

Economía y Salud

boletín informativo

AÑO 18 SEPTIEMBRE 2005 n°

54

**ASOCIACIÓN
DE ECONOMÍA
DE LA SALUD**

<http://www.aes.es>

en este número

pág.

EDITORIAL 1

JORNADAS AES 3

– Crónica de la organización de las XXV Jornadas de Economía de la Salud, Barcelona, 2005

– Programa científico de las XXV Jornadas

LIBROS 6

EN MEMORIA DE ALAN

WILLIAMS 7

– *My Dear Alan*

– *To Keep the Ball Rolling*

TESIS 11

– Envejecimiento y dependencia: un análisis económico de sus efectos sobre las finanzas públicas

– Consultas sin patología en un centro de salud mental

CON ACUSE DE RECIBO 13

– *Invertir en Salud ... una conferencia iHEA para recordar*

PRÓXIMAS REUNIONES 15

NOTICIAS 15

editorial

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

ASÍ EN EL SNS COMO EN RTVE

José Manuel Freire Campo
Instituto de Salud Carlos III



Es conocido que el Sistema Nacional de Salud (SNS) no tuvo un nacimiento glorioso; de hecho no tiene cumpleaños, como el *Nacional Health Service* británico. Si alguien -extranjero por supuesto- quisiera saber del SNS español lo tendría difícil: no tiene dirección postal conocida, ni teléfono, ni e-mail. Y lo que es peor en estos tiempos, carece de página web propia;¹ ni siquiera Google y la Wikipedia ofrecen buenas indicaciones. No caemos mucho en la cuenta, pero el SNS tiene mucho de realidad virtual.

La Ley General de Sanidad (LGS) que creó el SNS lo define como el: “conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley” (Art. 44.2 LGS, 1986). El SNS es pues el “conjunto” de los Servicios de Salud, algo conceptual, aunque, menos afortunadamente, que el Sistema Nacional de Transportes (abreviémoslo: SNT) de cuya existencia tampoco cabría dudar.

Es realmente llamativo el contraste entre la realidad más bien virtual el “ente” SNS y lo fundamental que éste y su buen funcionamiento son para la sociedad española. Y el problema es que a esta realidad meramente conceptual del SNS -y todo lo que ella implica, en sus causas y consecuencias- están asociados algunos de los problemas estructurales, de gobierno y gestión más importantes del SNS. Problemas todos ellos tanto o más importantes que la financiación -por más que ésta hoy ocupe todo el debate sanitario- porque son problemas estructurales que reclaman con cierta urgencia atención, sin la cual es muy poco probable que ningún sistema de financiación sea sostenible.

El argumento central de este comentario es que es preciso repensar el SNS en su conjunto, porque el sistema sanitario tiene problemas estructurales que precisan dirección estratégica activa; porque no puede, sin grave riesgo para su futuro, continuar por mucho más tiempo a la deriva de políticas que posponen el abordaje de sus problemas. La sanidad de un país es lo suficientemente compleja e importante como para dejarla al albur de la inercia política, sin abordar las reformas de todo tipo que precisa.

Los grandes cambios sanitarios, sociales y de la arquitectura política de España en los últimos 20 años no han ido acompañados de las reformas que, en múltiples aspectos precisa la sanidad pública española. Hace ya años, pero sobre todo a partir de 2002, la culminación de las transferencias a las CCAA ha dado como resultado una situación bien distinta a la que diseñó la LGS de 1986 para el SNS, ¡hace ya 19 años! El desarrollo de los Servicios de Salud de las CCAA como consecuencia de las transferencias ha hecho que éstos sean una realidad pujante, lo cual paradójicamente, hace patente la precariedad conceptual de éste, definido como “conjunto”, pero sin entidad institucional alguna.

Puede que sea difícil dar con la fórmula adecuada para que el SNS tenga una entidad institucional, pero es obligado intentarlo. No debería ser imposible acordar una entidad institucional para el SNS, con un cierto carácter de cooperativa de los Servicios de Salud de las CCAA, con la presencia que sea

A.E.S.
Sardenya, 229 - 6ª 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@uniovi.es)

Comité de Redacción:

Laura Cabiedes, David Casado, Josep Fusté, Anna García-Altés, Jaime Pinilla, Fernando San Miguel y Oriol de Solà-Morales.

Han colaborado en este número:

José Manuel Freire Campo, Anna García-Altés, Lluís Bohigas, Guillem López Casasnovas, Nacho Abásolo, David Casado Marín, Alberto Ortiz Lobo e Iván Planas Miret.

precisa del Ministerio de Sanidad y de la propia Seguridad Social... Otros países, sanitariamente similares al nuestro, es decir, estados compuestos con sanidad pública descentralizada y aseguramiento universal, ofrecen modelos que se pueden estudiar (Suecia, Canadá).

Siendo importante, la ausencia de entidad institucional del SNS no es un tema aislado, ni el problema más importante. El aseguramiento y la cobertura sanitaria de nuestro país, todavía no están resueltos y son los elementos clave que definen la naturaleza de un sistema sanitario. Por ello están en el fondo del debate temas tan actuales como la financiación sanitaria, posibles copagos en alguna Comunidad Autónoma, la naturaleza autonómica o nacional (Seguridad Social) del aseguramiento sanitario en España, la movilidad interautonómica de pacientes, si la exención del copago para los pensionistas debe ser considerada pensión en especie de la Seguridad Social o prestación sanitaria, etc.

Si bien casi toda la población tiene cobertura sanitaria de la Seguridad Social (SS), cuya universalización *de facto* constituyó un gran logro en 1990, han pasado 15 años y desde entonces no se ha avanzado nada. En las actuales discusiones sobre la financiación (sanitaria) de las CCAA, se vuelve a hablar de "población protegida" y no de "población" sin más. Y es que el SNS debiera ser de cobertura universal, e igual para todos, pero no lo es. Aunque muchos lo dan por hecho, la sanidad pública no es todavía derecho cívico, igual para todos, ligado a la única condición de ciudadanía o residencia.

No son temas irrelevantes: afectan a un derecho tan importante como la atención sanitaria y, cómo no, tienen una gran repercusión en la institucionalidad y estructura del SNS. Por ejemplo, con la financiación de la sanidad plenamente integrada en la financiación general autonómica, ¿qué significa exactamente que los servicios del SNS sean prestación no contributiva -todavía no universal- de la Seguridad Social, como lo define la Ley 24/1997?² ¿Cuál es el papel de la SS en el SNS? Es obvio que es preciso reflexionar sobre todo ello, porque ignorar los problemas sólo puede contribuir a agravarlos.

Plantear estas cosas implica reformas estructurales. Desgraciadamente es un hecho el escaso dinamismo político que hay en España para reformar la sanidad. Y no será por falta de problemas. Bienvenido sea pues el debate de la financiación autonómica (sanitaria)³ que, por fin -y todo hace pensar de que de forma permanente- parece haber situado a la sanidad en la agenda política española, con la prioridad que ésta tiene en la sociedad.

De hecho, tras la etapa de elaboración de la LGS, ha habido en España muy contadas reflexiones de carácter institucional sobre el sistema sanitario: la Comisión Abril (1991), la Subcomisión de Sanidad del Congreso (1997), y -en menor medida- la Ley de Cohesión y Calidad del SNS (ley 16/2003), cuya aportación al SNS es más declarativa que de contenido real. Otros países de nuestro entorno periódicamente reflexionan institucionalmente sobre sus servicios sanitarios, haciendo de este análisis la base de eventuales reformas legislativas (Canadá,⁴ Reino Unido, Francia, Alemania, etc.).

Por el contrario, en nuestro país las leyes sanitarias disfrutaban de una longevidad notable, más sospechosa que ejemplar, especialmente comprobando sus incumplimientos. La LGS es de hace 19 años (1986), el RD137/1984 que puso en marcha el "nuevo" modelo de Atención Primaria es de hace 20 años, el RD 521/1978RD que todavía inspira la estructura de los hospitales públicos y que suprimió las Juntas de Gobierno, lo poco que había de órganos colegiados, es de hace 18 años. Y por todos es conocido que el Estatuto Marco fue aprobado en 2003, respondiendo a un mandato de la LGS de 1986... Como es fácilmente argumentable que la arquitectura del SNS ha evolucionado en los últimos años fundamentalmente a impulso de su descentralización en las CCAA, y que ésta ha estado determinada fundamentalmente por el desarrollo del propio Estado de las Autonomías, habiendo estado las necesidades del sistema sanitario en un segundo plano. La secuencia de las transferencias sanitarias -una etapa que increíblemente ha durado 21 años, desde 1981 (Cataluña) a 2002 (las diez CCAA finales)- es a este respecto muy ilustrativa.

El contraste entre este inmovilismo normativo y los cambios que ha experimentado la sociedad española y la propia sanidad es claro y preocupante y, sin duda es un buen tema de análisis político. ¿Por qué esta baja prioridad de la sanidad en la agenda política, central y autonómica de nuestro país?

Pasados cuatro años de las transferencias a todas las CCAA, se plantean con crudeza los problemas de financiación del SNS y se constata la necesidad de aportar más recursos a un sistema sanitario infrafinanciado, pero también de abordar sus imprescindibles reformas estructurales. Por ello, este es quizá un buen momento para re-pensar un SNS que en poco se parece a las previsiones de la LGS, y que está demandando la ley fundacional que nunca tuvo.

Razones para ello no faltan. Sin embargo, antes de proponer ley alguna es necesaria una reflexión política y social en profundidad sobre el sistema sanitario. La sanidad pública es uno de los mayores activos de nuestra sociedad y bien merece una reflexión a fondo ante los retos que tiene planteados. Su importancia para el bienestar y calidad de vida de todos, para el sistema de protección y cohesión social, exige que se preste al SNS toda la atención política que, por diferentes motivos, no ha tenido en las décadas pasadas.

