

# Economía y Salud

boletín informativo

AÑO 17 ENERO 2004 n°

49

**ASOCIACIÓN  
DE ECONOMÍA  
DE LA SALUD**

<http://www.aes.es>

## en este número

pág.

EDITORIAL .....	1
TEMAS .....	3
– El Observatorio del Sistema Nacional de Salud: Nuevas respuestas a nuevas necesidades.	
– La descentralización sanitaria y la equidad: Crónica que he vivido.	
JORNADAS AES .....	6
– XXIV Jornadas AES – El Escorial, 26 al 28 de mayo de 2004.	
TESIS .....	8
– Abordaje de unidades de laboratorio bajo el paradigma de gestión clínica en el área de La Plata y Gran La Plata.	
– La demanda de medicamentos en el nuevo marco regulatorio: un enfoque teórico y empírico.	
– Análisis de los modelos tipo consultorio y centro de salud en la atención médica primaria de la Comunidad Valenciana.	
– Análisis retrospectivo de la prestación por incapacidad temporal. Propuestas de gestión.	
LIBROS .....	12
VARIOS .....	13
– Convenio marco de colaboración entre la Asociación de Economía de la Salud y la Fundación Salud, Innovación y Sociedad.	
– Becas de Investigación en Economía de la Salud	
NOTICIAS AES .....	15

## editorial

Sección coordinada por **Laura Cabiedes**  
([lcabie@correo.uniovi.es](mailto:lcabie@correo.uniovi.es))

### 30.000 EUROS POR AVAC

**Vicente Ortún**



*Para la toma de decisiones colectivas sobre cuánto gastar en servicios sanitarios conviene saber si los beneficios del cambio tecnológico valen lo que cuestan. Contestar esta pregunta requiere información sobre costes y beneficios así como, transformar los beneficios sanitarios (años de vida ajustados por calidad –AVAC– ganados, por ejemplo) en valores monetarios que puedan ser comparados con los costes. Sobre esta transformación versa el editorial.*

*Lo que hasta ahora podemos avanzar, de manera tentativa, sobre el impacto de la atención sanitaria en la salud es que: 1) En países con elevados niveles de bienestar social la asistencia sanitaria ha contribuido de manera destacada a las ganancias en AVACs registradas en las últimas décadas del siglo XX (las cinco últimas décadas en EE.UU., las tres últimas décadas en España). 2) Si el impacto promedio de las intervenciones sanitarias sobre los AVACs ha ofrecido una relación beneficio/coste de 4 a 1, los cambios favorables en estilos de vida presentan una relación beneficio/coste de 30 a 1. 3) Respuestas como las dos anteriores se obtienen substituyendo el habitual corte transversal (Marmot o Wennberg) por un análisis longitudinal en línea con los realizados por Cutler et al, empleando las series de datos lógicas en función del cambio tecnológico que se quiera analizar. 4) El favorable impacto promedio de los servicios sanitarios es compatible con la presencia de brechas descomunales entre efectividad (lo que se está consiguiendo) y eficacia (lo que se puede conseguir con la tecnología y recursos actuales), brechas magníficamente documentadas en el informe del Institute of Medicine sobre el Quality Chasm.*

*Los profesionales sanitarios (gestores incluidos) apenas están despertando al conocimiento y abordaje de las brechas entre efectividad y eficacia (inversa de la calidad). Al fin y al cabo no se paga por actuar con calidad, pero este es un asunto que hemos abordado en otros lugares y conviene retomar el tema del editorial: la traducción de AVACs a euros.*

*Abandonado ya el método del capital humano que consideraba únicamente el impacto en la productividad del trabajo, las actuales técnicas de valoración monetaria de los efectos de una intervención sobre el estado de salud se centran en la disposición a pagar a través de dos familias de métodos: preferencia revelada (comportamientos observados) y preferencia declarada (encuestas hipotéticas).*

*La valoración de los AVACs permite comparar, en cuanto a eficiencia, cualquier intervención sea o no sanitaria. La dimensión de la equidad, especialmente cuando resulta contradictoria con la eficiencia, se dirime en el proceso social de establecimiento de prioridades, aquel en el que se decide quién recibe qué. Las soluciones analíticas, tipo estimar parámetros de una función de bienestar social para medir la aversión a la*

**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:  
**Laura Cabiedes** ([lcabie@correo.uniovi.es](mailto:lcabie@correo.uniovi.es))

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

Han colaborado en este número:  
**Vicente Ortún, Rosa Urbanos, Guillem López Casasnovas, Graciela Etcheverry, Anna Merino, Salvador Algarra, Rosa Romay, Salvador Peiró, José M. Mata, José Oñorbe y Andreu Segura.**

desigualdad y encontrar una compensación entre eficiencia y equidad, no excluyen a la política: dado que los parámetros relevantes de una función de bienestar social son inherentemente políticos y muy difíciles de definir y estimar, debe darse mucha importancia a los procesos de formación de valores sociales y de establecimiento de consensos como forma práctica de resolver las contradicciones entre eficiencia y equidad.

El altruismo forma parte de la vida humana (y de la animal en general). Y no sólo el altruismo recíproco. Existe creciente evidencia biológica y económica –métodos experimentales con bienes públicos y juegos de ultimátum– según la cual los individuos valoran más, en ocasiones, la justicia que la ganancia personal. No son infrecuentes los ‘castigadores altruistas’: personas que premian a quienes actúan de forma cooperativa y castigan a quienes no lo hacen aunque pierdan con ello. La razón evolutiva tal vez estribe en el hecho de que para un animal social, como el hombre, la unidad para la selección natural no siempre es el individuo; en ocasiones lo es el grupo: guerras, hambrunas, catástrofes ambientales... Aquellos grupos con muchos individuos fuertemente altruistas se adaptarían mejor a la supervivencia pues forzarían incluso a los individuos más egoístas a una actuación propiciadora del bien común<sup>1</sup>.

El proceso de establecimiento de prioridades resulta sumamente complejo y requiere conjugar política sanitaria con práctica clínica: ambos niveles están comprometidos. Los resultados de la evaluación económica pueden ayudar a establecer unas prioridades sanitarias que respondan a las preferencias sociales. La validez de los resultados dependerá de la legitimidad del proceso, de la plasticidad de los métodos de evaluación económica para incorporar criterios diferentes al de eficiencia (criterios distributivos, variables socioeconómicas, responsabilidad individual), y del grado en que dichos resultados conciten acuerdo social porque se perciba reflejan preferencias sociales.

Todo ello deviene arduo. Pretendemos incorporar las preferencias sociales pero sabemos muy poco acerca de la génesis y consistencia de tales preferencias. Las pruebas disponibles nos hablan más bien de cómo las preferencias de un individuo se alteran en función del marco en que se formula el problema, de su inconsistencia temporal, del impacto de las emociones, y de los importantes límites a la racionalidad.

El umbral de eficiencia se halla implícito en las decisiones sociales, en general, y más específicamente en las recomendaciones que se derivan de las evaluaciones de tecnologías sanitarias.

Los 7.000 a 27.000 euros por AVAC de Pinto y Rodríguez<sup>2</sup>, actualizados, engloban los 30.000 euros de Sacristán et al<sup>3</sup> así como la disposición a pagar implícita en otros procedimientos generalizados como la hemodiálisis en pacientes con insuficiencia renal o el pontaje aortocoronario.

Partiendo de los ampliamente utilizados \$100.000 de EE.UU., de las 30.000 libras implícitas en las recomendaciones del NICE, de las elasticidades renta de la disposición a pagar revisadas por Viscusi y Aldy<sup>4</sup>, parece que 30.000 euros podrían constituir un buena guía inicial para España.

Estos 30.000 euros, guía de la disposición social a pagar por conseguir un AVAC, deben irse adaptando al contexto de la decisión de asignación de recursos (proceso político), al

contexto individual (proceso clínico) y a las preferencias del ciudadano (procesos político, clínico y de mercado).

En resumen, el coste por AVAC constituye uno de los criterios que pueden informar la asignación de recursos en sanidad. Las preferencias sociales van más allá de la sanidad, por lo que a la política pública le será útil disponer de una cifra guía que oriente cuántos recursos asignar a sanidad y cuántos a otros objetivos.

El umbral de eficiencia en España en el año 2003–30.000 euros por AVAC– refleja una disposición social a pagar en el margen, claramente por encima tanto de la renta individual como del coste medio por AVAC. Nada impide, no obstante, que para su obtención se incorporen criterios adicionales al de eficiencia (como el de equidad). Los métodos de preferencias declaradas permiten recoger la valoración social de todos aquellos atributos (armonía social, garantía de capacidades individuales para desarrollar el potencial de cada persona, sostenibilidad, responsabilidad social, edad, género...) que en el proceso de formulación de preferencias sociales cada sociedad estime pertinentes. Importante recalcar que la valoración va mucho más allá de los bienes privados (divisibles y de consumo excluyente) que puedan interesar individualmente a cada persona.

Conviene destacar que en toda formulación de preferencias sociales hay que pedir a la investigación lo que la investigación puede dar (rigor, resultados válidos...) y a los procesos políticos y gestores lo que los procesos políticos y gestores pueden dar (cambios en reglas de juego, información pública, decisión compartida, mayor capacidad de elección...). El umbral de eficiencia de 30.000 euros por AVAC orienta las decisiones de financiación pública de servicios sanitarios. Esa financiación pública puede ser total o parcial. Quedarían asimismo algunos servicios sanitarios que no contribuirían al bienestar social (no alcanzan el umbral de eficiencia o, idealmente, de bienestar) para los cuales el criterio de disposición individual a pagar sería pertinente (aquí ya no importa el condicionamiento de renta y riqueza).

Finalmente, el umbral de eficiencia constituye una mera guía para las decisiones públicas de asignación de recursos (y muy especialmente las decisiones sobre grado de financiación pública de servicios sanitarios). La validez y utilidad del umbral de eficiencia dependerá más de la transparencia de los procesos de decisión social y de la legitimidad de los procesos decisorios que de las investigaciones aplicadas que sustenten una cifra u otra. Los actuales valores implícitos resultan más cómodos pero menos democráticos y perjudiciales, además, para el bienestar. No hay que temer al conocimiento precario de una cifra guía para el umbral de eficiencia (la ignorancia es peor). Tiene valor cultural y se contextualizará por el proceso político, primero, y se adaptará a cada individuo en las decisiones clínicas –más o menos compartidas– después.

<sup>1</sup> Fehr E, Gächter S. Altruistic punishment in humans. *Nature* 2002; 415: 137-140.

<sup>2</sup> Pinto JL, Rodríguez R. ¿Cuánto vale la pena gastarse para ganar un año de vida ajustado por calidad? Un estudio empírico. En Puig J, Pinto JL, Dalmau (dirs.): *El valor monetario de la salud*. Barcelona: Springer-Verlag, 2001.

<sup>3</sup> Sacristán JA, Oliva J, Del Llano J, Prieto L, Pinto JL. ¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España? *Gac Sanit* 2002; 16(4): 334-43.

<sup>4</sup> Viscusi WK, Aldy J. *The value of a statistical life: a critical review of market estimates throughout the world*. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2003. Working paper 9487. <http://www.nber.org/papers/w9487>

## EL OBSERVATORIO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD: NUEVAS RESPUESTAS A NUEVAS NECESIDADES



**Rosa Urbanos**

Directora del Observatorio del SNS  
Ministerio de Sanidad y Consumo  
e-mail: [rurbanos@msc.es](mailto:rurbanos@msc.es)

Una vez finalizados los traspasos de las competencias sanitarias al conjunto de las Comunidades Autónomas ha sido necesario reestructurar las funciones de las autoridades sanitarias centrales. En el nuevo contexto post-transferencial, deja de tener sentido la estructura jerárquica presente en las tradicionales relaciones entre la Administración Central y las CC.AA., y se requieren nuevos instrumentos que faciliten la iniciativa autonómica y fomenten la cooperación entre los distintos niveles de gobierno. Asimismo, se precisan nuevas fórmulas de funcionamiento que promuevan la cohesión del sistema, sin perjuicio de la autonomía concedida a los distintos territorios del Estado, y que potencien los niveles de calidad en la prestación de los servicios.

