

en este número

pág.

EDITORIAL	1
PRÓXIMAS REUNIONES	3
JORNADAS AES	4
– Memoria de las XXIII Jornadas AES, Cádiz 2003.	
– Las XXIII Jornadas AES. Los de Cádiz nacemos donde nos da la gana.	
TEMAS	7
– El impacto de las patentes sobre el acceso a los medicamentos contra el VIH/SIDA en los países en desarrollo.	
– Salud: Racionalizar, no racionar.	
TESIS	10
– Beneficios no monetarios de la educación sobre el consumo.	
– Análisis del gasto sanitario autonómico y su financiación: Especial referencia al caso de la Comunidad de Cantabria.	
– Descentralización y diseño organizativo de los hospitales catalanes de la Red Hospitalaria de Utilización Pública.	
– Impacto de una intervención continuada sobre la reducción de la utilización inadecuada de la hospitalización en un servicio de medicina interna.	
LIBROS	15
NOTICIAS DE AES	16

editorial

Sección coordinada por Laura Cabiedes
(lcabie@correo.uniovi.es)

A VUELTAS CON LO SOCIOSANITARIO

David Casado
CRES-UPF



A principios de este último verano, algunos de los miembros de AES anduvimos paseando, sin saberlo la mayoría, por las calles del barrio que vio nacer una de las primeras experiencias de atención integral a ancianos vulnerables: Chinatown, en San Francisco. En efecto, a finales de los setenta, ante el incremento en dicho barrio del número de personas mayores con problemas tanto de salud como sociales, se desarrolló un nuevo programa en el que un equipo multidisciplinar, ubicado en un centro de día, se responsabilizaba de procurar atención médica y social al colectivo de ancianos antes mencionado, a cambio de un pago capitolativo cofinanciado por Medicare y Medicaid. El programa, que recibió el nombre de "On-Lok", tuvo una buena acogida a nivel federal y, años más tarde, dio origen al "Program of All-inclusive Care for the Elderly" (PACE), que se implantó en varias zonas de EEUU y sigue aún en fase de experimentación por parte del gobierno federal¹.

En nuestro país, con neologismo incluido, el inicio de una atención preocupada simultáneamente por la problemática sanitaria y social de los ancianos tuvo lugar en Catalunya, a mediados de los ochenta, con la creación del programa "Vida als Anys" y su espacio "sociosanitario". Aquella iniciativa, pese a lo que parece sugerir hoy en día el término, no constituyó un intento de integrar, ni siquiera coordinar, los servicios sanitarios y sociales que se proporcionaban a los ancianos, sino que supuso la creación de un nuevo tipo de centros, denominados sociosanitarios, a medio camino entre los hospitales y las residencias de asistidos, que contaban con plazas de larga estancia, convalecencia y cuidados paliativos².

Hoy en día, casi veinte años después de su acuñamiento, el término sociosanitario, lejos de utilizarse para designar una realidad común, se emplea con múltiples significados. Por un lado, ante la multiplicación de servicios sanitarios y sociales que el envejecimiento demográfico ha traído consigo, hay quien habla de atención sociosanitaria para referirse al espectro completo de servicios, abarcando desde la hospitalización de día hasta la atención domiciliar de carácter social. Por otro lado, fieles al significado original, también los hay que utilizan la palabra para referirse al conjunto de servicios característicos del programa "Vida als Anys" antes mencionado. Finalmente, en línea con el espíritu de articulación que decíamos impregnaba la experiencia de Chinatown, para algunos lo sociosanitario tiene que ver con el interfaz entre los servicios sanitarios y sociales. Este último aspecto será sobre el que discutamos en lo que sigue.

Articular los dispositivos sanitario y social a la hora de proporcionar asistencia a los ancianos vulnerables significa, en su acepción más amplia, desarrollar fórmulas organizativas

1. White A. et al. (2000): "Evaluation of the Program of All-inclusive Care for the Elderly Demonstration". Abt Associates Inc., October 2000.

2. Salvá A et al. (1999): "Una experiencia de atención sociosanitaria: programa Vida Als Anys. Realidad y expectativas de futuro". Revista de Administración Sanitaria, 3(11): 413-427.

A.E.S.
Sardenya, 229 - 6º 4ª
Teléfono 93-231 40 66
Fax 93-231 35 07
08013 BARCELONA

HORARIO
Lunes a Viernes:
de 10 a 2 y de 3 a 7

Editora del boletín:
Rosa Urbanos (urbanos@ccee.ucm.es)

Comité de Redacción:
Laura Cabiedes, Josep Fusté, Anna García-Altés, Jaime Pinilla, Fernando San Miguel y David Casado.

Han colaborado en este número:
Salvador Peiró, Paco Gómez Luy, Joan Ramón Borrell, Carlos Vasallo, Josep Oriol, David Cantarero, Pilar Aparicio, Paula Bagés, Modesto Martínez y algunos otros.

que permitan que la provisión de servicios sociales (centros de día, atención domiciliaria, teleasistencia, etc.) y de servicios sanitarios (atención primaria, hospitalizaciones, etc.) se produzca de un modo coordinado. Esta provisión coordinada de ambos tipos de servicios permitiría, desde una perspectiva teórica, aumentar la eficiencia global con la que se atiende a los ancianos vulnerables por dos motivos fundamentales:

1/ Aprovechamiento de sinergias. La relación que se establece entre la capacidad funcional y el estado de salud de los ancianos es de naturaleza dinámica y bidireccional: esto es, las variaciones en el estado de salud suelen repercutir sobre la capacidad funcional y viceversa. Por ello, aunque el objetivo prioritario de los servicios sanitarios y de los servicios sociales es actuar respectivamente sobre el estado de salud (previniendo y curando) y la capacidad funcional (rehabilitando y cuidando), uno y otro tipo de intervenciones pueden acabar afectando positivamente la evolución de los problemas que no le son propios. Así pues, puesto que en principio tales sinergias son más fácilmente detectables si existe un sistema "articulado" de provisión, es de esperar que éste tenga una mayor capacidad de aprovechamiento de las mismas que un sistema fragmentado.

2/ Conseguir un "balance asistencial" adecuado. El estado de salud y el nivel de dependencia de un anciano vulnerable, además de estar relacionados entre sí, varían a lo largo del tiempo. Por ello, según sea la intensidad de ambos tipos de problemas, habrá unos determinados servicios sanitarios y sociales que en cada caso proporcionarán la respuesta asistencial más adecuada: esto es, aquella que ofrezca una mejor relación entre desenlaces y costes. Así pues, para alcanzar un balance asistencial adecuado, la clave del éxito va a residir en la capacidad que tengan los proveedores de hacer transitar a los ancianos vulnerables de unos servicios a otros en función de cómo varíen sus necesidades. Y en esa tarea, como es lógico, las ventajas de un sistema que haya optado por articular los servicios sanitarios y sociales resultan evidentes. Quizás el ejemplo más utilizado para ilustrar las consecuencias negativas sobre el sistema sanitario que puede tener una mala articulación con los servicios sociales sean los denominados "bed blockers": esto es, pacientes que permanecen en un hospital de agudos a pesar de que clínicamente podrían ser dados de alta a un nivel asistencial técnicamente menor (domicilio, residencia, centro de día, etc.).

En algunos países, con la esperanza de obtener las ganancias de eficiencia que acabamos de mencionar, se han desarrollado en los últimos años distintas experiencias piloto de articulación sociosanitaria. Así, en un reciente artículo de revisión³, Kodner comenta los casos del programa PACE, al que nos hemos referido ya, el programa SIPA canadiense ("Système de services intégrés pour personnes âgées"), y un proyecto en el municipio de Rovereto (Italia). Otras iniciativas que completarían el cuadro a nivel internacional serían las siguientes: las comisiones mixtas en el Reino Unido⁴, el programa PRISMA en Canadá⁵ ("Program of Research to Integrate the Services for the Maintenance of Autonomy"), y las "Social Health Maintenance Organizations" (S/HMOs) norteamericanas⁶.

Las distintas experiencias apuntadas son básicamente de dos tipos: por un lado están las que podríamos denominar de integración sociosanitaria, pues su principal característica es la creación de una nueva estructura que se responsabiliza integralmente de la asistencia que precisan los ancianos, sea ésta sanitaria o social; por otro lado, en las experiencias de coordinación sociosanitaria, no se crea esa nueva estructura, sino que simplemente se establecen canales formales de comunicación, más o menos estrechos dependiendo del caso, entre los dispositivos sanitario y social. En general, aunque el rigor metodológico de las evaluaciones es bastante dispar, los resultados acostumbra a ser positivos tanto en el caso de las experiencias de integración como de coordinación. Por ejemplo, en el proyecto de integración

sociosanitaria de Rovereto (Italia), que constituye una de las experiencias más rigurosamente evaluadas, los resultados indican que el grupo de tratamiento (atención integrada) mostró, respecto al grupo control (atención fragmentada), un menor deterioro funcional y cognitivo, unas menores tasas de hospitalización e institucionalización en residencias, y un coste total por individuo un 23% menor.

En España, a pesar de la insistencia con que aparece la cuestión en el debate sanitario, lo cierto es que la articulación sociosanitaria constituye más un deseo que una realidad. La atención a los ancianos vulnerables de nuestro país, independientemente de la comunidad autónoma que se considere, sigue llevándose a cabo mediante dos dispositivos que actúan con escasa conexión entre sí: por un lado, respecto a los problemas sanitarios, los servicios regionales de salud son los encargados de proporcionar la asistencia necesaria sobre unas bases de accesibilidad universal; por otro lado, en relación a la problemática que acompaña al fenómeno de la dependencia, los ayuntamientos o los gobiernos autonómicos, según sea el servicio social de que se trate, regulan mediante pruebas de medios tanto el acceso a los servicios como la cuantía de los copagos por parte de los individuos. Asimismo, además de las barreras anteriores de carácter institucional y financiero, es probable que la distinta cultura profesional de los sectores sanitario y social, centrado en la curación el primero y en el cuidado el segundo, también haya jugado en contra de una mayor articulación sociosanitaria.

No obstante, puesto que optar por una mayor articulación supone tener que afrontar los distintos obstáculos mencionados, es evidente que dicho esfuerzo sólo estará justificado si de ese modo se logra atender a los ancianos vulnerables de un modo más eficiente que en la actualidad. Por ello, antes de embarcarnos en una reforma estructural de efectos inciertos, parece prioritario empezar con algunas experiencias piloto que, rigurosamente evaluadas, señalen si conviene o no emprender el camino de la articulación sociosanitaria. En cualquier caso, a la espera de dichas experiencias y de los correspondientes estudios que las evalúen, quisiera terminar este editorial compartiendo con vosotros algunas dosis de sana escepticismo sobre la importancia de la articulación.

En primer lugar, tengo la impresión de que una parte sustancial del "bed-blocking", que es uno de los efectos negativos que suele atribuirse a la fragmentación actual entre los servicios sanitarios y sociales, no tiene que ver tanto con problemas de coordinación, como con la ausencia de una oferta de plazas suficiente de camas de media y larga estancia, al estilo de los que componen el espacio sociosanitario del modelo catalán. A este respecto, por tanto, el reto estaría más en la reconversión de camas de agudos que en la coordinación propiamente dicha. Por su parte, respecto a los ancianos dependientes que continúan viviendo en la comunidad, si bien es cierto que algunos de ellos padecen también enfermedades crónicas de distinto tipo, creo que resulta más urgente, antes de empezar a discutir sobre el interfaz entre los servicios sanitarios y sociales, clarificar primero cuál es el grado de cobertura que estos últimos van a ofrecer en los próximos años.

3. Kodner D.L. (2002): "The quest for integrated systems of care for frail older persons". *Aging Clin Exp Res*, 14(4): 307-313.

4. Brown, L. (2003): "Evaluating the impact of integrated health and social care teams in older people living in the community". *Health and Social Care in the Community*, 11(2):85-94.

5. Hebert, R et al. (2003): "PRISMA: a new model of integrated service delivery for frail older people in Canada". *International Journal of Integrated Care*, Vol 3, March 2003. (<http://www.ijic.org/>)

6. Kane RL et al. (1997): "S/HMOs, The Second Generation: Building on the Experience of the First Social Health Maintenance Organization Demonstrations". *Journal of the American Geriatrics Society*, 45:101-107.