Y quizá ahora sea un buen momento, cuando corren aires de reformas en el país, que falta hacía: las leyes sociales, la revisión de los Estatutos de Autonomía, el Código de Buen Gobierno, la remisión a las Cortes del Proyecto de Ley de Agencias Estatales, etc., todo ello configura un buen clima para plantear también las reformas estructurales que precisa el SNS y que las necesidades del sistema sanitario sean tenidas en consideración al abordar reformas que le afectan, como las de los Estatutos.

El SNS tiene una serie de nudos gordianos, algunos de los cuales son estructurales -completar la universalización de la cobertura como derecho cívico, definir su propia naturaleza y su arquitectura horizontal, etc.-, mientras que otros son problemas de gobierno y gestión, de organización de los servicios, de recursos humanos, de medicamentos, etc.. Muchos de estos problemas, más que tener "solución", son sobre todo susceptibles de una gran mejoría, de minimización. Ello requiere reformas continuas y dinámicas; no se trata tanto de nuevos "modelos" ideales y acabados, como de ajustes constantes en lo que no funciona. Y es que la sanidad moderna exige organizaciones ágiles y flexibles, con capacidad de autonomía y gestión democrática muy pegada a la ciudadanía.

Pero para hacer esto posible, es necesario previamente realizar algunas reformas estructurales en el marco global del SNS, no para esculpir en piedra nuevos modelos -que pronto se quedarían obsoletos-, sino para garantizar su universalidad y equidad, creando el marco que posibilite las reformas continuas y adaptativas que son imprescindibles en los servicios sanitarios modernos.

Ahora que tras la reforma de la RTVE su Director/a General dejará de ser nombrado/a directamente por el Gobierno, también los gerentes de los hospitales públicos podrían dejar de ser cargos políticos, la cobertura sanitaria ser -de verdad- universal e igual para todos, y el SNS, sin dejar de ser el conjunto de los Servicios de Salud, tener la entidad institucional que todo sistema precisa para funcionar. Bienvenida sea la Comisión de Sabios que lo proponga.

¹ La página www.sns.es no es del SNS, su página en el Ministerio de Sanidad es: <http://www.msc.es/Diseno/sns/SistemaNacionalSalud.htm> (accedida 11.7.05)

² Ley 24/1997, de 15 de julio, de consolidación y racionalización del Sistema de Seguridad Social, (BOE 16.7.97).

³ La expresión "financiación sanitaria" ya no es correcta en el actual sistema de financiación, al estar integrada en la financiación general de cada Comunidad Autónoma.

⁴ Ver, a modo de ejemplo, *Health Care Commission de Canadá* (informe Romanow): <http://www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/index1.html>



Crónica de la organización de las XXV Jornadas de Economía de la Salud, Barcelona, 2005

Anna García-Altés

Presidenta del Comité Organizador



Resulta extraño hacer la crónica ahora, en el mes de agosto, más de un año después de que empezáramos a trabajar y tres semanas después de las Jornadas.

La cosa empezó en mayo del 2004 en San Lorenzo del Escorial, cuando se me encargó llevar la organización de las XXV Jornadas. La primera tarea fue formar el Comité Organizador, con criterios clave: gente trabajadora, entusiasta y de ámbitos diversos. La elección resultó ser un éxito total: Núria, por los contactos con Harvard y su toque académico, Aníbal por su sentido práctico y el contacto con la industria, Oriol por su sentido común y su responsabilidad, Pep por su contrapunto realista con los presupuestos y ser el puente con la Junta de AES, y Lluís por su experiencia y diplomacia.

La evolución de Lluís durante estos meses fue curiosa. Empezó un poco porque le tocaba, porque él estuvo en las I Jornadas, y tenía un tono más bien pesimista: "Seremos 200 inscritos", decía. Tenía gracia ir a las reuniones con los patrocinadores institucionales con él, porque invariablemente sacaba el tríptico de las I Jornadas y decía "¿Te acuerdas hace 25 años?", "Hicimos el congreso en el Colegio de Economistas y la inscripción costó 2.000 pesetas, e incluía dos comidas!". Cuando vio la cantidad de gente que había enviado comunicaciones cambió por

completo: animado, preocupado por todo, y con un montón de ideas para celebrar las XXV.

La otra pieza fundamental fue Paula, la secretaria de AES, que llevó buena parte de la secretaría de las Jornadas. Paula también se fue transformando: poco a poco se hizo suyo el proyecto y lo llevó eficientemente, preocupada hasta por los detalles más pequeños, y haciendo un marcaje estrecho sobre inscritos, pagos y facturas.

Yo diría que la clave para que todo marchase y ninguno de nosotros se quemara demasiado estuvo en trabajar con mucho tiempo por delante y en repartirnos mucho las tareas entre nosotros. Las cosas que hay que hacer son innumerables: desde buscar patrocinadores a comprar bolígrafos, pasando por escoger el lugar de la cena. Ése fue uno de los mejores momentos de la organización, cuando probamos el menú de la cena de las Jornadas. En nuestro caso, los responsables del catering nos prepararon una comida en un salón privado del Restaurante Reno, donde estuvimos probando los platos y los vinos que se nos sirvieron en la cena y alguno más... ¡qué placer!

Difícilmente hubiésemos podido tener una inauguración más lucida: en el Palau de la Música, coincidiendo con la clausura del 5º congreso de la iHEA (desde aquí también nuestra enhorabuena al CRES!!), con autoridades, una conferencia interesantísima del Nobel Daniel Kahneman, y el discurso de bienvenida de Beatriz González.

Por supuesto que hubo momentos difíciles, pero los buenos momentos los superaron. El mejor de todos fue la mañana del día 14, cuando parecía que todo estaba más o menos a punto y empezó a llegar la gente a los locales del ESCI, hasta desbordar la sala de actos. Hay algunos números ilustrativos en la tabla. Entre ellos, el último recuento de inscritos, que estuvo en 435!!

Inscritos	435
Comunicaciones aceptadas	102
Pósters aceptados	42
Mesas	18
Ponentes	26
Patrocinadores	18
Visitas en la página web	6.720

Hubo varios factores a nuestro favor. Uno fue el hecho de que todo fue bastante casero, gestionado directamente por nosotros, lo que lo hizo todo mucho más personal y directo. ¡Hasta los ayudantes con camiseta negra eran familiares de varios de nosotros! La segunda fue el hecho de que, al ser las XXV, todo el mundo estuvo encantado de colaborar con nosotros. Quizás la más bonita fue la idea del libro de fotos que preparó Txomin con tanto cariño...

El epílogo de las Jornadas tomó la forma de fin de semana en Berga, con Laura, Marita, Quique, Ricard, Rosa, Txomin, Vicente y yo misma. Los que no tenemos “vértigo paralizante ni demasiada aversión al riesgo” optamos por hacer la preciosa subida al Pedraforca (en plan valiente, subiendo por la tartera y bajando por el Coll del Verdet); el resto, más dado a “arroyuelos”, hizo una excursión cultural a la Colonia Vidal.¹ El trato era juntarse para compartir con risas la hora de la cena.

No es cuestión de repetir ahora los agradecimientos que hice en la clausura de las Jornadas pero, ni que sea de un modo general, quisiera aprovechar para agradecer de nuevo a todos aquellos que de una forma u otra han colaborado en las XXV Jornadas. ¡Gracias a todos!

¹ Nota de la editora: a pesar de la discreción de Anna, como parte implicada y teniendo en cuenta el elevado grado de curiosidad que nos caracteriza, he de confesar que “el resto” estuvo formado por Marita, Quique, Ricard, Rosa, Vicente y yo misma. Es decir, salvo Anna y Txomin (montañero de raza), los demás, declaramos nuestra preferencia por las colonias textiles, dejando entrever cierta aversión al riesgo.

Programa científico de las XXV Jornadas

Lluís Bohigas

Presidente del Comité Científico



El Comité Científico estuvo formado por la actual y los anteriores presidentes de AES. A todos les agradezco su colaboración y el esfuerzo en evaluar las aportaciones de los participantes. El desarrollo de las Jornadas fue ágil y se mantuvieron los tiempos gracias al esfuerzo y buen hacer de los Moderadores de las mesas, que en el caso de las Comunicaciones fueron los últimos en presentar su comunicación, a todos ellos también les doy las gracias.

El Programa científico de las XXV Jornadas fue muy intenso al estar las Jornadas comprimidas en un día y

medio en vez de los dos o dos y medio habituales. Se tuvieron que programar en paralelo muchas actividades, de hecho la única actividad en solitario fue la conferencia inaugural. La ventaja de esta intensidad fue una gran participación en todos los actos y un seguimiento con gran interés por parte de los asistentes.

Programa científico

Ponencia principal
 Seminario
 3 mesas de ponencias
 Mesa de reflexión
 Mesa de jóvenes investigadores

100 comunicaciones
 40 posters

Job market
 Presentación dos libros
 Presentación Base de datos de evaluación económica
 Reunión del Grupo de acceso a los medicamentos

Ponencias

La conferencia inaugural fue a cargo de David Cutler, Decano de Harvard, que desarrolló el tema de su libro *Your money or your life*. El mismo Cutler dictó el Seminario sobre el tema de Análisis coste-beneficio generalizado. Las tres mesas de ponentes se orientaron hacia temas de actualidad en la política sanitaria: Financiación, Recursos humanos y Farmacia. Cada mesa contó con protagonistas del debate político, especialmente del Ministerio de Sanidad y Consumo y también de organismos asesores de la política sanitaria, así como de analistas y universitarios.

