corazón del análisis económico aplicado al ámbito de la salud. Nos recordó que hay una amplia tradición en el estudio de las desigualdades socioeconómicas en salud, y que dichas desigualdades parecen importar a la gente, bien porque hay una preocupación por la correlación entre las desventajas en salud y el status socioeconómico que refuerza las desigualdades en bienestar, bien porque hay una preocupación por la desigualdad de oportunidades en salud entre grupos sociales. Cualquiera de las dos rutas lleva, tal y como argumentó Fleurbaey, a la conclusión de que es esencial recordar lo importante que es la salud en las preferencias de la gente. De ahí la relevancia de la incorporación de las preferencias sobre la salud en el análisis económico para abordar el estudio de las desigualdades y de la política de salud de una forma novedosa, a través del concepto de “renta equivalente”, que en el contexto de dos argumentos como renta y salud, vendría a ser la renta que mantendría un individuo tras deducirle lo que estaría dispuesto a pagar por estar en un perfecto estado de salud.

El jueves 18, antes de la segunda conferencia plenaria, hubo un breve pero emotivo homenaje al querido Profesor José Barea, recientemente fallecido, en reconocimiento por su labor académica y científica, y por su aportación a la mejora en la gestión del sector público en general y del sanitario en particular, en el cual participó Maite, su mujer, recogiendo un dibujo de la figura del Profesor Barea encargado en su recuerdo.



A continuación, en la conferencia plenaria, Joan María Esteban nos deleitó con una excelente conferencia sobre si es la desigualdad o la polarización lo que importa para la cohesión y sobre los diferentes determinantes del conflicto social. Subrayó que, en el conflicto, la polarización importa más que la desigualdad. El conflicto surge más fácilmente cuando se pierde la transversalidad, la horizontalidad, el lenguaje común, el diálogo y se tiende a la polarización, al fraccionamiento. Una llamada de atención a variables como etnia y religión, agregados muy homogéneos entre ellos y muy distintos del resto, porque apuntan a identificaciones o pertenencias que pueden tener mucho más sentido, capacidad explicativa y consecuencias que las agregaciones que damos por válidas, como

la clase social, el género, etc. En relación con el objetivo de redistribución, aunque el estado no puede hacer con el universalismo lo que hacía en décadas pasadas, Esteban apuesta por políticas como las de la salud para aminorar conflicto y recuperar la cohesión social.

La conferencia de clausura que ofreció el viernes Edward Norton -la única moderada por un externo al comité científico, José María Labeaga, a quien agradecemos su participación y colaboración- trató de poner de manifiesto las contradicciones entre las medidas que toman los gobiernos para reducir el consumo de determinados bienes (que pueden contribuir a mejoras en salud) y el bienestar derivado de las mismas, que, con carácter general, se reducirá si dichas medidas incorporan impuestos o tasas para la reducción de dichos consumos. Para solventar estas contradicciones, su propuesta pasa por la utilización del análisis coste-beneficio -incluyendo todos los beneficios y costes de la regulación- como forma alternativa para valorar el excedente del consumidor. En un modelo simple, cualquier cambio regulatorio y, en particular, las modificaciones impositivas, se traducen en términos de pérdida de bienestar. El resultado más relevante de su enfoque es que con un contexto económico en el cual se tienen en cuenta los problemas de información, adicción y dinámica, los efectos de la regulación sobre las medidas de bienestar se calcularían para consumidores racionales e informados, siendo medidas de largo plazo que contribuirían, al contrario de lo que sucede en modelos estándar, a mejoras de bienestar.