7. Bernabei R et al. (1998): "Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community". *BMJ*, 316:1348-1351.

próximas reuniones

XXI CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL
Lugar: Oviedo. *Fecha:* 14 a 17 octubre 2003

Información: www.congresocalidad.com/programa.html

8º ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE (Asociación Portuguesa de Economía de la Salud)

Lugar: Lisboa. *Fecha:* 23-24 octubre 2003

Información: <http://es2003.fe.uc.pt/>

SIMPOSIO "PROFESIÓN MÉDICA: INCERTIDUMBRES, EXPECTATIVAS Y REALIDADES"

Lugar: Madrid. *Fecha:* 28 octubre 2003

Información: Fundación SANITAS (91-3244978)

INAUGURAL CONFERENCE ON ORGANIZATIONAL ECONOMICS OF HEALTH CARE

Lugar: Rochester, Nueva York. *Fecha:* 24-25 octubre 2003

Información: <http://healthmba.simon-rochester.edu/conference.html>

INTERNATIONAL CONFERENCE ON HEALTH POLICY RESEARCH: METHODOLOGICAL ISSUES IN HEALTH SERVICES AND OUTCOMES RESEARCH

Lugar: Chicago. *Fecha:* 17 a 19 octubre 2003

Información: <http://www.amstatonline.org/sections/hpss/ichpr.htm>

20TH INTERNATIONAL ISQUA CONFERENCE (International Society For Quality In Health Care)

Lugar: Dallas. *Fecha:* 2 a 5 noviembre 2003.

Información: <http://www.isqua.org/isquaPages/Conferences.html>

6TH ANNUAL ISPOR EUROPEAN CONGRESS (International Society For Pharmacoeconomics And Outcomes Research)

Lugar: Barcelona. *Fecha:* 9 a 11 noviembre 2003.

Información: <http://www.ispor.org/>

X CONFERENCIA ANUAL DE LA ISOQOL (International Society for Quality of Life Research)

Lugar: Praga., República Checa. *Fecha:* 12 a 15 de noviembre 2003.

Información: www.isoqol.org

SOUTHEASTERN HEALTH ECONOMICS STUDY GROUP CONFERENCE

Lugar: Charleston, SC. *Fecha:* 15 a 16 noviembre 2003

Información: bradfowd@musc.edu

131ST ANNUAL APHA CONFERENCE (American Public Health Association)

Lugar: San Francisco. *Fecha:* 16 a 20 noviembre 2003

Información: <http://www.apha.org/meetings/>

CONFERENCIA ANUAL DE LA EUPHA
Lugar: Roma. *Fecha:* 20 a 22 noviembre 2003

Información: http://www.eupha.org/html/menu3_2.html

2004 AEA CONFERENCE (American Economic Association)

Lugar: San Diego. *Fecha:* 3 a 5 enero 2004

Información: <http://www.vanderbilt.edu/AEA/>

11TH CANADIAN CONFERENCE ON HEALTH ECONOMICS

Lugar: Montreal. *Fecha:* 26 a 29 mayo 2004

Información: <http://www.chera.ca/cgi-bin/WebObjects/chera>

THE ADVANCED LEADERSHIP FORUM (University of California, Berkeley – Universitat Pompeu Fabra, Barcelona)

Lugar: Barcelona (parte I). *Fecha:* 9 a 17 de julio 2004

Lugar: Berkeley (parte II). *Fecha:* 7 a 15 de enero 2005

Información: www.ahlf.upf.es

2004 EUROPEAN CONFERENCE ON HEALTH ECONOMICS

Lugar: London School of Economics. *Fecha:* 8 a 11 septiembre 2004

Información: A.J.Oliver@lse.ac.uk

XXIV JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD. EL ESCORIAL, MADRID 2004

Las próximas Jornadas de Economía de la Salud se celebrarán en el emblemático edificio del Euroforum, situado en El Escorial.

Lema: Respuestas individuales y sociales ante los riesgos para la salud

Fechas: Del 26 al 28 de mayo de 2004



Comité organizador

Presidente: Rosa María Urbanos Garrido.

Vocales: Antonio García Romero, Juan del Llano, Juan Oliva, Francisco Sánchez Prieto y Pedro Tamayo.

Comité científico

Presidente: Ricard Meneu

Vocales: Paloma Alonso, José Manuel González-Páramo, Félix Lobo, José Ramón Repullo, Fernando Rodríguez Artalejo y Rosa Urbanos.

Secretaría Técnica

Durante el mes de noviembre se hará llegar a los socios información sobre el programa preliminar de las Jornadas, así como los datos postales, teléfono, fax y dirección de correo electrónico de la Secretaría Técnica.

Normas para la presentación de comunicaciones

1. Se deberá remitir antes del 28 de febrero de 2004 un resumen de la comunicación, de acuerdo con el modelo que figurará en

la página web, mediante correo electrónico, fax o correo ordinario.

2. Tras el proceso de evaluación por el Comité Científico, la organización notificará a los autores la aceptación de sus trabajos para su posterior presentación tanto oral como poster, antes del 1 de abril de 2004.

3. El texto definitivo de las comunicaciones aceptadas deberá ser remitido mediante correo electrónico antes del 19 de mayo de 2004. La extensión máxima del texto no superará los 20 folios incluyendo cuadros y gráficos.

Taller Fundación BBVA

Las Jornadas acogerán el taller patrocinado por la Fundación Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, que tendrá lugar el miércoles 26 de mayo de 2004.

Beca de Investigación en Economía de la Salud

Patrocinada por la empresa Química Farmacéutica Bayer S.A., se convoca la XIII edición de esta beca, dotada con 12.000 euros.

MEMORIA DE LAS XXIII JORNADAS AES, CÁDIZ 2003

Gestión Clínica y Sanitaria: actualizando la agenda

Francisco Gómez Luy
Secretario Comité Organizador AES 2003 Cádiz

Cádiz fue la sede de las XXIII Jornadas AES durante los días 4 al 6 de junio, que tuvieron como marco el Palacio de Congresos, antigua Fábrica de Tabacos de la ciudad.

El número de participantes ascendió a 354, cifra que incluye a 53 ponentes y que sitúa a las XXIII Jornadas entre las más concurridas de los últimos años. Por procedencia, las comunidades más representadas fueron: Andalucía, Cataluña, Madrid, Canarias y Comunidad Valenciana. También contamos con la asistencia de congresistas de Marruecos, Hungría, Argentina, Canadá y Costa Rica, entre otros lugares.

Procedencia inscritos	Nº	%	Procedencia inscritos	Nº	%
Andalucía	97	27,40	Castilla y León	4	1,13
Cataluña	80	22,60	Argentina	3	0,85
C. Madrid	39	11,02	Costa Rica	3	0,85
Canarias	23	6,50	Gran Bretaña	2	0,56
C. Valenciana	22	6,21	Canadá	1	0,28
País Vasco	15	4,24	Cantabria	1	0,28
C. Murcia	11	3,11	EE.UU.	1	0,28
Baleares	10	2,82	Extremadura	1	0,28
Navarra	9	2,54	Hungría	1	0,28
Galicia	7	1,98	Italia	1	0,28
Aragón	6	1,69	Portugal	1	0,28
Asturias	5	1,41	Suecia	1	0,28
La Rioja	5	1,41	TOTAL	354	
Marruecos	5	1,41			

El comité científico aceptó 131 comunicaciones, de las que 103 fueron orales y 28 gráficas. Las Comunidades Autónomas con más representación en este apartado fueron Andalucía, Cataluña, Madrid y Canarias.

La convocatoria de 5 bolsas de viaje para asistir a las Jornadas tuvo muchos candidatos, siendo los agraciados: Cantarero Prieto, Domínguez Trujillo, Hernández Torres, Sabés Figuera y Segura Vinuesa.

Comunicaciones	Nº	%	Comunicaciones	Nº	%
Andalucía	46	17,56	Argentina	2	0,76
Cataluña	25	9,54	Baleares	2	0,76
C. Madrid	12	4,58	Castilla y León	2	0,76
Canarias	12	4,58	Hungría	2	0,76
País Vasco	6	2,29	C. Murcia	1	0,38
C. Valenciana	4	1,53	Canadá	1	0,38
Navarra	4	1,53	Cantabria	1	0,38
Aragón	3	1,15	Costa Rica	1	0,38
Asturias	3	1,15	Galicia	1	0,38
La Rioja	3	1,15	TOTAL	131	

Previo a las Jornadas tuvo lugar el Taller de la Fundación BBVA bajo el título "Cuadro de mandos y Contabilidad de Gestión: avances y experiencias internacionales". La participación fue considerable, sobrepasando la centena de asistentes. Asimismo, contamos con el Taller ONGs "Sistemas de salud y cooperación al desarrollo", organizado por Madre Coraje, Medicus Mundi Andalucía y la Fundación Adsis.

Las Jornadas comenzaron el miércoles 4 por la tarde y concluyeron el viernes 6 con la cena de clausura. De este modo la tradicional

cena no interrumpió la mañana del último día, que siempre registraba grandes vacíos.

Los asistentes a las Jornadas dispusieron de un punto informático donde consultar páginas web y correos electrónicos. Además, contamos con un stand de la Junta de Andalucía (Consejería de Salud y Servicio Andaluz de Salud).

Dentro de las novedades que aportaron las Jornadas gaditanas, cabe destacar la actuación del grupo de teatro "Poetas Muertos", que con "¿Quién es el centro de sistema?" añadió su particular visión de la gestión sanitaria. Dado el éxito de su representación podrían reaparecer en futuras ediciones de las Jornadas.

En el apartado de premios, la distribución fue la siguiente: Anna Merino obtuvo el premio a la mejor comunicación oral ("Medicamentos de marca versus genéricos: estimación de las preferencias de los consumidores a partir de modelos de elección discreta"); Joan Parellada Sabaté ("Variabilidad territorial en la tasa de ingresos por diagnósticos médicos habitualmente atendidos en urgencias") y Josefina Alonso Fernández ("Análisis económico de una unidad de ictus para la identificación de variables predictoras de costes") compartieron el premio a la mejor comunicación gráfica; y Augusto Pérez Mateos, ("Efectividad de un plan de acción en la gestión de puntos críticos en una unidad clínica hospitalaria") consiguió el correspondiente a la mejor comunicación en el ámbito de Andalucía.

Los actos lúdicos permitieron recorrer Cádiz en todos sus aspectos. Empezamos en el Castillo de Santa Catalina con Música Andalusí, posterior paseo por la Playa de la Caleta y piscobalnis en el Baluarte de los Mártires. Seguimos con una recepción en el Palacio Provincial de la Diputación de Cádiz, en el que se pudo contemplar una exposición de fotografía aérea de las costas gaditanas, así como el Salón Regio. Y finalizamos con la Cena de Clausura en las Bodegas González Byass de Jerez (12 Apóstoles); en la que no faltaron el venenciador, espectáculo flamenco y baile hasta altas horas de la madrugada en las casetas de Feria. Para aquellos más juerguistas, el chiringuito "La Marea" fue el punto de reunión donde combinar playa, copitas, brisita marinera, etc...

La visita guiada a Cádiz registró overbooking, y hubo que buscar refuerzos en la Oficina de Turismo. El libro "Guía de arquitectura de Cádiz" complementó las ansias de conocimiento. La cámara oscura de la Torre Tavira completó la visión de la ciudad, ofreciendo una vista panorámica. Y para que no faltara de nada, también nos acompañaron nuestros vientos de levante y poniente.

Por último, queremos agradecer su colaboración a todos aquellos que han contribuido a la buena marcha de las Jornadas: Hospital Universitario "Puerta del Mar", Ayuntamiento de Cádiz, Diputación Provincial de Cádiz, Universidad de Cádiz, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud, MSD, Pfizer, Novartis, GSK, Esteve, Lilly, Movaco S.A., ONO, Fundación SIS, SESAM, Iberia, Viajes El Corte Inglés, Imagen...

Al final, Cádiz respondió a las expectativas y los asistentes quedaron entusiasmados con las Jornadas. Y como dice Voro, los de Cádiz nacemos donde nos da la gana, y yo he tenido la suerte de haber nacido en Cádiz.

Y a todos los que vinisteis: "Solamente puedo decir, gracias por venir" (como cantaba nuestra Lina Morgan).

Dicho todo esto: ¡¡nos vemos en Madrid 2004!! ¡suerte Rosa y Ricard!

LAS XXIII JORNADAS AES

Los de Cádiz nacemos donde nos da la gana

Salvador Peiró
Presidente del Comité Científico

Ya estamos. Otra vez la maldita reseña de las Jornadas. Esta vez las XXIII. No es que haya hecho las reseñas de las 22 Jornadas previas. Pero, ¡oh cruel destino!, llevo alguna que otra. Lo curioso es que, si exceptuamos a Vicente Ortún, nadie lee estas reseñas. Yo tampoco. Sólo miro las fotografías. Estas redacciones me producen desazón. ¿Qué puedo escribir que sea lo suficientemente banal sin provocar un elogio envenenado del único lector? ¿Por qué escribir algo así?. Es sabido que la vida de las asociaciones tiene sus ritos. Éste es uno. Además, siempre se ha hecho. Y casi prefiero que me persigan Pep Fusté y Rosa Urbanos que el temible Txomin Uriarte. Le he echado de menos. A Txomin, claro. En Cádiz, claro. Creo que es la primera vez que no acude a unas Jornadas. En todo caso, no es consuelo. Acabo de hojear y ojea las reseñas de otros años. No ayudan. Tópicos sobre la importancia del lema, la calidad de las ponencias, el entusiasmo del público, la belleza de la ciudad. No es que estén mal. De hecho son perfectas. He intentado cortar y pegar trozos de unas y otras. La cosa aguanta más o menos. Pero no me decido. La situación es complicada. Me han dado de plazo hasta mañana. ¡Falta la reseña de las Jornadas!, ¡falta *tu* reseña!, ¡envíanos lo que tengas!. Y, lo que más me molesta, ¡si es sólo una página!