La mesa de reflexión versó sobre el impacto de la Economía de la Salud en estos 25 años, y contó con una docena de protagonistas de este período.

La mesa de jóvenes investigadores tuvo la presencia de 4 jóvenes con un gran potencial en el campo de la economía de la salud que presentaron sus trabajos de investigación.



Comunicaciones y posters

La participación de los asistentes se distribuyó entre las comunicaciones orales y los posters.

Las 100 comunicaciones orales se organizaron en 13 mesas por temas:

- Gestión del gasto farmacéutico
- Economía de la salud pública
- Organización y gestión sanitaria
- Utilización de servicios y variabilidad
- Evaluación económica de métodos diagnósticos
- Economía de la salud en Latinoamérica
- Financiación del Sistema Nacional de Salud
- Economía del VIH
- Evaluación económica del medicamento

- Globalización y acceso a los medicamentos
- Dependencia
- Eficiencia
- Desigualdades

Los temas con mayor número de comunicaciones fueron farmacia y evaluación económica. Estas comunicaciones se agruparon por temas más específicos para facilitar la coherencia de las sesiones y también focalizar la asistencia a las mismas. El tema farmacéutico se abordó desde tres perspectivas diferentes: gestión del gasto, evaluación económica y globalización. La evaluación económica se agrupó según el tema a evaluar: salud pública, medicamentos y medios diagnósticos.

Los 40 posters se presentaron a cargo de los autores en dos días diferentes.



Otras actividades

Una novedad de estas Jornadas fue organizar un "Job market" que permitió a diversas empresas e instituciones interaccionar con economistas de la salud para posibles ofertas de trabajo.

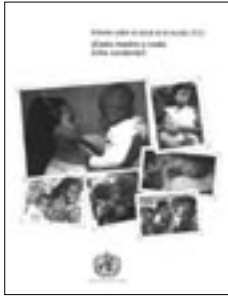
Se presentaron los libros:

- *Difusión de nuevas tecnologías sanitarias y políticas públicas*
- *Innovaciones en gestión clínica y sanitaria*

Se presentó la base de datos sobre estudios de evaluación económica sanitaria EURONHEED.

El Grupo de trabajo sobre Acceso a los Medicamentos (GAM) tuvo una reunión de trabajo.

En la Sesión de Clausura se entregaron los premios a la mejor comunicación y al mejor poster y la Beca AES de Investigación en Economía de la Salud, financiada por Bayer.



**Informe sobre la salud en el mundo
2005**
¡Cada madre y cada niño contarán!

Edita: OMS
273 páginas
2005

Uno de los informes más recientes de la Organización Mundial de la Salud en el 2005 se centra en una cuestión fundamental para el desarrollo y la salud

de la población mundial, especialmente en los países no desarrollados: la muerte de menores de cinco años y mujeres durante el embarazo, el parto o poco después por causas prevenibles, considerando las posibles medidas para reducir ese tributo anual. Las cifras indican que este año morirán casi 11 millones de niños menores de cinco años, de los cuales 4 millones lo harán antes de cumplir el primer mes de vida. Además, 3,3 millones de niños nacerán muertos. Al mismo tiempo, aproximadamente medio millón de mujeres fallecerán durante el embarazo, el parto o poco después.

El informe presenta un análisis de los expertos sobre los obstáculos a los progresos en materia de salud de la madre, el recién nacido y el niño, así como una amplia serie de recomendaciones para superarlos. Se señala que disponemos ya de las intervenciones necesarias para transformar la vida de millones de madres y niños y prevenir millones de muertes trágicamente prematuras. Para poner fin a la exclusión generalizada, es necesario que los países garanticen el acceso a la atención para cada madre y cada niño, mediante la continuidad de la asistencia desde el embarazo, pasando por el parto, hasta el periodo neonatal y la infancia. En el informe se advierte que el acceso universal para las madres y los niños exige sistemas de salud capaces de responder a las necesidades y demandas de la población, y de ofrecerles protección frente a los graves problemas financieros que acarrea la mala salud. Se sostiene en el informe que la salud materna, neonatal e infantil debe constituir el núcleo de los derechos a la salud protegidos y financiados mediante fondos públicos y sistemas de seguro social de enfermedad.

Estadísticas sanitarias mundiales 2005

Edita: OMS
96 páginas

Resumen

La presente publicación se centra en un conjunto básico de indicadores sanitarios que han sido seleccionados según la disponibilidad actual de los datos y su calidad e incluye la mayoría de los indicadores relacionados con la salud, que fueron seleccionados para medir los progresos realizados hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La finalidad del conjunto de indicadores no es reflejar todos los aspectos relacionados con la salud, sino proporcionar una visión instantánea de la actual situación sanitaria en los países. Cabe destacar que los indicadores que conforman este conjunto no son fijos: algunos se agregarán a lo largo de los años o cobrarán mayor importancia, mientras que otros podrán resultar menos pertinentes o incluso irrelevantes. Varios indicadores clave,

incluidos algunos indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, no se recogen en esta primera edición de Estadísticas Sanitarias Mundiales, debido sobre todo a aspectos relativos a la calidad y comparabilidad de los datos. En el caso de ciertos indicadores, los métodos de medición y estimación están siendo desarrollados y dependen de los resultados de investigaciones adicionales. Es el caso de algunos indicadores como mortalidad específica por paludismo y acceso a medicamentos. Por lo que se refiere a otros indicadores, tales como consumo de tabaco y prevalencia del VIH entre las embarazadas de 15 a 24 años que acuden a servicios de atención prenatal, las estimaciones todavía no están ampliamente disponibles ni son comparables entre países. Los indicadores que se presentan en Estadísticas Sanitarias Mundiales se centran en las estimaciones más recientes posteriores a 1995 correspondientes a cada país. Se han recopilado las estadísticas a partir de las publicaciones y bases de datos de los programas de la OMS, incluidas las publicaciones de las Oficinas Regionales de la OMS. Los datos que figuran en la primera parte de Estadísticas Sanitarias Mundiales se clasifican en cuatro grupos de indicadores interrelacionados: (i) el estado de salud de la población (resultados de mortalidad y morbilidad); (ii) la cobertura de los servicios de salud y los factores de riesgo ambientales y comportamentales; (iii) sistemas de salud y (iv) los datos de población generados por la División de Estadística de las Naciones Unidas y la División de Población de las Naciones Unidas. Con miras a asegurar la comparabilidad de los datos, la OMS ha elaborado numerosas estimaciones utilizando métodos transparentes. Los países fueron consultados posteriormente a través de las Oficinas Regionales de la OMS. No obstante, en algunos casos, las estimaciones realizadas por la OMS pueden diferir de las estadísticas oficiales de los Estados Miembros que aplican métodos rigurosos alternativos. Teniendo en cuenta que la demanda de información oportuna, fiable y coherente sobre indicadores clave relacionados con la salud sigue aumentando, es preciso orientar a los usuarios en relación a lo que estas cifras miden exactamente; sus aspectos positivos y negativos; y los supuestos bajo los cuales deberían emplearse. La segunda parte de Estadísticas Sanitarias Mundiales aborda estos aspectos y proporciona una descripción estandarizada de cada grupo de indicadores, exceptuando la última categoría, cuyos indicadores, como se ha indicado, no han sido elaborados por la OMS.



Delivering Quality in the NHS 2005

Editado por Sir Michael Rawlins and Peter Littlejohns
Radcliffe Publishing

200 pages
2005

Cabe resaltar su interés como referencia para aquellos profesionales de la salud y gestores sanitarios que estén interesados en las iniciativas llevadas a cabo en el Reino Unido para mejorar la actuación de su sistema sanitario. Se basa en la conferencia anual celebrada por el *National Institute for Clinical Excellence* (NICE), en la que un grupo de profesionales de diferentes ámbitos de la salud persiguen el objetivo de mejorar la calidad de la atención sanitaria en el NHS.

My Dear Alan

Guillem López Casasnovas
Universidad Pompeu Fabra



Prof. Alan Williams, fallecido el 2 de junio de 2005

Llegué a York con más francés que inglés, más cansado de los exámenes por mis estudios previos en Barcelona que del viaje y traslado, tan afectado psicológicamente por mi recién acabada mili como por la escasa profundidad alienígena de mi primera conversación yorkiana: “nice weather isn’t it?”

No tardé en conocer a Alan: sonriente, cariñoso siempre, saludaba escondido en un gorro soviético y una nariz roja expresión de frío. Nunca vi como cuando me citó formalmente entonces, un despacho desordenado, libros en columnas adosadas y bastantes tazas de café marcadas por el olvido del mistol. El “professor” imponía. Era mi referente de *Public Finance*, aunque a decir verdad, sabía de él por dos articulitos que no pasaron a la historia sobre externalidades y *public goods*. Comprobé en su despacho mis inquietudes (las ideas fluían más rápidas que las palabras) y me contó que lo suyo era, al momento, algo que llamó *Health Economics*, como disciplina y como área de investigación. Emilio Albi, quien me precedió en la nada fácil tarea de escribir un D. Phil en York, me había contado excelencias investigadoras del personaje, aunque cuando Emilio llegaba al *cost benefit* -su tesis-, Alan estaba ya en los Qalys.