Pasando ya a las siete mesas organizadas, la dedicada a las diferentes aproximaciones a la medición de la salud y el bienestar individual empezó con la intervención de Sridhar Venkatapuram (impronunciable nombre para muchos asistentes, que se refirieron a él en las preguntas como el 'proponente de las capacidades'), quien empleó una aproximación a la propuesta de Sen de tono socio-antropológico, muy virtuosa pero con dificultades mayores para su puesta en práctica: servía para cuestionar toda cuantificación alternativa, pero perdía fuerza a la hora de hacer propuestas que se pudieran utilizar empíricamente. Alois Stutzer hizo una aproximación muy 'welfarista', moderna en la bibliografía económica (con muchos ingredientes de Kahneman), pero algo lejos de la realidad de la evaluación de interés en el contexto de un sistema sanitario de gestión mayoritariamente público, administrativa, aunque quizás más apropiada para el sistema alemán o suizo (entendible por su universidad de procedencia). A continuación, Erik Schokkaert fue contundente en su aproximación, ya conocida en otros terrenos, del bienestar vía renta equivalente, valoración que había impregnado la excelente aportación anterior de Marc Fleurbaey, confeso partidario de dicho enfoque. Finalmente, brilló con luz propia la aportación de Aki Tsuchiya, quien se había molestado en mostrar previamente en una diapositiva las tres aproximaciones en un cuadro de doble entrada que sirvió a la audiencia para comprobar virtudes y limitaciones de los enfoques anteriores.

Para la segunda Mesa del miércoles, sobre género, políticas de salud y cohesión social, se contó con cuatro ponentes que cubrieron desde trabajos académicos hasta experiencias relacionadas con la implementación de políticas. Matilde Machado presentó evidencias de cómo, pese a que la cobertura de los tratamientos para la infertilidad retrasa la edad en la cual las mujeres son madres por primera vez, esto no parece tener un efecto sobre la fertilidad total al final de la etapa reproductiva. A continuación, Rosa Urbanos mostró cómo el género es un determinante social de la salud, a través de un análisis de los diferentes indicadores de salud y utilización de servicios sanitarios. A partir de toda esta evidencia científica, Rosa López explicó cómo se incluye la perspectiva de

género en las políticas sanitarias y cómo esto genera oportunidades para la innovación. Para acabar, Begoña López-Dóriga detalló los planes estratégicos de igualdad y expuso algunos programas específicos que están desarrollando actualmente, como la intervención psicosocial en cáncer de mama y la salud en mujeres privadas de libertad.

De las dos Mesas de debate, la primera versó sobre obesidad infantil. Carmen Cabezas puso de manifiesto que España fue pionera en el mundo y desarrolló en el año 2005 la estrategia NAOS (estrategia para la Nutrición, Actividad física y prevención de la Obesidad). Todos los sectores estuvieron de acuerdo y aparentemente fue un éxito. Sin embargo, José M^a Labeaga señaló que dicha estrategia contaba con diferentes etapas, de las cuales las dos últimas se refieren a la evaluación. A pesar que la prevalencia de sobrepeso y obesidad se ha estabilizado, no hemos conseguido retroceder y, por otro lado, no sabemos qué actuaciones fueron las que mayor impacto tuvieron, si es que tuvieron alguno. Tanto desde la Administración, donde se trabaja para incidir en la educación que se lleva a cabo en las escuelas, como por parte de la *Academia*, debería existir un interés compartido por llevar a cabo evaluaciones que permitan abordar la pandemia que supone la obesidad infantil en el mundo occidental.

En la tarde del miércoles tuvo lugar la tercera Mesa de ponencias sobre la transversalidad de las políticas de salud, en clara línea con el lema del congreso. Vicente Ortún puso énfasis en las instituciones, en la gobernanza y en un crecimiento económico más equilibrado. Defendió la necesidad de un paso intermedio anterior al de salud en todas las políticas: la educación en todas las políticas como mejor garante posible de la primera. Ildefonso Hernández puso el PINSAP, plan integrado catalán, como ejemplo elogiado, que asegura participaciones comprometidas de agentes relevantes interdepartamentales. Hizo una ardua defensa de la salud en todas las políticas y subrayó que priorizando la educación se soslaya la tarea pendiente en objetivos de salud que cuentan con tasas de descuento en políticas más altas. Añadió que es precisa la existencia de liderazgos modestos pero intensos para que más partes se integren en el todo. Beatriz González puso de manifiesto que las políticas transversales persiguen la eficiencia asignativa, más allá de la económica. Resaltó la importancia de contabilizar bien las externalidades y enfatizó los beneficios de invertir correctamente en las políticas de salud. 'Correctamente' implica 'evaluadas', esto es, basadas en la evidencia: de ello empezamos a saber (antitabaco, cinturones, barrios saludables), pero el apetito no está saciado para fundamentar más políticas de salud basadas en la evidencia.