Y aquí estoy. Con Cádiz. Cádiz: La Viña y el Mentidero, Puerta Tierra y la Caleta, Santa María y la Catedral. La Bahía y la luz. En Cádiz la luz es importante. Empecemos por el principio. El taller BBVA-Giuseppe Maron, Concha Álvarez Dardet, y Lázaro Rodríguez, acompañados de Juan Ventura y María Vélez-centró el estado del arte en contabilidad y cuadros de mandos. Más que notable. Apenas pude estar en el Taller "ONGs" sobre sistemas de salud y cooperación al desarrollo, del que me pareció especialmente interesante el abordaje del acceso a los medicamentos esenciales. Apertura. Conferencia inaugural. Excelente repaso de José Manuel Freire a la situación de la gestión en el país. Ricard Meneu, al final, cambió la camisa de flores por una blanca. Lo sé porque me tuve que ir al hotel a buscársela. Los sistemas retributivos fueron abordados en la mesa codirigida por Rafael Burgos y Pepe Martín. Algunos apuntes nuevos y mucha sensatez. Poca gente en la excelente Mesa de Salud Mental. Un tema importante que empieza a consolidar grupos de trabajo multidisciplinares y que espero se convierta en habitual en las Jornadas. Hotel. Castillo de Santa Catalina. Tocan la tarara sí, la tarara no, la tarara, madre, que no la bailo yo, sino ¡una bailarina de danza del vientre! ... que además era suiza o algo así. Así que



José Manuel Freire

me pedí una manzanilla. Bueno, entonces pedí la primera. Hablábamos de Fernando Rodríguez Artalejo que no venía por haberse fracturado alguna cosa al caer por el agujero de una alcantarilla. Vicente Ortún dice que el también se cayó por un agujero de estos. Yo también, dice otro. Y otro. Y otro. Los miro despavorido y pienso que no puede haber tanta alcantarilla abierta. No obstante a partir de ahora iré mirando el suelo. Cambiamos de escenario. Los amigos. La playa. Cádiz.

Las cuentas empiezan a ser claras. Hay mucho trabajo detrás. O eso decían en la mesa de cuentas satélites moderada por Carles Murillo. Desde aquí a la casuística y los sistemas de información. Sorprende como este tema se ha incorporado a la jerga gestora. Y desde aquí al Encuentro de jóvenes doctores en economía de la salud. Entré a mesa empezada y sentí que se doblaba la edad media de la sala. Ya sé, ya sé que es una sensación. Pero molesta. Más que ponencias, comentarios abiertos sobre pequeños problemas. Los del día a día de la investigación. Me gustaron especialmente Joan Costa, Eva Rodríguez y la moderadora, Rosa Urbanos. Y de aquí al café. Varios. La playa y el Cádiz nocturno se dejan notar. Sobre todo a mis años y tras una mesa de "jóvenes" doctores. Más café. Y la mesa en que me toca hablar. Interesante Ramón Hernández y la gestión de enfermedades. Yo me paso del tiempo y le dejo sólo 10 minutos a Juan Gervas. Se queja, pero más por cuestión de orden que porque le falte tiempo. A fin de cuentas 10 minutos es la reivindicación del año en atención primaria. Y qué 10 minutos! Lo vi venir cuando dejó el micro y gritó ¿se me oye al fondo, verdad?. Y vaya que se le oía. No pude estar en las mesas simultáneas

ni en la simultánea presentación de pósters. Me dijeron que Laura Cabiedes estuvo fantástica de guía de pósters. Y comemos. Y más bien somnoliento me fui a la mesa de farmacia. Divertidísima la comunicación de Eusebi Castaño sobre publicidad en revistas médicas. Y más que interesante la de Antonio Ruiz sobre genéricos. Entradas y salidas de otras mesas. Las Jornadas iban bien. Tranquilo. Cansado. Café. Y a la Asamblea. Pero la reseña de la Asamblea la hace otro. Que cada palo aguante su vela. Me salto la recepción en el Palacio Provincial y me voy al Faro con viejos amigos. No todos son viejos. Pero sólo uno hubiera soportado en la mesa de la mañana. Sigo con la manzanilla. Y después más Cádiz. A las tantas abandono. Resisten Ricard Meneu, Lluís Segú, Juanjo Artells y algún otro ponente del día siguiente. La cosa promete.

Ya es viernes. Me impresiona la Mesa de variaciones en la práctica médica. Muy concentradas las ponencias de Albert Verdaguer y Enrique Bernal. Enrique, en su punto y a punto de irse con Wennberg al epicentro de los estudios de variaciones, ha revisado muy bien el tema. Impresionante Juan Ventura. En una mesa muy sanitaria sabe enlazar desde la empresa y su discurso encaja con el discurso del conocimiento y la incertidumbre. Me interesa el tema y acabo por no ir a la mesa de costes de la enfermedad que modera Juan Cabasés. Excusas. Pregunto después y me comentan que ha tenido un nivel muy alto. Especial interés las ponencias más metodológicas, me dicen. Café. Otro. Otro. La mesa de gestión de la prescripción farmacéutica que moderó Jaume Puig me pareció la mesa a recordar de las Jornadas. El propio Jaume centró las políticas de financiación. Beatriz González hizo de todo –desde tratar úlceras de estómago a diferenciar entre inhibidores de la bomba de protones- para mostrar cómo hay que entrar en los temas de calidad de prescripción. Mónica Ausejo y Juan Rafael Vargas ofrecieron dos perspectivas de lugares bien diferentes, con algunos problemas comunes. Y Lluís Segú, también en su punto (o, al menos, no demasiado pasado) dio un recital sobre la gestión micro de la prescripción.

A la tarde opté por ir y venir entre la Mesa de gestión de la investigación y las conferencias de Ángel Garijo y Ricard Meneu. Con muy poca gente, Martin Buxton, el único ponente extranjero de las Jornadas, habló de la utilización de los resultados de investigación en la toma de decisiones de política sanitaria. Recomendable. También recomendables el resto de ponentes: Juan José Artells, Jordi Camí, Jordi Colomer, Manuel Carrasco y Lluís Bohigas. Creo que, como en el caso de la salud mental, la aplicación del pensamiento económico a la evaluación y gestión de la investigación biomédica aparece por primera vez en unas Jornadas, pero ha venido para quedarse. Vuelvo a las conferencias y pillo a Ricardo citando un artículo mío -en una revista de buena

familia- como ejemplo de que fiarse del prestigio de las revistas puede llevar a tropezarse con tipos como yo. Bien vamos. De repente caigo en que me estoy perdiendo la ponencia de Pere Ibern. Salgo, pero no llego. Me enfado conmigo y, despistado, acabo cayendo en las manos de los Poetas Muertos. Éxito de público y gran complicidad. Y risas, muchas risas. También me río. Y ya queda el final. Guillem López Casasnovas, que ha viajado mucho para llegar aquí, reflexiona sobre lo que pudo ser y lo que debería ser. Tono optimista pero con nubes enrocadas y cortoplacistas. Y Lluís Bohigas clausura como sólo él sabe hacerlo.



Lluís Bohigas

Recuerdo que oyendo a Guillem pensé lo bien que me vendría su cabeza para extraer unas conclusiones globales de las Jornadas. Y lo bien que me vendrían en el maldito momento en que me tocara hacer esta maldita reseña. Pero ya iba camino del hotel y seguía con mi mala cabeza. Arreglarse. Si es que uno tiene arreglo, claro. Autobús. Visita a la Bodega y los toneles. Más manzanilla. La cena. El baile. El baile también forma parte de los ritos de las Jornadas. De antología antropológica: Beatriz González, Vicente Ortún, Ricardo Meneu, el menisco de Juan Ventura. En momentos superados por Marisol Galeote, Rosa Urbanos, Fiuza y los jóvenes doctores. Me cojo el segundo autobús.

Y van dos páginas de reseña. Mil cuatrocientas noventa y cinco palabras. Así que me dejo los agradecimientos –una larga ristra- y alguna que otra cosa. Aunque no puedo dejar de nombrar a Paco Gómez Luy, el alma de estas Jornadas. La memoria me lleva otra vez a Cádiz. El Vaporcito. Me dormí cantando Camarón: el barquito de vapor / está hecho con la idea / que en echándole carbón / navega contra marea. Y la luz. Y el Puerto. Le digo al barquero que yo debería haber nacido aquí. Me dice que no me preocupe por eso. Los de Cádiz, me dice, nacemos donde nos da la gana.

EL IMPACTO DE LAS PATENTES SOBRE EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS CONTRA EL VIH/SIDA EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO

Joan-Ramon Borrell

Departament de Política Econòmica Universitat de Barcelona
jrborrell@ub.edu

Mi estancia en el Departamento de Economía de la Universidad de Harvard dio un giro inesperado a finales del año 2000. El Center for International Development (CID) de la Universidad de Harvard decidió iniciar un nuevo proyecto de investigación sobre los problemas de acceso a los medicamentos contra el SIDA en los países en desarrollo bajo la dirección de Dani Rodrik. En el proyecto implicaron a una especialista en economía y derecho internacional, Jayashree Watal, y buscaron a un economista especializado en organización industrial empírica que tuviera conocimientos sobre el funcionamiento del mercado de medicamentos. Ahí estaba yo para responder a este perfil. Desde entonces, el proyecto del CID ha ocupado la mayor parte de mi tarea investigadora.

Millones de pacientes viven infectados del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en países de renta media y baja. En estos países, la mayoría de los pacientes no acceden a los nuevos medicamentos antiretrovirales. Se trata de unos medicamentos efectivos y seguros que transforman la etapa final de esta enfermedad, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), en una enfermedad crónica manejable. El propósito de nuestro trabajo es cubrir un vacío en la economía aplicada a los mercados de medicamentos. Los trabajos publicados hasta la actualidad estudian qué impacto tiene la caducidad de la patente sobre los mercados de medicamentos en los grandes países desarrollados, en especial en los EEUU, el Reino Unido, Alemania, Francia y Japón. Ahora bien, muy pocos trabajos han estudiado el impacto de las patentes sobre el mercado de nuevos medicamentos.

El proyecto de investigación del CID tiene como objetivo explotar las diferencias en el derecho de patentes que rige en los diferentes países y medicamentos para evaluar el impacto de las patentes sobre el acceso, los precios, la competencia y la dinámica de introducción de los nuevos medicamentos contra el SIDA en los países en desarrollo.

El primer fruto de la investigación fue publicado como documento de trabajo

por el CID en el mes de mayo de 2002, una vez yo ya estaba de vuelta en la Universitat de Barcelona. En este trabajo conjunto con Jayashree Watal utilizamos los datos de ventas de medicamentos antiretrovirales entre 1995 y 1999 para evaluar empíricamente si las patentes reducen o expanden las ventas de los nuevos medicamentos. El documento de trabajo está disponible en www.cid.harvard.edu. La última versión de este trabajo está disponible en www.ub.edu/graap/borrell.htm.

Nuestra hipótesis de partida es sencilla. Creemos que si un medicamento puede ser patentado en un país determinado, la competencia a la que se enfrentará la multinacional que explota el derecho de patente será menor durante los primeros años del medicamento en el mercado y, por ello, los precios de este medicamento serán mayores. La multinacional no deberá hacer frente a la competencia real o potencial de laboratorios, en su mayoría locales, que podrían comercializar al poco tiempo una copia del medicamento original. Si la demanda es sensible al precio, esperamos que las patentes, al permitir mayores precios del producto original y no posibilitar la comercialización de copias a precios menores, acaben reduciendo las ventas de medicamentos contra el SIDA.

A la vez, hemos tenido en cuenta que las patentes pueden tener un efecto sobre la disposición de las multinacionales a introducir los nuevos medicamentos en los países de renta media y baja. Ahora bien, no sabemos cuál es la dirección de este efecto. Por un lado, las patentes pueden hacer más deseable la introducción rápida de los medicamentos en los países en desarrollo, ya que las multinacionales pueden obtener mayores ingresos durante la vida de la patente en los países que ofrecen protección a la propiedad intelectual en relación a los ingresos que obtienen en los países que no ofrecen patentes.