Alan Williams fué mi maestro, cuatro años en York, con R.L. Akehurst, actual Dean de los estudios de Ciencias de la Salud en Sheffield siempre en un segundo y decisivo plano. Parte de la aportación de uno de los capítulos de mi tesis (*A budget-based contract to improve efficiency in the health sector*) se dibujó en una servilleta del Alcuin College mientras tomábamos café. A Alan le gustaba la distancia corta: de la política pública a la micro, de la metafísica a la inteligencia emocional. Mientras hablaba no paraba de tocarse la nariz y frotarse el escaso pelo que conservaba. Nunca me marcó jerarquía, siempre valoró mis aportaciones por controvertidas que fuesen. Le gustaba el debate, que proseguía en el pub de

Heslington, con sus fieles en casa, junto a June, su esposa, de quién he comido los mejores pasteles calóricos. Nunca se regateó en su casa el vino. Le encantaba entremedio la discusión lúcida de política sanitaria. Siempre se sintió “labour” y anti-tatcheriano. Yo le pinchaba bastante, ya que era obvio (aunque nunca lo fué para él) que muchas de las reformas liberalizantes iniciadas por los conservadores iban a durar. En las discusiones nunca fuí sumiso. Creo que Nacho lo ha sido más y ha participado en mayor medida de los “atrevimientos” de Alan. Emilio Albi no practicó ya que decidió jugar otra liga (la de la asesoría fiscal) mucho más lucrativa que la académica, a lo que nos refugiábamos cuando nos dábamos cuenta de lo lejos que estaba nuestro mundo del real.

Acabado el doctorado, Alan y June han estado siempre en nuestras vidas. Una fotos en verano, una visita esporádica, una carta navideña de registro anual que aún guardamos. Mis hijas eran sus sobrinas españolas. Prefería el cuarto pequeño de nuestro minúsculo piso en sus visitas a Barcelona que alguno de los impersonales hoteles que le facilitaban. En una ocasión me pidió que montase una cena con todos los yorkistas catalanes (una docena larga) en la que consumimos tanto vino como nos dejaron en el bufete del restaurante.

Alan Williams para bien y para mal fué un gran tozudo. Creyó en su misión y utilizó todas sus habilidades para propagar los mensajes. Su poder de convicción entre académicos fué sobresaliente. Marcó directa o indirectamente la agenda de investigación de muchos de nosotros. Para el público general su discurso fué algo más “marciano”: Recuerdo que el verano del 96 estaba en Inglaterra y comprobé (lo transmitían por la televisión!!) cómo la idea de priorizar explícitamente acababa siendo rechazada por el público “at large”. ITN (la cadena de medios) posibilitó un experimento de interés al seleccionar un grupo de ciudadanos que interaccionó en un hotel durante dos días, reflexionando sobre sus ex antes y ex posts, en torno a las consecuencias de la priorización en políticas de salud. Observábamos cual Gran Hermano como los Mooney, Drummond, Williams et al. compaginabam videos, experimentos y alocuciones para intentar crear consensos y vencer resistencias a la priorización. El fracaso en su momento del “fair innings” fué descarnado: después de las explicaciones de los contenidos el apoyo retrocedía incesantemente ante el desespero de Alan. Como yo se lo había anunciado que iba a pasar, y acerté, me permití después algunas bromas, que él aceptó a regañadientes pero con humor.

Murió Alan sin saber cuál de sus distintas enfermedades acabó llevándole a la tumba (una de sus críticas contra el otro López, impulsor de la *global burden of disease*), pero consciente habló claro a todos en su despedida. No pudo asistir a nuestro Congreso iHEA en Barcelona, pero las referencias a sus trabajos y el recuerdo a su persona hizo caer alguna lágrima y levantar *paints* de cerveza a los que le queríamos.

To Keep the Ball Rolling

Nacho Abásolo

Universidad de La Laguna

Conocí a Alan en el curso académico 1991-1992 cuando recibí sus enseñanzas en el Máster en Economía de la Salud de la Universidad de York. Era, además de un reconocido hacendista internacional, el economista de la salud que más años seguidos había dedicado al trabajo en esta disciplina, concretamente desde 1967. Tres años antes, en 1964, se había trasladado a la Universidad de York y contribuyó de forma decisiva a su lanzamiento internacional como centro de investigación en economía de la salud (creándose el *Centre for Health Economics* y el programa de postgrado en Economía de la Salud de dicha Universidad). No sólo fue una satisfacción poder recibir las clases del que se considera “padre de la economía de la salud” en el mundo. Al comienzo de unos estudios en otro país también se agradece encontrar un profesor que transmitía las ideas de forma enormemente pedagógica y clara, con un inglés que parecía intencionadamente modulado para facilitar la integración de los numerosos estudiantes extranjeros. Pero además, lo que no imaginé era que yo, como tantos alumnos e investigadores que le conocimos, íbamos a tener la suerte de encontrar en ese profesor a una cálida persona que dedicaba parte de su valioso tiempo a atenderte cuando lo necesitabas. Siempre tenía un hueco en su agenda, y si no podía atenderte en el despacho, lo hacía almorzando contigo en una de sus citas diarias con los “pub lunches”. Con ello contribuía a que uno no se sintiese en York tan lejos de casa, quizás, en parte, porque él mismo vivió una experiencia similar como alumno en su formación de postgrado en Suecia.

Autor de una inmensa lista de artículos e investigaciones, una buena parte de ellos giró en torno a su interés por encontrar una medida de la efectividad del Servicio Nacional de Salud británico (NHS) centrada en la valoración social de la salud como un bien en sí mismo: los Años de Vida Ajustados por Calidad (QALYs). Alan solía decir que el devenir de la vida de un investigador estaba condicionado por los accidentes o las casualidades, al menos eso era lo que le había sucedido a él. Una esas casualidades, que cambió su vida, como él mismo describe en una reciente autobiografía que he utilizado para escribir estas líneas¹, fue conocer -a través de su marido- a

Rachel Rosser, una psiquiatra que, movida por su interés en medir “el output curativo de un hospital” diseñó un índice basado en las valoraciones sociales de 29 estados de salud con apoyo en dos dimensiones: incapacidad y dolor. Esta aportación fue para él -a principios de los años 70- un punto de partida en busca del coste por QALY de los distintos tratamientos e intervenciones sanitarias, como medio para establecer prioridades en el NHS (con el fin último de maximizar la salud de la población con el presupuesto disponible). Quince años después impulsó -conjuntamente con los colegas de otros países europeos, incluido el nuestro- otra medida descriptiva del estado de salud, el Euroqol-5D (en referencia a las cinco dimensiones que contenía este nuevo instrumento), que al final ha sido la medida más utilizada en los cálculos de los QALYs por el *National Institute for Health and Clinical Excellence* británico (NICE).

En los años 90 se centró en cómo ajustar la regla de maximización de QALYs para considerar también el objetivo de justicia distributiva en salud. Fue entonces cuando utilizó el argumento del “fair innings”, según el cual, todo el mundo tendría el derecho a vivir unos determinados años de vida en buena salud, de tal forma que aquéllos que no llegasen, habrían tenido la desgracia de no lograrlo, mientras que aquéllos que lo alcanzasen, habrían tenido la fortuna de sobrepasarlo. El argumento es bien sencillo y se deduce de una idea que parece tener un amplio respaldo popular: morir viejo no es visto como una tragedia, pero morir joven sí es visto como una desgracia. Su objetivo era encontrar unas ponderaciones (de equidad) que ajustasen la regla de maximización de QALYs (de eficiencia) y que variarían de forma inversamente proporcional a la probabilidad de que un individuo lograra el “fair innings”. Es decir que la ponderación decrecería con la edad del paciente. Pero lo más importante es que este argumento le sirvió para encontrar la conexión entre el tan controvertido criterio de priorizar por

¹ *Personal histories in health research*. Ed. Adam Oliver. The Nuffield Trust 2005. London. También puede verse el documento en: <http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecommm/files/260805PersonalHistories.pdf>

edades y el objetivo de reducir las desigualdades en salud. Su idea era que si tenemos interés en reducir las desigualdades en salud, no tenemos más remedio que priorizar por edades favoreciendo relativamente más a los más jóvenes: dado que, por ejemplo, los individuos pertenecientes a las clases sociales bajas tienen una menor esperanza de vida, a ellos debería asignársele una ponderación mayor. La evidencia empírica le demostró que a la gente le importan las desigualdades en salud (especialmente las socioeconómicas), hasta el punto de estar dispuestos a sacrificar parte de la salud alcanzable por la población en conjunto para poder distribuirla más igualitariamente (i.e. hay un respaldo social al *trade-off* eficiencia-igualdad en salud). Y esa evidencia no sólo la encontró en el Reino Unido sino también -y de forma aún más acentuada- en España (como se comenta más abajo).

La idea de la priorización en sanidad por edades no ha sido bien recibida en distintos ámbitos, tampoco de nuestro país, pero no por contestada hasta ahora, ha perdido fuerza, más bien la realidad ha demostrado que ha ganado la atención y el interés de investigadores por su análisis y desarrollo. Y esa posición, sobre la que tenía cierta autoridad moral porque, como él mismo consideraba, ya había alcanzado su *fair innings*, la defendió no sólo como investigador, sino también como ciudadano y como paciente. Y lo hizo hasta el final, en un ejercicio de coherencia que añade aún más valor a su planteamiento.

Como puede deducirse de su autobiografía, su investigación estuvo marcada por el trabajo en equipo y por su interés en crear redes nacionales e internacionales que facilitasen el avance en el conocimiento y que minimizasen el riesgo de que las líneas de investigación abiertas por él, se disolviesen por falta de interés, por encontrar un entorno demasiado hostil o porque su inspirador y principal motor dejase de existir. No es extraño en un hombre con un acentuado sentido de la anticipación, al que le gustaba planificar y tener siempre un plan de contingencia por si algo fallaba, eligiendo la mejor opción posible y teniendo en cuenta las consecuencias de dicha elección. No era casualidad que unas veces le oyese decir “la vida es un plan” y otras “la vida es un *trade-off*”, dos conceptos que marcaron su investigación, pero también su propia existencia.