La cuarta Mesa de ponencias -el jueves 18 por la mañana- trató sobre los elementos clave de la política del *Value Based Pricing* (VBP) y cómo se ha evolucionado hacia el *Value Based Assessment* (VBA) -mientras el VBP se refiere a propuesta política de negociar precios que reflejen su valor, con el VBA se elimina el elemento de la negociación de precios, refiriéndose simplemente a una evaluación más "amplia" del valor que el que se emplea hoy día en las evaluaciones del NICE-. Adrian Towse esbozó unas áreas importantes y desafiantes relacionadas con VBA: precios flexibles y que varían con la enfermedad, acuerdos de riesgo compartido basados en el resultado y los valores sociales. Gavin Roberts describió un método para estimar los beneficios sociales de las tecnologías. Este método requiere la edad, el sexo, el código CIE y la calidad de vida del individuo para calcular el coste social neto, que compara la suma de estimaciones de la productividad (remunerada y no remunerada) con su consumo bruto. James Raftery nos retrotrajo a los puntos débiles que tuvo el VBP desde su concepción y las lecciones que podrían derivarse de ello.

Tratar el cáncer en tiempos de crisis fue el tema abordado en la quinta Mesa de ponencias. El tratamiento del cáncer supone un importante tema de debate debido a sus elevadas repercusiones tanto sanitarias como sociales y económicas. Aunque la atención de estos pacientes es múltiple, el foco suele centrarse en los problemas derivados del tratamiento con medicamentos, básicamente debido a la política de precios existente que en algunos casos supone el desplazamiento hacia alternativas menos eficaces de recursos que no son empleados en otras áreas (cirugía, paliativos, radioterapia). En la Mesa se constató el incremento de los costes derivados de los fármacos utilizados y la tendencia generalizada por la cual fármacos de reciente aparición con incrementos discretos de la eficacia conseguían precios muy por encima de los estándares de coste-efectividad habitualmente considerados. Pero Josep María Borrás recordó igualmente que estrategias clínicas y organizativas -más sensibles a los profesionales- pueden mejorar de manera muy significativa los índices de control de la enfermedad. Casos como el correcto tratamiento de cáncer de recto han mostrado mejoras de hasta un 15% en la supervivencia. Desde una visión clínica, Emilio Alba puso el acento en la necesidad de estandarizar los protocolos de tratamiento en cáncer y la cierta dificultad de los profesionales para incorporar esta necesidad a la experiencia de la práctica individual. Sin embargo, los comités de tumores multidisciplinarios son una realidad en la mayoría de los centros de trabajo y sociedades científicas como la ESMO y la ASCO están avanzando acuerdos de coste-efectividad que permiten clasificar y recomendar o no el uso de nuevos fármacos según sus resultados clínicos. Con todo, Belén Corbacho insistió en la presunta conveniencia de modificar los criterios de evaluación de fármacos basados en su coste-

efectividad en situaciones de baja efectividad terapéutica, y reconoció que, pese a las dificultades económicas, la sociedad mantiene una mayor predisposición para destinar recursos en estas situaciones, tal y como ha asumido recientemente la estrategia de NICE.

La sexta Mesa de ponencias trató sobre las fortalezas, debilidades y oportunidades de las comparaciones entre sistemas de salud. En la ponencia de Sandra García, se enfatizó que la comparación del desempeño (o *performance*) de distintos sistemas de salud puede ser una herramienta útil para revisar las políticas y replantearse procedimientos para la asignación de recursos. Sin embargo, para fortalecer los sistemas de salud, es necesario utilizar las comparaciones para monitorizar el desempeño de los sistemas y, como paso previo, tener en cuenta las necesidades de información en la formulación de políticas sanitarias. El proyecto ECHO es una reciente experiencia en la Unión Europea (basada en métodos estandarizados y en indicadores para su uso en las comparaciones entre países y dentro de cada país -entre sus regiones-), que genera un conocimiento interesante y valioso para los políticos sobre un conjunto de indicadores de eficiencia y equidad. La presentación de Laia Maynou puso de manifiesto que para realizar comparaciones es necesario contar con una submuestra más apropiada en función de la naturaleza política de los sistemas de salud. Alternativamente, también podrían incluirse en el análisis ponderaciones basadas en el PIB o en la población para hacer las muestras (por ejemplo, de gasto) más representativas y las comparaciones más precisas. Por último, Silvana Robone resaltó que las comparaciones de desempeño basadas en medidas de satisfacción sanitaria "autopercebidas" deberían tener en cuenta la heterogeneidad individual. Para ello, se pueden emplear "viñetas" y, si no se dispone de esta información, deberían emplearse técnicas estadísticas más complejas (como el método basado en probit ordenados generalizados) que permitan tener en cuenta la heterogeneidad entre los individuos y hacer de este modo las comparaciones entre países y personas más precisas.