La Ley de Cohesión y Calidad, adaptándose a la realidad descrita, crea nuevos organismos centrados en la elaboración de sistemas de información y especializados en la investigación, entre los que destacan el Instituto de Información Sanitaria, la Agencia de Calidad y el Observatorio del Sistema Nacional de Salud. La creación del Observatorio responde a la necesidad de disponer de un instrumento de comunicación e intercambio de conocimientos en el contexto actual en el que se desenvuelve el SNS. La diversidad natural que implica la existencia de un Estado descentralizado multiplica la aparición de innovaciones que deben ser objeto de análisis y posteriormente difundidas al conjunto del sistema. Dependiente de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, el Observatorio nace pues con el objetivo de ofrecer un análisis permanente del Sistema Nacional de Salud en su conjunto mediante estudios comparados de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas en el ámbito de la organización, provisión de los servicios, gestión sanitaria y resultados. Su función consiste en informar la toma de decisiones de los responsables de política sanitaria a través de la recopilación, análisis, evaluación y difusión de políticas y reformas, tanto de ámbito nacional como internacional, basadas en la evidencia. Las experiencias de observatorios de otros países y organismos internacionales respaldan la utilidad de una institución de esta naturaleza. La generación y difusión de conocimiento, que tan importante papel está representando en la toma de decisiones clínicas, resulta también esencial en el ámbito de las reformas sanitarias. Los trabajos realizados por el Observatorio permitirán, por un lado, contribuir a la difusión de las buenas prácticas de política sanitaria, de tal modo que se facilite a cada Comunidad Autónoma la posibilidad de adoptar experiencias iniciadas o puestas en práctica en otros territorios y, por otro lado, advertir de los riesgos que dichas reformas entrañan, reduciendo la posibilidad de incurrir en costes evitables, aportando método y rigor a la elaboración de la política sanitaria.

En resumen, la misión del Observatorio consiste en facilitar la comunicación y el intercambio de conocimientos entre políticos, profesionales, académicos y ciudadanos, siguiendo el espíritu de colaboración entre los agentes que componen el SNS que impregna la Ley de Cohesión y Calidad. Siguiendo estas directrices, este nuevo organismo se abre a la participación activa de las Comunidades Autónomas en varios ámbitos. En primer lugar, en la planificación de los temas objeto de estudio. El Observatorio ha de

ser sensible a las necesidades de los gobiernos regionales, y debe por ello buscar respuestas a las preguntas que dichos gobiernos formulen, orientando de ese modo los esfuerzos de investigación hacia la generación de evidencia en áreas útiles para la toma de decisiones. En segundo lugar, en la propia elaboración de los trabajos de investigación, mediante el suministro de la información necesaria para llevarlos a cabo y, en su caso, la participación directa en su redacción. En este sentido, entendemos que las estrategias cooperativas que favorezcan el flujo de información conducen a situaciones más ventajosas que las estrategias competitivas, con resultados positivos para todos los participantes en el "juego informativo". En tercer lugar, las Comunidades Autónomas participarán en la revisión de los documentos elaborados en el Observatorio. Afortunadamente, la creciente aparición de observatorios y unidades de investigación similares en el seno de los servicios autonómicos de salud indica que la toma de conciencia acerca de la importancia de generar conocimiento en el ámbito sanitario es ya un hecho, y constituye un factor esperanzador para el desarrollo de las tareas asignadas al Observatorio del Sistema Nacional de Salud.

Formado por un equipo multidisciplinar, cuyos miembros aportan visiones complementarias sobre las distintas áreas de la política sanitaria, el Observatorio del SNS está respaldado por una red de expertos independientes pertenecientes a universidades, centros de investigación, sociedades científicas y otras instituciones públicas y privadas, que tienen como misión revisar los contenidos de nuestras publicaciones, avalando así su calidad técnica y científica. Asimismo, el Observatorio del SNS cuenta con la participación activa de dicha red de expertos en la realización de trabajos específicos que aportan evidencia sobre la evolución de nuestro sistema sanitario.

En la actualidad se han abierto distintas líneas de investigación, que pasan por el aprendizaje de experiencias adoptadas en el entorno europeo en el ámbito de la regulación de farmacia y la coordinación en países descentralizados, y llegan hasta la revisión de experiencias autonómicas en la gestión de las listas de espera o en la configuración de las redes de atención socio-sanitaria. Una parte importante de los esfuerzos del Observatorio se concentra en la elaboración del primer informe anual del SNS, que pretende hacer un recorrido por las principales áreas de nuestro sistema sanitario (estructura organizativa, legislación, financiación y gasto, oferta, instrumentos de gestión, utilización de servicios y resultados en salud y satisfacción, concluyendo con un análisis de las reformas centrales y autonómicas más recientes), siempre respetando la perspectiva comparativa por CC.AA. Este primer informe, que pretende dar corporeidad al conjunto del sistema sanitario, se concibe como el pilar sobre el que se sustentarán los trabajos posteriores del Observatorio, y tiene por objetivo identificar lagunas de conocimiento que nos orienten en el futuro.

En resumen, las tareas encomendadas a este nuevo organismo son numerosas y, en ocasiones, difíciles de lograr. El principal aliento para llevarlas a cabo surge del firme convencimiento de que serán útiles para el progreso del Sistema Nacional de Salud y contribuirán a su modernización.

# LA DESCENTRALIZACIÓN SANITARIA Y LA EQUIDAD: CRÓNICA QUE HE VIVIDO

Guillem López Casasnovas

Departament d'Economia i Empresa y Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES),  
Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

El mayor cambio que ha experimentado la sanidad española en las dos últimas décadas es probablemente el de la generalización de la transferencia a las CCAA que integran el Estado. Este hecho está generando claras tensiones en el *statu quo*. ¿Es compatible la descentralización sanitaria con un Servicio Nacional de Salud cohesionado?. ¿Es la descentralización sanitaria parte del problema o de la solución?. La generalización de las transferencias de una manera tan rápida como la experimentada en nuestro país (negociada en poco menos de seis meses, con acuerdos financieros de mínimos, en ausencia de marcos legales explícitos en los ámbitos de la coordinación y del desarrollo de normativa básica, con un nuevo acuerdo de financiación autonómica general del que no se conocen aunque se intuyen algunas lagunas, etc.), ofrece un presente con interrogantes. Dichas incertidumbres se ven incrementadas ante el posible 'mal uso' de las amplias competencias transferidas por parte de las nuevas Comunidades en ejercicio de sus poderes, con lecturas atentatorias acerca de la equidad territorial. Estas valoraciones son fácilmente utilizables por parte de quienes añoran el centralismo preconstitucional, para levantar todo tipo de temores entre la población de resquebrajamiento de la sanidad pública en tanto pilar fundamental del Estado de bienestar.

Valga esta reflexión para delimitar la naturaleza del problema que tenemos entre manos y argumentar a favor de la descentralización sanitaria como parte de la solución y no como el problema en si mismo de nuestro sistema sanitario.

## El papel de los traspasos en materia sanitaria

En efecto, la transferencia de las competencias de asistencia sanitaria a las diez Comunidades de vía lenta negociada durante el periodo 1999-2001, y entrada en vigor en enero del 2002, constituye sin duda el cambio institucional de mayor calado que se ha producido en la sanidad española desde 1986. En este sentido, el incremento asociado a la autonomía política puede mejorar la cooperación horizontal y los mecanismos de rendición de cuentas. A la vez, ello puede también contribuir a generar una mayor claridad y transparencia en el ejercicio de las competencias centrales de coordinación (antes mezcladas con las responsabilidades de gestión directa del gobierno central sobre el territorio INSALUD) y así sobre la cooperación global del Sistema Nacional de Salud y sobre sus resultados. Sin embargo, hay factores importantes que apuntan en la dirección contraria, provocando un cierto barullo político e ineficiencia económica sistémica. Así, de un lado, 8 de las 10 Comunidades de vía lenta (*versus* 2 de las 7 de vía rápida) tenían en el 2001 poblaciones menores de dos millones de habitantes. Aunque no existe evidencia sobre este tema, resulta razonable esperar que el tamaño de las economías de escala y gama (y del *pool* regional en términos de compensación de riesgos) sea en este caso menor, lo que puede generar problemas de ineficiencia productiva. Por ello, puede que tenga sentido reconocer una internalización de flujos asistenciales entre varias CCAA que permita hablar de regiones sanitarias naturales. Madrid, Castilla-La Mancha y Castilla y León son ejemplos de lo que podría funcionar como una gran región centro. A este respecto, se debería favorecer la creación de órganos consorciados entre gobiernos autonómicos, con financiación envolvente o global de las tres CCAA. A efectos del establecimiento de políticas sanitarias concretas. De otro lado, los acuerdos alcanzados sobre las partidas de gasto sanitario a transferir a las Comunidades de vía lenta se han caracterizado de un modo muy marcado por la discrecionalidad política y la falta de transparencia.

## Algunos datos

Destaquemos algunos primeros datos. A raíz de las compensaciones 'a medida' realizadas durante la negociación, se observan CC.AA. que ven aumentada la transferencia vía 'garantía de mínimos', con beneficios relativos particularmente para Aragón, Asturias, Cantabria, Extremadura y Murcia. La nueva financiación por población beneficiaria sitúa en consecuencia para el año 2002 Aragón 721,5 euros pc año (la que más) y la que menos Madrid 622 euros, con cifras cercanas a las de la Comunidad Valenciana 629 euros. Andalucía, Valencia y Catalunya se situarían, curiosamente, también por debajo de la media. A este respecto, el acuerdo con Madrid resulta a todas luces sorprendente, a no ser que existan acuerdos en paralelo que maten las cifras hoy disponibles. De modo similar en lo que se refiere al diferencial de financiación entre Andalucía (por debajo de la media) y Extremadura (por encima).

¿Qué puede justificar, por lo demás, la diferencia de financiación entre Aragón (721,5), Asturias (709,5), Extremadura (689), Castilla León (684) por encima de Andalucía (644)? ¿Podrá recuperar posiciones la sanidad andaluza gracias a la dinámica fiscal autonómica general o la compensación entre servicios públicos desde la integración efectuada?. ¿Funcionarán los mecanismos de igualdad fiscal para garantizar un sistema que evolucione de manera coordinada?.

## A vueltas con la coordinación

Una simple comparación del gasto funcional en sanidad entre distintos estados de corte federal muestra como, en términos cuantitativos, la Administración central española retiene hoy un porcentaje del gasto total por debajo, y no por encima (exceso de centralización) de lo que sería esperable a la vista de la magnitud de la transferencia efectuada. Sin capacidad ya pues a estas alturas de condicionar centralmente el gasto ya autonómico, el Gobierno actual parece enfatizar la coordinación, entendida en un modo concreto, como método y manera para recuperar las riendas del gobierno de nuestro sistema de salud.

La coordinación en materia de política sanitaria tiene como objetivo promover el respeto, según la LGS (arts. 70, 2 y ss.), a los '*criterios mínimos básicos y comunes*', que han de informar el sistema sanitario español. Dicha concreción resulta insuficiente a efectos de lo que debemos finalmente entender por coordinación en el plano operativo. La coordinación en el plano operativo es una cuestión que permanece hoy, por tanto, relativamente abierta en materia de jurisprudencia constitucional, y admite diversas interpretaciones: desde el '*coordinar-se*' entre iguales hasta el '*ser coordinados*' por un superior; y desde los '*a propuesta de*' hasta el '*según informe preceptivo y vinculante de*'. Aquí los detalles, obviamente acaban siendo decisivos.