Trabajar en equipo bajo su supervisión fue una grata experiencia. Desde 1999 trabajamos con él

Aki Tsuchiya y Rebecca Shaw (ambas entonces en la Universidad de York), Juan Díez Nicolás (de la Universidad Complutense) y yo mismo, en un trabajo empírico en el que el objetivo era estimar y analizar las preferencias de la población española respecto al *trade-off* igualdad-eficiencia en salud. Fue grata por la calidad de su input en el trabajo y por lo que se aprendía de él, incluso teniendo en cuenta que hacía gala de una máxima (colgada en la puerta de su despacho) que decía *be reasonable, do it my way!*. Pero también por su peculiar estilo de dirección que, lejos de estar marcado por la exigencia y el verticalismo, trabajaba como uno más, cumpliendo en tiempo sus tareas, *keeping the ball rolling* como él mismo decía a veces a los demás cuando nos hacía llegar su parte del trabajo (queriendo decir “que no dejásemos que se parase el balón” en el partido) y siendo el primer entusiasta con los resultados obtenidos en la investigación. Su ejemplo, mostrándose como un jugador más del partido, resultó ser el mejor medio para involucrar y potenciar el trabajo de todo el equipo y la mejor garantía para llevar a buen fin sus objetivos.

Su visita a las universidades canarias no pasó desapercibida. Desde su primera visita a la Universidad de La Laguna en 2000, Canarias se convirtió en un destino deseado por él y su compañera inseparable, su mujer June, decidiendo que, siempre que pudieran, cambiarían una semana del oscuro invierno inglés por el sol, el paisaje y las gentes del Archipiélago. Eso sin contar algún que otro concierto de la Orquesta Sinfónica de Tenerife. No en vano era un amante música clásica y sobre todo de la ópera; de hecho, era abonado del *Concert Hall* y del *Opera Theatre* de Leeds donde solía ir casi siempre que había un concierto o una actuación, eso sí, después de tomar un *fish and chips* en un bonito restaurante de los alrededores de la ciudad. En Tenerife se tuvo que conformar con las tapas de los bares; hubo uno que le llamó especialmente la atención y que siempre me recordaba: “La Sacristía” en La Laguna, un bar muy pequeño y sencillo, decorado con motivos religiosos, donde degustó un buen jamón, un revuelto de erizos y su plato favorito, los espárragos, todo ello rociado con el vino tinto de Tacoronte; imagino que lo que debió gustarle especialmente fue la comida porque ¡no me consta que fuese precisamente muy devoto!.

Los principales beneficiarios de sus visitas a las Islas fueron los alumnos de economía de la salud

de las dos universidades canarias que pudieron disfrutar de sus seminarios y conferencias. En una de ellas, impartida en la Universidad de La Laguna y titulada “Aplicando la economía en un entorno hostil”, Alan argumentaba que los economistas de la salud están liderando un cambio de paradigma en economía que necesita ser extendido al resto de la disciplina, incluida la macroeconomía, y dirigiéndose a los alumnos concluyó diciendo “... quizás algunos de vosotros, jóvenes y bravos economistas de la salud, estaríais preparados para dedicar vuestras vidas profesionales a hacer del ‘non-welfarism’² la norma en economía... para aproximarnos a los valores de la sociedad que decimos servir. Es una pena que no viva para ver ese día..., pero estaré viéndoos desde algún sitio ahí fuera... Id a por ello, es una gran tarea, aunque necesitáis tener las ideas claras y la piel muy dura porque puede ser un entorno muy hostil”.

También se beneficiaron de las estancias de Alan en Canarias los alumnos de la II promoción del Máster de Economía de la Salud de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, dirigido por Bea, del que fue profesor y elegido padrino de la promoción. Su discurso como padrino -que leyó en español- versó sobre la “caballerosidad” en sanidad. La idea se le ocurrió porque en una de sus clases, en su afán por saber cuál era la opinión pública sobre las desigualdades en salud, esta vez de género (i.e. que las mujeres vivan más años que los hombres), resultó que fueron las alumnas, más que los alumnos, las que mostraron más aversión a esas desigualdades, hecho consistente con la literatura sobre el asunto, pero algo contradictorio con la figura del “caballero español”. Una muestra más del ingenio y la chispa de un hombre pícaro y *gentleman* a la vez, que le hacía un personaje peculiar y entrañable.

Como en tantos otros sitios que visitó, en España pudo disfrutar de una de sus reconocidas pasiones, conducir. Conducir, no como un medio, sino *como un fin en sí mismo*, que disfrutaba kilómetro a kilómetro. Y en eso la vida también le fue agradecida, porque pudo hacerlo casi hasta el final de sus días recorriendo medio mundo. De hecho, una de las cosas que manifestó que le dolió mucho cuando ya estaba enfermo fue tener que vender su Volvo!. Era tal su interés por conducir que una vez me comentó que si no hubiese sido profesor de economía, no le habría importado ser camionero (por cierto, le llamaba la atención la amabilidad de los camioneros españoles que, de forma distinta al resto de países

donde había conducido -decía- cedían el paso en las carreteras para dejar fluir la circulación).

Alan era un ejemplo de que ser un investigador de primera línea internacional no está reñido con ser un hombre sencillo y cercano. Tenía esa virtud que hace que cualquiera que compartiera el tiempo con él, fuese conocido o extraño, se sintiese cómodo. Se hacía a los sitios, a los contextos y a las personas con una facilidad asombrosa. Además, como se puede deducir de lo dicho hasta ahora, era un hombre especialmente generoso. Recuerdo que mi primera experiencia como paciente en un hospital del NHS fue de su mano, cuando me acompañó a urgencias para atender una lesión en el brazo. Yo estaba un poco asustado por aquello de padecer una dolencia en un país extranjero (y también porque iba acompañado del mismísimo Alan Williams conocido por ser ¡el temido racionador del sistema!). Los dos pudimos comprobar con satisfacción en aquella experiencia que el Servicio Nacional de Salud británico era rápido, resolutivo y aparentemente eficiente. Aunque también es verdad que era festivo -y a la hora del almuerzo-, por lo que al igual que en España... bueno, ya saben, igual resulta que no somos tan distintos.

Han pasado más de tres meses desde que nos dejaste, Alan, y aún resulta difícil hacerse a la idea que ya no estás entre nosotros y que no tendremos una respuesta inmediata en ahw1@york.ac.uk, pero, donde quiera que estés, al menos sirvan estas letras para dejar constancia de lo que te admiramos, lo que te echamos de menos, lo agradecidos que estamos los que tuvimos la suerte de encontrarte accidentalmente en el camino. Y que te has ido, pero haremos lo posible *to keep the ball rolling...*

² En el contexto de la conferencia, con *non-welfarism* se refería a la utilización -en economía de la salud- de un marco analítico alternativo al de la economía del bienestar (o *welfarism*), en el que la distribución de la salud (medida en QALYs) dentro de la población también cuenta (equidad), al igual que la suma total de QALYs (eficiencia).

Envejecimiento y dependencia: un análisis económico de sus efectos sobre las finanzas públicas

David Casado Marín

Tesis Doctoral defendida el 1 de abril de 2005 en el Departamento de Economía y Empresa de la Universitat Pompeu Fabra, dirigida por el Dr. Guillem López i Casanovas y que obtuvo la calificación de Sobresaliente Cum Laude por unanimidad. E-mail: david.casado@upf.edu



Desde hace ya algunas décadas, las poblaciones de los países desarrollados vienen experimentando un proceso de envejecimiento demográfico sin precedentes. No obstante, a pesar del logro social que supone haber aumentado la esperanza de vida de las personas, este proceso de envejecimiento poblacional, y la intensificación del mismo que se prevé para los próximos años, plantea retos importantes a nivel económico y social. Hasta el momento, tanto dentro como fuera de nuestro país,

el debate se ha centrado en las consecuencias que el envejecimiento demográfico puede tener sobre la sostenibilidad financiera de los programas públicos de pensiones y atención sanitaria.

Más recientemente, además de las pensiones y la sanidad, la cuestión de la atención a la dependencia se ha ido abriendo paso en el debate en torno a las consecuencias del envejecimiento demográfico sobre las políticas sociales. En este caso, sin embargo, los términos en los que está planteada la discusión son muy distintos a los señalados previamente. Así, mientras en los dos casos anteriores las preocupaciones están centradas en los efectos financieros del envejecimiento sobre unos programas que ya hoy representan casi el 15% del PIB, en el caso de la dependencia la cuestión central es si la Administración debe o no intensificar su actividad en un campo cuya presencia hasta el momento ha sido muy poco importante. En este contexto, el trabajo de tesis se propone analizar las principales cuestiones a tener en cuenta para que dicho replanteamiento de la intervención pública en este ámbito se produzca sobre bases empíricamente fundamentadas.

Así, primeramente, tras definir en qué consisten los problemas de dependencia y repasar los principales instrumentos desarrollados para su cuantificación, se utilizan los microdatos de la *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* de 1999 (ED-99) para derivar estimaciones sobre el número de ancianos dependientes que hay actualmente en España y, tras ello, clasificarlos de acuerdo a la intensidad de la falta de autonomía padecida en cada caso. En concreto, a través de una adaptación del modelo de *Grados de Pertenencia* (GoM) desarrollado por Manton y colaboradores, hemos logrado clasificar a los cerca de 1.300.000 ancianos dependientes previamente identificados en cuatro categorías básicas: leves (14,6%), moderados (24,1%), graves (31%) y muy graves (30,2%). Asimismo, respecto a los factores asociados a la aparición de problemas de dependencia, que es la segunda de las cuestiones analizadas en este primer capítulo, los resultados indican que son la edad y el estatus socio-económico las principales variables a tener en cuenta; en concreto, las personas pertenecientes a las cohortes de población más anciana, y aquellos con niveles educativos más bajos y menores ingresos, constituyen los colectivos en los que la prevalencia de los problemas de dependencia resulta mayor en términos relativos.