En la séptima Mesa de ponencias sobre el impacto de los precios internacionales de referencia sobre los precios diferenciales de las medicinas, Joan Rovira clarificó el concepto de precios diferenciales y sus distintas modalidades, así como las teorías y evidencias que se encuentra en la bibliografía sobre esta práctica. Adicionalmente, hizo una propuesta de precios internacionales de referencia ajustados por renta y valor terapéutico del medicamento. Por su parte, Adrian Towse explicó la interacción existente entre precios diferenciales y precios internacionales de referencia y su influencia en los precios de los medicamentos en el contexto global. Además, resaltó la idea de que los precios diferenciales estén basados en el valor (*Value Based Differential Pricing*), y cerró su intervención con la relación existente entre precios internacionales y los estudios de coste-efectividad. Por último, Panos Kanavos habló sobre el impacto de los sistemas de precios de referencia en los países desarrollados y planteó un conjunto de buenas prácticas que pueden ayudar a su puesta en marcha.

En la segunda Mesa de debate, la relativa al balance, experiencias y posibilidades de la gestión clínica, José Ramón Repullo presentó ordenadamente la historia, el marco y las peripecias en nuestro país de la llamada "gestión clínica", y describió los sesgos que la han lastrado y los potenciales retos que deberá afrontar aún a través de un ambicioso proceso de impulso de los micro-sistemas clínicos en diferentes vertientes. Por su parte, José Miguel Martínez Montes consiguió convertir una inteligente selección de significativas anécdotas de su experiencia en categorías de las limitaciones -y también del potencial- de nuestra Gestión Clínica. Y todo ello sin asomo de derrotismo, agotamiento o falta de impulso, lo que todavía permite albergar esperanzas sobre su capacidad transformadora. El animado debate con el numeroso público asistente sirvió para recordar el interés que todavía suscitan las cuestiones de organización y gestión entre los participantes en las Jornadas de AES.



Como en años anteriores, las Jornadas de Granada contaron con la presentación de otros trabajos de muy alta calidad científica: las ya apuntadas 105 comunicaciones orales y 103 pósteres, además de cuatro libros y dos guías metodológicas. Pero por primera vez se incluyeron en el programa cuatro "*speakers corners*", cuyo objetivo era invitar a cuatro de los conferenciantes de las Jornadas a compartir un café con un pequeño grupo de personas que estuviesen interesadas en tener una charla distendida sobre el tema de la presentación de dicho conferenciante o sobre sus líneas de investigación. Los cuatro *speakers* fueron: Marc Fleurbaey, Joan María Esteban, James Raftery y Edward Norton. A pesar de ser la primera vez que esta sección se introduce en las Jornadas de AES y de la dificultad para asignar asientos a los congresistas interesados, en cada uno de estos "rincones de pensar" los moderadores coinciden en destacar una asistencia notable -algunos excedieron del máximo de 15 asistentes previsto- y que se pudieron debatir y comentar con el *speaker* conceptos, aplicaciones empíricas, líneas de investigación, etc., en un entorno amigable que lo hizo muy especial y enriquecedor.