Reconocida la anterior dificultad interpretativa, entendemos aquí por 'coordinación' lo que entiende el Tribunal Constitucional (TC) en diversas Sentencias (por ejemplo, la 32/1983; y la 102/1995): 'Se trata de una función instrumental, consistente en fijar medios, sistemas y procedimientos de relación entre CCAA. que hagan posible, sobre la base de la información recíproca y la acción conjunta, la integración del sistema sanitario desde la diversidad de las acciones de las diferentes CC.AA.

Con ello, lo que caracterizaría la coordinación competencial sería:

– a) el hecho de que se trata de una competencia formal (normas comunes y directrices auto-otorgadas a través de órganos mixtos), no substantiva (no afecta a un organismo separado de las partes o perteneciente exclusivamente a una de ellas,

como sería el caso si se ejerciera exclusivamente desde el Ministerio);

– b) su desarrollo en el plano horizontal, fuera de la vía jerárquica y vertical (LGS art.73);

– c) con carácter mayormente preventivo, de aceptación anterior a la adopción autónoma de decisiones;

– d) el no requerir funciones de dirección, ni de gestión, ni ejecución, sino tan sólo de instrumentación de mecanismos y sistemas de relación;

– e) con un objetivo último que no puede ser otro que establecer, a través de los diferentes mecanismos formales de cooperación, las condiciones básicas que garanticen los derechos y las obligaciones de los ciudadanos ante las prestaciones sanitarias en términos de igualdad de oportunidades de consumo ante igual necesidad,

– f) y evitando divergencias ‘irrazonables y desproporcionadas’ (Sentencia del TC 37/1981)

En cuanto a este último punto, y tal como reiteran distintas sentencias del mismo TC: ‘El principio de igualdad no puede ser entendido en modo alguno como una monolítica uniformidad (...), y no requiere un ordenamiento del que resulte que, en igualdad de circunstancias, en cualquier parte del territorio nacional, se tienen los mismos derechos y obligaciones (...), especialmente cuando ello resultase frontalmente incompatible con la autonomía (Sentencias del TC 37/1981 y 37/1987). Aclara por lo demás el TC, que se trata de garantizar la ‘igualdad de posiciones jurídicas fundamentales (...) de modo que la igualdad de derechos y obligaciones no puede ser entendida en términos tales que resulten incompatibles con el principio de descentralización política del Estado, pues ello impediría el ejercicio por las CC.AA. de las competencias que tienen atribuidas, ejercicio que, entre otras cosas, supone libertad para configurar una política propia en dichas materias’ (Sentencia del TC 14/1998).

Todo ello nos remite al terreno de lo concreto, en el que quedan algunas cuestiones capitales abiertas: ¿Es desproporcionada la provisión de una prestación fuera de catálogo por parte de una C.A. que financia el coste adicional de dicha prestación con sus propios impuestos?. ¿Es desproporcionada la provisión de unas mismas prestaciones, pero a una mayor ‘calidad’, por parte de una C.A. que financia el coste adicional de dicha prestación con sus propios impuestos? ¿Qué entendemos en este ámbito por *calidad*: la relativa al dispositivo asistencial, al tratamiento hotelero, a prácticas diagnósticas menos agresivas (aunque menos ‘coste-efectivas’), a un menor tiempo de espera, a mayor frecuentación (aunque de demanda superflua)...? ¿Es ‘irrazonable’ un criterio de transferibilidad de derechos (*portability*) por el que el ciudadano que se desplace a otra CA ‘arrastre’ su derecho a la asistencia, de modo que ésta no se le pueda negar allá donde vaya, pero que si es de nivel inferior en algún aspecto en destino que en origen, no le legitime a la plena gratuidad, sino que posibilite que el servicio de destino (público o privado) facture al servicio (público) de origen?

### El punto de partida

Una última observación a este respecto, que puede ayudar a dimensionar en su justa proporción la necesidad de forzar una mayor coordinación sanitaria, es que, como hemos señalado en otros trabajos, España no es un Estado significativamente desigual en la financiación sanitaria pública capitativa, al contrario de lo que algunos postulan. El punto de partida es más bien de una gran igualdad, con reducidos coeficientes de variación en la financiación per cápita entre CC.AA. durante el periodo 1986-1997 son en general muy inferiores a la mayoría de países occidentales para los que existen datos (Francia, Italia, Reino Unido –e Inglaterra–, Suecia, Alemania, Canadá y Australia). No constituye una sorpresa que cuanto menos descentralizado esté un país mayor sea la variación en el gasto sanitario público per cápita. Las razones son que bajo un sistema descentralizado resulta más difícil la discrecionalidad para mantener variaciones

importantes en recursos entre territorios. Cualquier diferencia observada permite una lectura política y una reivindicación social geográfica muy difícil de ignorar políticamente. Este mismo resultado lo observa K. Banting<sup>1</sup> comparando sistemas sanitarios con o sin estructura federal, para concluir que siendo el nivel de gasto total mayor en términos absolutos en los descentralizados, además la proporción de gasto sanitario público sobre el total es además mayor. Por lo tanto, no parece que la situación de desigualdad sanitaria en España justifique hoy acciones radicales de coordinación. Imponer pautas de consumo uniforme sobre la geografía pondría además en peligro la estabilidad política del acuerdo constitucional que hizo posible la configuración del estado de las Autonomías.

Parece claro, por tanto, que hace falta sentido común para buscar los balances apropiados entre la necesaria coordinación y la descentralización política. Conviene en todo caso recordar que la descentralización que reconoce nuestra Constitución a favor de las CC.AA. es política (no administrativa –como es el caso de los entes locales) y comporta capacidad financiera y legislativa propia. Como resultado de lo anterior, la diversidad es inevitable, más aún es deseable vistos los resultados muy positivos que ha tenido en términos de mejora de la innovación y capacidad de respuesta del sector público a las necesidades de los ciudadanos. El caso español demuestra que la diversidad y la innovación no se han traducido en diferencias importantes en cuanto a niveles de gasto.

Nótese en cualquier caso que importa distinguir lo que es financiación pública del gasto de lo que es el gasto sanitario público en sí mismo, en aquellos casos en los que pesa mucho la capacidad de los parlamentos autónomos de añadir financiación por su cuenta a los niveles de financiación procedentes de la federación. Claro está, sin embargo, que las lecturas de la ‘equidad territorial’ en uno y otro caso son distintas, ya que las aportaciones financieras propias derivadas del esfuerzo fiscal adicional de una comunidad, como complemento a su contribución a la fiscalidad general (que además se territorializa con criterios de igualdad ponderada: por ejemplo, por consumo aproximado según población destinataria, independientemente de la capacidad fiscal o contributiva de cada territorio), parece menormente discutible. Es la ciudadanía la que prioriza entre diferentes partidas de gasto a igual esfuerzo fiscal.

### Consideraciones finales

Un poco para provocar a algunos de mis buenos amigos de la junta directiva del AES, que fuman en casa de su presidente la pipa de la paz, acostumbro a requerir que nuestra Asociación acabe aboliendo definitivamente el término equidad del lenguaje común y lo sustituya por el de igualdad: un concepto mucho más preciso –aritmética y geoméricamente– y que no es capaz de encerrar prejuicios políticos de conveniencia. Los economistas de la salud podemos de este modo identificar la igualdad/desigualdad de nuestro sistema (prestaciones, financiación), y nos resta tan sólo aguardar la discusión, social más que técnica, para que la sociedad –y los políticos en su nombre– valoren qué nivel, condiciones y efectos hacen que un determinado nivel de desigualdad sea tolerable o inaceptable en cada comunidad.

Tal es mi reacción a tantos años de estudios y trabajos en el terreno de las ‘inequidades territoriales’ en gasto sanitario, hartado de ver como sus valoraciones, bajo supuesta apoyatura técnica, se convertían en grandes pretextos para no atender, puertas adentro, a los problemas de salud prevalentes.

En este sentido, el nuevo sistema de descentralización hace que devengan obsoletos definitivamente muchos de los conocimientos con los que hemos trabajado algunos de nosotros, y que tan poco han servido para llevar la sanidad a mejores puertos. Esperemos que muerto el perro se muera también la rabia.

<sup>1</sup> Banting K. Fiscal Federalism and Health Care Systems. London: Blackwell Publishers, 2002.

## Respuestas individuales y sociales ante los riesgos para la salud XXIV JORNADAS AES – EL ESCORIAL, 26 AL 28 DE MAYO DE 2004

El Escorial. 2004



### PRESENTACIÓN

Aunque en anteriores ediciones hemos abordado algunos aspectos de la cuestión, las **XXIV Jornadas de Economía de la Salud** pretenden propiciar una reflexión más global sobre los principales retos que plantean las **“Respuestas individuales y sociales ante los riesgos para la salud”**. La salud siempre está en riesgo, ya que la multiplicidad de sus determinantes se traduce en un sinfín de amenazas que van desde las imperfecciones de la dotación genética hasta las consecuencias indeseadas de las intervenciones sanitarias. Pero no todos los riesgos tienen la misma importancia ni para los individuos ni para la sociedad. Tampoco las formas de enfrentarlos son idénticas para todos ni inequívocas para cada uno de ellos. La evaluación económica resulta por tanto una herramienta útil para conocer la eficiencia de las diferentes respuestas que adoptan los individuos o la sociedad. Adicionalmente, la evaluación de la incorporación de diferentes estrategias frente a estos riesgos en los planes de salud constituye un área fértil para analizar las respuestas adoptadas. También la elaboración de una agenda de investigación sobre prioridades en riesgos y cuidados sanitarios en España que identifique lagunas de conocimiento y plantee líneas de actuación ofrece prometedoras perspectivas que aconsejan dedicarle un taller.

Un riesgo no es sólo la posibilidad de un daño, sino también cada una de las contingencias que pueden ser objeto de un contrato de seguro. La respuesta genérica a los riesgos para la salud individual adopta en nuestro entorno un marcado componente social al articularse mediante formas de aseguramiento financiadas por el conjunto de la población. A pesar de este aseguramiento obligatorio e ineludible, parte de la ciudadanía destina voluntariamente recursos a comprar pólizas complementarias o sustitutivas. En los últimos años se han producido avances en el estudio de estas decisiones, así como sobre los mecanismos para predecir los riesgos imputables a cada individuo. El aseguramiento y el ajuste de

riesgos se perfilan como uno de los hilos conductores de diferentes mesas y sesiones.

La capacidad de las Comunidades Autónomas de ampliar el paquete de prestaciones comunes a todo el SNS permite experiencias plurales de extensión de la cobertura de riesgos, por lo que se pretende acoger un debate sobre estas diferentes coberturas, sus bondades y sus razones. Y como el debate es un saludable requisito para adoptar decisiones colectivas adecuadas, las XXIV Jornadas de Economía de la Salud se proponen abordar los principios de la cuestión, polemizando sobre las razones para preferir respuestas individuales o sociales ante determinados riesgos.

Además, las Jornadas están abiertas a la presentación de trabajos relacionados con los aspectos sociales y económicos de la salud como son la eficiencia del sistema sanitario, la gestión clínica, los incentivos en la asistencia sanitaria, los planes de salud, la equidad, la financiación, la política farmacéutica, la evaluación económica, la de tecnologías sanitarias y la de riesgos específicos, entre otras áreas temáticas.

### COMITÉ ORGANIZADOR

**Presidente:** Rosa Urbanos Garrido.

**Vocales:** Joaquín Estévez, Antonio García Romero, Juan del Llano Señarís, Juan Oliva, Francisco Luis Sánchez Prieto, Pedro Tamayo Lorenzo.