El segundo capítulo, por su parte, se ocupa de analizar el modo en que las personas mayores dependientes de nuestro país satisfacen las necesidades asistenciales que dicha problemática comporta. A este

respecto, utilizando de nuevo los microdatos de la ED-99 anteriormente mencionada, se estiman un conjunto de modelos multinomiales con el propósito de desentrañar los factores que determinan las elecciones realizadas por las personas dependientes entre las distintas fuentes de ayuda disponibles (atención domiciliaria, apoyo informal, ingreso en una residencia, etc.).

Hoy por hoy, el apoyo informal sigue constituyendo la fuente de ayuda utilizada por un mayor número de personas en nuestro país. Dicha preponderancia se explica básicamente por la concurrencia de dos factores. En primer lugar, puesto que más del 30% de los ancianos dependientes tienen pareja, sus cónyuges, también personas mayores y retiradas, son capaces de proporcionar en la mayoría de los casos una gran cantidad de atención sin tener que incurrir por ello en sacrificio laboral alguno. Por otro lado, debido a las elevadas tasas de inactividad de las actuales mujeres de mediana edad, también las personas mayores sin cónyuge ven mayoritariamente satisfechas sus necesidades a través del apoyo informal, proporcionado principalmente por hijas y nueras que habían abandonado el mercado de trabajo mucho antes de empezar a cuidar de la persona dependiente.

Este papel nuclear del apoyo informal explica, a su vez, los resultados obtenidos en lo que respecta a la utilización de los servicios formales financiados públicamente. Así, en el caso de la atención domiciliaria, la baja disponibilidad de apoyo informal parece constituir una de las variables clave que emplean los ayuntamientos para regular el acceso a este tipo de servicios, a juzgar por las mayores probabilidades de uso detectadas para las personas solteras y viudas en relación a las casadas. Una tendencia similar, al menos para el caso catalán, se observa también entre quienes acceden a plazas residenciales financiadas públicamente. En líneas generales, por tanto, nuestros resultados indican que uno de los elementos que guían la intervención pública en este ámbito es el de procurar asistencia a quienes carecen, precisamente, de apoyo informal suficiente: a través de los servicios de ayuda a domicilio, cuando el grado de dependencia no es muy elevado, o mediante la institucionalización, si los problemas de dependencia son mayores.

Por último, a través del desarrollo de un modelo de microsimulación se busca valorar varios esquemas de intervención pública que plantean unos criterios de acceso y unas prestaciones distintas a las actuales. En concreto, partiendo de la metodología propuesta por Wagstaff y Van Doorslaer para valorar el impacto en términos absolutos (empobrecimiento) y relativos (catastrofismo) que sobre la renta familiar tienen los pagos privados en sanidad, dicho modelo de microsimulación se desarrolla en dos etapas. En la primera de ellas, tras estimar la cuantía de los desembolsos que cada una de las familias españolas debería realizar para atender a su miembro dependiente sobre bases exclusivamente formales, se calculan los efectos empobrecedores y catastróficos que dichos pagos privados virtuales tienen sobre la renta de los hogares. Tras ello, en la segunda etapa del ejercicio, se simulan una serie de políticas públicas que difieren entre sí, por una lado, en la cuantía de las prestaciones instrumentadas y, por otro, en la intensidad con la que éstas reducirían los efectos empobrecedores y catastróficos de los pagos privados que en cada caso subsistirían tras la intervención del sector público.

Consultas sin patología en un centro de salud mental

Alberto Ortiz Lobo

Tesis doctoral defendida el 21 de julio de 2004 en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid. Dirigida por los doctores Alberto Fernández Liria y María Fe Bravo Ortiz, obtuvo la calificación de sobresaliente Cum Laude por unanimidad. E-mail: ortizlobo@yahoo.es



Introducción

En los últimos años, los profesionales que trabajamos en los servicios de salud mental públicos estamos asistiendo a un incesante incremento de distintas demandas por parte de la población que no se corresponden con los trastornos o enfermedades clásicos y que tienen una respuesta técnica sanitaria muy dudosa. Son

demandas que tienen que ver con sentimientos de malestar estrechamente relacionados con los avatares de la vida cotidiana, sentimientos desagradables (tristeza, angustia, rabia, frustración, impotencia, soledad, odio, agresividad...) que aparecen en el contexto de un acontecimiento o situación vital estresante como respuesta emocional adaptativa, legítima y proporcionada y, por tanto, no patológica. Este fenómeno se incluye en el proceso descrito como "medicalización de la sociedad" por el cual, cada vez más aspectos y elementos de la vida de los ciudadanos se entienden y se tratan como un problema sanitario.

El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de las personas sin trastorno mental diagnosticable que consultan en un centro de salud mental (denominados códigos Z en las clasificaciones internacionales de enfermedades) y establecer qué variables explican la demanda de estos pacientes, sus expectativas, el tratamiento que reciben y la indicación de alta o seguimiento.

Metodología

Este estudio se realizó en el Centro de salud mental del Distrito de Salamanca que pertenece al Área Sanitaria 2 de Madrid y atiende a una población urbana de 140.000 habitantes. Los pacientes que acuden al centro de salud mental vienen derivados fundamentalmente de los equipos de Atención Primaria del distrito (siete centros de salud con equipos de mañana y tarde). Se incluyeron a todos los pacientes adultos (mayores de 18 años) nuevos que se atendieron en el centro de salud mental desde el 30 de enero de 2001 al 19 de febrero de 2002 sin excluir a ninguno, en total 1.187. El método que hemos empleado para definir si el paciente que consulta presenta o no un trastorno mental ha sido el diagnóstico, siguiendo los criterios de la CIE 10 de la OMS, mediante la entrevista clínica. En la

cita de evaluación el paciente rellena unos cuestionarios que se le proporcionan: una escala de expectativas tipo Likert puntuada de 0 (nada) a 10 (completamente) en la se le pedía al paciente: "Señale con una raya cuánto cree que va a mejorar al venir a este Centro de salud mental", el GHQ-28 el SCL-90-R y el CSV que es una escala de acontecimientos vitales.

Resultados

Casi una cuarta parte (24,4%) de los pacientes que acudieron a ser evaluados en nuestro centro de salud mental no presentó ninguna patología mental que pudiera ser diagnosticada según los criterios CIE-10, eran por tanto códigos Z. El perfil sociodemográfico de la persona que acudió a nuestro centro sin trastorno mental diagnosticable coincide, en general, con el de los otros estudios realizados con anterioridad y se trata de una mujer, soltera que no vive sola, de unos 43 años, con alto nivel educativo, que trabaja como técnico por cuenta ajena, la mayor parte de las veces sin contrato laboral. Uno de cada cinco sujetos diagnosticado de código Z fue derivado a nuestro centro de salud mental con carácter preferente. No hay diferencias significativas entre los distintos centros de salud de atención primaria en la cantidad de derivaciones de códigos Z. Los códigos Z de nuestro estudio tienen menos antecedentes personales psiquiátricos que los de otros trabajos. La mitad de los códigos Z vinieron con tratamiento psicofarmacológico pautado e incluía antidepresivos, en la mitad de los casos. La idea de consultar en salud mental fue del paciente con mayor frecuencia y, en estos casos, los pacientes fueron más jóvenes, con un mayor nivel educativo y no estaban de baja laboral, en comparación con los que acudían por recomendación del médico de cabecera. Las expectativas de ayuda positivas (entre 5-8,5 en la escala de 0 a 10) de los códigos Z se asociaron a una derivación preferente y las expectativas de ayuda más elevadas (puntuaron 9-10) corresponden a los pacientes de más edad y con un nivel educativo más bajo. Se dio el alta en la primera cita a algo más de la mitad de los códigos Z. La indicación terapéutica de seguimiento de estos pacientes (y no de alta) se relaciona con que la atención se lleve a cabo por un psicólogo, que no venga con tratamiento pautado, que haya dudas diagnósticas y con que el paciente sea más joven y tenga unas expectativas positivas del tratamiento en el centro de salud mental.

Las aportaciones se pueden dirigir a Oriol de Solà-Morales
(osola@ohsjd.es, Asunto: Con acuse de recibo), coordinador de esta sección a partir del próximo número.

Invertir en Salud (aunque un poco más y de la mía), una Conferencia iHEA para recordar

Ivan Planas Miret

*CRES, Universidad Pompeu Fabra
Coordinador Comité Organizador Local iHEA 2005*



Viernes 8 de Julio, empiezan a llegar los primeros delegados, como siempre los hay que quieren conocer el lugar antes del día de su presentación, por suerte para nosotros ya que podemos adelantar algunos registros. Los voluntarios llevan ya un par de días currando a tope. ¡Pilar está desesperada porque de momento sólo han aparecido los más comprometidos y los necesitamos a todos! ¡Imagínate, mañana llegarán unos 200, el domingo 300 o 400 más, y el lunes puede que vengan los 1.500 restantes, en total 2.000 delegados! Y claro, con más de 60 países de origen, uno va a tener que interpretar la sonrisa del chino, el apretón de manos del canadiense, ese tono arrogante del sudafricano, y sortear como puedas la historia del italiano que te quiere contar las

anécdotas de su viaje mientras 200 personas esperan en la cola. Pero llega el lunes, y por suerte eso sólo son tópicos, y ¡todos los voluntarios están a tope!