Finalmente, en el capítulo de los agradecimientos, hay que decir que el Comité Organizador de las Jornadas ha sido un elemento clave en el buen engranaje de toda esta maquinaria y queremos hacer un explícito agradecimiento a ellos y en particular a su Presidenta, Carmen Pérez. A Acto Serveis por su buen hacer antes y durante las Jornadas. También a la participación y generosa disponibilidad de todos los miembros de la Junta Directiva de AES. Muy especial mención hay que hacer a nuestra Presidenta de AES, Pilar García, cuya capacidad, experiencia e implicación en su labor en AES en los últimos años ha permitido que nosotros, que estábamos de paso en esta tarea científica, nos sintiésemos bien ubicados en el tiempo y en el espacio, y nos beneficiásemos de sus consejos y aportaciones siempre que se lo solicitamos. Y desde la perspectiva del Comité Científico, un grupo de nueve

personas que resultó ser afín -aunque algunos nos conocíamos y otros no-, pero cuyo perfil heterogéneo facilitó la preparación, coordinación y moderación de las distintas sesiones, podemos afirmar que el esfuerzo realizado ha supuesto una experiencia gratificante para todos nosotros. Queremos creer que los participantes en las Jornadas las hayan disfrutado tanto como nosotros, intelectual y humanamente.

Diez lecciones de las XXXV Jornadas AES

Ignacio Abásolo, en nombre del Comité Científico
Presidente del Comité Científico
Universidad de La Laguna
Email: iabasolo@ull.es

Las lecturas de los contenidos de unas jornadas siempre son personales y escasamente transferibles. Con todo, hemos intentado hacer una "colectiva" de lo que los miembros del Comité Científico consideramos compartir tras seguir los trabajos presentados:

1. Lograr unas altas cotas de bienestar de las personas y una justa distribución del mismo es el objetivo último de la acción del sector público en las economías modernas. El bienestar individual y social depende de distintos argumentos: entre otros, de la renta, la educación, la vivienda y, cómo no, la salud de las personas; pero no por ser el más importante para mucha gente debemos olvidar....que hay vida más allá de la salud. El peso relativo del gasto público en sanidad y el de otros servicios que compiten es (o debería ser) reflejo de esta primera realidad transversal ("bienestar en todas las políticas"). Claro que priorizar con criterios de bienestar obliga a salir de un estricto enfoque "extra-welfarista" al que muchos en AES estamos acostumbrados. Una alternativa novedosa que tenga en cuenta las preferencias de la gente y que ayude a resolver ese primer dilema de la economía pública sobre cómo distribuir el presupuesto público y cómo priorizar entre las distintas políticas públicas es el de la "renta equivalente", que en un contexto sencillo donde consideremos sólo renta y salud, vendría a ser la renta que mantendría un individuo tras deducirle lo que estaría dispuesto a pagar por estar en un perfecto estado de salud. Pero no es la única; otras aproximaciones alternativas al bienestar, que también se debatieron en las Jornadas, fueron las del propio "welfarismo" tradicional o la aproximación de las "capacidades".

2. Pocos objetarían que la salud es un elemento esencial del bienestar individual y, por tanto, del bienestar social. Así, mejorar la salud de la población y distribuirla de forma justa es un objetivo adicional de la acción del sector público. Ahora, la transversalidad tiene que ver con la contribución marginal neta a la salud, no sólo de los cuidados sanitarios sino también de los estilos de vida, del trabajo, del disfrute del ocio, de los cuidados sociales, del medioambiente...., donde el Sector Público también juega un papel fundamental. Es "la salud en todas las políticas": entre las decisiones públicas que influyen en la salud están las relacionadas con la política sanitaria pero también con otras políticas como la educativa, la de vivienda, la política fiscal, la de inmigración o la de medioambiente, que pueden ser tanto o más efectivas a la hora de generar más salud y distribuirla mejor con los recursos disponibles, tanto en el corto como sobre todo en el largo plazo. Para vencer la actual compartimentación es preciso promover políticas de salud que estén basadas en la evidencia. Y tratar de cuantificar las externalidades que sobre la salud generan las políticas no sanitarias.