### COMITÉ CIENTÍFICO

**Presidente:** Ricard Meneu de Guillema.

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

### SECRETARÍA CIENTÍFICA

**Observatorio del SNS**

Paseo del Prado 18-20  
28071 Madrid  
91 5961599  
Fax: 91 5964478  
rrodriguez@msc.es

### SECRETARÍA TÉCNICA

**Agencia Lain Entralgo**

**Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid - Área de Investigación**

Gran Vía, 27  
28013 Madrid  
Tel: 91 3089489  
Fax: 91 3089463  
e-mail: agr33@salud.madrid.org

**Página WEB:** www.aes.es

## **FECHAS IMPORTANTES**

### **28 de febrero de 2003**

Fecha límite para el envío de comunicaciones.

### **5 de mayo de 2003**

Fecha límite para el envío texto completo de las ponencias y de las comunicaciones aceptadas.

### **26 de mayo de 2004: Taller BBVA**

La evaluación económica y el gap entre recomendaciones y práctica.

### **26-28 de mayo de 2004**

Jornadas de Economía de la Salud.

### **27 de mayo de 2004**

Asamblea de la Asociación de Economía de la Salud.

### **28 de mayo de 2004**

Cena de clausura

## **TEMAS**

Las líneas centrales de las XXIV Jornadas de Economía de la Salud se desarrollarán en torno a las siguientes mesas:

- LOS RIESGOS PARA LA SALUD Y EL ASEGURAMIENTO. MARCO TEÓRICO Y RESPUESTA INSTITUCIONAL.
- ASEGURAMIENTO Y AJUSTE DE RIESGOS.
- PERCEPCIÓN Y COMUNICACIÓN DE RIESGOS A LOS PACIENTES
- PROMOCIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES.
- EVALUACIÓN ECONÓMICA DE RIESGOS ESPECÍFICOS PARA LA SALUD.
- COMPARACIÓN DE LA COBERTURA DE PRESTACIONES ENTRE CC.AA.
- POLÍTICA INTERNACIONAL DE MEDICAMENTOS.
- RACIONALIZACIÓN DEL USO DE MEDICAMENTOS. EXPERIENCIAS ESPAÑOLAS.
- PLANES DE SALUD. ORIENTACIÓN Y EVALUACIÓN ECONÓMICA.

Como siempre, las JORNADAS DE ECONOMIA DE SALUD mantendrán los espacios de debate para los temas más clásicos de la disciplina: EQUIDAD, EFICIENCIA, EVALUACIÓN ECONÓMICA, REGULACIÓN, GESTIÓN Y FINANCIACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS.

## **PONENTES**

Entre otros, está prevista la participación como ponentes de:

**Jeffrey Harris, Elliot Fisher, Fernando Rodríguez Artalejo, Beatriz González, Salvador Peiró, Jaime Pinilla, Angel Marcos Vera.**

## **Taller Fundación BBVA**

Financiado por la Fundación Banco Bilbao Vizcaya Argentaria, el 26 de mayo de 2004 se realizará el taller: **La evaluación económica y el gap entre recomendaciones y práctica**, Impartido por Jeffrey Harris y Beatriz González

## **TALLERES ADICIONALES**

### **Agenda de investigación sobre prioridades en riesgos y cuidados sanitarios en España**

IACS y Redes de Investigación Cooperativa. Elliot Fisher.

### **Experiencias iberoamericanas en respuestas a los riesgos para la salud.**

### **II Encuentro de Jóvenes Investigadores en Economía de la Salud.**

## **COMUNICACIONES**

Remitir antes del **28 de febrero de 2004** un resumen de la comunicación.

El modelo de resumen puede obtenerse en la página web de las Jornadas, enviándolo por correo electrónico, fax o correo ordinario a la Secretaría Científica.

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 póster, **antes del 1 de abril de 2004.**

El texto definitivo de las comunicaciones aceptadas deberá ser remitido mediante correo electrónico antes del **5 de mayo de 2003**. La extensión máxima del texto no superará los 20 folios incluyendo cuadros y gráficos.

## **BECAS – PREMIOS**

### **Bolsas de viaje para asistencia a las Jornadas de El Escorial 2004 para socios/as de AES menores de 35 años**

La Asociación convoca 5 bolsas de 600 €, que se transferirán directamente a la organización de las Jornadas para cubrir los costes de inscripción y alojamiento, para aquellos socios/as menores de 35 años que presenten una comunicación a las XXIV Jornadas AES de El Escorial

### **Bolsa de viaje para asistencia a las Jornadas de El Escorial 2004 para ex-alumnos/as del Master de Economía de la Salud y Gestión Sanitaria de UPF-UB**

El Master de Economía de la Salud y Gestión Sanitaria de UPF-UB convoca una beca de 600 € para un ex-alumno/a del citado Master, preferentemente latinoamericano/a, con comunicación aceptada en las XXIV Jornadas AES de El Escorial. Solicitudes a Marisol Rodríguez (marisol@eco.ub.es).

## **Inscripciones reducidas**

Los estudiantes de pregrado menores de 30 años de cualquier licenciatura podrán inscribirse en las Jornadas a precios reducidos.

## **XIII Convocatoria Becas AES de Economía de la Salud para proyectos de investigación.**

Financiadas por la empresa Química Farmacéutica Bayer S.A., durante las Jornadas de Economía de la Salud se hará público el fallo de las Becas de AES de ECONOMIA DE LA SALUD para proyectos de investigación dotadas con 12.000 Euros.

## **Premios a Comunicaciones científicas**

Financiado por AES, se otorgarán 3 premios (mejor comunicación oral, mejor comunicación gráfica y mejor comunicación de tema local) a las mejores comunicaciones a juicio del Jurado establecido al efecto.

# ABORDAJE DE UNIDADES DE LABORATORIO BAJO EL PARADIGMA DE GESTIÓN CLÍNICA EN EL ÁREA DE LA PLATA Y GRAN LA PLATA

Graciela Etcheverry

Tesis de la Maestría en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud dirigida por la Lic. Lilita Cristina Galán, defendida el 18 de diciembre de 2002 en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de La Plata.  
Email: gracielaetcheverry@uolsinectis.com.ar



## Introducción

La investigación llevada a cabo en este trabajo aborda el análisis de la gestión en laboratorios clínicos de la ciudad de La Plata, capital de la provincia de Buenos Aires, Argentina. El objetivo es formular un modelo de Gestión Clínica para dichos laboratorios. Esta forma de gestión de las organizaciones de salud se encuentra entre las que surgen en las dos últimas décadas en los países exDopeos en respuesta a la crisis emergente en el sector. La percepción de que esta experiencia podría ser transferible a nuestro medio motiva este trabajo.

## Antecedentes del tema

En el ámbito de los laboratorios clínicos diversos autores han reconocido la necesidad de utilizar herramientas que lleven a una optimización de los recursos y a una mejora progresiva de la calidad. La mayor parte de estos trabajos representan abordajes parciales de la gestión, a través de la planificación y control de la producción, la tecnología, los recursos humanos o la información económica. Un abordaje integral de la gestión como el que implica la aplicación de un modelo de las características de la Gestión Clínica se encuentra en contados casos y los mismos no pertenecen a nuestro medio.

## Marco teórico

El paradigma de Gestión Clínica enfatiza la importancia de gestionar las organizaciones sanitarias integrando las culturas de los profesionales de la salud y de los de la administración y la economía con el fin de obtener una mejor calidad de atención de la salud, una descentralización de la organización y un impulso hacia una nueva forma de trabajo enfocada hacia la gestión de procesos, la mejora continua y la autoevaluación sistemática. Se confiere entonces a los profesionales del equipo de salud la responsabilidad de la calidad del servicio de atención ofrecido. Avedis Donabedian entiende que la misma consta de una serie de atributos: eficacia, efectividad, eficiencia,

equidad, aceptabilidad y legitimidad. Entre las herramientas de la administración propuestas para la implementación de la Gestión Clínica por diferentes autores se reconocen elementos de la Teoría de los Sistemas, de la Administración por Objetivos, de la Administración de Calidad Total y de la Administración Estratégica.

## Objetivos

**Objetivo principal:** Formular un modelo de Gestión Clínica para laboratorios clínicos de los ámbitos público y privado de La Plata y alrededores.

### Objetivos específicos:

- Realizar un diagnóstico de situación en los laboratorios elegidos para el estudio.
- Identificar variables críticas para la implementación del modelo de Gestión Clínica.
- Elaborar propuestas de aplicación del modelo para laboratorios de diferentes características.

## Aspectos Metodológicos

**Universo y muestra de estudio:** El universo de estudio está constituido por unidades que pertenecen a redes de laboratorios clínicos públicos y privados de la ciudad de La Plata y Gran La Plata. A los efectos de realizar un análisis cualitativo se confeccionó una tipología de laboratorios teniendo en cuenta su inserción en las redes pública o privada, su instalación o no dentro de establecimientos asistenciales con internación y el número de pacientes diarios promedio. Tres laboratorios de la red pública y nueve de la privada constituyen la muestra que es relevada entre los meses de junio y octubre de 2001.

**Técnicas utilizadas:** Se utiliza una combinación de técnicas de recolección de datos: encuestas, observaciones estructuradas, entrevistas semiestructuradas y observaciones adicionales. Para realizar las encuestas y las observaciones estructuradas se diseñan planillas de relevo de indicadores tomando como base normas para la acreditación de laboratorios clínicos nacionales y provinciales. Variables seleccionadas: Calidad, Recursos Humanos, Control de Producción y Determinación y Análisis de Costos.

## Resultados

Ninguno de los laboratorios asigna la misma importancia a todas las variables estudiadas:

- Los laboratorios privados tuvieron desempeños más satisfactorios en la variable Calidad.
- La importancia otorgada a la gestión de los Recursos Humanos, enfocada en la capacitación y desarrollo del personal, es escasa en todos los laboratorios.
- El Control de Producción constituye un elemento indispensable para el planeamiento en los laboratorios privados de mayor complejidad y en los públicos, no encontrándose este resultado en los privados de menor complejidad.
- Los laboratorios privados de menor complejidad asignan escasa importancia en su gestión a la Determinación y el Análisis de los Costos. Por el contrario, se trata de una herramienta de gestión en los laboratorios privados de mayor complejidad y en los públicos.

## Propuesta

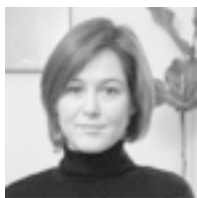
El progreso de la tecnología y de las ciencias médicas determina cambios en los laboratorios clínicos que requieren la redefinición del papel de quienes se desempeñan en ellos. El desarrollo de la Gestión Clínica surge como un elemento para lograrlo.

El modelo que se propone asigna un aporte de igual grado de las cuatro variables estudiadas con el fin de abordar en forma integral la gestión de los laboratorios. El aporte del modelo propuesto consiste en tomar un conjunto de indicadores que se verifican en laboratorios de variadas características y proponer su aplicación en forma sistemática. Las encuestas diseñadas para el relevo de dichos indicadores constituyen instrumentos útiles para realizar evaluaciones periódicas en el marco de la mejora continua de la calidad que implica la Gestión Clínica. Entendemos que la implementación de este modelo en nuestro medio es factible y no conlleva un costo elevado, dado que pueden aprovecharse las capacidades y los recursos ya instalados en el sector público y en el privado.