Por si alguien no sabe todavía de qué estoy hablando, haré la introducción formal: 10 al 13 de Julio, Barcelona, Catalunya sede del quinto Congreso Mundial de Economía de la Salud. El Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) de la Universitat Pompeu Fabra, dirigido por el Prof. Guillem López, organiza este evento que se pretenda sirva de reconocimiento de 25 años de desarrollo de esta disciplina en nuestro país. Todos involucrados en conseguir que éste sea el mejor congreso mundial de economía de la salud de la historia;

la Universidad, los Departamentos de Salud de diferentes CCAA, el Ministerio, la industria, AES, y el CRES.

Volviendo a la historia que os estaba contando, en iHEA Barcelona 2005 todo está bajo un descontrol organizado (al estilo de como nos gusta hacer las cosas en nuestro país, a pesar de lo nerviosos que esto pone a los americanos). Tan controlado, como la lluvia, que amenaza, amenaza, pero se va a tiempo para el acto de apertura del Congreso el domingo en el Palau de Pedralbes (¡nunca había sufrido tanto por un jarrón chino, o por una pintura!).

Lunes 11 de Julio, los más de 4.000 resúmenes presentados, 80 propuestas de sesiones organizadas, 50 sesiones de pre-conference... hacen presagiar un alto nivel de las ponencias, como así luego se confirma. La diversidad de propuestas (Adición, Obesidad y Coste, Edad y dependencia, Econometría y Salud, Epidemias y pobreza, Competencia y coordinación, Comportamientos del usuario y los profesionales sanitarios, Políticas transnacionales, Disparidades en salud, Evaluación económica, Seguros y selección adversa, Evaluación de medicamentos, Profesionales sanitarios y formación...) hacen imposible que alguien no encuentre alguna sesión a medida de sus preferencias. Sin duda una oportunidad fantástica para conocer las últimas investigaciones en cualquier tema, obtener comentarios

a nuestras últimas ideas, y sin duda una oportunidad única para conocer el funcionamiento de sistemas sanitarios tan lejanos (geográfica y culturalmente) como el de Indonesia, Taiwán o Australia.

A pesar de esta diversidad de temas, sin embargo, a uno le queda la sensación, por suerte, de que hay una convergencia clara en las líneas de investigación y la consolidación de algunas ideas básicas como que: a) Los recursos son escasos y hay que mover las políticas en función del valor de las diferentes inversiones en salud, una vez decidido socialmente qué parte del presupuesto destinamos a sanidad; b) los sistemas sanitarios modernos no pueden permitirse el lujo de no evaluar la relación entre el coste y efectividad de las nuevas prestaciones; c) no se puede introducir competencia si no es de forma regulada, y con los suficientes incentivos para la colaboración entre profesionales, especialmente entre niveles asistenciales; d) el envejecimiento y su relación con las situaciones de dependencia son un problema común en los países desarrollados y, finalmente, aunque seguro que me olvido de muchas, g) los países en vías de desarrollo deben considerar la salud como un elemento clave en su desarrollo económico y social.

Este último es precisamente el lema principal del congreso: Invertir en salud. Martes 12 de Julio son las 9:30 y me relajo, la verdad es que no creo que tenga problemas de alcoholemia esta noche. Me queda un día y decido retirarme pronto, no sin antes ver cómo nuestra delegación decide adueñarse de la sala del trío flamenco (¡quien lo hubiera dicho!, aunque la excusa es que allí hay más tranquilidad). Hace unos momentos ha sido un lujo escuchar juntos en un debate a Michael Grossman, Indira Hirway y a Xavier Sala-i-Martin. Y además habiendo conseguido lo que la organización pretendía, el discurso sereno de Grossman, el compromiso político de Hirway y la polémica aguda con formas peculiares de Sala-i-Martin. El tema valía la pena, pero precisamente con un mismo discurso de fondo a tres bandas de cómo enfocar el problema,

es como se puede contrastar y avanzar en las ideas. Invertir en salud no necesariamente implica un determinado nivel de gasto sanitario ni público ni total, sino el diseño de una estrategia más amplia enfocada a solucionar las necesidades de salud de la población, y esto incluye la sanidad pero también la educación (en todos los ámbitos), los cambios de hábitos culturales, la seguridad laboral...

También ha habido tiempo para la memoria, y recordar a uno de los padres de nuestra disciplina el Prof. Williams. Realmente impactante para los más jóvenes ver el aprecio de los "grandes" (en el sentido más amplio) hacia su "profesor", como así le llaman.

Finalmente llegamos al miércoles, y... brillante presentación -la mejor sin duda, no se ofendan- que gustó incluso a los más escépticos con sus ideas,¹ el Profesor Kahneman (Nobel de economía 2002) expuso ante las diferentes autoridades sus ideas sobre las valoraciones y percepciones de los individuos sobre las diferentes experiencias vitales, abriendo como mínimo alguna duda sobre las aplicaciones en la economía de la salud de las preferencias individuales de los agentes en la toma de decisiones. Un buen broche para el congreso.

No describiré la escena de la universidad el miércoles tarde para

ahorrarme comparaciones odiosas con algunos sucesos medioambientales de este verano. Mi sensación es de relax total, de hecho, el jueves por la mañana tengo mono, y empiezo a rememorar estos días, a recordar todas las conversaciones que he dejado a medias por culpa del teléfono, de las quejas, las felicitaciones... En fin, una experiencia única que os recomiendo, ¡especialmente si estáis bien del corazón!

Y llegan las esperadas vacaciones y empieza de nuevo el debate nacional con la sanidad como eje, y piensas 2.000 delegados de todo el mundo en Barcelona y no parece que las cosas hayan cambiado. ¿No os parece que quizás deberíamos preguntarnos dónde hemos fallado en nuestra comunicación con ese mundo exterior que hay fuera de la economía de la salud, antes de escandalizarnos leyendo estos días algunos artículos en la prensa acerca del mal llamado déficit sanitario?

En fin, se acaba el verano, tengo que escribir la crónica, ¡Se lo prometí a Anna en un momento de euforia!. Y todos estamos ya en nuestra oficina esperando este número del boletín de AES para relajarnos un poco.

¹ Bueno, a Ricard Meneu no.



ESPAS, ENCUENTRO DE SALUD PÚBLICA Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA. LA SALUD SIN FRONTERAS, LA SANIDAD SIN BARRERAS

Incluye XI Congreso SESPAS y reuniones y jornadas de sociedades científicas
Lugar: Las Palmas de Gran Canaria. Fechas: 1 a 5 noviembre 2005.
Información: <http://www.espas.info>

JORNADA TÉCNICA 2005 AES. MOVILIDAD HUMANA

Lugar: Las Palmas de Gran Canaria, en el marco del Encuentro ESPAS. Fecha: 3 noviembre 2005
Información: <http://www.espas.info>

9ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE ECONOMIA DA SAÚDE (APES)

Lugar: Coimbra. Fechas: 24 a 26 noviembre 2005
La tarifa de inscripción aplicada a los socios de AES es la misma que la correspondiente a los socios de APES.
Información: <http://es2005.fe.uc.pt>

XXVI JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD, AES

Las XXVI Jornadas AES se celebrarán del 23 al 26 de mayo de 2006 en Toledo, en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, bajo el lema *Producción de servicios sanitarios: ¿cuándo más es mejor?* El Comité Científico estará formado por Rosa Urbanos (Presidenta), Alexandrina Stoyanova, Jaime Pinilla, Juan Oliva, Álvaro Hidalgo, Manuel García Goñi y Vicente Ortún. Álvaro Hidalgo será el presidente del Comité Organizador.

XXIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CALIDAD ASISTENCIAL

Lugar: Cádiz. Fechas: 17 a 20 octubre 2005
Información: <http://www.secalidad.org>

ISOQOL's 12th ANNUAL CONFERENCE (International Society For Quality Of Life Research)

Lugar: San Francisco. Fechas: 19 a 22 octubre 2005
Información: <http://www.isoqol.org>

22nd INTERNATIONAL ISQua CONFERENCE (International Society for Quality in Health Care)

Lugar: Vancouver. Fechas: 25 a 28 octubre 2005
Información: <http://www.isqua.org/isquaPages/Conferences.html>

ISPOR 8th ANNUAL EUROPEAN CONGRESS (International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research)

Lugar: Florencia. Fechas: 6 a 8 noviembre 2005
Información: <http://www.ispor.org>

6th EUROPEAN CONFERENCE ON HEALTH ECONOMICS

Lugar: Budapest. Fechas: 6 a 9 julio 2006
Información: <http://www.eche2006.com>

XI CONGRESO MUNDIAL DE SALUD PÚBLICA

Lugar: Rio de Janeiro. Fechas: 21 a 25 agosto 2006
Información: <http://www.wfphacongress06.com/espanhol/index.htm>

EUPHA ANNUAL CONFERENCE (European Public Health Association)

Lugar: Montreaux. Fechas: 16 a 18 noviembre 2006
Información: <http://www.eupha.org>

noticias

FORMACIÓN

CRES:

- Economía de la Salud y del Medicamento Master (2ª edición) 2005-2006 Programa de formación a distancia
<http://www.upf.edu/idec/oferta/mesol.htm>
- Advanced Health Leadership Forum
<http://www.ahlf.upf.edu/>

ESCUELA ANDALUZA SALUD PÚBLICA

- XXI Master Universitario en Salud Pública y Gestión Sanitaria
- IV Master Universitario en Economía de la Salud y Dirección de Organizaciones Sanitarias (modular)
<http://www.easp.es/web/esp/index.asp>

ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD

- Master en Dirección Médica y Gestión Clínica
- Master en Salud Pública (Oficial Sanitario)
- Master en Salud Pública Internacional
- Master en Seguridad Alimentaria
<http://sigade2.isciii.es/>