3. También hemos aprendido que la "salud en todas las políticas" tiene un paso previo que apuntala el éxito de dicha estrategia: "la educación en todas las políticas". Además, dando mayor peso a las políticas educativas se contribuiría a esas mejoras de salud en el medio-largo plazo, que cuentan con tasas sociales de descuento más altas en el ámbito de las políticas sanitarias. Argumento reforzado desde el punto de vista de la equidad si tenemos en cuenta que la desigualdad en educación es el vector principal de la desigualdad en salud.

4. Hemos podido asistir a la presentación y al debate de casos concretos de políticas de salud, algunas planteadas con éxito en nuestro país. Citemos dos de ellos: políticas de salud desde la perspectiva de género y políticas de salud contra la obesidad infantil. Respecto a la primera, y teniendo en cuenta la evidencia (también española) de que el género es un determinante social de la salud, en nuestro país se han puesto en marcha planes estratégicos de igualdad y en las Jornadas pudimos conocer de primera mano algunos programas específicos que están desarrollándose actualmente, como son la intervención psicosocial en el cáncer de mama y la salud en mujeres

privadas de libertad. En relación con la segunda, la estrategia NAOS (cuyo objetivo principal es sensibilizar a la población del problema que la obesidad representa para la salud e impulsar todas las iniciativas que contribuyan a lograr que los ciudadanos y, especialmente los niños y los jóvenes, adopten hábitos de vida saludables) es un ejemplo que ha aportado nuestro propio país de intervenciones que pueden generar salud con éxito. Pero también es un ejemplo de que es preciso completar estas estrategias con una evaluación rigurosa, para conocer qué actuaciones fueron las que generaron mayor impacto. Los intereses de la *academia* y de la administración deben alinearse para aprovechar las oportunidades que ofrecen para la innovación estrategias como la NAOS o los planes estratégicos de igualdad de género y culminen con resultados positivos permanentes a largo plazo.

5. Un tercer caso más estudiado en la bibliografía es el de las políticas públicas contra los consumos nocivos. En relación con la evaluación de estas políticas públicas, en las Jornadas se nos ha recordado que el análisis coste-beneficio “puede ser” una buena herramienta para evaluar el impacto de políticas fiscales como el establecimiento o aumento de impuestos sobre el tabaco u otro tipo de regulaciones anti-tabáquicas, eso sí, siempre y cuando el análisis incluya todos los beneficios y todos los costes. Muy en particular, deben tenerse en cuenta en el análisis los problemas de información y otros problemas generados por la adicción en el caso de consumos nocivos como el tabaco. Análisis coste-beneficio más simples que ignoren este tipo de costes generarán resultados engañosos, de manera que la evaluación de cualquier cambio regulatorio de este tipo inclinará la balanza hacia pérdidas netas de bienestar.

6. Hemos aprendido que la polarización, más que la desigualdad, es el peligro para la cohesión social, y evitar la dualidad sanitaria sería un eficaz remedio para soslayar este peligro. En este contexto, no debemos olvidar características como la etnia o la religión —agregados muy homogéneos entre ellos y muy distintos del resto—, porque como factores explicativos pueden tener más sentido que las agregaciones que damos por válidas normalmente como la clase social, el género, etc. Este debate nos recuerda que el Sistema Nacional de Salud español ha ayudado a aminorar el conflicto y a recuperar la cohesión social en España, especialmente durante la crisis económica.

7. Hemos conocido en mayor profundidad dos de los sistemas de regulación de precios de los productos farmacéuticos en el ámbito del Reino Unido. Por un lado, hemos conocido mejor el “precio basado en el valor” (*Value Based Pricing*, VBP) y su evolución hacia el *Value Based Assessment* (VBA). Además, hemos conocido algunas áreas de debate con el VBA, como los precios flexibles que varían con la enfermedad, acuerdos de riesgo compartido basados en el resultado y los valores sociales. Estimar los beneficios sociales de las tecnologías requiere información sobre la edad, el sexo, el código CIE y la calidad de vida del individuo, con el fin de calcular el coste social neto, que compara la suma de estimaciones de la productividad (remunerada y no remunerada) con su consumo bruto. Finalmente, también pudimos conocer los puntos más débiles que tuvo el VBP desde su concepción y las lecciones que podrían derivarse de ello. Por otro lado, asistimos a un debate sobre el sistema de “precios internacionales de referencia”, en el cual se concluyó que es necesario buscar un sistema que ayude a fijar el precio de los medicamentos de una manera más justa, combinando el valor terapéutico de los medicamentos con la capacidad de pago de los países. Cuando los países utilizan los sistemas de precios internacionales de referencia con países de su entorno socioeconómico, este sistema puede estar actuando con algunas similitudes con el sistema de precios diferenciales. El uso del sistema de precios internacionales de referencia es complicado y produce una carrera hacia el precio más bajo.