# LA DEMANDA DE MEDICAMENTOS EN EL NUEVO MARCO REGULATORIO: UN ENFOQUE TEÓRICO Y EMPÍRICO

Anna Merino Castelló

Tesis doctoral defendida en el Departamento de Economía y Dirección de Empresas de la Universidad Pompeu Fabra, el 15 de octubre de 2003. Dirigida por el Dr. Jaime Puig Junoy, que obtuvo la calificación de sobresaliente "cum laude" por unanimidad. E-mail: anna.merino@upf.edu



## Introducción

A pesar de las ventajas económicas que a priori ofrecen los medicamentos genéricos, su tasa de penetración en el territorio nacional no alcanza la cuota de mercado de aquellos productos de marca con el mismo principio activo. Una de las justificaciones a esta escasez que más peso ha ganado en la literatura es la incertidumbre que generan dichos medicamentos entre pacientes y profesionales sanitarios, y que convierte a estos últimos en reacios a sustituir un medicamento de marca con probada reputación en el mercado por un genérico desconocido y sin marca.

Esta tesis analiza la demanda de medicamentos desde varias perspectivas. El primer capítulo explora, desde un punto de vista teórico, el impacto de los precios de referencia en la demanda de genéricos versus productos de marca y en las estrategias de precio de las empresas farmacéuticas. El segundo capítulo utiliza preferencias declaradas con el objetivo de estimar la importancia de la inducción de los profesionales sanitarios y de la fidelidad a la marca en el proceso de decisión entre medicamentos comerciales en una farmacia. Finalmente, el tercer capítulo procede a comparar empíricamente dos modelos de elección discreta que difieren en la escala de medida de la variable dependiente.

## Objetivos

Los genéricos y el sistema de precios de referencia surgen como una terapia de choque para reducir el gasto farmacéutico público en varios países europeos; en particular, los precios de referencia constituyen un nuevo mecanismo de reembolso que introduce un copago adicional y evitable para los consumidores finales y modifica, por tanto, el equilibrio de mercado. Con esta medida, los gobiernos podrían estar adoptando una política miope al no considerar el impacto indirecto del sistema de precios de referencia en las estrategias de las empresas farmacéuticas y en las cuotas de mercado de los productos de marca y sus correspondientes genéricos. Esta es, precisamente, la hipótesis a analizar en el primer capítulo de la tesis.

Por otro lado, la segunda parte de la tesis se centra en el análisis de las preferencias de los consumidores finales. La compra de un medicamento conlleva un proceso

multietápico en el que intervienen el médico, el farmacéutico y, finalmente, el paciente. Tradicionalmente, los sistemas sanitarios han girado alrededor de la figura del médico; sin embargo, el nuevo marco regulador (precios de referencia, leyes de sustitución) y la mayor facilidad de acceso a la información especializada están otorgando un papel relevante a los pacientes, ya que se convierten en agentes decisivos en el proceso de elección entre marcas comerciales de un mismo principio activo en la oficina de farmacia. Bajo estas circunstancias, las preferencias de los pacientes saltan a primera página de actualidad.

Por tanto, el objetivo específico de la parte empírica de esta tesis es analizar las preferencias de los consumidores en el proceso de elección de un medicamento en la oficina de farmacia; es decir, valorar y cuantificar la influencia que ejerce la opinión de los expertos -médicos y farmacéuticos- así como la importancia de la fidelidad a la marca en dicho proceso.

## Metodología

Para valorar, desde un punto de vista teórico, el impacto de los precios de referencia en las estrategias empresariales de la industria farmacéutica, utilizamos un modelo de diferenciación vertical de producto con dos empresas (B = medicamento de marca con patente y G = genérico) y asumimos un juego en dos etapas donde las empresas escogen calidad ( $t=1$ ) y precio ( $t=2$ ). Una vez hundidos los costes en calidad, se produce una externalidad en el sistema de reembolso lo que modifica las condiciones de competencia en el mercado. Finalmente, realizamos un análisis de bienestar social y comparamos la competencia efectiva bajo el sistema de precios de referencia y los precios de Ramsey.

La segunda parte de la tesis analiza directamente las preferencias de los consumidores en el proceso de elección de un medicamento en la oficina de farmacia. Para ello, utilizamos técnicas de preferencias declaradas basadas en encuestas y modelos de elección discreta para la estimación. En nuestro caso, seleccionamos una muestra representativa de individuos y les pedimos que ordenaran, según sus preferencias, un conjunto de alternativas donde cada una de ellas correspondía a un medicamento con una combinación de atributos distinta. Los parámetros de nuestra función de utilidad se estiman utilizando el logit condicional de McFadden y determinan la influencia que ejercen la marca comercial, la repu-

tación del laboratorio, el precio y la confianza hacia los profesionales sanitarios en el proceso de decisión de compra de un medicamento en la oficina de farmacia.

## Resultados

Los resultados del primer capítulo muestran que, ante un sistema de precios de referencia, los productores de medicamentos de marca establecen una política de precios que converge a los niveles de referencia para adaptarse a la nueva situación competitiva; como consecuencia, la cuota de mercado de los genéricos se mantiene o incluso disminuye. Estos resultados teóricos están en línea con las conclusiones de recientes trabajos empíricos.

La parte empírica de la tesis confirma la importancia de la inducción de los profesionales sanitarios, aunque la prescripción médica siempre juega un papel más relevante que la recomendación farmacéutica, y hasta qué punto la marca comercial y la reputación del laboratorio influyen en la decisión final de los pacientes. Usando un modelo con interacciones entre atributos y características sociodemográficas de los individuos, encontramos que la edad es una variable relevante en la decisión entre un producto de marca y un genérico en la oficina de farmacia. La gente mayor confía ciegamente en la marca comercial establecida y en la prescripción médica; por el contrario, los más jóvenes son más fácilmente influenciados por la recomendación farmacéutica y, aunque no son fieles a la marca si que se fijan en la reputación del laboratorio.

## Discusión

Con la introducción de los precios de referencia, el planificador social consigue aumentar la competencia efectiva pero siempre a costa de la disminución de la cuota de mercado de los genéricos. Por tanto, el anuncio de la implantación de un nuevo sistema de reembolso y la entrada de los medicamentos genéricos constituyen una amenaza suficientemente creíble para conseguir que los productores de marca reduzcan el precio y aumente así la competencia efectiva.

A raíz de los resultados empíricos, se puede concluir que existe una fuerte inducción de la demanda por parte de los profesionales sanitarios y que la fidelidad a la marca comercial establecida es alta. Con estos resultados, podemos pensar que la participación de los expertos sanitarios se convierte en indispensable para compensar la fuerte fidelidad a la marca que existe por parte de los consumidores.

# ANÁLISIS DE LOS MODELOS TIPO CONSULTORIO Y CENTRO DE SALUD EN LA ATENCIÓN MÉDICA PRIMARIA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

**Salvador Algarra Eugenio**

Tesis doctoral defendida en el Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Valencia, el 26 de mayo de 2003.

Dirigida por el Dr. D. Vicente Paz García, obtuvo la calificación de sobresaliente "cum laude".

E-mail: [algarra\\_sal@gva.es](mailto:algarra_sal@gva.es).



## Introducción

Después de explicar las diferencias entre el modelo tipo consultorio y el modelo tipo centro de salud en la asistencia sanitaria primaria, se expone la situación en distintos países europeos, en Japón y en Estados Unidos. Además de desarrollar los principales modelos y sus cambios, se analiza la reforma en España y las diferencias con la Comunidad Valenciana.

## Objetivos

El objetivo general es el análisis de ambos modelos y los objetivos específicos consisten en el establecimiento de dos escenarios: uno para el conjunto de la Comunidad Valenciana, y otro para seis poblaciones determinadas que en un momento del tiempo cambiaron del modelo anterior al nuevo.

En el primer escenario se analiza la trayectoria de las variables durante un período de diez años, se comparan y se estudian sus posibles relaciones.

En el segundo escenario se analizan para seis poblaciones las variables de ambos modelos, deduciendo la bonanza de uno u otro tipo de centro de atención primaria.

## Material y método

Las fuentes y sus características convierten a las variables de la

atención primaria en los elementos de desarrollo de este trabajo.

La presión asistencial de los médicos y de los pediatras, las derivaciones a la asistencia especializada u a otro tipo de pruebas, el número de profesionales, la población de las zonas estudiadas, el gasto de primaria y el gasto farmacéutico con su número de recetas son las variables que se utilizan.

Con todos los datos se realizan distintos tipos de análisis gráficos, descriptivos y de regresión, con la intención de inferir los parámetros de los modelos subyacentes en los mismos, utilizándose como instrumento metodológico de apoyo el programa estadístico S.P.S.S.

## Resultados

En las tablas y gráficas que se obtienen, se aprecia el comportamiento creciente de la variable presión asistencial y el distinto valor de esa variable según se trate de médicos o de pediatras, y de consultorios o centros de salud.

También se puede observar el comportamiento de la variable derivación a asistencia especializada, siendo mucho más elevada en los médicos que en los pediatras.

Además de la población se analiza el gasto de farmacia, el gasto en primaria y el número de recetas, desprendiéndose que en las tres variables se produce un crecimiento a lo largo del período objeto de estudio.

Estos análisis se realizan para toda la Comunidad Valenciana, para las seis poblaciones estudiadas individualmente y en su conjunto, comparando sus dos períodos: como consultorio y como centro de salud, con sus correlaciones y análisis de regresión correspondientes.

## Discusión y conclusiones

Se comentan los resultados obtenidos, fundamentalmente en aquellas variables que tienen claramente un comportamiento distinto.

A diferencia de una parte importante de países de Europa, en España se ha optado por un cambio de modelo, con independencia del partido político que gobernase en cada momento, tanto a nivel estatal como de comunidad autónoma.

Aunque hay algún elemento de mejora de calidad como la disminución de la presión asistencial de un modelo a otro, no se han encontrado evidencias de otros elementos asistenciales de mejora de calidad.

Tanto el gasto de primaria como el de farmacia son mucho más elevados en el nuevo modelo que en el anterior.

El tiempo de duración de las consultas es un elemento importante para que el nuevo modelo siga desarrollándose.

# ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE LA PRESTACIÓN POR INCAPACIDAD TEMPORAL. PROPUESTAS DE GESTIÓN

Rosa Romay López

Tesis Doctoral defendida en el Dpto. de Toxicología y Legislación Sanitaria, Universidad Complutense de Madrid, el 10 de abril de 2003. Dirigida por el Dr. Ladrón de Guevara, obtuvo la calificación de "cum laude" por unanimidad.

E-mail: rosa.romay@salud.madrid.org



## Introducción

La prestación por incapacidad temporal (en adelante IT) se define técnicamente, como aquella que trata de cubrir la falta de ingresos que se produce cuando el trabajador, debido a

una enfermedad o accidente, está imposibilitado temporalmente para trabajar y precisa asistencia sanitaria de la Seguridad Social (en adelante SS). El gasto por IT supone entre un 1,5 y un 4% del PIB los países de la UE. En España, el gasto público directo por IT en el año 2.001 fue superior a 4.000 millones de euros y viene aumentando paulatinamente en las últimas dos décadas, a pesar de las medidas legislativas y de gestión adoptadas para su control. Además, con mayor frecuencia de lo deseable, la IT enmascara comportamientos fraudulentos: la propia Seguridad Social española detecta un 14% de fraude en las bajas laborales revisadas por sus organismos de control. La ley 21/2001 de sistema de financiación de la CCAA contempla un "Fondo para la mejora y control de la prestación por Incapacidad Temporal" a raíz del cual se suscribieron a largo del año 2002 Convenios bilaterales entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS) y cada CCAA. En ellos se establecen objetivos anuales de racionalización del coste en función de un indicador de coste por afiliado. Los indicadores de baja empleados en los Servicios Sanitarios no permiten monitorizar directamente el convenio, ni satisfacer las necesidades del clínico ni del gestor, ya que su unidad de medida son los días de baja consumidos.