Ahora bien, por otro lado, las patentes permiten a las multinacionales introducir los nuevos productos más lentamente ya que no temen que los productores locales les ganen la carrera por ser los primeros en los mercados de

renta media y baja. El retraso en introducir los productos en estos países, y la pérdida de ingresos que este retraso comporta, quizás sea compensado con una reducción en el riesgo del comercio paralelo. El riesgo es que los productos comercializados por las multinacionales a menor precio en los países de menor renta 'aparezcan' en los mercados de mayor renta y mayor precio gracias al ávido arbitraje de los importadores paralelos. De la misma manera, las multinacionales podrían retrasar la entrada en los países de menor renta que ofrecen patentes para evitar hacer evidente el diferencial de precios que aplican a sus productos comercializados bajo patente en diferentes puntos del planeta. Por ejemplo, el diferencial de precios entre Sudáfrica y EEUU ha sido una fuente constante de controversia pública entre las multinacionales y los activistas en los EEUU que exigen reducciones de los precios de los productos patentados.

A partir de estas premisas, nuestro objetivo es abordar la cuestión empírica de si las patentes tienen un efecto contrapuesto en el mercado de nuevos medicamentos: un impacto negativo sobre las ventas de los nuevos medicamentos, y un efecto positivo sobre la dinámica de introducción de los nuevos productos en los mercados. Y si es así, nuestro propósito es evaluar cuál de los dos impactos domina. Esta cuestión depende de la magnitud del impacto negativo de las patentes sobre la competencia y los precios de equilibrio en los mercados de medicamentos, y también depende de en qué medida las patentes aceleran o frenan la introducción de nuevos medicamentos en los mercados.

Para abordar esta cuestión utilizamos datos de ventas anuales entre 1995 y 1999 de los siguientes 15 medicamentos antiretrovirales facilitados por IMS Health, la compañía de investigación de mercados farmacéuticos líder en el mundo: Zidovudine (AZT), Didadosine (DDI), Zalcitabine (DDC), Stavudine (D4T), Lamivudine (3TC), Saquinavir, Indinavir, Neviparine, Ritonavir, Delavirdine, Lamivudine-Zidovudine, Nelfinavir, Abacavir, Efavirenz, Amprenavir. Los datos corresponden a 21 países, y a dos

regiones que agrupan a 13 países adicionales: África Francófona Occidental (Benin, Camerún, República Democrática del Congo, Costa de Marfil, Gabón, Guinea y Senegal), América Central (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá), Argentina, Bangla Desh, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Egipto, Filipinas, India, Indonesia, Malasia, Marruecos, México, Pakistán, Perú, República Dominicana, Sudáfrica, Tailandia, Túnez, Uruguay y Venezuela.

Esta muestra de países y medicamentos nos ofrece un adecuado marco de análisis pseudo-experimental. La muestra contiene 1.273 observaciones de combinaciones de países, medicamentos y años diferentes. El 43% de estas observaciones son de tríos de países, medicamentos y años en los que las multinacionales podían solicitar patentes para sus medicamentos originales, mientras que en el resto no podían hacerlo y, por tanto, podían sufrir la competencia real o potencial de los laboratorios locales capaces de comercializar copias de sus productos.

Este *mix* de medicamentos y países para los cuales el régimen del derecho nacional de patentes difiere es el resultado de dos procesos simultáneos. Por un lado, las legislaciones nacionales indican a partir de qué fecha otorgan derecho de patente a los nuevos productos. Por otro lado, las oficinas de patentes establecen la fecha en la que reconocen la novedad de una sustancia terapéutica. Un conjunto de países como los de América Central excepto Guatemala, los de África Francófona Occidental excepto Guinea, y también Malasia, Filipinas, Sudáfrica han otorgado patentes farmacéuticas desde hace muchos años. Las multinacionales pueden obtener en estos países patentes para todos los medicamentos antiretrovirales de la muestra. México, Tailandia, Chile, Indonesia y los países miembros de la Comunidad Andina (Ecuador, Perú y Venezuela) reconocieron el derecho a patentes farmacéuticas de producto durante la primera mitad de los años noventa. En estos países algunos de los medicamentos antiretrovirales pueden ser patentados, mientras otros no.

El resto de países introdujeron nuevas leyes de patentes siguiendo el mandato del Acuerdo sobre Aspectos Comerciales de los Derechos de Propiedad Intelectual (el acuerdo TRIPS en su acrónimo anglosajón, uno de los acuerdos de la Organización Mundial del Comercio), que obliga a reconocer el derecho de patentes a los productos que sean nuevos a efectos de las convenciones internacionales sobre patentes a partir del mes de enero de 1995: Colom-

bia en 1996, Brasil en 1997, Argentina en 1999, Marruecos en 2000, y República Dominicana, Túnez y Uruguay en 2001. India, Pakistán y Egipto se han acogido a las cláusulas transitorias del acuerdo que permite a los países menos desarrollados postergar la reforma de la legislación nacional de patentes hasta el 2006 (2016 después de la Declaración de Doha). Con todo, todos los países miembros de la OMC deben otorgar unos derechos de exclusividad de hasta 5 años de duración para todos los productos que sean nuevos a efectos del derecho de patentes durante el periodo transitorio. En todos estos países, las multinacionales sólo pueden obtener el derecho de patente o bien el derecho de exclusividad contemplado en las cláusulas transitorias del acuerdo TRIPS para los cuatro medicamentos más novedosos (Nelfinavir, Delavirdine, Ritonavir y Efavirenz).

Nuestro trabajo ofrece en primer lugar una cifra dramática de falta de acceso a los medicamentos contra el SIDA a través del mercado. En 1999, sólo un 1,21% de los enfermos de SIDA tenía capacidad para comprar la terapia anual consistente en un solo medicamento antiretroviral. Sólo Argentina (19%), Malasia (17%) y Colombia (15%) alcanzaron la cifra del 15% de enfermos del SIDA que adquirieron la terapia anual de un solo medicamento. Tailandia (9%), Chile (6%) y México (5%) alcanzan cifras iguales o superiores al 5%. Filipinas (2%) e Indonesia (1,36%) alcanzan cifras superiores a la media, mientras que el resto de países se situaron por debajo de dicha media. Hay que señalar con todo que algunos países como Brasil, y en menor medida Tailandia, iniciaron durante nuestro periodo muestral programas de ayuda al acceso a los medicamentos contra el SIDA. En Brasil, el programa público ha permitido en 1999 dar acceso a más de 73.000 pacientes, es decir a prácticamente todos los pacientes que sufren el SIDA en ese país.

Aparte de estos dramáticos datos, nuestro principal resultado es que las patentes tienen efectivamente un impacto negativo sobre las ventas de medicamentos contra el VIH/SIDA. Las patentes reducen las ventas de medicamentos en un 59%. Parte de este efecto negativo es compensado por el incremento en la disponibilidad de nuevos medicamentos en los países que ofrecen patentes a las empresas innovadoras. La probabilidad de que un nuevo medicamento esté presente en un país de nuestra muestra aumenta del 28% al 33% gracias a las patentes.

Ahora bien, este impacto estadísticamente significativo no se tra-

duce en un aumento económica y socialmente significativo del acceso a los nuevos medicamentos. Si imponemos a los datos una política de licencias obligatorias generalizadas de todos los medicamentos en todos los países de nuestra muestra, la cifra de pacientes de SIDA que hubiese tenido acceso a una terapia anual mono-fármaco entre 1995 y 1999 hubiese pasado de un dramático 0,88% a un modestísimo 1,18%. Por tanto, no podemos culpar sólo a las patentes de la falta de acceso de la gran mayoría de pacientes de SIDA a los medicamentos antiretrovirales en los países en desarrollo. Ciertamente, las patentes reducen las ventas de medicamentos, pero con la renuncia a las patentes no conseguiríamos gran cosa.

Además, los resultados son heterogéneos por países y medicamentos. La licencia obligatoria beneficiaría en especial a países de renta media como Tailandia y Sudáfrica, que de hecho han ofrecido patentes a casi todos los medicamentos de la muestra, así como en menor medida a países como Argentina, México y Malasia. Por el contrario, las licencias obligatorias parecen tener un efecto contraproducente en las dos regiones de nuestra muestra. Tanto en América Central como en África Francófona Occidental, las multinacionales podían obtener patentes para todos los medicamentos. En estos países las patentes han favorecido las ventas de medicamentos gracias al importante efecto positivo de las patentes sobre la introducción de los nuevos medicamentos. Las patentes permiten el aumento de la probabilidad de comercialización de antiretrovirales del 20 al 29% en América Central, y del 6% al 15% en África Francófona Occidental. De hecho, la probabilidad de disponer de antiretrovirales aumenta en todos los países gracias a las patentes, excepto en Argentina, donde las patentes reducen del 62% al 56% la probabilidad media de disponer de antiretrovirales, y en Sudáfrica, donde esta probabilidad se reduce del 77% al 67%.

En definitiva, la evidencia empírica apunta a que las patentes no sólo tienen efectos sobre los incentivos a innovar, sino que también tienen un fuerte impacto sobre los incentivos a introducir los nuevos medicamentos en los diferentes países del mundo y sobre el acceso a los nuevos medicamentos. Esta es una cuestión importante que deben tener en cuenta los países al modelar sus políticas industriales y sanitarias. Con todo, las patentes importan, pero la renuncia a las patentes no permite salvar la abismal falta de acceso a los nuevos medicamentos en los países en desarrollo.

SALUD: RACIONALIZAR, NO RACIONAR

Crónica del sector salud en Argentina

Carlos Vassallo

Director Ejecutivo Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad (Buenos Aires, Argentina)

La palabra racionamiento, si bien es utilizada a menudo en economía, no me gusta. Evoca una situación vinculada a los tiempos de guerra donde escasean los bienes de primera necesidad y se imponen reglas rígidas con el objetivo de que los bienes disponibles sean accesibles para todos. El sector salud en la Argentina, a pesar de la profunda crisis, no está en guerra, si bien está afrontando una situación dramática por falta de recursos para seguir funcionando con el nivel (por cierto bastante relativo) de "eficiencia y eficacia" con que lo hizo durante todos estos años. Las tensiones entre necesidades y recursos en el abanico de sistemas de salud que tiene nuestro país se vuelven cada vez más problemáticas. La población envejece y en consecuencia se incrementa la demanda de servicios por enfermedades crónicas y degenerativas, y aumentan los colectivos que potencialmente deberían acceder a coberturas de salud por razones de edad o pensión. Además los ciudadanos incrementan sus expectativas en su relación con la medicina, y esas expectativas generan demandas con un fuerte componente de autonomía. Surgen nuevas enfermedades y a la vez nuevas tecnologías médicas, ambas en un entorno generalmente de alto costo.

No es algo novedoso lo relatado hasta aquí, ya que estos hechos suceden en todos los sistemas de salud, pero en nuestro caso se insertan en el inédito escenario de la crisis actual, donde debemos agregar que la pérdida de trabajo produce pérdida de cobertura de salud, y que los niveles de empobrecimiento de la población llevan a la aparición de enfermedades propias de esa situación social y generan fuertes demandas sobre la estructura pública de servicios de salud, a la vez que los canales de contención natural como son la familia y los espacios sociales se han fracturado en un alto grado por la misma causa. Se da entonces la paradoja de que tenemos cada vez más población sin cobertura y con escasa o nula capacidad de pago, que se dirige a los prestadores públicos (centros de salud y hospitales) que arrastran fuertes retrasos de inversión y deficiente capacidad de gestión, en tanto que se agiganta la desocupación y la disminución del uso de los servicios privados de salud que crecieron en su momento al ritmo de las obras sociales, las prepagas y el INSSJP.

Es el tramo final de la extraña paradoja argentina un sistema de salud fragmentado y encasillado en subsectores, que de la ineficiencia en épocas de recursos suficientes hace finalmente crisis en la ineficacia cuando los recursos dejan de ser relativamente "escasos" para ser insuficientes. Lo que falta de un lado sobra del otro, y sin embargo son escasas las iniciativas de integración para complementar y racionalizar la oferta de servicios y responder a la diversificada demanda de salud.

Históricamente y en el pasado inmediato, la oferta de servicios de salud ha venido creciendo en algunos rubros (alta complejidad o servicios más sofisticados, medicamentos, recursos humanos), en tanto que en otros factores si bien no han crecido desde el punto de

vista cuantitativo en los últimos años como el caso de las camas, la sobreoferta actual es consecuencia de los cambios en el modelo de atención y en las nuevas demandas y necesidades de la población.

Por el lado de la oferta pública las limitaciones de las cuentas públicas provinciales hicieron cada vez más difícil invertir recursos suficientes para introducir nuevas tecnologías, a menudo más costosas que aquellas que sustituyen. La relación en este sentido entre público y privado sigue dándose entre un sector público que paga mal en cuanto a tiempos (y muchas veces no paga), y un sector privado que ante el riesgo de una contratación finalmente impagada incrementa el precio para protegerse de la incobrabilidad. En este sentido la posibilidad de alcanzar un estadio de "regularidad" en la financiación, permitiría sin dudas mejorar los precios de contratación de servicios además de disminuir los costos de la imprevisibilidad.