8. Un caso especial es el que afecta a los nuevos fármacos contra el cáncer. El tratamiento del cáncer, especialmente en momentos de crisis, supone un importante tema de debate debido a sus repercusiones en salud, económicas y sociales. El foco del debate suele centrarse en los problemas derivados de la tendencia generalizada por la cual fármacos de reciente aparición con incrementos discretos de los resultados en salud consiguen precios muy por encima de los estándares de coste-efectividad habitualmente considerados. Debate que se complica con la variante reciente de considerar la (supuesta) predisposición social a destinar recursos a fármacos con baja efectividad terapéutica, modificando así los criterios de evaluación de fármacos basados en su coste-efectividad. Más esperanzador fue conocer que hay estrategias clínicas y organizativas —más sensibles a los profesionales— que pueden mejorar de manera muy significativa el control de la enfermedad. Casos como el correcto tratamiento de cáncer de recto han mostrado mejoras de hasta un 15% en la supervivencia. También se puso de manifiesto que es necesario estandarizar los protocolos de tratamiento del cáncer y la cierta dificultad de los profesionales para incorporar esta necesidad a la experiencia de la práctica individual.

9. En relación con el balance, experiencias y posibilidades de la gestión clínica conocimos la historia, el marco y las peripecias en nuestro país de la llamada “gestión clínica”, que plantea sesgos que la han lastrado y los potenciados

retos que deberá afrontar aún un ambicioso proceso de potenciación de los micro-sistemas clínicos en diferentes vertientes. Entre los primeros, destacan el errado énfasis en el componente estructural de las unidades de gestión clínica, a despecho de su capacidad funcional, lo que ha propiciado disputas o debates desenfocados y triviales que pueden bloquear esta importante política para el SNS. Como retos, quedan aún enormes avances por lograr en el trabajo por procesos y aprovechamiento de la estandarización, delegación y automatización, el uso de instrumentos para coordinar y motivar a los profesionales, y en definitiva facilitar el profesionalismo y fomentar la autonomía responsable de los actores de los microsistemas clínicos. Además, pudimos escuchar experiencias prácticas de gestión clínica contadas en primera persona por entusiastas expertos en la materia, que desbrozaron sus limitaciones y potencialidades.

10. Y a nivel macro aprendimos cuáles son las fortalezas, debilidades y oportunidades de las comparaciones entre sistemas de salud. Aunque la comparación del desempeño (o *performance*) de distintos sistemas de salud puede ser una herramienta útil para revisar las políticas y replantearse procedimientos para la asignación de recursos, es necesario tener en cuenta las necesidades de información y las limitaciones de las mismas; el proyecto ECHO es una reciente experiencia en la Unión Europea (basada en métodos estandarizados y en indicadores a lo intra y entre grupos de países), que genera un conocimiento interesante y valioso para los políticos sobre un conjunto de indicadores de eficiencia y equidad. También es preciso contar con una muestra adecuada en función de la naturaleza política de los sistemas de salud. Además, aprendimos que las comparaciones del desempeño basadas en medidas de satisfacción sanitaria "autopercebidas" deberían tener en cuenta la heterogeneidad individual; para ello, se pueden emplear "viñetas", y si no se dispone de esta información, deberían emplearse técnicas estadísticas apropiadas (como el método basado en probit ordenados generalizados).

Sin duda, esta es una visión reduccionista, parcial y quizás sesgada por expectativas previas. Invitamos a los asistentes a compartir algunas de sus lecturas utilizando el formulario que aparece al final de esta contribución.