## Objetivos

Los objetivos de esta tesis doctoral han sido: A) diseñar indicadores de monitorización económica que permitan realizar el seguimiento del coste por afiliado, e indicadores clínicos que faciliten la comparabilidad entre prescriptores y el seguimiento de las patologías en el tiempo. B) encontrar un modelo econométrico que facilite el control del absentismo laboral injustificado, para lo cual, lo primero es determinar qué factores influyen en el inicio y duración del absentismo por enfermedad.

## Material y método

El concepto de absentismo no es unívoco y la prestación por incapacidad laboral que éste genera también ha mutado, ampliándose, desde su origen a principios del s. XX en la Alemania de Von Bismarck, hasta nuestros días. Se realiza una revisión bibliográfica del concepto, evolución, tipos de absentismo y factores desencadenantes y alargadores del mismo, así como de

la evolución de la regulación de la IT en la SS.

Para determinar qué variables influyen en el inicio y duración de la baja laboral, además de revisar la bibliografía, se realiza un análisis estadístico de la totalidad de las bajas laborales de la provincia de Guadalajara, desde que se inició la informatización del parte de baja, a finales de los ochenta, hasta junio del año 2001.

## Resultados

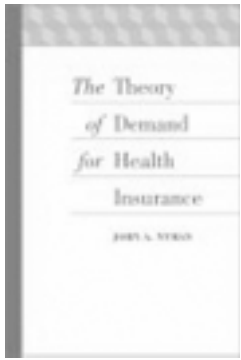
Como principales resultados podemos mencionar que la duración de la baja en las mujeres ha disminuido con los años, que la distribución de la duración en función de la edad adopta la típica forma de "J tumbada"; los jóvenes tienen mayor número de bajas y son de corta duración y los mayores presentan el patrón contrario. Muchos factores laborales influyen en el inicio y duración de la baja: sector económico, condiciones laborales, tamaño de la empresa, política de salarios, categoría profesional y seguridad en el empleo. Pero el factor que genera más variabilidad en el inicio y duración es el Régimen de Afiliación a la SS. Hemos detectado un mayor número de bajas en enero y febrero; doble de bajas los lunes y más bajas los primeros y últimos días del mes, lo que implica la existencia de estacionalidad mensual, semanal y diaria en el comportamiento del demandante de la baja.

Se busca disminuir de forma racional el coste no justificado, por medio del control de la duración de manera individualizada. Se propone el uso de Redes Neuronales Artificiales (RNAs), que permiten predecir la duración de la baja laboral esperada para cada afiliado en función de variables individuales, además de la enfermedad, que influyen en el tiempo de baja pero que no tienen en cuenta los métodos actuales. Los resultados muestran que el modelo de RNAs realiza mejores predicciones individualizadas que los tradicionales. Su aplicación a las bajas tramitadas en Guadalajara hubiera supuesto un ahorro estimado en 6.000.000 €, si se hubiesen inspeccionado las bajas con doble duración a la predicha por el modelo.

Se diseñan indicadores de monitorización económica para el Régimen General de SS, tras comprobar que los trabajadores afiliados a los diferentes regímenes se comportan de manera diferente en cuanto a número, duración media de la baja y duración media por afiliado. Mediante un análisis de intervención con modelos ARIMA se constata que el "plan especial de inspección 1994-1996" supuso una reducción estimada del coste del orden de un tercio durante ese periodo.

La utilidad de los indicadores clínicos diseñados estriba: A) en el conocimiento de los grupos de patologías que consumen mayor

número de días de baja. Lo que se propone no es un simple listado de los códigos diagnósticos CIE-9-MC, sino una agrupación previa, con la mínima desvirtuación clínica posible, de los 1.007 códigos en uso en la actualidad, en 62 grupos de patologías afines. Hasta ahora se obtiene el ranking mensual de los 20 códigos causantes del mayor número de bajas y duración media: es una primera aproximación, pero el nivel de desagregación de los datos es tal, que introduce ruido, haciendo laborioso, e incluso incómodo identificar las principales causas. A efectos de gestión, no tiene utilidad la distinción entre códigos como 009 "infección intestinal mal definida" y 558 "otras gastroenteritis (diarrea)", pues ambos poseen clínica y duración similares y en todo caso inferior a los diez días (relevante a efectos de seguimiento del convenio entre MTAS y CCAA, puesto que la SS paga a partir del 16º día). B) posibilitan la comparación entre enfermedades, permitiendo establecer un ranking que puede actuar a modo de rudimentario Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Laboral que alerte del aumento, injustificado a priori, de una determinada patología, lo que posibilitará la toma de las correspondientes medidas de prevención y planificación sanitaria. C) monitorizar la evolución temporal de las patologías y dibujar un "retrato robot" de la distribución mensual de sus bajas, lo que permite contrastar hipótesis clínicas sobre la estacionalidad de determinadas patologías o en el caso contrario de fraude en la prestación. Gracias a estos indicadores clínicos, vimos que la gripe presenta un pico que arrastra gran parte de la incidencia en los meses invernales y demostramos que no toda la estacionalidad de la incidencia anual es debida a la gripe, ni siquiera a la totalidad de los procesos infecciosos respiratorios agudos, sino que parte de esa estacionalidad parece más bien atribuible al calendario laboral. Sobre la distribución mensual del número de bajas por patología, podemos mencionar que algunas presentan el comportamiento esperado, como las gastroenteritis, con valores máximos en verano y la úlcera gástrica con máximos en primavera y otoño. Sin embargo, otras presentan una distribución mensual curiosa como la varicela y Herpes Zoster que partiendo de valores mínimos al término de la estación veraniega, el número de bajas crece sostenidamente a lo largo del año para presentar valores máximos en julio. Patologías sujetas en general a cirugía electiva, como la hernia inguinal y las cataratas, presentan las variaciones esperables originadas por el calendario laboral. Por último, la representación gráfica de la estacionalidad mensual nos lleva a detectar curvas inesperadas, como la de la incidencia máxima en el mes de abril del síndrome vertiginoso periférico, que pueden ser objeto de estudios puramente clínicos.



**The theory of demand for health insurance**

John A. Nyman  
Stanford University Press, 2003  
216 páginas

Este libro propone un modelo alternativo a la teoría de la demanda de seguro sanitario. La teoría "clásica" defiende que las personas se aseguran porque prefieren pagar una prima reducida que enfrentarse al riesgo de enfermar y tener que pagar un coste más elevado. Según la teoría presentada en este libro, las personas se aseguran para garantizar la disponibilidad de ingresos adicionales cuando enferman. En ese sentido, las compañías aseguradoras transfieren las primas de seguro de los clientes sanos a los que no lo están. Este ingreso "adicional" permite a los asegurados recibir atención sanitaria de calidad para el tratamiento de enfermedades que de otra manera no se podrían permitir. Esta nueva teoría se fundamenta en evidencia empírica que demuestra que las personas prefieren enfrentarse al riesgo de una gran pérdida que al pago de una cantidad menor pero cierta. Por tanto, las personas no se asegurarían para evitar el riesgo sino que pagan una prima cuando están sanas para poder tener derecho a un ingreso adicional que les permita tener acceso a la atención sanitaria cuando la necesiten. Bajo esta perspectiva, el seguro sanitario tiene más valor para las personas y cualquier política (co-pagos) que limite el acceso a la atención sanitaria y la transferencia de ingresos a las personas enfermas puede tener efectos no deseados. Esta nueva teoría supone por tanto un argumento teórico a favor del establecimiento del seguro sanitario nacional. Pese a que algunas de las conclusiones y argumentos presentados en el libro pudieran generar cierta controversia, es un texto interesante que presenta una visión alternativa a la demanda de seguro sanitario, lo cual tiene implicaciones en materia de políticas sanitarias.

**Integración vertical y contratación externa en los servicios generales de los hospitales españoles.**

Jaume Puig-Junoy  
Pol Pérez Sust  
Fundación BBVA  
Documento de trabajo 6

Este documento de trabajo anali-

za la integración vertical de algunos servicios generales (limpieza, lavandería, cocina, mantenimiento y seguridad) en los hospitales públicos y privados españoles. El estudio analiza el grado de integración vertical según el tipo de servicio contratado y las características del hospital. Además, el estudio analiza los factores que determinan la decisión de contratar de forma externa estos servicios mediante un modelo teórico en el cual se consideran los costes de producción y los costes de transacción por parte del hospital. Los resultados indican que un factor importante que explica esta decisión es la existencia de economías de escala. Los servicios de lavandería son los menos externalizados, posiblemente por sus especificidades, siendo los hospitales especializados y los lucrativos más propensos a externalizar los servicios que los generales y los públicos respectivamente. Como sus autores indican, la relevancia y el interés de este trabajo, entre otros aspectos, radica en ser el primero en analizar los determinantes de las decisiones de integración vertical en los hospitales españoles.

**Gasto sanitario y envejecimiento de la población en España**

Namkee Ahn  
Javier Alonso Mesguer  
José A. Herce San Miguel  
Fundación BBVA  
Documento de trabajo 7

Relacionado con un tema siempre vigente y de importancia como es el gasto sanitario, este estudio trata de analizar la relación entre este y el envejecimiento de la población española. Para ello, se establece un patrón de gasto sanitario medio para los individuos representativos de los distintos grupos de edad para, a partir del mismo, poder hacer una estimación de la evolución del gasto sanitario debido al envejecimiento de la población. La evidencia existente parece indicar que, dados el tamaño de la población, el precio relativo de los servicios sanitarios, la tecnología sanitaria y otros factores, el envejecimiento de la población producirá un aumento del gasto sanitario. Sin embargo, medir la relación entre el gasto sanitario y el envejecimiento de la población, *ceteris paribus*, pudiera no ser una aproximación realista. El trabajo no sólo se centra en dicha relación sino que discute también los retos que sobre la provisión sanitaria establece el envejecimiento de la población. Los autores concluyen que se deberían evitar los alarmismos respecto al crecimiento del gasto sanitario debido al alargamiento de la duración de

la vida de la población. Al hablar de gasto sanitario, los autores consideran los servicios más convencionales. Teniendo en cuenta estas consideraciones, estiman un crecimiento anual del gasto sanitario público real del 0,7% hasta el 2040. A este efecto habría que añadir otros factores determinantes del gasto sanitario no considerados en este estudio como los cambios en la tecnología, en los protocolos, morbilidad, inflación diferencial de los servicios sanitarios... El estudio también analiza la asociación entre la edad y el estado de salud percibido, el uso de servicios médicos y el consumo de medicamentos, el grado de discapacidad y el gasto sanitario privado en sus distintas categorías.



**Sanidad en un mundo digital**

Albert Oriol  
Serie de libros de Infonomía.com  
2003

Este libro aborda una cuestión de actualidad e interés, como es la importancia y aplicación de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) en la atención sanitaria. El libro se estructura en dos partes, la primera se centra en las TICs y su impacto en la competitividad, la atención al cliente, la mejora de la calidad y la gestión del conocimiento. En la segunda parte se plantean los retos de la gestión de las TICs en la sanidad, en cuestiones de confidencialidad y seguridad de la información, la selección de sistemas y su financiación, la colaboración con los proveedores tecnológicos y la selección de la infraestructura tecnológica. La importancia del libro radica en que plantea retos y metodologías nuevas para hacer frente a los problemas a los que se enfrenta la asistencia sanitaria, donde existen numerosos conflictos de intereses o como dice Pere Monrás, el conflicto "de las tres E": equidad, efectividad y eficiencia. Las TICs pueden ser herramientas valiosas que permitan alcanzar mejoras en la gestión y organización de los servicios sanitarios. Para que se produzca su integración en el sistema sanitario, será necesario que los decisores (públicos o privados) se den cuenta de sus ventajas y beneficios. Como ejemplo, el NHS parece haberse dado cuenta de la necesidad de renovar sus sistemas de información, obsoletos e ineficientes, poniendo en marcha un plan multimillonario, bajo la idea de que "el gran uso de la tecnología de la información es la llave para la reforma, en Gran Bretaña, del National Health Service".