En definitiva, lo que podemos observar es que aumentan y se vuelven cada vez más diversificadas las necesidades en tanto que los recursos crecen poco o nada. ¿Cómo afrontar entonces esta situación?. Es necesario hacer más racional el funcionamiento de nuestro sistema de salud.

En primer lugar usando mejor los recursos disponibles. Dejando de lado las "islas sanitarias" y avanzando en procesos de integración, sin duda se incrementará la eficiencia en la producción de los servicios, mediante mejoras en la organización del trabajo y sus procesos, lo que conllevaría a un uso más racional de los recursos que permitiera ampliar las posibilidades asistenciales a paridad de costos. Un proceso de disminución selectiva de los financiadores, consolidación de redes prestadoras integrales en un contexto no expulsivo sino de contención en cuanto a las fuentes laborales de salud a nivel regional y local, y cambios sustanciales en el modelo de gestión de las instituciones de salud tenderían a orientar en el sentido antes indicado.

Un segundo frente a atacar es todo lo vinculado con la eficacia. En este sentido merece mayor atención la forma de prestación de los servicios de salud, cuya eficacia está probada científicamente. Pero promover la eficacia de la decisión clínica, para que la misma progrese a estadios y resultados que impliquen a la vez efectividad y eficiencia, requiere un esfuerzo en todos los niveles para promover una medicina basada en las pruebas científicas que alcance no sólo la comunidad médica y resto de los actores sanitarios, sino también la sociedad en general. La información a los ciudadanos es el complemento necesario a lo anterior, ya que puede promover comportamientos más racionales y responsables.

Seguramente antes de racionar servicios eficaces, es necesario recorrer el camino de la búsqueda de la eficiencia y la efectividad, y sobre todo moverse cautelosamente. Palabra muy usada para el manejo económico financiero del sector, pero escasamente en el momento de introducir transformaciones estructurales en el sector salud, al menos en el ámbito nacional.

Algunas tecnologías (incluso algunos medicamentos) tienen un perfil costo eficacia desfavorable, en el sentido de que producen mejoramientos modestos del estado de salud con costos muy elevados. Es sobre estos servicios que es necesario plantear la utilización de criterios económicos para limitar la cobertura de salud. La justificación para utilizar este enfoque es simple: los recursos utilizados para financiar servicios con un perfil costo eficacia desfavorable constituyen un desperdicio, dado que utilizan recursos a servicios que a paridad de costos podrían producir más salud. Queda claro que no estamos hablando aquí entonces de negar servicios costosos pero muy eficaces, como la diálisis renal o las terapias de SIDA, o el tratamiento racional de la discapacidad. Nuestro sistema no está aún ni en condiciones ni en necesidad de tener que negar servicios de esta índole y, por el contrario, existe la vocación de preservarlos.

No creemos que la crisis actual sea en sí misma una oportunidad para gestar idealmente los cambios necesarios, ya que en salud los cambios es sabido que deben hacerse como decíamos antes, en un entorno de consenso, diseño y gestión prolijos, de paso corto pero sin pausa y con un horizonte de largo plazo. Pero sí coincidimos entonces en que esta oscura crisis que estamos atravesando puede generar oportunidades para modificar el rumbo y buscar estabilizarlo en la dirección correcta. Es necesario hacer todo lo necesario para avanzar conforme a estos criterios desde el necesario marco macro de las políticas nacionales, hasta los aspectos de meso y microgestión de las áreas organizativas, institucionales y clínicas.

Es bienvenido sin embargo en este punto un debate interdisciplinario, multisectorial y altamente profesionalizado, serio e inclusivo. Que convoque primero a la reflexión, al estudio y la discusión, de modo que las instancias operativas se sientan escuchadas y comprendidas, colaboren con el feedback necesario para las mejores decisiones, y puedan sentirse luego altamente involucradas en las acciones consensuadas.

Las ciencias de la salud, las ciencias sociales y dentro de ellas en particular las económicas, están llamadas a un aporte conjunto y superador de antinomias y discursos teóricos que apenas si trascienden un procesador de textos, unas planillas excel o el papel impreso, y son claramente insuficientes en el momento actual, para insertarse en la realidad a través del trabajo común y constructivo que conduzca mediante la honestidad intelectual y la perseverancia volitiva a la acción transformadora con resultados eficaces, efectivos, eficientes y lo que es final pero primero: ineluctablemente éticos.

Nota: El autor desea agradecer los valiosos aportes y comentarios realizados por el Dr. Giovanni Fattore (Cergas – Universidad Bocconi) y la Dra. Matilde Sellanes (Observatorio de Salud, Medicamentos y Sociedad de la Confederación Farmacéutica Argentina).

BENEFICIOS NO MONETARIOS DE LA EDUCACIÓN SOBRE EL CONSUMO. UN ESTUDIO APLICADO AL CASO ESPAÑOL¹

Josep Oriol Escardibul



Introducción y Objetivos

Los objetivos de la Tesis Doctoral han sido dos: por un lado, la elaboración de una aproximación desde la corriente de

pensamiento institucionalista para el estudio de los beneficios no monetarios de la educación sobre el consumo; por otro lado, el análisis empírico, para el caso español, de la existencia de dicho tipo de beneficios sobre determinados bienes y servicios de consumo vinculados con la salud, la cultura y la ostentación social.

El estudio de los beneficios no monetarios de la educación (BNME) se ocupa de los efectos de la educación sobre el bienestar individual y social no relacionados con aspectos monetarios, es decir, no vinculados con la producción y los salarios. Así, pueden señalarse como BNME la incidencia de la educación sobre la elección (de consumo y ahorro), la salud, la fecundidad, la delincuencia, el medio ambiente o la participación social (política y de cooperación).

Material y Métodos

En la tesis, en primer lugar se consideran los aspectos teóricos. Así, se describe la aproximación neoclásica que analiza los BNME en general, que proviene de las aportaciones de autores vinculados con la "nueva teoría del consumo" y la "teoría del capital humano", así como las teorías específicas sobre los BNME sobre la salud (modelos de eficiencia, modelos sobre la tasa de preferencia temporal y la teoría de la adicción racional). Ante dicho marco de análisis se contraponen una aproximación institucionalista que se genera a partir de los estudios que autores pertenecientes a dicha escuela han elaborado respecto al consumo y los efectos monetarios de la educación. Dicha aproximación alternativa permite considerar, además de los efectos de la educación sobre la eficiencia (en el consumo y sobre la salud), su incidencia sobre la formación de prefe-

rencias en los individuos, así como incorporar el entorno social y cultural de los mismos como variables explicativas de los mecanismos por los que la educación actúa sobre el consumo.

En segundo lugar, se describe la evidencia empírica existente sobre la presencia de BNME en los siguientes ámbitos: salud (efectos directos e indirectos de la educación sobre la salud – propia y de los hijos–), el patrón de consumo y ahorro, la fecundidad, la delincuencia, el incremento de la participación social y política, así como la defensa del medio ambiente.

En tercer lugar, se presentan las hipótesis, así como la metodología del análisis empírico. Los datos sobre los que se realiza el estudio empírico centrado en la salud provienen de la Encuesta Nacional de Salud de 1997, mientras que los datos referidos al estudio del consumo cultural y de ostentación surgen de la Encuesta Continua de Presupuestos Familiares de 1998.

En cuarto lugar, se muestra el análisis empírico. A partir del mismo, pueden señalarse los siguientes resultados vinculados con el consumo de bienes y servicios que inciden sobre la salud (se han considerado el tabaco y el alcohol):

- La educación reduce la probabilidad de fumar en los hombres y aumenta la probabilidad de fumar en las mujeres.
- La educación incrementa la probabilidad de dejar de fumar en las mujeres y la reduce en los hombres (aunque este segundo efecto es prácticamente nulo).
- La educación permite una mejor comprensión de los efectos nocivos del tabaco en hombres y mujeres.
- La educación aumenta la probabilidad de beber alcohol en ambos sexos.
- La educación reduce la probabilidad de abusar en el consumo de alcohol en ambos sexos.

Resultados y Conclusiones

Los resultados permiten concluir que:

- La educación genera efectos no monetarios sobre el consumo, ya que incide en el patrón de consumo de bienes vinculados sobre la salud.

- La educación puede aumentar la eficiencia de consumo pero no es la eficiencia el único determinante del consumo.

La tesis concluye con un apartado de discusión y conclusiones en el que se destaca lo siguiente. Los resultados permiten aceptar las teorías neoclásicas sólo parcialmente, ya que no se observan efectos positivos de la educación sobre la salud en todos los casos. De ese modo, parece más oportuna una aproximación distinta al estudio de este tipo de efectos no monetarios, proponiéndose una alternativa elaborada con los supuestos de la escuela institucionalista. Por tanto, en este capítulo se aportan posibles explicaciones sobre los mecanismos por los que la educación genera los efectos observados, que derivan de los postulados institucionalistas y la evidencia empírica existente (aunque, sin embargo, se requiere una mayor investigación al respecto). Éstos se refieren al entorno familiar, laboral y social de los más educados, así como a la presión de los oferentes.

Finalmente, se subraya que los resultados obtenidos tienen unas implicaciones para la aplicación de políticas públicas. Así, los efectos observados permiten suponer que la educación genera efectos no monetarios externos que, en general, son positivos. Por tanto, cabe una intervención pública que fomente la provisión de formación para evitar que la sociedad alcance un nivel educativo subóptimo. Además, los cálculos sobre los rendimientos públicos de la educación, que pueden guiar las políticas educativas, no deben obviar la presencia de efectos no monetarios que, como indican Wolfe y Zuvekas (1997), pueden ser de igual cuantía que los monetarios. Ahora bien, el estudio presentado permite señalar que la educación *formal* no siempre corrige hábitos de consumo negativos y, de este modo, es preciso otro tipo de actuaciones públicas.

¹ Tesis doctoral defendida en el Departamento de Economía Política, Hacienda Pública y Derecho Financiero y Tributario de la Universidad de Barcelona, el 20 de septiembre de 2002. Dirigida por el Dr. Jorge Calero Martínez, obtuvo la calificación de sobresaliente "*cum laude*" por unanimidad. E-mail: escard@eco.ub.es

ANÁLISIS DEL GASTO SANITARIO AUTONÓMICO Y SU FINANCIACIÓN: ESPECIAL REFERENCIA AL CASO DE LA COMUNIDAD DE CANTABRIA²

David Cantarero Prieto



Introducción

El proceso de formación del sistema sanitario público en nuestro país ha estado condicionado, en gran medida, por el peculiar desarrollo del proceso de descentralización del gasto y sus correspondientes fuentes de financiación.

No obstante, la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986 y la creación del Sistema Nacional de Salud supuso una auténtica reformulación de la sanidad pública española al establecer y especificar adecuadamente no sólo las reglas de financiación de los recursos del modelo sino también, entre otros, sus criterios de reparto y su grado de descentralización entre regiones mediante la creación de Servicios Regionales de Salud en base a criterios de suficiencia financiera, equidad y eficiencia.

Así, cuando se ha culminado ya en el año 2002 el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas de la gestión de los Servicios de Salud parece aún más claro que éste sigue siendo un tema cuyo estudio tiene una importancia fundamental dada su actualidad y novedad, de ahí precisamente nuestra elección.

Objetivos

A su vez, la investigación que aquí se presenta pretende profundizar en una serie de *objetivos científicos* fundamentales como son la estimación y análisis económico del gasto sanitario autonómico reciente y su correspondiente financiación en el contexto del nuevo modelo de financiación general vigente desde el pasado 1 de Enero de 2002, tanto desde una perspectiva teórica como práctica en el conjunto de regiones y, en especial, en el caso de Cantabria, dada la inexistencia de trabajos específicos en ésta última frente a la amplia experiencia de otras.

Material y métodos

La metodología a emplear implica, por un lado, disponer de series temporales amplias tanto de gasto sanitario como de recaudación de los impuestos, que debían ser territorializados y que abarcan desde 1992 hasta las previsiones oficiales de avance de liquidación del ejercicio 2002. Asimismo, se incluyen estimaciones propias para el período 2003-2005 a partir de la Actualización del Programa de Estabilidad 2001-2005, del

Proyecto de Presupuestos Generales del Estado para 2003 y de la aplicación de métodos estadísticos de predicción en economía basados en el análisis de series temporales, que permiten simular adecuadamente la evolución del nuevo modelo de financiación autonómica.

Resultados y Conclusiones

En esta investigación se aborda el análisis económico reciente de uno de los principales gastos del Estado de Bienestar español, como es el relativo a la asistencia sanitaria, intentado cuantificarlo en términos reales y teniendo en cuenta las diferentes Administraciones Públicas empleadas (Central, Autonómica y Local). Adicionalmente, se ha intentado aportar algo de luz acerca de los cambios producidos en la financiación regional de dicho gasto, desde la perspectiva de la suficiencia financiera, la autonomía y la corresponsabilidad fiscal.