ESCUELA VALENCIANA DE ESTUDIOS PARA LA SALUD:

- Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria
- Master en Evaluación y Acreditación de las Prácticas Sanitarias
- Master en Bioética
- Master en Gestión para la Humanización de la Sanidad
<http://www.san.gva.es/>

FUNDACIÓN AVEDIS DONABEDIAN:

- VI Master de Especialización en Gestión y Metodología de la Calidad Asistencial
http://www.fadq.org/default_principal.asp?cidioma=2

FUNDACIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD (FUNDADEPS)

- Master en Periodismo Sanitario (1a edición) 2005-2007 (Título Propio de la Universidad Complutense de Madrid)
www.adeps.org

FUNDACIÓN GASPAR CASAL:

- MADS: Master en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios 2005-2006 (XVII edición)
<http://www.e-mads.org/>

INSTITUTO BORJA DE BIOÉTICA:

- Master y Postgrado en Bioética (VI edición)
<http://www.ibbioetica.org/>

OBSERVATORIO DE BIOÉTICA Y DERECHO:

- Master en Bioética y Derecho
<http://www.bioeticayderecho.ub.es/>

UNIVERSIDAD DE OVIEDO (IUDE):

- Especialista Universitario en Gestión Sanitaria
<http://www.uniovi.es/iude/>

UOC:

- Master en Ciencias de la Salud (distintas especialidades)
<http://www.uoc.edu/masters/esp/sanidad/sanidad/sanidad.html>

Convocatoria de Premios COIB (Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona) 2005. Fecha límite de presentación de las candidaturas: 15 de Octubre de 2005. Bases disponibles en www.coib.org.

BOLSAS DE VIAJE CONCEDIDAS PARA LAS ASISTENCIA A LAS XXV JORNADAS AES A SOCIOS MENORES DE 35 AÑOS:

Nombre	Título de la comunicación
Hernández Quevedo, Cristina	<i>Socioeconomic inequalities in health: a comparative analysis using the European Community Household Panel.</i>
Betegón Nicolás, Lourdes	El papel de España en la promoción del acceso a los medicamentos.
Aguiar Ibáñez, Raquel	Análisis coste-efectividad de las alternativas de tratamiento para pacientes afectados de migrañas en el ámbito español.

BOLSAS DE VIAJE CONCEDIDAS PARA LA ASISTENCIA A LAS XXV JORNADAS AES A PERSONAS DE PROCEDENCIA LATINOAMERICANA

Nombre	Título de la comunicación
Ríos, Jorge	Incremento de la utilización de la Resonancia Magnética Nuclear. Estudio comparativo en una Obra Social de Argentina.
Hernández Villalobos, Jorge	Costo de los Medicamentos en Centroamérica 1999-2002.
Sanabria, César	Análisis Costo-Riesgo-Efectividad de las acciones de mitigación del Sector Salud ante el desastre natural del Fenómeno El Niño en el Perú.
Vitali, Francisco Daniel	Introducción de un método explícito, en forma sistemática como herramienta de gestión, para reducir la inadecuación de la utilización del recurso cama.

RELACIÓN DE PREMIOS CONCEDIDOS EN LAS XXV JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD, BARCELONA 2005

Beca de Investigación en Economía de la Salud, patrocinada por QF Bayer, XIV Edición:

"El empleo de las madres y la obesidad infantil", Emma García, José M^a Labeaga y Ana Carolina Ortega.

Premio a la mejor comunicación oral:

"Medida del efecto del tratamiento con nCPAP en la calidad de vida de los pacientes con apnea del sueño", Javier Mar et al.

Premio a la mejor comunicación gráfica (poster):

"El impacto de la jubilación sobre la salud, la calidad de vida de las personas mayores y la utilización de servicios sanitarios", Antonio Fernández-Bolaños Valentín et al.

XIV EDICIÓN DE LA BECA AES DE INVESTIGACIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD, PATROCINADA POR LA EMPRESA QUÍMICA FARMACÉUTICA BAYER

Durante el transcurso de las XXV Jornadas AES, Bayer entregó la Beca de Investigación en Economía de la Salud, dotada con 12.000 euros, por décimo-cuarto año consecutivo. En esta edición 2005 se presentaron seis proyectos:

- Aina María Capo Artigues, M^a Teresa Faixedas Brunsoms, Delfí Faixedas Brunsoms, Wifredo Ricart Engel y Mercè Fernández Balsells. Evaluación económica de un modelo de gestión clínica de la diabetes tipo 2 basado en la integración de niveles asistenciales de atención primaria especializada.
- Antonio Pato Pato, José Ramón Lorenzo González y María Lciar Cimas Hernando. Evaluación socioeconómica del coste de la prevalencia en epilepsia.
- Emma García, José M^a Labeaga y Ana Carolina Ortega. El empleo de las madres y la obesidad infantil.
- Jaime Espín Balbino. La utilización de criterios de coste-efectividad en la financiación pública de nuevos medicamentos como medida de mejora del gasto público farmacéutico. Experiencias internacionales y recomendaciones para España.
- Juan Oliva Moreno, M^a Berta Rivera Castañeira y Natalia Jorgensen. Tasa de preferencia intertemporal y modelos de adicción racional: un test empírico.
- Manuel García Goñi. Ajuste de riesgos y reparto de riesgos. Incentivos a la eficiencia en los mercados sanitarios.

El Tribunal, formado por los Doctores Juan Manuel Cabasés (Presidente), de la Facultad de Económicas de la Universidad Pública de Navarra; Diego Prior, de la Facultad de Económicas y Empresariales de la Universidad Autónoma de Barcelona; José Manuel Freire, del Instituto de Salud Carlos III y Carmen Piñol (que actuó como secretaria sin voto), de QF Bayer, SA, concedió el premio a Emma García, José M^a Labeaga y Ana Carolina Ortega (FEDEA).

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

EXTRACTO DEL ACTA DE LA ASAMBLEA GENERAL DE AES, BARCELONA, 14 DE JULIO DE 2005

Texto completo disponible para los socios en <http://www.aes.es>.

1. *Informe de la Junta Directiva: Memoria de Actividades 2004-2005.* Se informa detalladamente sobre el contenido de la Memoria de Actividades 2004-2005, distribuida previamente. Entre las actividades se recuerda que en noviembre de 2005 se celebrará una Jornada Técnica AES dentro del Congreso de la SESPAS, organizada por Beatriz González y dedicada al análisis económico de la movilidad humana. Se anuncia formalmente que las Jornadas AES 2006 se celebrarán en Toledo. Álvaro Hidalgo, Presidente del Comité Organizador, presenta brevemente las Jornadas, que se celebrarán del 23 al 26 de mayo de 2006 en la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales.

Por su parte, David Casado informa a la Asamblea de las principales novedades de la página web y Laura Cabiedes informa sobre el funcionamiento del Boletín *Economía y Salud*, que este año contó con un número extraordinario para conmemorar los 25 años de las Jornadas AES.

Por lo que respecta a las relaciones internacionales de AES, Beatriz González informa de que se negociará la firma de un acuerdo bilateral con la asociación panameña, que este año cuenta con representación en las Jornadas.

La Presidenta de AES informa de la próxima convocatoria del premio al mejor artículo de Economía de la Salud, que será financiado por el Instituto de Estudios Fiscales y convocado conjuntamente por AES y el IEF.

2. *Cuentas Anuales de 2004 y Presupuesto de 2005:* se aprueban por unanimidad.

3. *Renovación de la Junta Directiva:* Cesan Puerto López del Amo (no renovable) y Laura Cabiedes, David Casado y Pere Ibern (con posibilidad de renovación). Se regulariza la composición de la Junta Directiva, de forma tal que su número de miembros no supere los nueve. Tras someterse a votación, y por unanimidad de los asistentes, Laura Cabiedes, David Casado y Pere Ibern resultan reelegidos.

4. *Votación sobre la entrada de AES en el Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo (CNPT):* Ángel López propone que AES decida si entra a formar parte del CNPT. A pesar de que SESPAS ya pertenece al CNPT, este último solicita a todas las sociedades integrantes de SESPAS que se pronuncien explícitamente sobre si desean formar parte del Comité. Se realizan diferentes intervenciones sobre la cuestión y finalmente se plantea la posibilidad de que la Asamblea vote sobre la entrada de AES en el CNPT, ya que en una de las intervenciones se recuerda que si ningún asistente a la Asamblea se opone, puede incorporarse este asunto en el orden del día y someterse a votación a continuación. Al no oponerse ninguno de los asistentes, se incorpora en el orden del día la votación sobre la entrada de AES en el CNPT, con el siguiente resultado: 22 votos a favor, 14 en contra y 8 abstenciones. En consecuencia, AES pasará a formar parte del CNPT (Dado el intenso debate suscitado, la Junta Directiva acuerda, en la reunión celebrada el 14 de Julio de 2005, incorporar en el orden del día de la próxima Asamblea un punto específico para ratificar la adhesión de AES al CNPT).

5. La Asamblea dedica un caluroso aplauso al Profesor Alan Williams, fallecido el 2 de Junio de 2005.

JUNTA DIRECTIVA AES 2005/2006

Presidenta: Beatriz González López-Valcárcel
 Vicepresidente 1º: Ricard Meneu de Guillaena
 Vicepresidente 2º: Pere Ibern Regàs
 Secretaria: Rosa Urbanos Garrido
 Tesorero: Josep Fusté Sugrañes
 Vocales: Enrique Bernal Delgado
 Laura Cabiedes Miragaya
 David Casado Marín
 Francisco Gómez Luy

ASOCIACIÓN ECONOMÍA 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