## CONVENIO MARCO DE COLABORACIÓN ENTRE LA ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD Y LA FUNDACIÓN SALUD, INNOVACIÓN Y SOCIEDAD

En Barcelona, a veintiuno de Octubre de 2003

**De una parte:** D. Vicente Ortún Rubio, actuando en nombre y representación de la **Asociación de Economía de la Salud**, con Código de Identificación Fiscal G-58470246 y domicilio en Barcelona, calle Sardenya 229-237, 6º-4ª, en su calidad de Presidente, elegido por votación de la Junta Directiva en su reunión de 5 de Junio de 2003, celebrada en Cádiz, sede de las XXIII Jornadas de Economía de la Salud.

**De otra parte:** la **Fundación Salud, Innovación y Sociedad**, y en su nombre y representación el Sr.D. Juan José Artells Herrero, como Director General de la misma.

Se reconocen ambas partes con capacidad legal suficiente y poder bastante para formalizar el presente Convenio y,

### MANIFIESTAN

1º.- Que la Asociación de Economía de la Salud se define por la dedicación a la difusión de conocimientos relativos a la economía de la salud y su intención de agrupar a cuantos profesionales se dediquen y manifiesten un interés concreto en cuestiones relativas a dicho área de estudio, para lo cual resulta necesaria la colaboración de otras instituciones.

2º.- Entre sus fines se contempla la promoción y difusión de los estudios de economía de la salud, la formación y perfeccionamiento de expertos en su realización, la promoción de contactos e intercambios profesionales en dicho ámbito, así como la organización de congresos o reuniones y otras actividades científicas relacionadas con este área de conocimiento.

3º.- Que la Fundación Salud, Innovación y Sociedad tiene encomendadas, entre otras, "la investigación, estudio y asesoramiento en las materias relativas a la modernización y sostenibilidad del sistema sanitario público de España"

4º.- Que están interesados en el desarrollo del conocimiento científico en el ámbito específico de la economía pública y, dentro del mismo, en el ámbito de la economía de la salud.

5º.- Que es voluntad de ambas Instituciones desarrollar una colaboración que, de modo continuado, contribuya al mejor desarrollo de sus funciones, para lo cual

### CONVIENEN

1º.- Que los objetivos de ambas entidades, Asociación de Economía de la Salud y la Fundación Salud, Innovación y Sociedad, se centrarán en trabajos específicos en las áreas de:

#### **a) Cooperación en la organización de reuniones científicas:**

La difusión de los avances científicos en el área de la economía de la salud necesita del desarrollo de actividades

que faciliten la puesta en común de los conocimientos de investigadores y profesionales en dicho área. A tal fin ambas entidades se comprometen a la colaboración en la organización de este tipo de actos.

#### **b) Investigación:**

La Asociación de Economía de la Salud y la Fundación Salud, Innovación y Sociedad colaborarán en actividades de Investigación y Desarrollo, intercambio de expertos, formación de personal y apoyo tecnológico, mediante el establecimiento de Convenios Específicos, en caso necesario.

#### **c) Difusión de información:**

A objeto de intensificar el conocimiento mutuo, la Asociación de Economía de la Salud remitirá a la Fundación Salud, Innovación y Sociedad ejemplares de las publicaciones editadas por dicha Asociación para su difusión. Igualmente, la Fundación Salud, Innovación y Sociedad difundirá a los socios de la Asociación de Economía de la Salud que ésta determine sus publicaciones, documentos y audiovisuales que se convengan.

2º.- Coordinación y seguimiento: para llevarlas a cabo en este Convenio, se creará una Comisión formada por dos representantes de cada Institución firmante.

3º.- El presente convenio se desarrollará en los aspectos concretos y específicos a los que se hace referencia en la cláusula primera, letras a y b en Acuerdos singularizados en los que se recogerán las actividades a realizar, el calendario de las mismas y las aportaciones a realizar por cada una de las partes firmantes.

4º.- Ambas partes tendrán libertad para solicitar la colaboración técnica y económica de otros organismos, entidades y empresas de carácter público o privado en relación con las actividades conjuntas que se realicen en el marco de este Convenio.

5º.- El presente Convenio Marco de Colaboración tendrá una duración de un año, prorrogable de forma tácita por acuerdo entre las partes.

Y en prueba de conformidad, firman el presente Convenio por duplicado en el lugar y fecha al comienzo indicados.

*POR LA ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD,  
Fdo.: Dr. Vicente Ortún Rubio  
Presidente*

*POR LA FUNDACIÓN SALUD, INNOVACIÓN Y SOCIEDAD,  
Fdo.: Dr. Juan José Artells Herrero  
Director General*

# BECAS DE INVESTIGACION EN ECONOMIA DE LA SALUD

## CONVOCATORIA AES 2004

La investigación en economía de la salud tiene un importante papel en la toma de decisiones en política y gestión sanitaria, así como en otros ámbitos relacionados con la salud. Conscientes de esta importancia, la **ASOCIACION DE ECONOMIA DE LA SALUD**, junto con **QUIMICA FARMACÉUTICA BAYER**, que propuso y ha financiado estas ayudas desde su inicio, vienen convocando desde 1990 las **BECAS DE INVESTIGACION EN ECONOMIA DE LA SALUD** cuyos objetivos esenciales son:

– Estimular el desarrollo de proyectos de investigación en áreas relevantes de la salud o los servicios sanitarios, que tengan una alta calidad metodológica, y en los que alguna de las diversas orientaciones y disciplinas de la economía de la salud tengan un papel preponderante.

– Apoyar la formación de investigadores noveles o jóvenes en economía de la salud, favoreciendo su incorporación a proyectos a desarrollar en equipos de investigación consolidados.

– Estimular la cooperación entre diversas disciplinas favoreciendo el abordaje multidisciplinario de la investigación en economía de la salud.

Por todo ello, la **ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD** convoca las **BECAS DE INVESTIGACION EN ECONOMIA DE LA SALUD - 2004** para proyectos de Investigación en Economía de la Salud, creadas a propuesta y financiadas por **Química Farmacéutica BAYER S.A.** y cuya concesión se realizará de acuerdo a las siguientes bases:

1.- Se concederá una **Beca de Investigación en Economía de la Salud** a un proyecto de investigación en Economía de la Salud, original e inédito.

2.- Podrán optar a las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** aquellos proyectos en el campo de la Economía de la Salud cuyo investigador principal sea español o desarrolle su actividad profesional en España. El Tribunal considerará especialmente los trabajos cuyo investigador principal tenga menos de 35 años.

3.- El desarrollo del Proyecto debe realizarse necesariamente en España.

4.- Podrán optar a las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** aquellos Proyectos iniciados o en curso siempre que no hayan sido completados en su totalidad y no hayan recibido ninguna otra subvención de entidades públicas o privadas. No se podrán presentar Proyectos que opten a otros premios o becas de investigación similares, nacionales o extranjeros.

5.- Para concursar se enviará original y cuatro copias de la Memoria del Proyecto de investigación a la secretaría de AES (C/ Sardenya 229-237, 6º, 4º, 08013 Barcelona). El plazo de entrega de los Proyectos termina el **8 de Abril del 2004**.

6.- La Memoria del Proyecto de investigación se remitirá en cualquiera de los formatos utilizados usualmente por las agencias oficiales de financiación de la investigación en España (CICYT, FIS...), debiendo constar los apartados siguientes:

6.1. Solicitud de la beca, donde conste el nombre y apellidos del solicitante (investigador principal) y del resto de los investigadores, centro de trabajo y dirección de contacto y, en su caso, el papel a desempeñar por el/los investigadores noveles incluidos en el proyecto.

6.2. Antecedentes sobre el tema del Proyecto de investigación, o interés científico y práctico del mismo.

6.3. Hipótesis y objetivos generales y específicos de la investigación.

6.4. Material y Métodos. Incluyendo fases de desarrollo y tiempo de duración estimado, que no debe ser superior a 18 meses. A Juicio del Tribunal, se podrá ampliar la duración hasta un máximo de 6 meses más.

6.5. Limitaciones previstas.

6.6. Análisis de la viabilidad del proyecto de Investigación, detallando los medios necesarios para su realización y justificando la disponibilidad de los mismos.

6.7. Currícula de todos los investigadores participantes, con especial referencia a la experiencia y publicaciones sobre el tema del Proyecto de Investigación, preferiblemente en cualquiera de los formatos oficiales de las agencias de financiación de la investigación.

6.8. Presupuesto detallado.

7.- **Las Becas de Investigación en Economía de la Salud** tienen una dotación de 12.000,00 €, entregándose en tres fases: 3.600,00 € en el momento de su concesión, 3.600,00 € transcurridos 6 meses de la iniciación del Proyecto de Investigación, tras la preceptiva autorización de los Miembros del Tribunal del informe de evolución de dicho Proyecto, y una última entrega de 4.800,00 € al ser aprobado por el Tribunal el trabajo terminado en su redacción definitiva. El trabajo irá acompañado de un resumen no superior a 1.000 palabras que se publicará en el Boletín y/o en la página Web de AES

8.- El tribunal estará formado por 3 miembros de AES, nombrados por la Junta directiva y 1 Representante de Bayer, que actuará como Secretario, sin voto.

9.- El proceso que se seguirá por el Tribunal para la adjudicación de las **Becas de Investigación en Economía de la Salud**, será el siguiente:

9.1 El Secretario de la AES entregará oportunamente a cada uno de los Miembros del Tribunal, copia de todos los Proyectos recibidos, a fin de su completa información antes de la reunión deliberadora.

9.2 En fecha que oportunamente fijará el secretario de AES, el Tribunal se reunirá en los locales de la AES o en la sede las Jornadas de Economía de la Salud, en El Escorial, para reunión deliberatoria y de adjudicación de la Beca, la cual se realizará por votación secreta. En caso de que alguno de los Miembros del Tribunal no pudiese, por fuerza mayor, asistir a la reunión, enviará al Secretario de AES, que le representará, informe escrito de su valoración así como de su voto.

10.- Los investigadores que hayan ganado alguna de las **Becas de Investigación en Economía de la Salud** en ediciones anteriores, podrán optar a la convocatoria actual siempre y cuando hayan entregado la redacción definitiva del trabajo ganador.

11.- La concesión de una Beca no presupone el pago de los importes pendientes cuando el investigador incumpla alguna de las Bases a Juicio del Tribunal.

12.- La concesión de la **Beca de Investigación en Economía de la Salud** se hará pública en las **XXIV Jornadas de Economía de la Salud, que tendrán lugar en El Escorial del 26 al 28 de Mayo de 2004**.

13.- Las decisiones del Tribunal son inapelables. Las Becas de Investigación en Economía de la Salud podrán declararse desiertas si a juicio del Tribunal calificador se estimase que los trabajos presentados no reúnen el nivel profesional, económico o técnico adecuado. En este caso, su importe se dedicará a otro tipo de ayudas, de común acuerdo entre AES y Bayer.

14.- **Las Becas de Investigación en Economía de la Salud** son una ayuda no condicionada y su concesión no implica ninguna cesión de derechos de autor ni establece ningún tipo de condicionante para la publicación de los trabajos por los autores en las revistas o editoriales que consideren de interés, aunque las publicaciones deberán hacer constar –en la forma que sea habitual en las correspondientes publicaciones– la recepción de la Beca.

## EXTRACTO DEL ACTA DE LA REUNIÓN DE LA JUNTA DIRECTIVA DE AES, CELEBRADA EN BARCELONA EL 14 DE NOVIEMBRE DE 2003

1. Se pone de manifiesto la necesidad de transformar la **página web** de AES para conseguir que sea más moderna, rápida y segura. Pere Ibern se compromete a efectuar los contactos correspondientes para explorar la posibilidad de utilizar un servidor que resuelva los problemas de lentitud e inseguridad de los datos. Asimismo, se acuerda contratar los servicios de una empresa que modifique el diseño de la página web, con el compromiso de que el mantenimiento de la página corra a cargo de AES. La Junta acuerda que David Casado sea el responsable de solicitar presupuestos a distintas empresas y que Ricard Meneu se encargue de elaborar el catálogo de especificaciones técnicas con los cambios propuestos para el nuevo diseño de la página.