A modo de recapitulación, las principales conclusiones que se derivan de esta investigación pueden resumirse de la siguiente forma:

1) Se confirma que, tras una revisión de la literatura existente tanto de la Economía de la Salud como de la Teoría del Federalismo Fiscal, *existen diversos argumentos teóricos para poder justificar tanto la intervención pública como la descentralización de los servicios sanitarios*, si bien la decisión última dependerá de la visión en este campo de los diferentes Gobiernos en función de su apoyo social.

2) *Lo deseable sería encontrar un sistema que conjugase principios como la suficiencia financiera, autonomía y equidad a través de una apertura de un espacio fiscal o "fiscal room" (Canadá) y una adecuada medición de las necesidades sanitarias (Reino Unido)*, siendo éste el camino que parece haber emprendido nuestro país con la reforma de su sistema de financiación en 2001.

3) *La evidencia histórica del proceso de descentralización sanitaria muestra cómo se ha ido consolidado nuestro Sistema Nacional de Salud, especialmente en el caso de la Administración autonómica, donde se ha incrementado de forma sistemática su nivel de gasto sanitario*. Dicha circunstancia es de esperar que se mantenga en los próximos años, dada su fuerte demanda por parte de la sociedad y la mayor elasticidad de sus fuentes de financiación impositiva ("*cesta de impuestos*") ahora dispuestas por las regiones a través de la reciente Ley 21/2001, de 27 de Diciembre.

4) De las alternativas ya existentes antes del año 2002 y de cara a posibles revisiones del sistema de financiación, la línea a seguir es la del "*Modelo Mixto*" y ésta

parece ser la vía adoptada en el nuevo modelo de financiación autonómica. No obstante, debiera permitirse la conveniente actualización de algunos de sus principales elementos a fin de que su evolución no fuese tan "*dependiente*" del año base (1999).

5) El interrogante que se plantea desde 2002 es si este nuevo modelo de financiación autonómica va a suponer el final de los comportamientos estratégicos de reivindicación de recursos financieros por parte de las regiones ("*mercadeo político*").

En relación con este aspecto, el nuevo sistema de financiación autonómica permitiría incrementar considerablemente los recursos financieros, resultando favorable en algunas CCAA, dada la previsible evolución favorable de sus impuestos compartidos, motivada por su elevado nivel de renta. *Al mismo tiempo, desde la perspectiva de las competencias en sanidad, los traspasos producidos en 2002 han hecho que en la negociación hayan salido más beneficiadas las regiones del antiguo INSALUD-Gestión Directa*. En cualquier caso, el crecimiento de la financiación sanitaria (1,4656) para 1999-2005 se mantendría por encima del PIB (1,4351), por lo que cabe resaltar la ganancia en suficiencia financiera del nuevo modelo. Asimismo, al estimar las diferencias en la financiación autonómica sanitaria obtenidas por las CCAA entre el escenario real de integración en el nuevo sistema general y dos escenarios hipotéticos (prórroga de la financiación sanitaria específica anterior y aplicación del modelo específico anterior con variables de reparto del nuevo sistema) se observa que las CCAA de régimen común podrían obtener, como mínimo, en 2002-2005 una ganancia potencial de financiación considerable (5.161,93 millones de euros).

6) Por último, respecto a la situación de Cantabria, en esta investigación se ha aportado suficiente evidencia acerca de cómo el nuevo sistema de financiación autonómica, dada la previsible y continuada dependencia regional de las transferencias estatales (Fondo de Suficiencia), puede proporcionar a dicha región mayores recursos financieros basados en la articulación de mecanismos adecuados de corresponsabilidad fiscal, que no han empezado a desarrollarse efectivamente hasta el segundo año de aplicación del modelo (2003).

² Tesis doctoral dirigida por la Dra. D^a. Natividad Fernández Gómez, defendida el 7 de Marzo de 2003 en el Departamento de Economía de la Universidad de Cantabria y que obtuvo la calificación de sobresaliente "*cum laude*". Agradecimiento al Instituto de Estudios Fiscales por haber ayudado financieramente a la elaboración de una parte significativa de esta tesis. E-mail: cantared@unican.es.

DESCENTRALIZACIÓN Y DISEÑO ORGANIZATIVO DE LOS HOSPITALES CATALANES DE LA RED HOSPITALARIA DE UTILIZACIÓN PÚBLICA.

Propuesta de un índice de medición global³

Pilar Aparicio Chueca



Introducción

El reto actual de las organizaciones, y de modo especial de las sanitarias, podemos sintetizarlo preguntándonos ¿cómo lograr organizaciones flexibles, con capacidad de aprender a cambiar y con capacidad de dar respuesta

rápida e integrada a clientes cada vez más exigentes, no sólo sin aumentar los costes sino además siendo más eficientes? (J.E. Ricart; J.L. Alvarez, 1997; Mintzberg y Van der Hieden, 1999). La respuesta es paradójica, pues se exige tener un tamaño grande y pequeño a la vez para poder competir, o mejor dicho sobrevivir, en el entorno (Handy, 1992; Temes et al. 1992; del Llano Señaris et al. 1997). Grande, para poder disfrutar de las economías de escala, para poder financiar la compra de tecnología y no depender de agentes externos. Pequeñas, para aumentar su flexibilidad, poder aumentar la innovación y para aumentar la motivación y la eficiencia (Rodríguez y Robles; Cuervo, 1996).

Existe un consenso dentro del mundo de la gestión hospitalaria en que la descentralización es la línea a seguir en el futuro, aunque no existe tanto acuerdo en cómo conseguirla. Descentralizar supone una delegación previa, y nadie delega lo no definido: por ello la premisa de partida es definir lo delegable. Pero ello supone un cambio en la cultura del riesgo y la gestión. Por ello la segunda premisa es orientar a toda la organización hacia esa nueva cultura. Este objetivo se puede conseguir mediante la flexibilización de estructuras mediante sistemas de información que disminuyan los problemas de coordinación y para fomentar la delegación en la toma de decisiones; una mejor distribución de las tareas; creación de formas jurídicas nuevas (consorcios, fundaciones,...) para poder adaptarse a las características macro que les exige el entorno.

Objetivos

El objetivo del presente trabajo es el estudio de las nuevas formas organizativas, que por medio de la descentralización pueden crearse en centros hospitalarios. A la vez hemos querido crear un índice que permita medir el grado de la descentralización organizativa y, conociendo cuál es el grado de descentralización en los hospitales, comprobar si existe realmente una relación entre la descentralización, positiva o negativa, y la eficiencia.

Método

La fase previa de esta investigación pretendía tomar la totalidad de hospitales que forman

la RHUP como Universo Objeto de Estudio (UOE). Sin embargo, después de los primeros contactos con el sector y de unos primeros resultados se vio más oportuno reflejar fielmente la realidad y acotar la población. Cuando se realizó el estudio con la información extraída de las memorias se observó que todos los hospitales no eran comparables entre sí desde el punto de vista de la estancia media. Por otros estudios anteriores conocemos que la magnitud estancia media es ampliamente utilizada en los diferentes estudios sobre la eficiencia y por tanto se consideró que para que posteriormente se pudieran comparar teníamos que definir correctamente el UOE.

Por ello se definió el UOE como aquellos centros hospitalarios que cumplieran tres características: que formasen parte de la RHUP en el período comprendido entre 1997 y 2002; que fuesen proveedores de actividad hospitalaria al SCS y que tuviesen una estancia media que fuera comparable con el resto.

La investigación se realizó en varias fases tanto cualitativas (entrevistas con diferentes agentes del sector), como cuantitativas (a través del estudio de las diferentes memorias de los hospitales y de la realización de una encuesta a los diferentes gerentes de los hospitales). Para el cálculo de la descentralización organizativa de los centros sanitarios diseñamos un índice de medida de la descentralización, como se recoge en la formulación adjunta: $I_G = I_A + I_E + I_S = I_A + I_E + (I_{DE} + I_{DC} + I_{DRRH} + I_{DO})$.

La descentralización global de todo el centro (IG) es la suma de la descentralización de decisiones (IA), de la externa de actividades (IE) y de la descentralización a nivel de servicios (IS). Posteriormente este último índice se dividió en cuatro subíndices diferentes: de descentralización económica, de descentralización de control, de descentralización de los recursos humanos y por último de descentralización organizativa de los servicios.

Resultados y Conclusiones

Como resultado de esta investigación se ha puesto de manifiesto que nos encontramos delante de un sector muy heterogéneo y maduro, no sólo por sus diferentes dimensiones (el tamaño mínimo es de 30 camas y el máximo 1.396, y en metros cuadrados el mínimo eran 2.100 con un máximo de 29.793,21 metros cuadrados) sino también en la organización de sus órganos internos. Esta evolución organizativa es la que inició esta investigación y sus principales conclusiones han sido:

- No existe consenso respecto los órganos organizativos de los hospitales. La descentralización de poder sobre cada uno de ellos es en la mayoría asistencial, y en muy pocos casos económica.
- Respecto al nivel de descentralización que existe en la toma de decisiones que afectan

a todo el centro, (descentralización en decisiones generales) los hospitales catalanes tienen una valoración de 4 sobre 10. Además las decisiones generales con mayor nivel de descentralización son aquellas relacionadas con la actividad diaria de una unidad y que no significan o no modifican el presupuesto global del hospital. Queda un largo camino por delante.

- Las actividades subcontratadas son actividades secundarias, no asistenciales o diagnósticas y existen tres razones principales para subcontratar: aumentar la calidad, disminuir los costes y hacer frente a la demanda.
- Existe una tendencia, aunque no podamos decir que está consolidada, que es la creciente independencia de servicios del hospital para convertirse en empresas con forma jurídica independiente.
- La existencia de sistemas de información y de la Junta Facultativa y la Clínica demuestran tener relación con el número de servicios subcontratados. Por el contrario, ni el tamaño, ni la propiedad, ni la tipología de hospital afectan a este hecho.
- A mayor número de servicios subcontratados, menor es el nivel de descentralización del índice de decisiones generales.
- A nivel de un servicio, el grado de descentralización interna no tiene por qué ser homogéneo en todos sus ámbitos. El nivel de descentralización de un servicio obtiene los siguientes resultados sobre 10: 2,95 en aspectos económicos; 4,72 en recursos humanos; 5,05 en el área de organización y 7,14 respecto a la planificación y el control.
- El nivel de descentralización global es independiente de factores contingentes y el nivel de descentralización global de los hospitales catalanes tiene de media un 5,24 sobre 10.
- Elevados niveles en el índice de descentralización de decisiones están ligados a altos niveles de descentralización en los servicios que se refleja en el índice del servicio. En cambio, elevados niveles de descentralización en el índice de actividades externas no está relacionado con altos niveles de descentralización de los otros dos índices, el de decisiones y el de servicios.
- El grupo de hospitales con mayor nivel de descentralización global es el que registra una estancia media relativamente baja.

³ Tesis doctoral defendida en el Departamento de Economía y Organización de Empresas de la Universidad de Barcelona en diciembre de 2002. Dirigida por el doctor Xavier Triadó Ivern, obtuvo la calificación de sobresaliente "cum laude" por unanimidad. E-mail: pilaraparicio@ub.edu

IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN CONTINUADA SOBRE LA REDUCCIÓN DE LA UTILIZACIÓN INADECUADA DE LA HOSPITALIZACIÓN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA¹

Modesto Martínez Pillado



Introducción

La hospitalización inadecuada se define como la hospitalización de pacientes en hospitales de agudos que, desde una perspectiva clínica, podía ser sustituida por tratamientos en niveles asistenciales

de menor complejidad.

El uso inadecuado de los recursos constituye un importante problema para la mayor parte de los sistemas sanitarios de los países industrializados. La revisión de la literatura sobre el tema muestra la importancia del problema en distintos países, entre ellos España, y además con reiterados trabajos en muy distintos entornos. Se estima que uno de cada cuatro ingresos y más del 30% de las estancias hospitalarias serían inadecuadas.

Estos hallazgos señalan que se están utilizando recursos de una forma contraria a aquélla para la que fueron diseñados, por lo que nos encontramos ante un problema de elevada magnitud social y económica, por cuanto la propia hospitalización en sí, además de inadecuada, puede provocar problemas añadidos que no se hubieran dado de no mediar un internamiento en un centro hospitalario de agudos (típicamente, infecciones nosocomiales, errores en la medicación, caídas, etc.)

A pesar de los numerosos estudios que señalan la importancia del problema, su repercusión en la eficiencia social y las pérdidas de bienestar que conlleva, apenas se citan experiencias en la literatura con el fin de intervenir en esta situación. Esta situación es todavía más sorprendente a la luz de la evidente relevancia que el problema tiene en nuestro país, y parecería que se quedara en un ejercicio académico que apenas podría ser modificado.