Noticias

Congresos y Jornadas

The 2nd Economics of the Health Workforce Conference 2015

11-12 Julio 2015, Milán

Más información: www.abdn.ac.uk

iHEA 11th Congress on Health Economics

12-15 Julio 2015, Milán

Más información: www.healthconomics.org

II Congreso Ibero-Americano de Epidemiología y Salud Pública

2-4 Septiembre 2015, Santiago de Compostela

Más información: www.reunionanualsee.org

Conference in Field Experiments in Labour Economics and Social Policies

11-12 Septiembre 2015, París

Más información: www.povertyactionlab.org

24th European Workshop On Econometrics And Health Economics

16-19 Septiembre 2015, París

Más información: www.york.ac.uk

Workshop and Special Issue on Consequences of the Economic Crisis on Health and Health Care Systems

17-18 Septiembre 2015, Madrid

Más información: portal.uned.es

International workshop on cancer and labour market outcomes

28-29 Septiembre 2015, Paris

Más información: www.cee-recherche.fr

Australian Health Economics Society Conference

2 Octubre 2015, Brisbane (Australia)

Más información: ahes.us7.list-manage1.com

The 2015 Italian Health Economics Annual Conference

15-16 Octubre 2015, Sassari-Alghero

Más información: www.aiesweb.it

26th Annual Health Economics Conference (AHEC)

23-24 Octubre 2015, Georgia

Más información: www.healthconomics.org

16th Southeastern Health Economics Study Group Conference

6-7 Noviembre 2015, Atlanta

Más información: Melinda.Pitts@atl.frb.org

Formación

Surrey Informatics Summer School 2015

26-31 Julio 2015, Surrey

Más información: www.surrey.ac.uk

European Observatory Venice Summer School. Integrated Care: Moving beyond The Rhetoric

26 Julio-1 Agosto 2015, San Servolo (Venice)

Más información: www.theobservatorysummerschool.org

Course in Economics of Risky Behavior

25-27 Agosto 2015, Odense (Dinamarca)

Más información: www.sdu.dk

Course in Decision Analytic Modelling Methods for Economic Evaluation

28-29 Septiembre 2015, Glasgow

Más información: www.gla.ac.uk

Premios y Condecoraciones

La Asociación de Economía y Salud (AES) ha concedido ex aequo el premio 2014 al mejor artículo en Economía y Salud a:

Ignacio Abásolo, Miguel Ángel Negrín-Hernández y Jaime Pinilla por su trabajo "Equity in specialist waiting times by socioeconomic groups: evidence from Spain", publicado en la revista *European Journal of Health Economics*.

Disponible en: link.springer.com

Jaume Puig-Junoy y Beatriz González López-Valcárcel por su trabajo "Launch prices for new pharmaceuticals in the heavily regulated and subsidized Spanish market, 1995-2007", publicado en la revista *Health Policy*.

Disponible en: www.sciencedirect.com

La Asociación de Economía y Salud (AES) y Bayer HealthCare han otorgado la Beca de Investigación en Economía de la Salud y Servicios Sanitarios 2015 a Myriam Soto Ruiz de Gordo por su trabajo "Evaluación de la aplicación en Osakidetxa del modelo integrado de atención a los pacientes pluripatológicos".

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

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

Editores del boletín: Carlos Campillo (campillo@oceca.es) y Cristina Hernández Quevedo (C.Hernandez-Quevedo@lse.ac.uk).

Editora de redacción: Cristina Hernández Quevedo (C.Hernandez-Quevedo@lse.ac.uk).

Comité de redacción:

José M^º Abellán Perpiñán, Manuel García Goñi, Ariadna García Prado, Miguel Ángel Negrín, Vicente Ortún, Luz María Peña.

Han colaborado en este número: Ignacio Abásolo Alessón, José M^º Abellán, Araceli Caro, Antonio García, Leticia García-Mochón, Beatriz González López-Valcárcel, Ildefonso Hernández Aguado, Carmelo Juárez, Miguel Á. Negrín-Hernández, Juan Oliva, Carmen Pérez Romero, Jaime Pinilla, Jaume Puig-Junoy, Ruth Puig-Peiró, Fernando I. Sánchez, Meritxell Solé Juvés, Ana Tur Prats, Rosa Urbanos, Laura Vallejo-Torres.