2. Se valora muy positivamente el funcionamiento de la lista de distribución **ECONSALUD**. Pere Ibern, responsable actual de la lista, será sustituido por Beatriz González, que se compromete a desempeñar dicha labor únicamente durante el año 2004. Asimismo, la Junta Directiva acuerda registrar la marca ECONSALUD, siendo Paula Bagés la encargada de los trámites pertinentes. En relación con posibles cambios en los servicios prestados a las personas suscritas a ECONSALUD, se sugiere la idea de poner a su disposición un servidor de ficheros que permita colgar artículos de revistas y otros documentos.

3. La Junta Directiva acuerda conceder **5 bolsas de viaje** para asistir a la próxima edición de las Jornadas de Economía de la Salud, que se celebrarán en El Escorial entre los días 26 y 28 de mayo de 2004. La dotación de cada bolsa ascenderá a 600 euros, que se transferirán directamente a la organización de las Jornadas para cubrir los costes de inscripción y alojamiento. Asimismo la Junta acuerda que, a partir de este momento, las bolsas de viaje se vinculen únicamente a la presentación de comunicaciones en las Jornadas anuales de AES y a los congresos bienales organizados por IHEA.

4. La Junta Directiva, siguiendo la política habitual de prudente renovación en el tribunal que concede la **"Beca de Investigación en Economía de la Salud"**, patrocinada por Bayer, acuerda para el año 2004 que Diego Prior ocupe el lugar de Juan Ventura, presente en el tribunal durante cinco convocatorias. Juan Cabasés y Salvador Peiró seguirán formando parte durante el 2004 del citado tribunal.

5. Respecto a los **informes técnicos** del presente año, se comunica a la Junta de que se encuentran en fase de elaboración un total de tres informes, a cargo de Anna García-Altés, Anna Merino y Joan Costa, respectivamente.

6. En relación con las **próximas Jornadas AES**, a celebrar en El Escorial entre los días 26 y 28 de mayo de 2004, Rosa Urbanos propone sustituir, para este año y de cara al futuro, el envío postal con el programa de las Jornadas y el *call for papers* por la comunicación a través del correo electrónico. La Junta Directiva aprueba la propuesta, si bien se sugiere la posibilidad de que durante este año se haga llegar el *call for papers* a los socios por vía postal, indicándoles que en el futuro recibirán información por correo electrónico que podrán ampliar visitando la página web de AES. Asimismo, la Junta sugiere que la información sobre el programa provisional y el *call for papers* se difunda entre nuestros socios internacionales (Portugal, Brasil, Argentina, Chile, Costa Rica y otros países latinoamericanos), invitándoles a participar activamente con la presentación de comunicaciones. Asimismo, la Junta Directiva acuerda conceder a los socios institucionales de AES tres inscripciones gratuitas a las XXIV Jornadas, entendiendo que el coste del alojamiento correrá, en cualquier caso, a cargo de los asistentes.

7. Se discute en el seno de la Junta la posibilidad de crear dentro de AES una **"sección América Central-Caribe"** que integre a los

economistas de la salud de algunos países, como por ejemplo Costa Rica, que carecen de asociación propia.

### 8º Encontro Economía de Saúde, 23-24 octubre en Lisboa

APES celebró su reunión en unas magníficas instalaciones heredadas de la Expo 98. Su estilo es muy parecido al nuestro (sociedad de Economía, no de economistas, con académicos, gestores, políticos y más laboratorios). Unos 325 inscritos (de los cuales 72 parlantes, sin posters), plenarias y no más de dos simultáneas. Todos los resúmenes fueron recogidos en un libro de 40 páginas. Hubo cuatro comunicantes españoles, un ponente español (Guillem López-Casasnovas) y Vicente Ortún, representando a AES, que también presentó. De los portugueses resalta su educación (más corteses que nosotros), su poco aprecio por las cenas oficiales (apenas asistió la tercera parte de los que siguieron las sesiones), y su elevada internacionalización: no tanto por los procedentes de otros países -muchos participantes de Brasil- como por la alta frecuencia de comunicaciones, resultado de colaboraciones Portugal/Reino Unido o EE.UU. Joao Pereira es el actual presidente de APES. La Junta es joven, femenina, académica y competente. Estaría muy bien poder atraer a las XXIV -además de sendos representantes de APES y AES Argentina- algunos trabajos portugueses.

e-mail Joao Pereira: [jpereira@ensp.unl.pt](mailto:jpereira@ensp.unl.pt)

Información sobre 8º Encontro: <http://es2003.fe.uc.pt/>

**Jornadas Aplicadas de análisis geográfico y de estadística espacial, Seminario, 1ª edición** (26 a 30 de enero de 2004), Grupo de Investigación en Estadística, Economía Aplicada y Salud (GRECS), Universidad de Girona. Dirigido a profesionales de la salud y/o de la estadística, alumnos de doctorado y alumnos de los últimos cursos de licenciatura. Más información en <http://www.udg.edu/if>, [info.fundacioif@udg.es](mailto:info.fundacioif@udg.es) (Fundació Universitat de Girona, teléfono: 972 210 299).

**Primeiro anúncio do Workshop O uso da Econometria na Economia da Saúde**, Prof. Andrew Jones (University of York), 1-3 de abril de 2004, Centro de Estudos e Investigaçao em saúde da Universidade de Coimbra. Más información, preferentemente contactando vía correo electrónico con Óscar Domingos Lourenço ([osl@fe.uc.pt](mailto:osl@fe.uc.pt), teléfono: 239 790 571) y en [economesaude@fe.uc.pt](mailto:economesaude@fe.uc.pt).

### Altas como socios protectores

En el año 2003 se han dado de alta como socios protectores:

- Lilly
- Fundación Salud, Innovación y Sociedad
- Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

### Julio Marco, Profesional Sanitario Internacional del Año

Julio Marco, Jefe del Servicio de Nefrología del Hospital Son Dureta en Baleares, ha recibido el galardón que le acredita como Profesional Sanitario Internacional del Año, concedido por el Comité Consultivo y de Investigación del Centro Biográfico de Cambridge, en 2003.

### Premio AQVA a la calidad y la gestión

Sumol Pharma, SA, socio protector de AES, recibió el premio AQVA a la calidad y la gestión empresarial, en un acto celebrado el día veintiuno de junio de 2003.

## OBITUARIO FRANCISCO JAVIER CATALÁ



A los 54 años ha fallecido Francisco Javier Catalá, "Patxi" para los muchos amigos que cosechó su mirada seductora y su actividad profesional. La muerte le llegó prematura luego de una larga enfermedad, convertida a su pesar en un episodio más de los muchos que protagonizó su inconformismo. Una batalla que hasta la semana pasada mismo fue testigo de su desmedido amor por la vida y que no le impidió apurarla hasta que se produjo súbitamente el desenlace, cuando

ya el postrero aliento se le escapaba entre los dedos.

De origen navarro pasó su juventud en Madrid y alcanzó la madurez en Andalucía. Compatibilizó sus estudios de Medicina en la Complutense con una actividad política que le llevó a pasar alguna temporada en Carabanchel, una experiencia de la que no hacía ostentación, aunque conservara el recuerdo afectuoso de las personas que allí conoció y el mucho tiempo que dedicó a la literatura, una de sus aficiones favoritas.

La sensibilidad social marcó su vocación por la salud pública, actividad a la que había decidido dedicarse desde estudiante y que le llevó a la Dirección General de Sanidad antes de la reinstauración del Ministerio de Sanidad, desde donde se convirtió en uno de los más notorios representantes de la generación de epidemiólogos y salubristas que tomó el relevo durante la transición política en España. Ya en el Ministerio desempeñó la responsabilidad de la subdirección general del área de epidemiología hasta que a mediados de los ochenta se hizo cargo del proyecto de creación de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP).

Inaugurada en 1985, la EASP fue la primera de las escuelas de salud pública creada en el ámbito autonómico en España y la que mejor ha capeado las inclemencias de un sistema sanitario desproporcionadamente volcado a la asistencia. Patxi ha sido el alma de la institución a la que ha seguido sirviendo mientras pudo. Desde la nada consiguió hacerla espejo y referencia de la salud pública andaluza, española e internacional. Hombre de acción, supo contraponer a la esterilidad de la retórica y las polémicas doctrinales las actividades de investigación y docencia que más falta hacían a los servicios sanitarios. De manera que la salud pública asumiera la responsabilidad de vanguardia y estímulo para el conjunto del sistema sanitario del que forma parte, contribuyendo efectivamente a la mejora de la salud de la población y a la racionalización de las organizaciones sanitarias. Una aportación de la que ya es testigo una generación entera de salubristas y gestores sanitarios procedentes de todo el mundo. No en vano la cooperación internacional es uno de los ejes principales de la EASP.

Socio fundador de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) y de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) su impronta ha dejado una huella profunda entre los epidemiólogos y los salubristas españoles que su desaparición física no podrá borrar.

*José Miguel Mata; José Oñorbe; Andréu Segura*

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

## JOSÉ ANTONIO PEINADO PEINADO

Doctor en Medicina y MBA. Director Médico, para España y algunos países del sur de Europa, de Serono, una multinacional farmacéutica especializada en las áreas de salud reproductiva, esclerosis múltiple y crecimiento. Sus intereses de investigación, desde la realización de su tesis doctoral en Estados Unidos, se centraron en los temas de fertilidad, área en la fue autor o coautor de una docena de trabajos en revistas nacionales y, sobre todo, internacionales. También fue un importante impulsor de la investigación española en epidemiología de la infertilidad. Muy interesado por la evaluación económica de fármacos y por los aspectos más económicos y sociales de la atención sanitaria, fue socio de AES prácticamente desde su regreso a España, y uno de los fundadores de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios en Salud. Falleció a principios de verano. Deja mujer, dos hijos y muchos amigos.



Aunque estudiamos en la misma Facultad de Medicina, más joven que yo, no lo conocí hasta el Servicio Militar. Dos de los soldados menos marciales que ha tenido el Ejército Español estaban condenados a entenderse. Amigo de las personas y las cosas, le gustaba conversar. Le caracterizaba el buen humor. Amaba a sus hijos y a Sallie por encima de todas las cosas... la verdad es que cuando me hice socio de AES no me dijeron que un día tendría que escribir necrológicas. Y menos de amigos. José Antonio ha muerto demasiado joven, demasiado lleno de vida y hace demasiado poco. Todavía no puedo pensar en él sin sentir dolor. Sensaciones demasiado íntimas. En ningún momento he querido escribir esta necrológica. El *British Medical Journal* tiene una sección dedicada a estas cosas. Curioso como soy, hace unos años leí las "normas de publicación" y me llamó la atención que podías escribir tu propia necrológica, aunque caducaba en unos pocos meses si no te morías. Entonces me pareció muy británico. Hoy pienso que he de dejar la mía escrita para evitarle a un amigo este rato. Me pidieron desde el Boletín una fotografía de José Antonio. Recordaba una que me envió hace varios años. Una de sus bromas. No se le ve bien entre tanto "ángel". Pero me recuerda cómo era y me hace sonreír. Creo que es la que José Antonio hubiera elegido para esta nota.

*Salvador Peiró.*

### ASOCIACION ECONOMIA DE LA SALUD

Sardenya, 229 6º 4ª • Tel. 231 40 66 - Fax 231 35 07 • 08013 BARCELONA

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