En España sólo se ha realizado una intervención para intentar revertir esta situación, que concluía con una reducción significativa en la reducción de la hospitalización inadecuada por causas médicas, aunque con una modesta repercusión de forma global. La presente investigación, no obstante, es la primera que se realiza en dos servicios médicos homogéneos, que afectan a una población de una capital de provincia de 75.000 habitantes, y para dos hospitales con similares áreas de referen-

cia embarcados en un proyecto de fusión de los servicios, si bien durante la duración de todo el trabajo los servicios objeto de evaluación no sufrieron variación alguna ni en su área de influencia, ni en su dotación de plantillas, ni en su estructura organizativa. Todo este proceso estuvo acompañado de importantes tensiones entre los Sindicatos, la Dirección y los Servicios Centrales, además de contar con una importante repercusión mediática, manifestaciones ciudadanas incluidas, así como con diversos pleitos judiciales individuales.

Los objetivos del trabajo eran básicamente estimar la magnitud y las causas de la utilización inapropiada de la hospitalización en los Servicios de Medicina Interna estudiados, así como evaluar la efectividad de una intervención basada en la retroinformación para reducir el uso inadecuado de la hospitalización y, específicamente, el uso inadecuado atribuible a causas médicas.

Material y Métodos

Estudio cuasi-experimental, pre-test post test con grupo control no equivalente. Nuestra hipótesis de trabajo fue que el feedback facilitado a los facultativos a través de reuniones formales provocaría una reducción de las estancias inadecuadas, particularmente aquellas atribuidas al manejo médico conservador.

El trabajo se realizó en los servicios de Medicina Interna (SEMI) de dos hospitales de titularidad pública, GI (Grupo Intervención) y GC (Grupo Control).

Las áreas de referencia de los SEMI se mantuvieron estables mientras duró el trabajo de campo y no se produjo ningún trasvase de facultativos, siquiera para guardias, entre ambos centros hospitalarios.

La intervención realizada incluía componentes educativos (sesiones clínicas, investigador consultor) y de *feedback* sobre la situación de la hospitalización inadecuada antes de iniciar el trabajo.

La medida principal de resultados fue el porcentaje de estancias inadecuadas, por causas médicas y por todas las causas. Una estancia fue definida como inadecuada si durante la misma, y desde un punto de vista estrictamente clínico, el nivel de gravedad del paciente o la asistencia que recibió permitían su atención en un nivel asistencial de menor complejidad.

Se utilizó para la identificación de la inadecuación una versión validada en España del AEP (Appropriateness Evaluation

Protocol). El AEP es una herramienta sobradamente utilizada en la literatura para identificar hospitalizaciones inadecuadas de los pacientes, excepto para pacientes psiquiátricos y obstétricos. Ahora bien, el AEP no fue diseñado para evaluar si los tratamientos o intervenciones quirúrgicas o cualquier maniobra diagnóstica fue indicada correctamente o no, sino que simplemente evalúa el nivel donde se prestaron los cuidados.

Las historias clínicas fueron revisadas por el investigador, previamente entrenado en el manejo del AEP, y que mostró niveles de acuerdo superiores al 90% con el revisor patrón. Se utilizaron todos los documentos contenidos en la historia clínica en el momento de la evaluación.

El tamaño muestral necesario fue estimado en 284 estancias en cada uno de los períodos, para detectar una reducción del 20% al 12% en el porcentaje de estancias inadecuadas por causas médicas entre el período basal y el período intervención (reducción absoluta del 8% y reducción relativa del 40%), con un error tipo I de 0,05 y un poder de 0,80.

A partir de la base muestral de todas las estancias posibles (días hábiles de cada período por número de camas de cada servicio), se optó por el muestreo sistemático de todas las estancias en cada servicio (corte de un día) en 6 días de cada período, separados por 3-4 días. Esto es, se revisaron las estancias de todos los pacientes hospitalizados en los Servicios de Medicina Interna 1 día cada 3-4 días. Este diseño, ya utilizado en los trabajos de revisión de estancias inadecuadas, facilita el trabajo de campo y evita que los ingresos de corta duración pesen de igual manera que los ingresos prolongados (sesgo usual cuando se adopta la estrategia de revisar ingresos completos), permitiendo una buena aproximación a la base muestral de estancias.

Resultados:

Las características de los pacientes en los días de estancia revisados en los grupos y en los períodos no mostró diferencias significativas. Al analizar la distribución de las causas en cada uno de los períodos del estudio, durante el período de pre-intervención no se registraron diferencias entre los GI y GC. Durante el período intervención las diferencias fueron significativas entre ambos grupos. En el período post-intervención las diferencias entre ambos grupos volvieron a no ser estadísticamente significativas. Al analizar cada grupo por separado en

los 3 períodos, en el GI se registraron diferencias significativas entre el período pre-intervención, intervención y post-intervención, fundamentalmente debidas al incremento de los problemas de programación (del 11,9% al 43,35%), y reducción de los atribuibles al médico-hospital (del 83,5% al 49,0%) entre las fases pre-intervención e intervención. En la fase intervención, y en el grupo experimental, también se incrementaron los problemas atribuibles al paciente-familia (del 0,9% al 5,8%). En el grupo control no existieron diferencias estadísticamente significativas en la distribución de causas entre períodos.

El porcentaje de estancias inadecuadas en el conjunto del estudio fue del 33,84% (IC95%: 31,41-36,33), sin diferencias significativas entre el grupo experimental (33,29%; IC95%: 30,25-36,44) y el grupo control (34,75%; IC95%: 30,73-38,95). Al realizar el modelo logístico para valorar si los grupos intervención y control –durante el período intervención exclusivamente– presentaban diferencias en el riesgo de inadecuación por causas médicas, el GC mostró un mayor riesgo de inadecuación (Odds ratio: 1,66) que el GI, sugiriendo que durante el período intervención –tras controlar por el tipo de días revisados (fin de semana frente a laboral y ubicación del día evaluado en la duración de la estancia) y una variable de gravedad (fallecimientos)– el GI mantuvo un menor volumen de estancias inadecuadas por causas médicas, aunque el modelo mostró un rendimiento estadístico discreto (estadístico C: 0,68) y la significación de la variable grupo experimental/control se hallaba en límites dudosos ($p:0,077$). En la regresión logística realizada para valorar los factores analizados a estancias inadecuadas atribuibles al manejo médico de los pacientes, el tipo de diagnóstico, el fallecimiento del paciente, el carácter adecuado o no del ingreso, la duración de la estancia, el carácter laboral o no del día evaluado, así como la situación en el tercio de la duración de la estancia, el hospital y el período de estudio se asociaron significativamente al uso inadecuado de la hospitalización. Además se estudiaron la situación del último tercio de la estancia en relación con la duración de la misma en los grupos definidos, encontrándose que en estancias entre 14 y 30 días existía un riesgo 3,34 veces mayor de tener una estancia inadecuada, mientras que para estancias entre 7-14 días era de 2,09 veces. Ajustando por el resto de variables incluidas en el modelo, ni la edad, ni el sexo, ni la distancia, ni el carácter programado o no del ingreso mostraron asociación con la inadecuación. Respecto al accidente vascular-cerebral, tomado como basal, los diagnósticos de EPOC, IC e IRA se asociaron a una reducción del riesgo de desarrollar estancias inadecuadas. El fallecimiento durante el ingreso se asoció también –siempre controlando por el resto de

factores– a una reducción del riesgo de presentar estancias inadecuadas. Por el contrario, la inadecuación del día del ingreso se asoció a un incremento de casi dos veces en el riesgo de presentar una estancia inadecuada; igualmente, la duración de la estancia superior a 30 días se asoció a un incremento de más del doble en el riesgo de presentar estancias inadecuadas.

Discusión:

La hipótesis básica de esta investigación era que una intervención de *audit* de inadecuación seguida de *feedback* a los clínicos del grupo intervención produciría una reducción del porcentaje de estancias inadecuadas por causas médicas respecto a un período basal previo a la intervención, mientras que el grupo control no mostraría variaciones en su porcentaje de inadecuación. Dado que las características de la intervención no incluían la modificación de la organización hospitalaria, no era esperable una reducción sustancial en otros motivos de inadecuación (como los problemas de programación, o los atribuibles a la familia o las deficiencias en la red asistencial). Sin embargo, teniendo en cuenta que las causas médicas vienen establecidas en la literatura como la mayor fuente de estancias inadecuadas, era plausible que esta reducción se tradujera en una reducción global (por todas las causas) del porcentaje de estancias inadecuadas en el grupo intervención. Los resultados obtenidos permiten rechazar estas hipótesis. Aunque el grupo intervención experimentó una reducción (no significativa) del porcentaje de estancias inadecuadas por causas médicas (del 25,9% al 17,1%), el grupo control experimentó una reducción similar (del 32,6% al 22,9%), que fueron seguidas en ambos casos de un discreto incremento en el período post-intervención. Estos resultados sugieren fuertemente que las variaciones en inadecuación se debieron a circunstancias ajenas a la intervención que afectaron a ambos centros, posiblemente relacionadas con componentes estacionales –como la proximidad de la intervención a las fiestas navideñas–, tal vez, a otros cambios organizativos relacionados con el proceso de fusión hospitalaria. El mayor riesgo de inadecuación durante el período intervención en el grupo control frente al experimental en el modelo multivariante, significativo sólo marginalmente, indica que el grupo control tuvo un mayor porcentaje de estancias inadecuadas (cosa que también sucedió en los períodos pre y post-intervención) pero no permite evaluar la intervención como efectiva respecto a la reducción de estancias inadecuadas por causas médicas.

Si se atiende a las estancias inadecuadas por todas las causas, las conclusiones también conducen a la no efectividad de la intervención. El grupo intervención experimentó un resultado paradójico de creci-

miento no significativo de la inadecuación (del 31,0% al 34,9%), que se mantuvo en el período post-intervención. El grupo control, por su parte, experimentó una reducción –no estadísticamente significativa– del 37,7% al 30,7%, para retornar a valores similares a los basales (36,2%) en el período post-intervención. El análisis multivariante no halló, en este caso, diferencias en el riesgo de inadecuación entre ambos grupos tras controlar el efecto de diversas variables.

Los resultados de este estudio lo sitúan como el único de los estudios de *feedback* de inadecuación reportados en la literatura que muestra resultados negativos, ya que el resto de trabajos que utilizaron la retroinformación sobre estancias inapropiadas para intentar su reducción muestran resultados positivos.

Aunque es posible que exista un sesgo de publicación de resultados positivos, también pueden buscarse explicaciones plausibles para estos resultados negativos en las diferencias en los componentes de la intervención y el tipo de *feedback*: cabe la posibilidad de que el hincapié realizado en la ausencia de compromiso de la Dirección del Hospital le restara “autoridad” al experimento, lo que implica una posible diferencia con otros estudios. En cuanto a la intensidad del mensaje se trata probablemente de una intervención de baja intensidad comparativa, tanto en el tiempo como en la frecuencia y duración de las reuniones de *feedback*, mientras que los vehículos –orales y escritos– fueron similares a otras intervenciones. Cabe añadir también que se utilizó el *feedback* pasivo, de menor efectividad que el activo en la mayor parte de los estudios que los comparan.

Por último, el momento elegido, motivado por el inminente cambio que iba a producirse en el entorno de trabajo, suponía desarrollar la intervención en un clima de crispación, especialmente en el hospital del grupo intervención. Adicionalmente, los facultativos del grupo intervención podían tener escaso interés en “mejorar” la adecuación de un servicio que iba a sufrir una importante transformación en los próximos días, y cuya continuidad veían con gran incertidumbre, incluyendo cambios en su estatus profesional. Nótese que en el GI existía una dirección provisional y la futura organización comunicada de forma pública por la Gerencia del CHP señalaba la dependencia futura del GI respecto del GC, aspecto que era vivido como una falta de reconocimiento.

¹ Tesis Doctoral presentada en el Dpto. de Ciencias Clínicas de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Dirigida por los Dres. Salvador Peiró Moreno y Beatriz González López-Valcarcel, fue defendida el 17 de marzo de 2003, en Santa Cruz de La Palma (Tenerife), obteniendo la calificación de sobresaliente “cum laude”. E-mail: modefi@arrakis.es. El autor pertenece al Grupo Galego de Investigación en Servicios de Saúde (GgíSS). Parte de este trabajo fue financiado por la Secretaría Xeral de Investigación e Desenvolvemento de la Xunta de Galicia



Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism. Editores: Christopher J.L. Murray y David. B. Evans. Organización Mundial de la Salud 2003. 917 páginas.

En este volumen de la OMS se aborda una cuestión tan compleja como la valoración de sistemas de salud. Se desarrolla a partir de experiencias internacionales con el objetivo de desarrollar una serie de criterios comunes para la valoración de sistemas de salud, construir instrumentos que puedan valorar dichas actuaciones y colaborar con distintos países para la aplicación y medición de dichas políticas. Desde una perspectiva global, el texto es una buena referencia para poder desarrollar una metodología de trabajo, aplicada en distintos ámbitos y desde distintas perspectivas. Dado lo ambicioso del título, el libro se divide en cinco partes que abarcan un total de 61 capítulos en los que se aborda la valoración desde una perspectiva regional, ofreciendo casos concretos de distintas experiencias a nivel mundial, de una serie de aportaciones de expertos sobre cada una de las cuestiones tratadas en este volumen, que van desde la consideración de los inputs, la financiación, la provisión de servicios y cobertura, la generación de recursos, la salud pública, la equidad, la justicia en las contribuciones financieras, el papel de las autoridades sanitarias y la eficiencia. Todas estas cuestiones son abordadas en el libro de forma más o menos extensa para dar, como se ha mencionado anteriormente, una visión global de los múltiples parámetros que hay que tener en cuenta a la hora de valorar la actuación de un sistema sanitario.



Gestión Clínica y Sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta. Vicente Ortún Rubio. Masson, 2003.

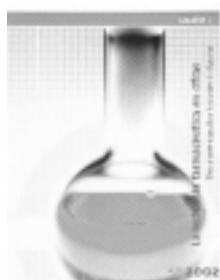
Este volumen, mediante la colaboración de distintos profesionales y especialistas, se aproxima a la gestión clínica y sanitaria desde una perspectiva académica, pero utilizando a su vez casos prácticos, con el objetivo de transmitir un conocimiento que, a veces, es infrutilizado. Desarrollado en siete capítulos, aborda distintos aspectos relevantes para la gestión, desde la revisión de diferentes programas e indicadores de la gestión clínica, el papel y el impacto de las tecnologías de la información y comunicación y el cambio

tecnológico hasta cuestiones "clásicas" como el debate en la toma de decisiones entre la adopción de la regla del rescate y la toma de decisiones basada en criterios de eficiencia. El volumen, décimo de la colección de Economía de la Salud y Gestión Sanitaria, se desarrolla en torno a tres premisas: 1) El objetivo fundamental de la gestión sanitaria es contribuir a mejorar los niveles de bienestar de individuos y poblaciones en los aspectos relacionados con la salud. 2) La necesidad de conocer mejor las disciplinas gestoras y las profesiones clínicas para contribuir a disminuir las diferencias existentes entre ellas. 3) La mayor implicación del profesional sanitario en la gestión de los recursos, así como la del gestor en la reducción de las amplias brechas existentes entre efectividad y eficacia.



Memoria Anual de Farmaindustria 2002. Farmaindustria (Asociación Nacional Empresarial de la Industria Farmacéutica).

Se trata de la última memoria anual presentada por Farmaindustria, referente a datos del año 2002. Coincide su aparición con un momento importante para el mercado farmacéutico y para el sistema sanitario en general, por los cambios anunciados desde el Ministerio de Sanidad en el Sistema de Precios de Referencia y el posible impacto que dicha modificación va a tener sobre la industria y el gasto público. La memoria se divide en tres secciones principales. En la primera de ellas se presenta la organización y actuaciones de la Asociación. En la segunda parte se describe la industria farmacéutica en España y en el mundo y la tercera se centra en las novedades legislativas.



La Industria Farmacéutica en Cifras. Farmaindustria (Asociación Nacional Empresarial de la Industria Farmacéutica) Edición 2002.

Se desglosa en cinco secciones: la industria farmacéutica española en el contexto europeo y mundial; el mercado del medicamento; la asistencia sanitaria pública; estadísticas sanitarias económicas y de población y la última sección dedicada a los anexos. Es una buena guía para conocer las cifras del sector farmacéutico en España, que en esta edición incluye dos importantes novedades: en primer lugar, y ante el nuevo mapa sanitario resultante de la culminación

de las transferencias, se incorpora información sobre la situación específica de las comunidades autónomas a través de indicadores económicos, demográficos y asistenciales. En segundo lugar, se amplía la información correspondiente a los ingresos y costes de las compañías farmacéuticas a partir de datos de la Encuesta Industrial de Empresas del INE. Estas tablas señalan la evolución de ambos conceptos desde el año 1993 hasta el 2001 y también ofrecen una visión comparativa del sector farmacéutico respecto al conjunto de la industria.



The Smoking Puzzle. Information, Risk Perception, and Choice. Frank. A. Sloan; V. Kerry Smith y Donald, H. Taylor, Jr. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts; London, England, 2003. 284 páginas.

Este libro trata de examinar una cuestión relevante en torno al consumo de tabaco, como es la percepción que tienen los fumadores sobre el riesgo sobre la salud derivado del consumo de tabaco. La hipótesis de la que parte se basa en negar la evidencia que sugiere que los fumadores tienden a sobreestimar los riesgos que fumar tiene para la salud. El libro se divide en 9 capítulos en los cuales los autores comienzan describiendo, desde un punto de vista de racionalidad económica, la decisión de fumar. Se hace hincapié también en la información suministrada por las autoridades sobre las consecuencias del consumo de tabaco, y se analizan cuáles son los factores que pueden influir sobre la percepción del riesgo.

Una de las conclusiones obtenidas es que la decisión de dejar de fumar depende de las características de los fumadores. Se comprueba que las campañas publicitarias no tienen el mismo efecto sobre todos los fumadores. Quizá esto debería llevar a las autoridades a plantearse si las campañas deberían ser diseñadas en función del sector de la población al que se dirigen. Un bonito experimento al hilo de este libro podría ser analizar el efecto que sobre el consumo de tabaco puede tener la campaña de inclusión de fotografías sobre las consecuencias del consumo en las cajetillas de tabaco, que la Unión Europea está planeando llevar a cabo. Estudios de este tipo son importantes para valorar la coste-efectividad de campañas publicitarias como mecanismos de prevención y deberían realizarse en ámbitos tan importantes como la prevención de la transmisión del SIDA, o la siniestralidad por accidentes de tráfico.

BOLSAS DE VIAJE PARA ASISTENCIA A JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD 2003

Elisa Hernández Torres	"Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes sometidos a intervenciones cardiovasculares percutáneas"
David Cantarero Prieto	"Crecimiento del gasto sanitario e impacto del modelo actual de financiación en el servicio cántabro de salud. Evaluación comparada en el Estado autonómico español y perspectivas en el nuevo marco de cohesión y calidad"
Ramón Sabés Figuera	"Análisis coste-efectividad del tratamiento farmacológico con Acarbosa como medida preventiva de la diabetes tipo 2 en pacientes con intolerancia a la glucosa (ITG)"
Conrado Domínguez Trujillo	"Índices de sustitución y estancias hospitalarias evitables en cirugía mayor ambulatoria en Canarias"
Alfredo Segura Vinuesa	"Implantación y desarrollo de un modelo de cuadro de mandos integral en un hospital gestionado por procesos"

BOLSAS DE VIAJE PARA ASISTENCIA A CONGRESOS INTERNACIONALES 2003

IHEA San Francisco

Marcos Vera Hernández	"Privately insured and treated in the public. Explaining a NHS puzzle"
Joan Costa Font	"Sustainability of long-term care finance in Spain: a generational accounting approach"
Anna García Altés	"Artificial neural networks can be applied to the development of predictive tools for the diagnosis of organic dyspepsia"

XII EDICIÓN DE LA BECA AES DE INVESTIGACIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD, FINANCIADA POR LA EMPRESA QUÍMICA FARMACÉUTICA BAYER.

Durante el transcurso de las XXIII Jornadas AES, Bayer entregó la Beca de Investigación en Economía de la Salud, dotada con 12.000 euros, por duodécimo año consecutivo. En esta edición 2003, se presentaron 7 proyectos de altísima calidad, lo que supuso un gran reto para el jurado de la ceremonia compuesto por Salvador Peiró (presidente) del I.V.E.S.P. de Valencia, Juan Ventura, de la Facultad de Económicas de la Universidad de Oviedo, Juan M. Cabasés, de la Facultad de Económicas de la Universidad Pública de Navarra y Carmen Piñol, de Bayer HealthCare, que actuó como secretaria sin voto.

Los proyectos presentados fueron:

- José María Abellán Perpiñán. ¿Están sesgadas las preferencias de los pacientes? Un análisis causal de los posibles sesgos mediante métodos paramétricos y no-paramétricos.
- Ariadna García Pardo. Tres casos sobre producción hospitalaria, eficiencia y rent-seeking.
- Rafael Pinilla Pallejá. Capital humano y economía del bienestar.
- Joan Costa Font y Joan Gil Trasfi. Generación de las desigualdades en salud: en busca de un modelo explicativo en España.
- Aitana Lertxundi Manterola. Determinantes socio-económicos de las desigualdades geográficas en salud en la Región Sanitaria de Girona.
- Jordi Real Gatiús. Análisis de las series temporales para la elaboración de modelos de comportamiento de la frecuentación de urgencias hospitalarias de tipo respiratorio. Asociación de factores ambientales y demográficos.
- Diego Ramón Pajares Conde. La gestión por competencias en el Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, el premio fue entregado a *Joan Costa Font* y *Joan Gil Trasfi*, profesores de la Universidad de Barcelona.

NUEVOS SOCIOS INSTITUCIONALES

- SUMOL PHARMA, SA
Persona de contacto: Luis Bahamonde Falcón

EXTRACTO DEL ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL DE AES. Cádiz, 5 de junio de 2003. *Texto completo accesible en la web: www.aes.es*

1. Informe de Junta Directiva 2002-2003: actividades realizadas y programa para el próximo ejercicio.

Además de los puntos que se recogen en la memoria 2002-03, que se había distribuido con anterioridad, se presenta el programa de la Junta, centrado en los siguientes puntos:

- Continuidad en las actividades recogidas en la memoria aprobada (publicaciones científicas, acuerdo con la Fundación BBVA, difusión de información, promoción de presencia internacional, etc).
- Puerto López se despidió como encargada de la página web. David Casado asume esta tarea en adelante.
- Las XXIV Jornadas de Economía de la Salud se celebrarán en El Escorial (Madrid). Ricard Meneu actuará como presidente del Comité Científico y Rosa Urbanos como presidenta del Comité Organizador. Granada y Tenerife se proponen como posibles sedes para el año 2006.

- Se informa del desarrollo del acuerdo con la Fundación Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, que se pretende sirva para aumentar la proyección internacional de AES y consolidar relaciones con otras instituciones.
- Se continuará trabajando en la búsqueda de sinergias entre los instrumentos de difusión de información de AES: lista ECONSALUD, página web y boletín Economía y Salud.

2. Cuentas y presupuestos.

Se aprueban.

3. Actualización de cuotas.

Se aprueba la propuesta de aumentar las cuotas de afiliación, de 45 a 50 euros para los socios individuales, y de 450 a 900 euros para los socios protectores. Estos últimos contarán con un total de tres inscripciones gratuitas (por cada socio) a las Jornadas celebradas por AES, no transferibles a personas ajenas a las instituciones protectoras.

4. Renovación Junta Directiva.

Cesan Beatriz González y Ricard Meneu, que resultan reelegidos. Asimismo, resulta elegido Francisco Gómez Luy, tras convocarse una plaza extraordinaria con el fin de normalizar la renovación parcial de la Junta Directiva por tercios.

PAULA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, cuya tesis doctoral titulada "Economic aspects of the public provision of health care services" fue reseñada en el último número de este boletín, ha sido la ganadora del primer premio al mejor trabajo en Economía de la Salud presentado por un estudiante en el IV Congreso Mundial de Asociación Internacional de Economía de la Salud (iHEA), celebrado el pasado mes de junio en San Francisco. Nuestra más sincera enhorabuena.

CAMBIO EN LA DIRECCIÓN DEL BOLETÍN

Queridos socios AES:

A partir del próximo número, Laura Cabiedes pasa a ser la nueva responsable de la edición del boletín Economía y Salud. Uno de nuestros socios más veteranos, Luis Bohigas, me ha propuesto para dirigir el recién creado Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ante semejante reto he preferido abandonar mis funciones como editora (entre muchas otras), para concentrar todos mis esfuerzos en esta nueva tarea. Estoy segura de que con Laura Cabiedes al frente de la dirección saldremos ganando. Quiero hacer constar que, a pesar de tan corta experiencia, he vuelto a comprobar que es un auténtico placer trabajar con y para vosotros. No robo más espacio al boletín. La despedida de Txomin bien valía un editorial; en mi caso sobra incluso esta breve nota.

Un abrazo a todos.

Rosa Urbanos

JUNTA DIRECTIVA AES 2003/04

Presidente: Vicente Ortún
Vicepresidenta 1ª: Beatriz González
Vicepresidente 2º: Ricard Meneu
Secretaria: Rosa Urbanos
Tesorero: David Casado
Vocales: Puerto López del Amo, Juan Ventura, Laura Cabiedes, Pere Ibern, Francisco Gómez Luy.

Los trabajos aparecidos en este boletín están escritos por especialistas. Las opiniones expuestas por sus autores no son necesariamente las de AES.

ASOCIACION ECONOMIA DE LA SALUD
Sardenya, 229 6ª 4ª • Tel. 231 40 66 - Fax 231 35 07 • 08013 BARCELONA
HORARIO: Lunes a Viernes: de 10 a 2 y de 3 a 7